



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
CAMPO DE CONOCIMIENTO (*Salud*)

**Aproximaciones a la violencia de género desde el  
Trabajo Social en psiquiatría y salud mental**

**Trabajo de final de grado**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRO(A) EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA:**

Cintya Giovvana Andia Garvizu

**TUTOR(A):**

**Dra. Carolina Grajales Valdespino**  
Escuela Nacional de Trabajo Social

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:**

Dra. María Carolina Agoff Boileau  
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - UNAM

Mtra. María Concepción Reyes Álvarez  
Escuela Nacional de Trabajo Social – UNAM

Dra. Olga Marina Robelo Zarza  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina - UNAM

Mtra. Silvia Mercedes Solís San Vicente  
Escuela Nacional de Trabajo Social - UNAM

Ciudad Universitaria, Cd. Mx, junio, 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Quiero expresar mi gratitud a Ti que me has dado todo...

A la **Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México** que me abrió sus puertas y me dio la oportunidad de adquirir competencias que fortalecieron mi desempeño; pasado el tiempo, nuevamente me cobija para completar esta fase de mi preparación académica.

Reconozco al Programa de Maestría en Trabajo Social, al **Mtro. Jorge Hernández Valdés** que me admitió como estudiante de la maestría, a la **Mtra. Carmen Casas Ratia, Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia, la Mtra. Leticia Cano Soriano, Mtra. Virginia García Sánchez**, por su apertura e impulso para la culminación de esta fase del camino recorrido, a las/los docentes – compañeros/as que conocí a quienes llevo en mi mente y corazón por sus enseñanzas en las aulas y fuera de ellas.

A la **Dra. Carolina Grajales Valdespino**, tutora de este trabajo, distingo su acompañamiento profesional, su lectura y comentarios que me llevaron a la reflexión, gracias por el impulso otorgado para la concreción de este proyecto.

A las miembros del Comité Tutor; *la Dra. María Carolina Agoff Boileau, Mtra. María Concepción Reyes Álvarez, por sus reflexiones y propuestas; a la Dra. Olga Marina Robelo Zarza y a la Mtra. Silvia Mercedes Solís San Vicente*, por sus comentarios y observaciones que enriquecieron el presente trabajo.

Al **Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz** que me brindó el espacio donde practicar las competencias adquiridas. *Gracias Dra. María Elena Medina Mora Icaza* por su apoyo a la disciplina de Trabajo Social y hacer visible la profesión.

Agradezco a mis *colegas Trabajadoras Sociales Psiquiátricas* que me abrieron su espacio laboral para compartir su expertís del quehacer profesional, tiempo e historia profesional. Gratitud a las personas que son atendidas en las entidades de salud hacia quienes se destinan los esfuerzos de día a día.

El presente trabajo se realizó en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se reconoce la participación del equipo de trabajo del turno vespertino, conformado por el Lic. TSP Fernando Salinas García y la Lic. TS Maribel Flores Pérez.

## **Dedicatoria:**

**Kevin y Hazel**, este trabajo es completado gracias a ustedes, su paciencia, sustento y cariño que me acompaña y nutre.

A mi **padre**, por su ejemplo y sus palabras, me impulsó hacia la convivencia igual y del esfuerzo para la conclusión de los proyectos.

A mi **Yolandita** querida, añorada madre que estás en mi memoria y corazón.

A mi otro padre **Wagner** por su adopción y apoyo a lo largo de mi vida.

A mi familia extendida.

A mis colegas, mis amigas(os) y personas que son parte de mi historia dentro y fuera de las aulas – consultorios – oficinas.

# Aproximaciones a la violencia de género desde el Trabajo Social en psiquiatría y salud mental

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	3
<b>1. Violencia de género</b>	10
1.1. Conceptos de la perspectiva de género	11
1.2. Violencia de género	16
1.3. Violencia familiar-violencia de pareja	18
1.4. Tipos de violencia	23
1.5. Efectos de la salud a causa de la violencia	26
1.6. Marco jurídico que da atención a la violencia de género	31
1.6.1. Ámbito Internacional	31
1.6.2. Ámbito Nacional	34
<b>2. Acercamiento a la Salud Mental desde el modelo social</b>	40
2.1. Salud Mental	41
2.2. Abordajes de la salud mental	42
2.3. Aproximación histórica de la enfermedad mental entendida como discapacidad psicosocial	48
2.3.1. El modelo de la prescindencia	48
2.3.1.1. Submodelo eugenésico	49
2.3.1.2. Submodelo de marginación	49
2.3.2. El Modelo Rehabilitador	51
2.3.3. El modelo Social o de barreras sociales	54
2.4. Carga de la enfermedad Mental	59
2.5. Brechas de tratamiento a la enfermedad mental	61
2.6. El estigma	65
2.6.1. Tipos de estigma	69
2.6.2. Estigma y exclusión social	71
2.6.3. Efectos del estigma	73
2.7. Salud mental desde la perspectiva de los Derechos Humanos	75
<b>3. Trabajo social en el campo de la psiquiatría y la salud mental</b>	81
3.1. Escenario donde aparece el Trabajo Social en el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental	82
3.2. Inicios del Trabajo Social en el Campo de la Psiquiatría y la Salud Mental	90
3.3. El Trabajo social en el campo de la Salud mental y su ámbito de ejercicio Profesional	95
3.4. Experiencias del Trabajador Social en el campo de la Psiquiatría y la salud mental	101
3.4.1. Trabajo Social Psiquiátrico	104
3.4.2. Problemas frecuentes-Objeto de intervención	108

3.4.3. Desde las familias – sujeto de intervención	111
3.4.4. Modelos de atención	113
<b>3.4.5. Categorización de funciones y actividades</b>	<b>115</b>
<b>3.4.5.1. Funciones de atención directa</b>	<b>116</b>
3.4.5.1.1. Atención social o asistencial	117
3.4.5.1.2. Supervisión	118
3.4.5.1.3. Promoción Social	118
3.4.5.1.4. Educación para la salud	118
3.4.5.1.5. Enseñanza y docencia	118
3.4.5.1.6. Investigación	119
3.4.6. Funciones de atención indirecta-gerenciales	119
3.4.6.1. Administración	119
3.4.6.2. Gestión Social	120
<b>3.4.7. Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Retos</b>	<b>121</b>
<b>4. Efectos en la salud mental de mujeres que experimentaron violencia</b>	<b>126</b>
<b>4.1. Planteamiento del Problema</b>	<b>126</b>
4.2. Preguntas de investigación	129
4.3. Justificación	129
4.4. Objetivos	131
4.4.1. Objetivo general	131
4.4.2. Objetivos específicos	132
4.5. Supuestos hipotéticos	132
4.6. Definición de variables	132
4.6.1. Violencia de género	132
4.6.2. Discapacidad psicosocial	133
4.6.3. Trabajador/a Social Psiquiátrico/a	133
4.7. Diseño y procedimiento	133
4.8. Técnicas de recolección de datos	134
4.8.1. Revisión de expedientes sociales	136
4.8.2. Revisión de expedientes clínicos	136
<b>4.9. Consideraciones éticas.</b>	<b>137</b>
<b>5. Registros de los efectos de la violencia de género en la salud mental de mujeres atendidas en un tercer nivel de atención</b>	<b>138</b>
5.1. Resultados	139
<b>6. Propuesta de Trabajo desde el Trabajo Social en Psiquiatría y Salud Mental</b>	<b>156</b>
6.1. Presentación	156
6.2. Organigrama INPRFM	156
6.3 Departamento de Trabajo Social INPRFM	157
6.3.1. Antecedentes	158
6.3.2. Misión	159
6.3.3. Visión	159
6.3.4. Objetivo	159
6.3.5. Organización	160
6.3. Intervención de Trabajo Social	161
6.3.1. Teoría General de sistemas	165
6.3.2. Modelo de intervención en crisis	166

6.3.3. El modelo psicosocial	167
6.3.4. Resiliencia y Trabajo Social en Salud Mental	168
6.3.5. Psicoeducación	169
Sesión: Disminución de brechas para el autocuidado	172
<b>Conclusiones</b>	186
<b>Referencias</b>	210
<b>Anexos</b>	223

## **Índice de Tablas.**

**Tabla N°1,** Elementos que comprenden el concepto de género

**Tabla N°2,** Ámbitos de la violencia

**Tabla N°3.** Síntesis de las concepciones de salud mental en el campo de la salud pública.

**Tabla N° 4.** Tipos de estigma

**Tabla N° 5.** Funciones y actividades de Trabajo Social

**Tabla N° 6.** Perfil sociodemográfico de las Trabajadoras Sociales Psiquiátricas entrevistadas

**Tabla N° 7.** Integración de cotidianidad reportada por personal de Trabajo Social

## **Índice de Figuras**

**Figura N° 1:** Rueda de Poder y Control

**Figura N°2:** Efectos de la violencia de género

**Figura N° 3:** Modelo ideal de Salud

**Figura N°4:** La oscura y cruel historia del Bethlem Royal Hospital

**Figura N° 5,** Hospital Psiquiátrico La Castañeda 1910 – 1968

**Figura N°6.** Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica.

**Figura N°7.** Proceso de cómo se produce el estigma

**Figura N°8.** Pioneras del Trabajo Social Psiquiátrico, Hospital General de Massachusetts

**Figura N° 9.** Mtra. Mónica Bórquez Acosta y Mtra. Lisbeth Popper Von Lichtenberg, fundadoras del Curso de Trabajo Social Psiquiátrico.

**Figura N° 10.** Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental

**Figura N°11.** Lluvia de ideas sobre la/el Trabajador/a Social Psiquiátrico/a

**Figura N° 12,** Problemas frecuentes con los que se enfrentan las personas que tienen enfermedad mental.

**Figura N°13.** Modelos empleados en la intervención

**Figura N° 14,** Trabajo Social y su praxis profesional  
Organigrama del Departamento de Trabajo Social INPRFM 2020

**Figura N°15.** Funciones que desempeñan las Trabajadoras Sociales Psiquiátricas

**Figura N°16.** Fortalezas, oportunidades, debilidades y retos de las TSP

**Figura N° 17** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Figura N° 18.** Organigrama del INPRFM 2020.

**Figura N° 19,** Organigrama del Departamento de Trabajo Social INPRFM 2020

**Figura N° 20.** Proceso metodológico de la intervención

## **Índice de gráficos.**

**Gráfico 1.** Total de población atendida

**Gráfico 2.** Número de casos presentados por mes

**Gráfico 3.** Edades

**Gráfico 4.** Escolaridad

**Gráfico 5.** Ocupación

**Gráfico 6.** Lugar de origen y Lugar de Residencia

**Gráfico 7.** Estado civil

**Gráfico 8.** Religión

**Gráfico 9.** Número de integrantes en la familia

**Gráfico 10.** Seguridad Social

**Gráfico 11.** Ingreso económico familiar

**Gráfico 12.** Nivel socioeconómico asignado de inicio

**Gráfico 13.** Nivel socioeconómico actual

**Gráfico 14.** Redes de apoyo

**Gráfico 15.** Instituciones de referencia

**Gráfico 16.** Emisor de violencia

**Gráfico 17.** Número de emisores de violencia

**Gráfico 18.** Tipos de violencia

**Gráfica 19.** Tipos de violencia (cantidad)

**Gráfico 20.** Modalidades de la violencia

**Gráfica 21.** Diagnóstico Psiquiátrico

**Gráfica 22.** Intentos suicidas y Número de intentos suicidas

**Gráfica 23.** Formas de intentos suicidas.

**Gráfica 24.** Adherencia terapéutica

## **Índice de anexos**

**Anexo 1.** Formato de Estudio Socioeconómico INPRFM.

**Anexo II.** Formato de Ficha de Registro INPRFM.

**Anexo III.** Consentimiento informado para recibir atención en Consulta Externa, INPRFM.

**Anexo IV,** Guía de entrevista

## **Resumen.**

La violencia de género es un problema multifactorial cuyos efectos se presentan en la salud física y mental, el objeto de atención del presente trabajo se centró en mujeres que sufrieron violencia y solicitaron su atención en una entidad de salud cuya especialidad es la psiquiatría y salud mental, se mencionan sus características. En ese sentido, se describen los factores sociodemográficos, socioeconómicos, redes de apoyo de las usuarias detectadas que vivieron en situación de violencia; se citan los tipos, modalidades de violencia que fueron víctimas, el/los emisores de dicha violencia, los diagnósticos psiquiátricos registrados, intentos suicidas y la adherencia terapéutica.

Por otra parte, se presenta la perspectiva del/a Trabajador/a Social que se desempeña en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental, se presenta la voz desde la experiencia profesional sobre su cotidianidad en el abordaje de situaciones y las estrategias que se aplican, particularmente a usuarias/os en situación de violencia.

**Objetivo:** Contrastar las repercusiones en la salud mental, manifestada como psicopatología, de mujeres que experimentaron violencia y fueron atendidas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), a partir de algunas categorías de la perspectiva de género, mediante la revisión de expedientes, para generar información que permita proponer estrategias diversas en la atención psicosocial, a partir de la visibilización de las aportaciones que trabajo social desempeña en el campo de la psiquiatría y la salud mental.

**Resultados:** De los expedientes revisados el 70 % eran mujeres, de esta población el 12% había tenido antecedente de violencia previo a su atención, la característica socioeconómica de estas usuarias que fueron parte de este estudio fue que el 43% de las ellas tenían un ingreso mensual familiar entre uno y tres salarios mínimos, posterior a su clasificación inicial se las ubicó en el nivel socioeconómico 2 conforme a los criterios emitidos por el Acuerdo Secretarial publicado en el Diario Oficial de la Federación 27/05/2013; su número de familias estaba conformado entre uno y cuatro miembros. Con respecto a la violencia, el 50% de los agresores fueron la pareja o la expareja; el 76% recibió violencia mayormente psicoemocional; los diagnósticos que desarrollaron las usuarias fue que un 58% trastornos afectivos; particularmente, episodios depresivos moderados y el 35% de las usuarias intentó hacerse daño.

Las trabajadoras sociales que laboran en entidades psiquiátricas y de salud mental, llevan a cabo funciones principalmente asistenciales directas e indirectas que le permiten coadyuvar en los servicios donde están adscritas; particularmente, la atención a mujeres en situación de violencia, **la primera entrevista es muy importante** porque probablemente no haya oportunidad de otro encuentro con la usuaria; de tal manera, el acercamiento psicosocial para facilitar información, asesoría que puede ser significativo para las usuarias.

**Conclusiones:** Los patrones sociales que privilegian la distinción de roles entre lo femenino y masculino son introyectados por los procesos de socialización durante los primeros años de vida y son perpetuados por los aparatos ideológicos del Estado como las familias, las iglesias, los medios de comunicación, las escuelas, que ayudan a reproducir los roles asignados a las mujeres quienes están asignadas al ámbito de lo privado, bajo diferentes circunstancias las hace más susceptibles a ser violentadas; lo cual tiene efectos en su vida, sus relaciones, su salud física y mental.

Lo anterior, compromete al Trabajo Social, a partir de la generación del conocimiento científico desde la especificidad en salud mental y psiquiatría, para que a partir de la teoría se propongan estrategias de actuación desde una perspectiva de los derechos humanos, que incluya la comprensión de la discapacidad psicosocial desde la mirada de social donde la sociedad es que ha puesto barreras para que las personas no puedan tener acceso a cubrir las necesidades de atención a su enfermedad; por tanto, se favorezcan patrones de igualdad y equidad entre las personas, con respeto a sus derechos humanos, aminorando el estigma hacia quienes tienen un diagnóstico; creando espacios para favorecer patrones de convivencia igualitaria y equitativa que se incluyan en la resistencia a la continuidad de regulación cultural hegemónica del ejercicio de la violencia; por el contrario, introducir la promoción de una cultura de la paz.

**Palabras Clave:** Violencia de género, trabajo social en psiquiatría y salud mental.

## Introducción

En el contexto internacional y nacional, se han dado grandes transformaciones; en especial, posteriores a la Revolución Industrial, cambios en diferentes ámbitos que han repercutido en el bienestar de la población, se particularizan los procesos de cambio en salud, los cuales están determinados a decir de Kuri-Morales (2011), por una transición demográfica, tecnológica, de riesgos y epidemiológica.

Los cambios demográficos en México se han caracterizado por una desaceleración del crecimiento poblacional, expresada por la disminución de fecundidad, un decremento en la mortalidad. De acuerdo con el INEGI en 1930, (INEGI, Esperanza de vida, nd) la esperanza de vida para las mujeres era de 35 años y para los hombres era de 33 años; en el 2010 fue de 77 años para las mujeres y para los hombres de 71 años, en el año 2016, se ubicó en casi 78 años para las mujeres y 73 años para los hombres. Por otro lado, de acuerdo con la OMS, la esperanza de vida al nacer, en el año 2018, fue de 78.05 para las mujeres y 73.1 para los hombres y de 75.47 para ambos sexos. (OMS, México, Estrategia de Cooperación, resumen, 2018).

Transición tecnológica que influye en la cotidianidad de las personas, por tanto, tienen impacto en su salud como en el control y erradicación de enfermedades por medio de vacunas, el desarrollo de equipos que permiten un diagnóstico oportuno y temprano; por otro lado, la utilización de la tecnología en la capacitación del personal de salud.

Transición epidemiológica que enfatiza la relación que existe entre los cambios en los patrones de salud y su relación con los determinantes sociales, económicos y demográficos. “Las enfermedades neurológicas y de salud mental representaron el 0.3% del total de padecimientos en el 2020; entre ellos la incidencia de depresión fue la más alta y afectó principalmente a las mujeres” (Secretaría de Salud, panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México 2020, p. 113).

En nuestro país se vive una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de los padecimientos crónico-degenerativos, categoría en la que se encuentran los accidentes, las lesiones y los trastornos mentales; más aún, probablemente posterior a la pandemia COVID-19 habrá modificaciones que será muy importante de dar atención, por los patrones de convivencia están siendo cambiados y repercusiones que se está teniendo

principalmente en lo que refiere a la salud mental, particularmente en la violencia familiar que se ha incrementado, habrá que encontrar maneras de que el distanciamiento social no altere la cercanía humana de solidaridad, afecto y respeto en una convivencia igual de los seres humanos.

Los trastornos mentales constituyen un importante problema de salud pública, por su magnitud de cómo estos afectan en la población, principalmente, por lo discapacitantes que son en los momentos de crisis; por ejemplo, los trastornos mentales y neurológicos psiquiátricos representaban casi la cuarta parte de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe, siendo la brecha del tratamiento abrumadora por el número de personas con trastorno mental que no reciben tratamiento alguno (OMS, Informe sobre los sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe, 2013, pág. 4). El aspecto que toma particular interés es el estigma hacia la persona con una enfermedad mental y cómo este repercute en la alta emoción expresada de los familiares de una persona que presenta una discapacidad psicosocial, se siguen repitiendo patrones de exclusión.

Por otro lado, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual, principalmente por parte de su pareja. Eso convierte esta forma de violencia en la violación de los derechos humanos más extendida, pero también en una de las menos denunciadas.

En ese sentido, la violencia por parte de la pareja se da dentro de la familia que naturaliza y reproduce los patrones culturales de dominación en el ámbito de lo privado, tomando como base la diferencia sexual para establecer los guiones sociales en cuya interacción el varón y su sistema de creencias (status de dominación) es quien hace uso y abuso de poder, para agredir a la mujer. La violencia suele manifestarse sutilmente con prácticas que hacen sentir a la mujer disminuida y excluida, incluso de los hijos; éstos últimos aprenden socialmente desde temprana edad siendo testigos de las relaciones entre sus padres y/o amigos, o al ser víctimas de abuso en la infancia, lo que finalmente conlleva a desarrollar una propensión a la violencia en las relaciones familiares. (Hotaling y Sugarmen, 1986, citados por (Castro R. e., 2014 pág. 184).

Como consecuencia de la violencia de género, muchas veces se ve comprometida su salud física y mental desencadenando algunos síntomas que a veces implican su vida, de acuerdo con la OMS (2018) las mujeres que sufren violencia están expuestas a un mayor

riesgo de lesiones y consecuencias adversas para la salud sexual y reproductiva y para la salud mental.

Se identifica a la/el trabajador/a social que se desempeña en el campo de la salud mental y la psiquiatría en este espacio donde se da la aproximación al fenómeno de la violencia de género, usuarias que son atendidas en un servicio de consulta externa y en cuya valoración inicial se encontró que experimentaron violencia y en cuyos efectos se encontró que tienen problemas en su mental. De ahí que la sombrilla que se utilizará para presentar este trabajo será la salud mental.

Por consiguiente, en el primer capítulo se presenta el tema de la violencia de género que ayudará a contar con mejores herramientas para el análisis, se revisará el tema por su trascendencia nacional y mundial, la mayor parte de las veces poco visibilizada que repercute en el ámbito personal, familiar y social. Se particulariza la violencia de género, el marco normativo para atender la situación de la violencia, la violencia familiar-violencia de pareja, los tipos de violencia, así como los efectos de la violencia para la salud, principalmente la salud mental.

En el segundo capítulo, se integra la revisión de la teoría sobre lo que es salud mental, se la particulariza desde distintos abordajes, para describir la trayectoria de las enfermedades mentales desde la mirada del modelo social de la enfermedad; en ese sentido, se presenta una aproximación histórica de la salud mental, identificando tres submodelos en los que se identifica la enfermedad mental desde lo demonológico hasta lo científico; sin embargo, tienen en común el estigma y la exclusión de las personas; se identifica la carga y las brechas de atención a la salud mental, en la que los aspectos culturales que refuerzan el estigma hacia la enfermedad mental, vigorizan la imagen de una persona que tiene diagnóstico psiquiátrico como alguien peligroso que hay que encerrarse, excluirse; por tanto, se vulneran sus derechos humanos; para comprender desde dicho modelo, la enfermedad mental como discapacidad psicosocial que se enfrenta a barreras en la sociedad que no favorecen su atención.

No podría dejarse de lado la exclusión que sufren las personas que tienen una enfermedad mental, ello a partir del estigma que muchas veces está internalizado en aquellos que la padecen, así también como en sus familiares, lo cual les impide contar con iguales oportunidades que las demás personas que no están incluidas en el ámbito de la

psiquiatría, de ahí que el trabajar este aspecto con las/os usuarias/os es muy importante para el área de Trabajo Social.

En el tercer capítulo, se describe el surgimiento de la disciplina de Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental, cuyos inicios se ubican por el año 1920 en Estados Unidos y posteriormente llega a México para presentarse como un campo en el que las competencias profesionales facilita la interacción con otros profesionales del equipo de salud para beneficio de las/os usuarias/os y que la especificidad de la disciplina ha favorecido la construcción de estrategias que son similares en las diferentes entidades de psiquiatría.

En el cuarto capítulo, se especifican aspectos metodológicos que se contemplaron para la realización del presente trabajo que permitirá describir las características de usuarias que fueron atendidas en el Servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, quienes posterior a ser expuestas a una situación o repetitivamente a varias situaciones de violencia, desarrollaron una enfermedad mental.

En el quinto capítulo, se exponen los resultados de la revisión de expedientes de los que se obtuvo información valiosa que describe las características sociodemográficas de 111 mujeres incluidas en el estudio, quienes fueron identificadas a partir de la valoración inicial de Trabajo Social en el turno vespertino del Servicio de Consulta Externa (INPRFM); en el periodo de enero de 2013 a octubre de 2014, la característica principal de estas mujeres es que sufrieron violencia y uno de los efectos fue que desarrollaron una discapacidad psicosocial; en ese sentido, se mencionan los tipos de violencia que sufrieron, el/los agresores, efectos de esta situación en su salud mental. El formato de captura de información se elaboró en un documento de Excel y el tratamiento estadístico fue sencillo ya que por la temporalidad de la información, la accesibilidad a la base de datos no fue posible; sin embargo, la descripción obtenida, permite contrastarla con la realidad nacional y mundial donde, es evidente que existe una urgencia de dar mayor atención en la haya una participación de todos los sectores para la construcción de nuevas formas de convivencia que favorezcan la equidad y la igualdad de los seres humanos en una cultura de paz.

Posteriormente, se resaltan las voces desde quienes ejercen la disciplina en el campo de la psiquiatría y salud mental, se describe cómo el área de Trabajo Social se identifica como profesional, cuáles son los problemas a los que se enfrenta la población atendida,

uno de ellos es la violencia; se especifica sobre el qué hacer de la profesión, sus fortalezas, debilidades y retos que se identifican desde el gremio.

Finalmente, se presentan las conclusiones donde se analizan las situaciones identificadas en el trabajo de campo, desde la perspectiva humana y de género; aproximando al Trabajo Social y la importancia de cerrar fuerzas en la construcción homologada de propuestas que se llevan a cabo de manera institucional para buscar su legitimidad en la normativa.

## Capítulo 1. Violencia de género

La visibilización de las problemáticas de desigualdad estructural que enfrentan las mujeres permite la reproducción de otro tipo de violencias. Se trata de aquellas que producen los sistemas de dominación, los cuales colocan a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad y precariedad constantes.

*Angélica Areny Evangelista García  
Flor Marina Bermúdez Urbina*

Por considerarse el tema central de este trabajo y por la frecuencia de casos que se presentan como la problemática que enfrentaron las usuarias de quienes se integró su información, se iniciará mencionando a la violencia de género; que ha sido reflexionada como una expresión desde el orden patriarcal, asentada en las estructuras de desigualdad que se legitiman por el conjunto de normas construidas alrededor de las mujeres en subordinación de los hombres y como producto del desequilibrio entre mujeres y hombres, se presentan abusos con la finalidad de perpetuar la dominación sobre ellas, lo cual se ha integrado por medio del aprendizaje social en forma de “*habitus*”; de tal manera, ésta dominación se recrea simbólicamente, de manera hegemónica para el mantenimiento del sistema de dominación.

Por consiguiente, en el presente capítulo se especificarán conceptos de la perspectiva de género, se especificará la violencia de género, se describe el marco legal implementado a nivel internacional y nacional en materia de violencia de género, se mencionará la violencia familiar y de pareja, los tipos de violencia, encontrándose que los mecanismos que apuntalan la socialización de la violencia no favorecen el empoderamiento de las mujeres ya que éstos funcionan sistemáticamente para terminar con las energías personales que favorecen su independencia y el control de sus vidas; para finalmente, citar los efectos que causa la violencia hacia la mujer.

En ese sentido, se concuerda con la UNICEF que particulariza a la violencia basada en el género como un término utilizado para describir los actos perjudiciales perpetrados en contra de una persona sobre la base de las diferencias que la sociedad asigna a hombres y mujeres. (UNICEF, nd), éste es un problema muy complejo que afecta a millones de personas en el mundo y en el país; estos actos de violencia se manifiestan cotidianamente

y sutilmente son perpetuados por medio de los aparatos ideológicos del estado que se revelan como un mecanismo de control que legitima los desequilibrios de poder y desigualdad estructural, a partir de las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres.

La violencia contra las mujeres – especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- fue reconocida el como un problema de salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres el 29 de noviembre de 2017 por la Organización Mundial de Salud, en ese entonces afectaba a más de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La mayoría de todos estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, caso un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida (OMS, Violencia contra la mujer, 2017).

El ámbito en el que mayormente se presenta esta situación es en la familia, siendo ésta uno de las instituciones ideológicas de poder en el que se naturalizan las acciones de subordinación hacia las mujeres mediante el proceso de socialización, por medio de la asignación de guiones, roles, costumbres, representaciones sociales que definen la identidad femenina y masculina, normalizando el uso y el abuso de poder; lo cual consecuencias a nivel individual y familiar.

### **1.1. Conceptos de la perspectiva de género.**

Se iniciará particularizando que para la OMS (2014), género se refiere a la construcción social de los roles, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad en particular considera apropiados para hombres y mujeres. Bajo ese orden de ideas, (Espinar, 2003, pág. 27), se remontó a Simone de Beauvoir para referir que Género es la construcción sociocultural de los comportamientos, actitudes y sentimientos de mujeres y hombres. Consiste a decir de Espinar (2003, pág. 27) en la “interpretación cultural del sexo”, es decir, el conjunto de expectativas sociales depositadas sobre los roles, identidades, actitudes, comportamientos, funciones, etc. que la sociedad adjudica a cada sexo.

El concepto de género abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales como seres integrales que son los seres humanos que se introducen en un contexto determinado en el que se realiza un juego dinámico que se descifra en decisiones que las personas toman conforme a lo que van aprendiendo, los cuales se particularizan a continuación:

**Tabla N°1** Elementos que comprenden el concepto de género

Biológico	Psicológico	Social
Factores genéticos, hormonales y neuronales propios de cada sexo.	La complejidad estructural del cerebro introduce el orden psicológico de la persona y a partir de ser consciente del dimorfismo sexual se genera por medio de procesos cognitivos la capacidad de regular las acciones por medio de la representación, interpretación y evaluación del mundo y de sí mismo.	Dimensión de género es un criterio básico para la organización social: asignación de responsabilidades familiares, escolares, laborales, por medio de guiones sociales que se muestran en las actitudes, valores, costumbres que fortalecen las representaciones sociales que corresponden a determinado sexo.

**Fuente:** Elaboración propia con base en (Ortega, 2005, pág. 26).

Por supuesto que en la dimensión social tiene que hacerse alusión a la cultural, ya que en ella se encuentran las pautas de cómo se va a dar la transmisión de valores, normas, guiones de comportamiento basados en la diferenciación sexual transmitidos por el lenguaje desde edades tempranas; en la que hegemónicamente se ha perpetuado que lo masculino tiene poder/dominio sobre lo femenino.

El concepto “género” fue utilizado por primera vez el año 1951 por el psicólogo John Money, para referirse al componente cultural, en especial la influencia de la educación en la formación de la identidad sexual; posteriormente, en 1968 el Dr. Robert Stoller, psicoanalista con especialidad en los problemas de identidad sexual y en las perversiones; en su libro “Sex and Gender”, destacó el desarrollo de la masculinidad y la femineidad haciendo evidente la separación del sexo biológico del género social. Hizo alusión a que

el sexo apunta a los rasgos fisiológicos y biológicos de ser macho y hembra, el género a la construcción social de las diferencias sexuales.

(Ramos, 1997), señala que, a partir de los setenta, y en especial a partir del momento en que las Naciones Unidas deciden declarar al decenio entre 1975 y 1985 como la década de la mujer que la presencia de la mujer en la reflexión y la investigación histórica se hace sentir. Es a partir de la necesidad de mejorar las condiciones económicas, educativas, sociales y de posición política de la mujer señaladas por la Organización de las Naciones Unidas, que se empieza a considerar a las mujeres como agentes del cambio histórico. Aparece entonces la necesidad de organizaciones políticas específicamente dirigidas por mujeres y enfocadas a defender las condiciones y derechos de las mujeres.

En este sentido, Ann Oakley fue quien introdujo el argumento de género en la década de los ochentas en las ciencias sociales, su análisis se centra en la “eficiencia social” que mantiene los roles de género alrededor de la división del trabajo que tiene la función de garantizar la fuerza de trabajo del servicio industrial (predominantemente masculino) de la fuerza del trabajo doméstico (predominantemente femenino) que provee a la sociedad un ejército de consumidores que son económicamente improductivas (amas de casa) que tienen un rol improductivo que ha sido esencial para el éxito del capitalismo occidental (Oakley, *Gender, woman and social science.*, 2011).

Oakley creía que la socialización del género tenía cuatro elementos:

- La manipulación; cuando los padres influyen a sus hijos, ellos pueden animarles o desanimarles el modo de creer en su niñez sobre su propia creencia de lo bueno y lo malo para un niño o una niña.
- La canalización, los niños son persuadidos de mostrar mayor interés hacia algunos juguetes; por ejemplo, los adultos tienen la idea de qué juguetes son apropiados para niñas e inaceptables para un niño.
- Dominación verbal, es el uso del lenguaje. Los padres usualmente proveen a sus hijos nombres para sus juguetes, mascotas, etc.; de esta manera, los niños pueden ser estimulados para utilizar estos nombres cuando se refieren a cierto género.

- Diferentes actividades, las niñas son alentadas a participar en actividades dentro de casa que son a menudo de naturaleza “doméstica”, los niños son animados a participar en actividades fuera de la casa. (Oakley, *Becoming a Mother*, 1979).

En ese sentido, la transmisión de patrones de convivencia se introducen los primeros años de vida de la persona donde el proceso de socialización se da por medio del aprendizaje social, en el que las pautas de comportamiento están verbalizadas incluso desde el momento que se sabe la madre está embarazada y está esperando un/a niña/o, se piensa en los colores que le van a tocar de acuerdo al sexo del/a que nacerá y con el comportamiento de quienes rodean a la persona se introducen pautas y guiones de interacción “los hombres siguen definiéndose principalmente por la orientación instrumental, las mujeres por la función expresiva” (Lipovetsky, 2007, pág. 26).

Por consiguiente, durante el proceso de socialización ocurre como un proceso incesante a lo largo de toda la vida en el que se van integrando estas relaciones de poder y conformando una identidad en el discurso de poder hegemónico<sup>1</sup>, una concepción imaginaria del sí mismo donde se entrelazan las significaciones provenientes de la psique (representaciones, afectos y deseos), con las significaciones sociales derivadas de múltiples convocatorias que el sujeto recibe. La socialización intenta con-formar una identidad a partir de diversas convocatorias imaginarias sociales, que generan una ilusión de permanencia en el sujeto, aunque en realidad se encuentra en el proceso de resignificación constante a lo largo de la vida, las experiencias y las instituciones en las que se incorpora. (Anzaldúa, 2017, pág. 129).

De ahí, la importancia de reiterar que el constructo de género es producto del aprendizaje social y particularizarlo, como categoría de análisis de las ciencias sociales que permiten identificarla como una construcción sociocultural a partir de las diferencias sexuales; la cual se constituye en la identidad de las personas que se experimenta conforme al contexto donde ésta se desarrolla y va aprehendiendo las diferencias que experimenta de acuerdo

---

<sup>1</sup> En el discurso de poder hegemónico de poder hegemónico están presentes las prácticas. El discurso hegemónico es aquel que en un contexto determinado prevalece y representa la verdad de quienes controlan y tienen el poder. El discurso no corresponde solo a la experiencia oral o escrita, sino que dentro de este se encuentran los gestos, la expresión del cuerpo, etcétera. Debemos así partir de que hay varios saberes, pero que están en disputa. El discurso hegemónico incluye lo prohibido, lo que no se puede, ni debe decir, nos dice así, que hay seres sometidos. El orden social, corresponde al discurso de verdad. La verdad está fundamentada en el saber que se ha logrado imponer, es decir, está dicho desde el poder. (Foucault, 1991a)

a su género “El ser humano nace y es en la interacción social que desarrolla las particularidades que lo distinguen como tal, “la naturaleza del desarrollo cambia lo biológico a lo sociocultural...” (Vigotski, 1998, pág. 28).

Lo sociocultural que se construye en el proceso de crianza ayuda a concluir que no puede separarse lo social de lo psicológico, somos seres biopsicosociales, que nos desarrollamos en un contexto específico con representaciones sociales diferentes de lo que es femenino y lo que es masculino conforme al modelo estructurado de conducta que tocó experimentar. Lo anterior no estuviera completo por la naturaleza de poder en las relaciones sociales, más aún el poder y la dominación en las relaciones de género, su forma más común es la violencia que es ejercida por alguien que demuestra su dominio por medio de la fuerza física, económica, moral, sexual o emocional.

Se resalta, que Roberto Castro (2016: 339), identificó al género como una categoría que critica – no solo describe- el conjunto de relaciones sociales que presuponen y perpetúan una realidad social jerarquizada a partir de la valoración diferencial de los sexos y de los atribuidos y mandatos que se les presumen concomitantes, ilumina una de **las forma fundamental de la desigualdad en los sistemas sociales**, aquella que se produce históricamente en las relaciones entre los individuos, las instituciones y el estado, mediante la arbitraria instauración y reproducción de la dominación de los varones y lo masculino sobre las mujeres y lo femenino.

En ese sentido, para el presente trabajo se entiende por género como la construcción psico-sociocultural de los guiones, roles, representaciones sociales, costumbres, valores, atributos, actitudes que cada sociedad asigna a lo femenino y lo masculino, como una relación simbólica del poder dominación-subordinación que se legitima en las relaciones inequitativas dentro de un contexto, en torno a la diferencia sexual mujer – hombre.

Por consiguiente, se mencionará algunas revisiones que se hizo en torno al concepto de violencia de género, tomando en cuenta a pensadores que se han dedicado a realizar investigaciones y escritos con respecto al tema.

## **1.2. Violencia de género.**

De acuerdo con Espinar ( 2003, pág. 37), el estudio de la violencia contra las mujeres y la inclusión de un enfoque de género a dicho estudio inició en Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, actualmente es un campo de estudio más frecuentado, desde diferentes disciplinas y Trabajo Social está incluido en esa mirada, de ahí que a continuación se revisarán algunos conceptos sobre el tema; en ese sentido, (Castro, 2016, págs. 339-340), refiere a la violencia que se ejerce contra las mujeres por el hecho de ser mujeres; en ello incluye todas las formas de violencia que perpetúan el control sobre las mujeres, o que imponen o restablecen una condición de sometimiento para las mujeres. Constituye, así, la expresión más extrema de la desigualdad y opresión de género. La explica como un tipo de violencia de carácter social, cuya explicación no se encuentra en los genes ni en la psique masculina, sino en los mecanismos sociales que hacen la diferencia sexual el sustento de subordinación de las mujeres.

Cabe citar la teoría del aprendizaje social planteada por Albert Bandura, psicólogo canadiense que elaboró esta teoría que se denomina también aprendizaje vicario, donde la evaluación y el discurso verbal interno es muy importante ya que servirá para tomar decisiones, reproducir o no el comportamiento aprendido. Bandura refiere que la conducta se aprende por observación por medio del modelado.

Según Bandura, la mayoría de las imágenes de la realidad en la que asentamos nuestras acciones, están incitadas en la experiencia que recibimos a través de otras personas (experiencia vicaria). Pasamos mucho tiempo del día adquiriendo conocimientos a través de personas a las que tomamos como referentes en nuestros espacios de vida: nuestros padres, profesores, compañeros de trabajo, amigos, personajes públicos que nos “inspiran”, etc.

La teoría del aprendizaje social resalta la idea de que el aprendizaje humano ocurre en un entorno social, al observar a los demás, las personas adquieren conocimiento, reglas, habilidades, creencias, estrategias y actitudes; las personas tienen la capacidad de aprender observando o recibiendo instrucciones, sin la experiencia directa del sujeto y finalmente, existe una interacción constante entre quien aprende y su entorno donde se desenvuelve.

(Klineberg, 1981, págs. 126-129), mencionó que la violencia es aprendida; especificó que muchas investigaciones indican que la identificación con el padre y con sus valores es importante el aprendizaje de los tipos de conducta agresiva; por otro lado, en la revisión de investigaciones encontró resultados que confirman que en general la percepción de la violencia engendra violencia. Por otro lado, identificó que probablemente los medios de comunicación de masas contribuyen a esta violencia, y en concordancia con Wolfgang y Ferracutty, dijo que la violencia puede convertirse en una manera de vivir, en una forma aceptada de conducta, respaldada por los hábitos populares y la moralidad convencional; en otras palabras, una subcultura.

En contraposición a lo anterior, afortunadamente la ciencia ha ido avanzando y como una habilidad de socialización, las personas tenemos la capacidad de deconstruirnos; por tanto, sí podría trabajarse en la identificación de acciones que favorezcan una cultura dicotómica y social no violenta; por supuesto es una tarea no muy sencilla; tenemos la responsabilidad de identificarla e iniciar en la construcción de lenguajes validantes que favorezcan la equidad entre los seres humanos.

En el caso de la violencia de género, el varón ha aprendido social y culturalmente a situarse en la posición de dominio, y ha incorporado la violencia como una forma más de relacionarse con las mujeres, para conseguir sus objetivos y para resolver los conflictos. Encuentra en el polo opuesto a la mujer, que ha aprendido social y culturalmente a situarse en la posición de sumisión, habiendo incorporado la obediencia a quien la ama (padre, esposo, novio), la superioridad por naturaleza del otro y su derecho a ser cuidado por ella. Incorpora pues la violencia como una forma de selección naturalizada, y cuando es de intensidad tiende a sentirse culpable. (Domingo, 2007 citado en (López, 2014, pág. 21).

Por su parte, Eva Espinar (2007, pág. 41), refiere que no todas las formas de violencia por víctima a una mujer pueden calificarse como violencia de género; la autora cita que violencia de género son aquellas violencias que se sustentan (a la vez que se reproducen):

- En unas relaciones de género desiguales. Es decir, en el desigual poder económico, político, simbólico y social de hombres y mujeres. Situación que puede observarse en los datos macrosociales relacionados con la participación y el poder político, económico o social de hombres y mujeres, y que tiene su reflejo en las relaciones cotidianas, incluidas las más íntimas relaciones familiares.

- En unas concretas definiciones de estereotipos, identidades y expectativas sobre lo que supone ser hombre y lo que supone ser mujer.

En ese entendido, podría caracterizarse a la violencia de género con elementos comunes que (López, 2014, pág. 24). hace referencia a tres, de los cuales se cita a los dos primeros:

- Patrones de comportamiento que implican control (comportamientos abusivos)
- Comportamiento abusivo que se puede ejercer mediante el control físico, emocional, sexual, psicológico o económico.

El tercero que cita (López, 2014, pág. 24) es la víctima del comportamiento abusivo es la pareja o expareja de la víctima; sin embargo, no se considera incluirla ya que en la violencia de género quien emite la violencia no sólo se circunscribe a la pareja o ex pareja de la persona que es agredida, puesto que no solamente está supeditada al ámbito familiar, sino también puede encontrar en el laboral, escolar, cotidiano; donde se dan las relaciones de poder; donde las estructuras de dominación son el producto de un trabajo continuado (histórico por tanto) de reproducción al que contribuyen unos agentes singulares (entre los que están los hombres, con unas armas como la violencia física y la violencia simbólica) y unas instituciones: Familia, iglesia, Escuela, Estado.

“Los dominados aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales”. (Bourdieu, La dominación masculina, 1998, pág. 28).

De ahí que se considera importante mencionar lo que corresponde a la violencia familiar y violencia de pareja; ya que es en el ámbito privado donde se da inicialmente este aprendizaje social y se introyectan guiones sociales violentos que posteriormente son reproducidos.

### **1.3. Violencia familiar-violencia de pareja.**

De acuerdo con la CNDH (2016, p. 2), la violencia familiar es un acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, porque quien tenga o haya tenido algún parentesco por afinidad, civil,

matrimonio, concubinato o a partir de una relación de hecho y que tenga por efecto causar un daño.

Dentro de la familia, las relaciones de poder-dominación también se dan entre quienes forman la diada del subsistema conyugal, estas relaciones de abuso de poder, la autoridad se ejerce mediante el control, la dominación por medio de acciones coercitivas que le causan daño y hacen que la abusada sea sometida.

La violencia familiar es un claro ejemplo que da cuenta de la complejidad de la interrelación entre lo social y lo individual, hay una influencia estructural y otra social en la cual los involucrados se encuentran en ambas esferas estructural/social-cultural/grupal-individual. (Chávez, 2015, pág. 48).

Es innegable que como parte de un sistema familiar, existen mecanismos que se ponen en juego dentro de su dinámica que lleva a sus miembros a interactuar y relacionarse, es el ámbito donde las personas van a impregnarse de estos guiones socio-culturales que desde los primeros días, años de existencia, son aprendidos por medio de la experiencia y la convivencia cotidiana; en la cual lo masculino domina a lo femenino desde lo más sutil (creencias, sentimiento de culpa-vergüenza por no haber cumplido con su rol), hasta lo más directo y palpable como las diferentes formas de control que se da en la violencia en sus diferentes expresiones, cuyos efectos se ven en su persona de manera individual, pero también en sus familias.

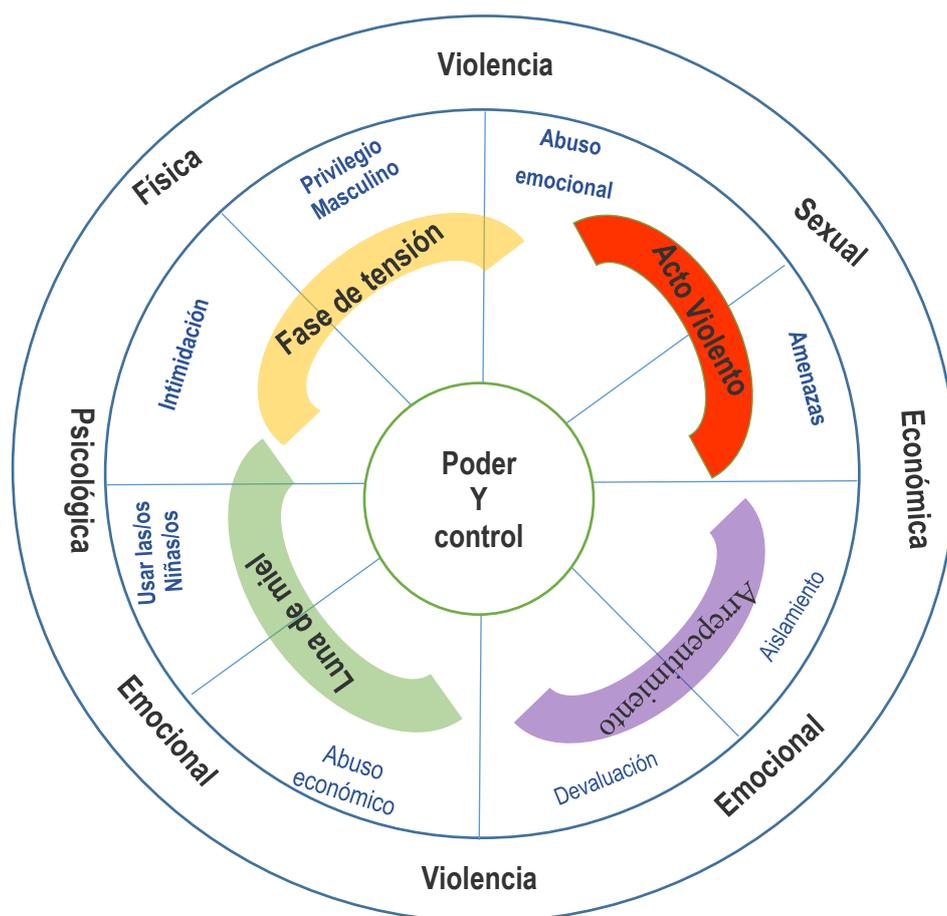
En la violencia de género existen formas de expresión de la violencia que se manifiestan principalmente en el ámbito privado, en la familia, en lo íntimo donde no llega el control social y donde las creencias – representaciones sociales de la cultura dominante han legitimado el poder y la dominación de lo masculino, el padre, sobre lo femenino, la madre, por medio del establecimiento de papeles en los que se perpetúan roles tradicionales, convirtiendo a la familia como uno de los grupos sociales en los que continuamente se viven situaciones violentas.

En la familia, la violencia de pareja es una situación que se da con mayor frecuencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2016), **la violencia en la pareja** se refiere a cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación.

En ese sentido, la violencia en la pareja se caracteriza por acciones que vayan a lastimar; en ello se incluyen comportamientos de dominación, dinámica de un ejercicio del control cuyo efecto es dañar a la otra persona; de acuerdo a la evidencia, el hombre es quien mayormente infringe ese daño en contra de la mujer.

Los resultados de la ENDIREH 2016 indican que 66 de cada 100 mujeres de 15 años o más de edad que viven en el país han sufrido al menos un incidente de violencia de cualquier tipo a lo largo de su vida. El 44% de las mujeres han experimentado violencia a lo largo de su relación de pareja actual o última a lo largo de su relación de pareja; la violencia emocional fue la que más reportaron, identificando situaciones de indiferencia (le ha dejado de hablar), de intimidación y acecho (se ha enojado mucho porque no está listo el quehacer, porque la comida no está como él quiere o cree que la mujer no cumplió con sus obligaciones; la llama o le manda mensajes por teléfono todo el tiempo, para saber dónde y con quién está y qué está haciendo, etc.) o de degradación emocional (la ha avergonzado, ofendido, menospreciado o humillado). (INEGI, Panorama Nacional sobre la situación de violencia contra las mujeres, 2020, págs. 89-92).

Michael Johnson (2008, p.2), demostró que las relaciones heterosexuales de violencia son perpetradas casi enteramente por hombres y no por mujeres, a ello lo denominó “terrorismo íntimo”, en el que el perpetrador utiliza la violencia a merced de tener el control general sobre su pareja. En este sentido, las instituciones de la sociedad soportan la reproducción de las relaciones de dominación, por medio del aprendizaje social; de tal manera estas relaciones se transmiten por medio de la cultura. La siguiente figura muestra gráficamente cómo se representa las conductas violentas que son utilizadas para mantener el control sobre la pareja:



**Figura N°1. Rueda de poder y control**, adaptado de Ellen Pence y Michael Payman Education Grou for men who batter: The Duluth Model 1993, p.3 & Fases de la violencia Leonore Walker: Psychology and violence against women en: American psicologist 1998, N°44, p. 697. (Ellen Pence, 1993) (Johnson, 2008)

En este cuadro se muestran tácticas que utiliza un grupo de personas para dominar a otras, son maneras que se enseñan a los hombres desde sus primeras experiencias en una cultura de dominación (Ellen Pence, 1993, pág. 2).

Este ciclo donde se dan las conductas abusivas se da un patrón que funciona como una maquinaria que atrapa y se reproduce porque ya está legitimada; los ciclos por los cuales atraviesa son la fase de “acumulación de tensión” manifestado a través de agresiones verbales, pequeños golpes; “acto violento, episodio agudo”, donde se descarga la tensión acumulada-conducta fuera de control-, a través de lesiones más graves, con sentimiento de incredulidad, sentimientos de culpa, negación de lo ocurrido, puede darse un colapso emocional, depresión, sentimientos de minusvalía; “arrepentimiento” a través de la culpa y demostración de afecto de quien agrede; la otra persona creerá se convencerá que su

agresor cumplirá el no lastimarla nuevamente; una vez percibido que es perdonado ambos creerán que seguirán interactuando de esa forma “Luna de miel”.

La violencia de pareja es muy común, regularmente presentada en los medios, en los noticieros, en algún programa de televisión, mesas de análisis, así como las telenovelas; muestran situaciones que hasta cierto punto aceptan como algo cotidiano las sutiles maneras de dominación masculina.

“La violencia de pareja sigue constituyendo un tabú social y cultural, a pesar de ser un fenómeno de gran magnitud en México y un grave problema de salud pública en el mundo. Debido a que el ejercicio de la violencia masculina se sigue considerando como algo “normal”, con frecuencia resulta “invisible” aun para las propias mujeres maltratadas y esto incide en una inadecuada respuesta al problema” (Agoff C., 2006).

Las pautas de comportamiento legitimadas en la sociedad comprenden patrones violentos que son encubiertos ya normalizados, se utilizan para mantener el control de la otra persona y estos son vividos y asimilados como parte de la convivencia cotidiana.

La violencia entendida como una construcción social – cultural conforme al contexto y tiempo histórico que podría atribuirse a diferentes circunstancias; no obstante, existen muchos factores que rodean las relaciones de poder y desigualdad a las que las mujeres estructuralmente son subordinadas en la sociedad. En ese sentido, se describirá el concepto de violencia desde la UNICEF, así como se particularizará los tipos de violencia.

***Violencia contra las mujeres*** se incluye la violencia física, sexual y psicológica: que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y ser perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra. (Unicef, 1994).

#### **1.4. Tipos de Violencia.**

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia publicada en Diario Oficial de la Federación, (DOF 20/01/2009), hace mención a los tipos de violencia contra las mujeres, los cuales son:

1.2.1. *La violencia psicológica.* Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio; Fracción reformada DOF 20-01-2009

1.2.II. *La violencia física.*- Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas;

1.2. III. *La violencia patrimonial.*- Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima;

1.2. IV. *Violencia económica.*- Es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral;

1.2.V. *La violencia sexual.*- Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto,

1.2. VI. *La violencia feminicida.*- la forma extrema de violencia de género contra las mujeres producto de la violación de sus derechos humanos, en el ámbito público y

privado, conformada por el conjunto de conductas que conllevan misoginia, impunidad, tolerancia social y del Estado y que pueden culminar con el homicidio y otras formas de muerte violenta de las mujeres.

1.2.VI. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Los tipos de violencia son acciones que se manifiestan de diferente manera, no podría darse un mayor peso a uno que otro; más bien significan una violación a los derechos humanos de igualdad, libertad de las mujeres; estos tipos de violencia están interrelacionados; no obstante, pueden presentarse en diferente orden y en múltiples espacios los cuales se especifican de acuerdo con la Ley general de acceso de mujeres a una vida libre de violencia:

**Tabla N° 2, Ámbitos de la violencia**

<b>Ámbitos de la violencia</b>	<b>Definición</b>
Violencia en el ámbito familiar	Es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.
Violencia laboral y docente	Se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica, consistente en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad. Puede consistir en un solo evento dañino o en una serie de eventos cuya suma produce el daño. También incluye el acoso o el hostigamiento sexual.
Violencia en la comunidad	Son los actos individuales o colectivos que transgreden derechos fundamentales de las mujeres y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión en el ámbito público.
Violencia institucional	Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas

	públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar diferentes tipos de violencia.
Violencia feminicida	Es la forma extrema de violencia de género, contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conducto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley general de acceso de mujeres a una vida libre de violencia DOF 2007.

La violencia de género se da en diferentes espacios en los cuales ocurren las relaciones de poder, éstas pueden darse en la interacción mayormente de hombres contra mujeres, pero también se pueden presentar de una mujer en contra de otra; aquí el manejo del poder y dominación es importante; de tal forma los patrones de subordinación sean evidenciados de manera diferenciada.

La construcción de las características asumidas como femeninas y masculinas encuentran una carga importante en el mandato social, en el cual los hombres requieren comportamientos de fuerza, inteligencia, autonomía social y económica, creatividad, poseedores del poder, de la racionalidad y de la violencia hacia los otros incluyendo a las mujeres. Las mujeres se relacionan con las expresiones de la naturaleza, los instintos, las emociones, el amor, la entrega, la sumisión, la abnegación, la pasividad, la servidumbre, lo que contribuye de manera importante en su subordinación. (Chávez, 2015, pág. 47).

Se habla de una cultura patriarcal que enseña la desesperanza a las mujeres, que de acuerdo con Lenore Walker (1991, pág. 209) se les enseña sistemáticamente, que su valor personal, su supervivencia y autonomía no dependen de sus respuestas efectivas y creativas a las situaciones de la vida, sino más bien de su belleza física y su atractivo para los hombres. Aprenden a que no tienen control directo sobre las circunstancias de su vida. Temprano en sus vidas las niñas aprenden de sus padres y de la sociedad que deben ser más pasivas que los niños” (Quirós, ND, pág. 160).

Por tanto, se fracturan aspectos de la vida de las mujeres que tienen que ver con su confianza en sí misma y en la posibilidad de confiar en los demás; generándose una carga personal que disminuye su valor personal como ser humano y como una ciudadana con derechos y obligaciones que desde su corporalidad es para otros, le impide notar sus recursos o la posibilidad de entrenarse en habilidades sociales que le favorezcan su autonomía y no sumirse en la desesperanza, ya que

el no enfrentar el problema de la violencia de género trae consigo consecuencias que producen daño en la persona, en su familia, en su salud, en su comunidad y la sociedad. En ese sentido, se describirán los efectos de la violencia de género en las mujeres.

### **1.5.Efectos para la salud a causa de la violencia**

La violencia de género trae como consecuencias daños graves en la integridad de las personas, en la literatura se reporta que los daños que sufren las personas a causa de la violencia son tanto físicos, mentales, sexuales y reproductivos, así como emocionales. Por otro lado, puede también tener consecuencias en la economía de las personas, ya que genera un gasto público en la atención de la salud de la persona afectada; por otro lado, implica el procurar impartir justicia, así como también incluye el gasto en áreas educativas. En casos extremos puede producir la muerte.

El Programa Universitario de Estudios de Género (2016) hace una referencia de que los costos de la violencia de género son tanto tangibles como intangibles. Los tangibles son todas las actividades relacionadas con la prevención, atención y el castigo a la violencia, como inversiones, gastos y pérdidas materiales o pérdidas de ingreso por ausencia laboral, así como los que implican la deserción escolar y las actividades para identificar y castigar a quienes incurrir en delitos relacionados con la violencia. Los intangibles incluyen aquellos estimados de la pérdida de calidad de vida de la víctima, cambios de la conducta y en los traumas personales de confianza interpersonal y del capital social a causa del miedo, así como la pérdida de libertad.

Un estudio citado por la publicación del Programa Universitario de Estudios de Género (2016, p.7), considera que más allá del sufrimiento no visible y del impacto en su calidad de vida y bienestar- las consecuencias para la salud incluyen costos que la/el sobreviviente y su familia deben asumir a nivel de su salud, ya que éstos se traducen en costos monetarios ya que los efectos de la violencia deben ser atendidos a través de servicios médicos, psicológicos, laborales, funerarios, los cuales son:

- Lesiones inmediatas como fracturas y hemorragias, así como enfermedades físicas de larga duración (por ejemplo, enfermedades gastrointestinales, desórdenes del sistema nerviosos central, dolor crónico); en ocasiones estas lesiones no son manifestadas por las mujeres violentadas, ya que les produce temor y vergüenza el tener que denunciar alguna

situación de abuso, debido al reforzamiento que existe que se debe aguantar todo, además por el sentimiento de culpa que podría acarrear esta acción.

- Enfermedades mentales como depresión, ansiedad, desórdenes de estrés post traumático, intento de suicidio;
- Problemas sexuales y reproductivos como infecciones por transmisión sexual (incluyendo el VIH) y otras enfermedades crónicas; disfunciones sexuales; embarazos forzados o no deseados y abortos inseguros; riesgos en la salud materna y la salud fetal (especialmente en casos de abuso durante el embarazo);
- Abuso de sustancias (incluyendo alcohol);
- Habilidades deficientes para el funcionamiento social, aislamiento social y marginación, ideas de culpa, minusvalía, dificultades para disfrutar actividades que cotidianamente le eran gratas; pérdida de seguridad en sí misma, falta de confianza en los demás que contribuye a no poder desenvolverse plenamente con quienes interactúa; encuentra su entorno como una constante amenaza, más aún si no cuenta con redes de apoyo.
- Muerte de mujeres y de sus hijas/os (producto de negligencia, lesiones, riesgos asociados al embarazo, homicidio, suicidio y /o HIV y asociados al SIDA).

Por otro lado, los costos en términos de pérdidas por menores ingresos laborales o por dejar de percibirlos que consideran en el estudio son:

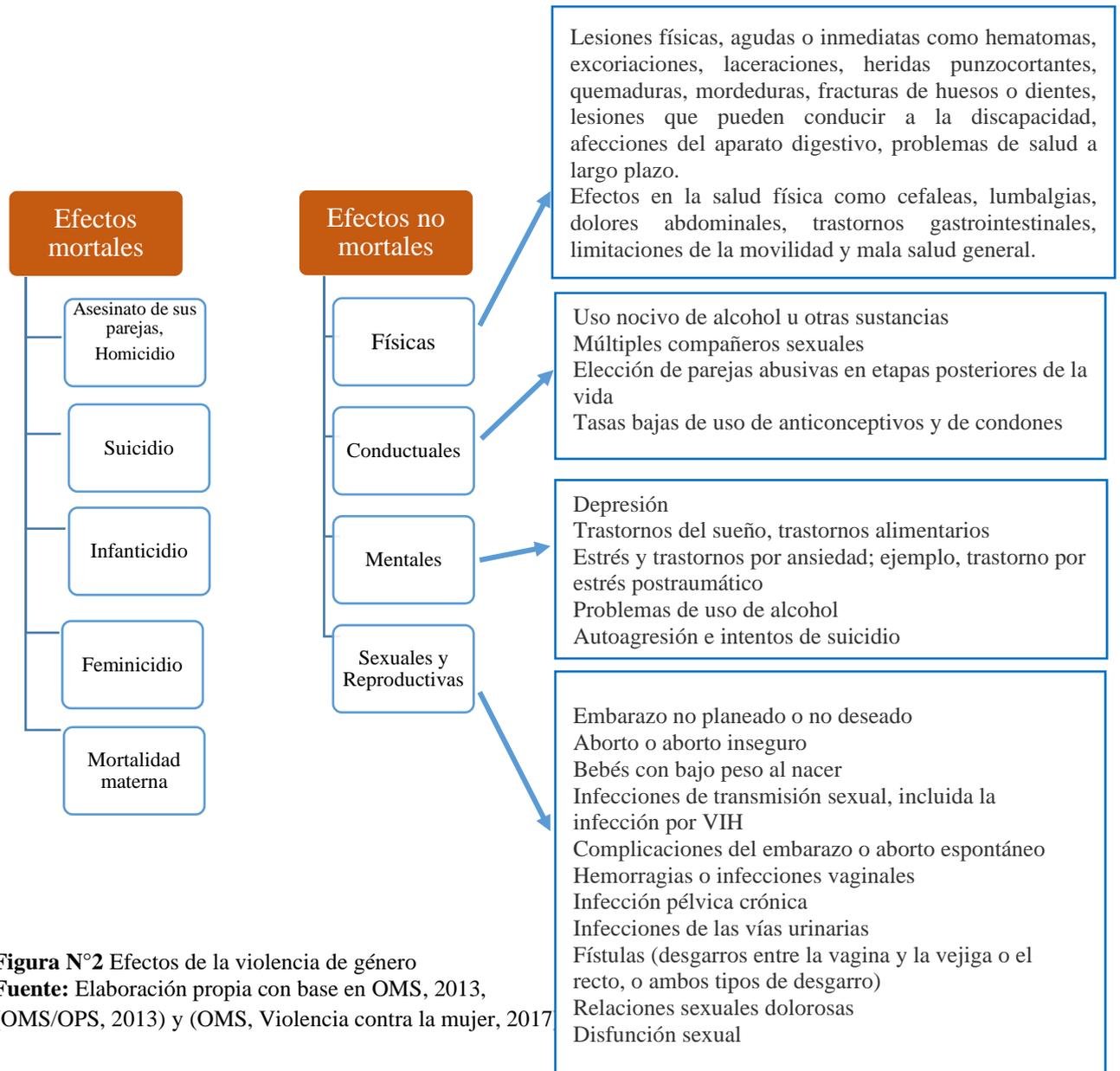
- Pérdida de días laborales, baja productividad y bajos ingresos;
- Reducción o pérdida total de oportunidades educativas, laborales, sociales o de participación política.

Por último, mencionan también los costos monetarios que implica la atención de los efectos de la violencia:

- Desembolsos, gastos directos (a nivel individual, familiar y del presupuesto público) para sufragar servicios médicos, asistencia jurídica, asesoramiento y apoyo judicial, sociales y de protección. Gasto directo adicional que corresponde a los gastos de matrícula perdidos si las niñas o los niños dejan de ir a la escuela como consecuencia de la violencia que sufren sus madres.

Existen dos formas de evidenciar la violencia; por un lado, la que se identifica como un hecho directo, mostrada visiblemente, notoria que aqueja la vida o la integridad física de las personas o grupos, como los golpes, el maltrato, el homicidio, suicidio, violación, etc. Por otro lado, la invisible cuya raíz se encuentra en las condiciones estructurales de la

sociedad, es aquella que está internalizada en los procesos de convivencia y sus consecuencias son muy difíciles de prever, mucho menos calcular el dolor humano que pueda quebrantar. El siguiente cuadro especifica de manera gráfica los efectos que pueda tener la violencia de pareja, considerando que ésta es la que se presenta con mayor frecuencia ya que se da en el seno del hogar y muchas veces es invisibilizada porque los mecanismos de afrontamiento de las mujeres son vulnerados sistemáticamente que no les permiten defenderse.



**Figura N°2** Efectos de la violencia de género  
**Fuente:** Elaboración propia con base en OMS, 2013, (OMS/OPS, 2013) y (OMS, Violencia contra la mujer, 2017)

Los efectos de la violencia de género, muestran huellas a corto y también largo plazo, su identificación es muy baja por características de que es normalizada debido a la creencia que es “normal”, sin mencionar la vergüenza social y la culpa que es asumida por la víctima al no contar con una red de apoyo ya sea familiar y social; principalmente porque

las lesiones y daño ocurren más frecuentemente en el hogar; muchas veces ésta no es denunciada, además de la vergüenza y la culpa, el temor que existe a ser nuevamente maltratada si la mujer se atreve a decir algo; uno de los efectos es que inicialmente habrá malestar en la mujer, si éste no es atendido, puede progresar y desarrollar esquemas de mayor severidad como el trastorno de estrés postraumático que afecta a los índices de depresión femenina.

Si bien se ha abordado sobre los efectos de la violencia de género, hay factores ideológico-culturales que entran en juego cuando las mujeres deben tomar una decisión para enfrentar las agresiones y abusos que sufren. La violencia de género en el ámbito doméstico es una conducta que ha sido asimilada a una forma de relación conyugal y que, debido al prejuicio que lleva a no interferir en la privacidad de la vida matrimonial y familiar, de ahí que ha sido silenciada tanto por la sociedad como por las propias víctimas. Las mujeres toleran relaciones extremadamente dañinas y muchas veces no vislumbran otro tipo de convivencia debido a: a) internalización de valores sociales según los cuales la subordinación femenina es algo “natural”; b) la aceptación de normas culturales que regulan la vida en pareja y los roles de esposa y madre; c) la idealización de la familia y del matrimonio y d) las presiones sociales que las llevan a cumplir con los mandatos culturales dominantes. (Rico, 1996, pág. 24).

No obstante, hay mayor conciencia de las mujeres respecto a sus derechos como personas y como ciudadanas, de ahí que se atreven a denunciar pidiendo apoyo legal, psicológico, humano, pese al miedo que conlleva a las represalias de su pareja o expareja, la vergüenza de ser señaladas públicamente y ser responsabilizadas por la separación de su familia, es importante mencionar el afrontamiento que algunas mujeres tienen ante la violencia; en el estudio realizado por María de la Paz López refirió que sólo una de cada 10 mujeres solicitó ayuda a alguna institución cuando vivió violencia, el 68.5% acudió a alguna autoridad judicial, de éstas se destaca al Ministerio Público en un 34.8%, a otra autoridad en un 26.6% y a la Policía en un 22. /%; el 47.3% acudió al DIF en un 39.1% y al Instituto Estatal de las Mujeres en un 11.6%. En México, el 29% de las mujeres víctimas de la violencia no denuncia porque creen que ser víctimas es algo insignificante, que no es digno de atención; el 18% por preocupación a que sus hijos sufran, el 14% por vergüenza y el otro 14% por temor a represalias de sus parejas. (López Barajas, 2013).

Es alarmante el número de personas que se enfrentan a situaciones de violencia de género, este fenómeno socialmente aprendido, disminuye las posibilidades de un desarrollo personal, por su incidencia es considerado como un problema de salud pública y podría decirse político; debido a los acontecimientos que la sociedad se muestra alarmada en el reclamo de la necesidad de instrumentar medidas que guarden tanto a mujeres como hombres; que promuevan una conciencia ciudadana en el ejercicio de derechos y obligaciones que permitan el acceso a recursos que le permitan favorecer la garantía a la participación en la vida y en la toma de decisiones bajo una cultura para la paz que incluya contenidos de vida que promuevan un aprendizaje diferente de estilos de vida que incluyan la transmisión de roles, valores, costumbres y representaciones sociales a través de pautas de comportamiento equitativo entre lo femenino y lo masculino.

De ahí que la violencia de género ha sido preocupación de organizaciones internacionales y nacionales; además de las consecuencias biológicas, físicas, mentales que ello trae consigo, también porque implica una mayor utilización de recursos, particularmente de los servicios de salud que implican un alto costo. No cabe duda que la violencia impide que la mujer pueda participar en la toma de decisiones en el ámbito familiar, laboral, político, económico, social; por tanto, se le limita el ejercicio de su ciudadanía; por ello, existe la necesidad de reiterar los derechos humanos de las mujeres, la necesidad urgente de que éstos sean protegidos y haya la seguridad de que haya un cambio en los contenidos del modelo socio-cultural dominante; de tal manera que los procesos de reproducción simbólica legitimen una sociedad que implemente políticas públicas que faciliten el cambio en los mecanismos que reproducen el actual sistema y se privilegie el respeto a la dignidad de las personas.

En ese ímpetu fueron instrumentados una serie de normas cuyo espíritu favorece los derechos humanos y la igualdad y equidad de las personas; sin embargo, probablemente el devenir de los años, muchos de ellos tienen nobleza y aspiraciones que tendrían que paralelamente instrumentarse desde las diferentes esferas de la sociedad como una medida urgente y necesaria en bien de la ciudadanía de mujeres y hombres. En ese sentido, se ha instrumentado a nivel nacional y nacional instrumentos internacionales de derechos humanos con los que México ha establecido compromisos como integrante de las Naciones Unidas y de la Organización para el Desarrollo; de ahí que apoyado en la Constitución de 1917 ha establecido políticas y normas que son necesarias para el Desarrollo humano y social, se citan las más importantes:

## **1.6.Marco jurídico que da atención a la violencia de género**

Se considera importante hacer la referencia del marco jurídico-normativo que da vigencia que se implementó en el país tuvo sus referentes a nivel internacional por la relevancia de hacer visible esta desigualdad que existe entre los género, así como porque éste nos sirve de guía en algunas estrategias que se establecen a nivel institucional, gremial en beneficio a nuestras usuarias; en ese sentido, a continuación se hace mención a los que se ubican en el ámbito internacional,

### ***1.6.1. Ámbito Internacional.***

Como un antecedente en la historia de los derechos humanos por su trascendencia y representatividad de diferentes marcos legislativos y contextos socioculturales, por primera vez se hace evidencia la necesidad de la protección de los derechos humanos, particularmente, la **Declaración Universal de los Derechos. Adoptada en la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948**, que se considera como un hito histórico ya que alude al compromiso de los países integrantes en la protección de los derechos humanos en el mundo, uno de sus principios hace referencia a la igualdad de los derechos entre las mujeres y los hombres, así como la responsabilidad de los estados en el fomento de los derechos humanos.

Artículo 2. Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, opinión política o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. (ÓNU, 1948)

A lo largo del documento, se emiten principios cuya observancia favorece la convivencia de las personas en un marco de universalidad, respeto, equidad e igualdad entre los seres humanos en cualquier ámbito. Se menciona la importancia de la apertura y aceptación entre unas y otros, independientemente de las particularidades de cada quien, sexo, ideología, religión, alguna discapacidad psicosocial.

Más particularmente en lo que compete al tema que se aborda en este trabajo, se menciona a la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)**, que fue aprobada por la ONU el 18 de diciembre de 1979 en la ciudad de Nueva York, se ratificó por 20 países, México firmó dicha Convención el 17

de julio de 1980 y fue promulgada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981.

Esta convención es considerada como un instrumento internacional que vincula los derechos humanos con los derechos humanos de las mujeres y se convierte en un marco obligatorio para ser aplicado por los estados que la ratificaron su compromiso, estableciéndose como un marco obligatorio para garantizar la igualdad entre las mujeres y los hombres con el propósito de lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas.

El espíritu de la Convención tiene su origen en los objetivos de las Naciones Unidas: reafirmar los derechos humanos fundamentales, la dignidad y el valor de la persona humana y la igualdad de derechos de hombres y mujeres. La Convención define el significado de igualdad e indica cómo lograrla. En ese sentido, la Convención establece no sólo una declaración internacional de los derechos para la mujer, sino también un programa de acción para que los Estados Parte garanticen el goce de esos derechos. (ONU, 2011, pág. 9).

Por otro lado, se hace referencia a la **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará”**, que fue suscrita en el XXIV periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en Belem do Pará, Brasil el 09 de junio de 1994, firmada por México el 04 de junio de 1995. Aprobada por el Senado de la República el 26 de noviembre de 1996, es vinculante en México desde el 12 de noviembre de 1998. Ostenta el mayor número de ratificaciones entre todos los tratados sobre derechos humanos que conciernen al continente americano, excepto Canadá y Estados Unidos. Fue ratificada por México el 12 de noviembre de 1998.

Esta Convención es un instrumento de derechos humanos de las mujeres considerado como el único tratado internacional específico dirigido a implementar una acción acordada para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra las mujeres, desde su definición como:

Artículo 1. Para los efectos de esta Convención debe entenderse como violencia contra la mujer cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como el privado. (SRE, 2007, pág. 14).

En ese sentido, censura todas las formas de violencia contra la mujer cometidas en el hogar, en el ámbito laboral o por el Estado, además de la definición de violencia enuncia los derechos que deben protegerse de las mujeres, respetando su vida, su integridad física, psíquica y moral, derecho a ser reconocida su dignidad como persona garantizando su libertad y seguridad individual, así como el respeto de la libre asociación, a profesar la religión y las creencias propias, así como tener acceso a poder participar en funciones públicas. Particularmente, el artículo 7 refiere: “Los Estados Parte condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia” (SRE, 2007, pág. 16).

Por consiguiente, con base al compromiso asumido por México con esta Convención se traduce en reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como la emisión de leyes específicas para la erradicación de la violencia contra las mujeres, particularmente, artículos que se encuentran en la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, que se mencionará más adelante. Por otro lado, se estableció el Mecanismo de Seguimiento de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra la mujer, Convención de Belém do Pará (MESECVI) como medio para analizar el progreso y las tendencias en el cumplimiento de los objetivos de la Convención y facilitar la cooperación entre los Estados Parte entre sí, y con el conjunto de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2007).

En otro orden de ideas, se hace referencia a **la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, llevada a cabo en Beijing** del 04 al 15 de septiembre de 1995. Esta constituye una herramienta que promueve la defensa de los derechos y la dignidad humana de las mujeres y de los hombres, así como la garantía de la aplicación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Posteriormente, en la septuagésimo periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas que se llevó a cabo el mes de septiembre de 2015, se presentó los Objetivos de desarrollo Sostenible (ODS), como continuidad a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que posteriormente fueron adoptados el año 2000, particularmente el quinto objetivo es lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, ello incluye desde la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres y las niñas, hasta el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y a los derechos reproductivos.

Este marco internacional ha sido muy importante para que México como parte de las entidades comprometidas a implementar medidas en beneficio al reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas, también a nivel nacional se hacen presente el marco legislativo que vigila y promueve el empoderamiento de la mujer a nivel nacional, las cuales se mencionan a continuación.

#### ***1.6.2. Ámbito Nacional.***

La **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, el Artículo 1 refiere que en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos bajo las condiciones que esta Constitución establece.

En la última reforma de la Constitución fue publicada en el Diario Oficial de la Federación del 06 de marzo del año en curso, el artículo primero no tiene modificaciones y en éste se reitera el reconocimiento de los derechos humanos de las/los ciudadanos en el país. Por otro lado, en el Artículo 4 se establece la igualdad de la mujer y el hombre ante la ley, reafirmando el espíritu para garantizar la igualdad y promover la equidad de género.

Por otro lado, se menciona la **Nom-046-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención;** cuya última modificación fue publicada el 24 de marzo de 2016,

cuyo objetivo es establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.

Con la elaboración de esta norma oficial, el gobierno de México da cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente en la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer, si bien delimita la atención de la violencia en el ámbito de la salud, en sus definiciones se encuentran indicadores de violencia física, psicológica y sexual, violencia contra las mujeres y violencia familiar; resalta acciones para la promoción de la salud y la prevención cuya finalidad es combatir la violencia familiar o sexual. Dentro de la práctica, además de la tipificación de la violencia en la familia, dentro de su contenido, se especifica el procedimiento para dar aviso al ministerio público si se detecta alguna situación en la valoración que se realiza al usuario/a; además de señalar el tratamiento que se debe dar a esa situación, se presenta el instrumento, Aviso al Ministerio Público y el Registro de Atención en casos de violencia familiar o sexual, que sirven para realizar la denuncia de un caso de violencia ante el ministerio público que todavía es vigente.

**Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, publicada en Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003, última reforma publicada en DOF 21 de junio de 2018, cuyo** objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato (DOF, 2018).

En el capítulo dos se realiza la prohibición de toda práctica que implique discriminación y establece criterios para la igualdad laboral, educativa, salarial, decisiones sobre la atención médica y sobre situaciones vitales, posteriormente se describen las medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades, en las que se particulariza la igualdad de oportunidades para las mujeres en los diferentes ámbitos donde se desarrolla; para ese fin, habilita el Consejo Nacional para prevenir la discriminación como un organismo descentralizado que velará la formulación y la

promoción de políticas públicas para la igualdad de oportunidades y de trato a favor de las personas en México.

No obstante, al espíritu de igualdad que tiene esta Ley, se elaboró la **Ley General para la igualdad entre Mujeres y Hombres, inicialmente publicada en Diario Oficial de la Federación e 02 de agosto de 2006, última reforma publicada en DOF el 14 de junio de 2018.** Cuyo objeto es regular y garantizar la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, proponer los mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres y la lucha contra toda discriminación basada en el sexo. (DOF 14 06, 2018); se hace evidente la necesidad de fomentar la igualdad de mujeres y hombres, más aun, incorporar la perspectiva de género en la planeación presupuestal que apoye el cumplimiento de programas, proyectos y acciones para la igualdad entre mujeres y hombres. En el campo de la salud, se señala la formulación de políticas, estrategias y programas que den atención a la necesidad de las mujeres y los hombres.

Los instrumentos que se implementan para la aplicación de esa política son el Sistema Nacional para la igualdad entre mujeres y hombres; el Programa Nacional para la igualdad entre mujeres y hombres y la Observancia en material de Igualdad entre mujeres y hombres. En estas se resaltan la integración de políticas públicas con perspectiva de género, esto más en el marco económico y de disminución de la pobreza.

Una ley en la que directamente se incluyen directrices respecto a la eliminación de la violencia de género es la **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de febrero de 2007, última reforma publicada DOF 20/01/2009.**

Cuyo objetivo es establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, la Ciudad de México y las Alcaldías para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y no de discriminación y avalar el desarrollo integral, justicia, satisfacción y rehabilitación gratuita de las víctimas directas o indirectas de la violencia. (DOF 1. 0., 2018)

En esta ley se da la definición de conceptos como la violencia contra las mujeres, se determinan las modalidades de violencia, así como la tipificación de la violencia contra las mujeres, las modalidades de la violencia, estableciendo la importancia de la alerta de violencia de género que permita garantizar la seguridad de las mujeres, incluyendo la implementación de acciones preventivas, de seguridad y justicia en contra la violencia. Se describe un blindaje interinstitucional para la integración del Sistema Nacional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. En ese tenor, se implementa el **Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicado en Diario Oficial de la Federación el 11 de marzo de 2008**, cuyo objetivo es reglamentar las disposiciones de la Ley general de acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en lo relativo al Poder Ejecutivo Federal, y las bases de coordinación entre éste, las entidades federativas, los municipios, necesarios para su ejecución; en ese sentido, precisa con claridad el procedimiento y los requisitos para la aplicación de la Ley, acciones de prevención, atención a la situación de violencia mediante un modelo de atención que incluye estrategias de rehabilitación y participación que le permitan participar a la mujer en la vida pública, privada y social.

Por otro lado, el reglamento apoya en la aplicación de políticas públicas y mecanismos para erradicar la violencia contra las mujeres; particularmente, hace la declaratoria de alerta de violencia de género que busca garantizar la seguridad de las mujeres, eliminar las desigualdades coordinando acciones entre el gobierno federal y estatal para hacer frente y erradicar la violencia feminicida; en ese sentido, se hace mención a la operación sistema de monitoreo del comportamiento violento contra las mujeres, el cual tendrá alcances de registro, así como la generación de instrumentos que permitan evaluar las acciones de erradicación y la implementación de acciones que faciliten el logro de dicha erradicación. Uno de los componentes de dicho sistema es la Secretaría de Salud, en cuyas atribuciones se señalan estrategias que se deberán alinear en la prevención, atención especializada garantizando el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

En otro orden de idas se expidió el **Reglamento para el funcionamiento del Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres**, que fe aprobado el 24 de abril de 2007, cuyo objeto es de coordinar la conjunción de esfuerzos, instrumentos, políticas, servicios y acciones interinstitucionales

para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres (INMUJERES, 2008, pág. 128). A partir la aprobación de un programa anual de trabajo, el sistema contará con comisiones para dar seguimiento a dicho programa; de tal manera se puedan promover la ejecución de políticas públicas, desde la prevención desde la Secretaría de Educación Pública, atención por medio de la Secretaría de Salud, sanción por medio de la Procuraduría General de la República y la erradicación de la violencia contra las mujeres, presidida por la Secretaría de Gobernación. Estas comisiones podrá constituir Grupos de Apoyo Técnico que favorezcan la consecución del programa de trabajo.

Bajo lo expuesto, se considera que la violencia es un fenómeno multifactorial, tan antiguo como lo es el ser humano; por tanto, se dice que es una conducta que es aprendida y reproducida socialmente; en ese sentido, la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación son quienes ayudarán en su reproducción.

En este capítulo se revisó aspectos sobre género, particularmente, la violencia de género, la cual se cimienta a partir del establecimiento y reproducción de constructos culturales que instauran las relaciones de poder y dominación a partir de la asignación de guiones-roles aprendidos por medio de la socialización en el contexto donde la persona se desenvuelve, en el que las prácticas de violencia se manifiestan de diferentes formas y en ocasiones son asimiladas por quienes emiten y la reciben, ante la magnitud de la violencia de género, las instancias como la Organización de las Naciones Unidas, a partir del reconocimiento de los Derechos Humanos promueven medidas a las que se comprometen sus países miembros, entre ellos México, para implementar medidas contribuyan a erradicar la violencia contra las mujeres; en ese sentido, se implementó normatividad que se describió, el cual soporta como uno de los mecanismos de afrontamiento del sistema hacia la violencia de género; sin embargo, ello parece que es insuficiente porque se bien está descrita la participación de los demás sistemas que conjugan los aparatos políticos del estado alineados a las políticas descritas en los tratados, acuerdos y leyes; la violencia contra las mujeres es mayor cada día; y la normalización de la no violencia tiene que ser aprendida desde el vientre, a partir de un esquema de respeto al ser humano.

En este entendido, la violencia de género tiene diferentes manifestaciones que hace vulnerables a las mujeres ser víctimas de una agresión, a pesar de la normatividad que

está implementada, es más fuerte lo impregnado culturalmente por siglos, que es parte de la hegemonía dominante, que tiene efectos en diferentes esferas de la vida de las mujeres, hombres y la familia, más fuertemente se destacan las señales de dolor y particularmente en la salud de las mujeres, niños identificados como personas vulnerables a quienes se lastima con frecuencia y esto está normalizado; paraliza el encontrar la facilidad de cómo se reproduce la violencia, la sociedad necesita urgentemente poner un alto y trabajo social tiene la tarea de aportar con ese fin.

Se describió que los efectos que tiene la violencia de género que tiene costos de gran trascendencia, éstos se encuentran en la vida cotidiana, se reflejan en el aspecto personal, social, económico y por supuesto en la salud de las personas tanto física pero particularmente la salud mental. En el siguiente capítulo se abordará lo relacionado a la salud mental que comprende uno de los campos de acción de Trabajo Social, particularmente, de quien suscribe el presente trabajo, considerándolo por tanto como el paraguas que cobija aspectos que incluyen la atención de una persona, de ahí se citará la trayectoria de la Salud Mental en su concepción como discapacidad psicosocial, entendiéndola principalmente desde el modelo social.

## Capítulo 2. Acercamiento a la Salud Mental desde el modelo social

La enfermedad se convierte en síntoma de curación. La locura reconoce en la idealización de las víctimas su propia humillación. Ella se adecua al monstruo del dominio, al que no puede superar en la realidad.

(Horkheimer, 1998, pág. 158)

El acercarse a la Salud mental durante el tiempo ha tenido diferentes formas de mirarlo, inicialmente desde un modelo mágico-religioso que asume a la enfermedad mental como un castigo divino, esta característica era suficiente para terminar con su existencia, mutilarlos o excluir a las personas de su comunidad; posteriormente el modelo biológico donde la atención de la discapacidad consistía en compensar las funciones dañadas de las personas mediante ayudas farmacológica y técnicas terapéuticas con el fin de ajustar al individuo para que se reintegre a su medio inmediato; son características de un modelo asistencialista y subsidiario que fortalecen la discriminación y exclusión. En los años ochenta se da el reconocimiento de la enfermedad mental como discapacidad psicosocial y reconoce a la persona como ciudadano, orienta el enfoque de los derechos humanos en la atención de sus necesidades, reconociendo que la sociedad es quien limita la integración de personas con enfermedad mental.

En este capítulo, se particularizará lo referente a la salud mental ya que es el campo en el que trabajo social realiza su intervención en las entidades de Salud, cuyo contenido alude a una noción de bienestar – estar bien, de manera integral; lo cual está contemplado en el concepto de salud; la concepción de la salud mental desde diferentes miradas; por tanto, se realizará el acercamiento desde el modelo social de la discapacidad, se expondrá la aproximación histórica de la enfermedad mental entendida como discapacidad psicosocial, se especificará lo referente a la carga de la enfermedad mental, las brechas de atención de la salud mental para concluir mencionando la salud mental desde la perspectiva de los Derechos Humanos.

## **2.1. Salud Mental**

Por definición de la OMS (2013) se entiende por Salud Mental al Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución en su comunidad: La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Se consideró incluir esa definición por su trascendencia de integrar la salud mental con la salud integral que atraviesa lo personal, lo familiar, lo comunitario; que a partir de lo biológico también está presente lo psicológico, lo social y lo cultural de cada ser humano; aspecto que está internalizado a partir de dualidades que se expresan dicotómicamente como proceso salud-enfermedad; mente-cuerpo; no obstante en esta primera relación intervienen múltiples factores que darán a las personas la posibilidad de poder cubrir aspectos instrumentales para la atención de su salud; por otro lado, la adquisición de habilidades que le ayudarán a enfrentar las vicisitudes que se le presenten.

En el siguiente cuadro, se considera la complejidad que implica el contar y pensar con salud mental desde una visión integral, desde lo sistémico cada uno de los holones se circunscriben en esferas del ser humano que intervienen en su existencia; no obstante, juega un papel muy importante el contexto donde se desarrolla, su historia familiar, factores psicológicos, emocionales e intelectuales, biológicos neuronales, factores medioambientales, culturales, sociales - espirituales, así como el tiempo histórico en el que se encuentra y el contexto social en el que se desarrolla, porque de acuerdo a ello, la persona tomará diferente actitud hacia determinada situación que confluyan en su salud y particularmente su salud mental, lo cual tendrá impacto en su vida como persona y como miembro de un grupo-comunidad con quienes interactúa cotidianamente.



**Figura Ni 3, Modelo ideal de Salud**

**Fuente:** Adaptación propia con base en el modelo ideal de salud con base al modelo presentado por (De Almeida Filho, 2000).

En ese sentido, se entiende que al contar con salud mental una persona reconoce sus fortalezas que le permiten identificar las dificultades que se le atraviesan, tener la habilidad para poder analizarlas para encontrar alternativas de solución a ellas, se desempeña en un trabajo, interactúa con quienes le ha tocado coincidir; no obstante, en ese camino, es menester que los individuos tengan garantía de acceder a la posibilidad de cubrir con las necesidades de subsistencia fisiológicas, seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización que le garanticen una vida digna, de ahí el contexto en el que se desarrolla y su historia personal serán importantes para que pueda contar con los mecanismos que le ayuden a enfrentar su enfermedad.

## 2.2. Abordajes de la Salud Mental

En el transcurso del siglo anterior existieron diferentes enfoques de salud y enfermedad que corresponden a un determinado momento histórico, cuyas características económicas, sociales y políticas identifican lo que puede ser considerado como enfermo y sano. Por lo complejo que es la salud mental, se deberán revisar diferentes posturas y supuestos ontológicos en los que se sustentan, teorías, modelos, que ayudan a una mejor comprensión del concepto citado desde las posiciones de las diferentes disciplinas (Restrepo, 2012, pág. 203) relacionan el

concepto de salud mental a partir de diferentes enfoques de salud – enfermedad, a lo que se introduce las nociones de lo “mental” que les subyacen y sus implicaciones para la intervención en la salud pública.

La siguiente tabla resumen los abordajes de la salud mental desde lo biomédico, conductual, cognitiva y socioeconómica, de esta pluralidad el pensar en salud mental desde una perspectiva incluyente como un fenómeno estrechamente vinculado a las condiciones de vida de los pueblos, a las estructuras sociales y económicas y a la vida cotidiana de las personas; cuyas acciones deberán tener impacto en el bienestar de las personas.

**Tabla N°3**

*Síntesis de las concepciones de salud mental en el campo de la salud pública.*

	<b>Concepción Biomédica de la Salud Mental</b>	<b>Concepción Conductual de la Salud Mental</b>	<b>Concepción cognitiva de la Salud Mental</b>	<b>Concepción socioeconómica de la Salud Mental</b>
<b>Mente</b>	La noción de la mente se define en términos de procesos biológicos	Se deja de lado la noción de la mente y se sustituye por "conducta"	La mente se entiende en términos de procesos cognitivos (no observables) que determinan la manera como las personas sienten, piensan y se comportan.	La mente se conceptualiza como un constructo dinámico emergente de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia
<b>Salud mental</b>	Ausencia de trastornos "mentales" según criterios del modelo biomédico DSMV y CIE 10	Salud comportamental: adaptación como ajuste al contexto y al sistema productivo	Capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas.	Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano
<b>Enfermedad mental</b>	Manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico	Alteraciones o desajustes del hábito, es decir, respuestas "mal adaptativas", "indeseables" o "inaceptables".	Formas distorsionadas o irracionales de pensamiento que llevan a desajustes en el comportamiento o afecciones emocionales	Expresión de las condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales
<b>Intervención</b>	Centrada en la atención de los trastornos mentales por parte de los especialistas mediante diferentes formas de tratamiento (farmacoterapia, terapia electroconvulsiva, etc.).	Enseñar/entrenar a los sujetos para que desarrollen un repertorio conductual más adaptativo. Énfasis en la prevención.	Corregir formas de pensamientos disfuncionales (creencias irracionales, distorsiones cognitivas, etc.) Énfasis en la prevención.	Centrada en los modos de la vida y en las condiciones de vida. La intervención se desarrolla a través de una lógica horizontal orientada a generar entornos saludables que favorezcan la elección de condiciones de vida. Es intersectorial. Énfasis en la promoción de la salud.

**Fuente:** Restrepo Diego, Caramillo Juan (2012). Concepciones de la salud mental en el campo de la salud pública

De Acuerdo con Restrepo (2012, p. 203-207), el *enfoque biomédico* es heredero de la tradición biologicista y empirista de la medicina occidental en la cual la enfermedad es el producto de factores anatómicos, fisiológicos o de entidades externas que afectan el funcionamiento orgánico; la intervención está orientada a la curación mediante una acción directiva y vertical. Por tanto, la intervención en salud mental bajo este enfoque, se centra en la atención profesional de los trastornos mentales por parte de especialistas mediante la farmacoterapia, algunas veces se acude a otros métodos como la terapia electroconvulsiva; la respuesta ante los problemas especializados de salud mental de la población se centra en servicios especializados para brindar atención asistencial a personas afectadas por trastornos “mentales”.

Desde el enfoque de lo mental *como conducta y cognición*: Restrepo y Cols. (2012, pág. 204) lo denominan la concepción comportamental de la salud mental; dando paso al enfoque comportamental para entender los procesos de salud-enfermedad. Este enfoque se relaciona con los hábitos de vida saludables y el comportamiento de las personas hacia la enfermedad, se entiende como el resultado del comportamiento “inadecuado” del individuo, trae como consecuencia la una mayor responsabilidad de los sujetos. Un elemento central en la concepción conductual de la salud “mental” es el ambientalismo; se plantea que la conducta puede “moldearse”. La salud comportamental se entiende en términos de hábitos y conductas adaptativos, resultantes de procesos de aprendizaje, los trastornos “mentales” se entienden como “desajustes del hábito” (cita a Watson, 1916), es decir, respuestas “mal adaptativas”, indeseables o inaceptables” (cita a Hervis 1977).

Por otro lado, dentro de este enfoque *comportamental* Restrepo (1912), refiere la concepción cognitiva en la que se restituyen dimensiones mentales en la explicación del comportamiento. Se plantea que los trastornos mentales se encuentran determinados por formas distorsionadas o irracionales de pensamiento (esquemas desadaptativos, distorsiones cognitivas, etc.) que llevan al sujeto a presentar desajustes en su comportamiento o afecciones emocionales. Desde el enfoque comportamental (conductual y cognitivo) las intervenciones están orientadas al entrenamiento del sujeto para reemplazar aquellos comportamientos mal adaptativos o problemáticos con un repertorio conductual más saludable y adaptativo, mediante técnicas de la ingeniería conductual; por otro lado, en la concepción cognitivista, la intervención tiene una orientación fundamentalmente educativa-instruccionista, cuya

finalidad es lograr que los sujetos corrijan formas de pensamiento disfuncionales (creencias irracionales, distorsiones cognitivas, etc.) y aprendan a pensar –u en consecuencia- a comportarse de una manera adaptativa.

Desde el enfoque social: las raíces socioeconómicas de la salud mental que a decir de Restrepo (2012), en las décadas de los 70 y 80 surgen una serie de críticas a las intervenciones de salud basadas en la concepción medicalizada y en la perspectiva del riesgo individual; se da un interés por el análisis de las estructuras y modelos sociales que permiten que las personas puedan gozar de una buena salud; se da lugar al enfoque socioeconómico, en el cual confluyen las perspectivas estructuralistas y materialistas de la sociología, el movimiento de salud colectiva y la medicina social en Latinoamérica y el enfoque de los determinantes sociales, entre otras.

Desde este enfoque se concibe la salud mental en un marco de derechos y desarrollo humano como un problema de bienestar político y económico dependiente de condiciones más generales de la sociedad, asociados a la condición económica, al ambiente en el que viven las personas y al atipo de recursos disponibles. Plantea críticas a las concepciones tradicionales de la salud mental: critica la normalización, la medicalización, al individualismo, al modelo económico capitalista y a la centralidad de las intervenciones focalizadas en la noción de estilos de vida.

Plantea los criterios de normalidad normativa y normalidad estadística a partir de los cuales se ha definido la salud mental, responden a intereses hegemónicos de grupos de poder y operan como mecanismos de control social. Esta concepción intenta develar lo citado por Fromm “la patología de la normalidad”, es decir, la reificación de unos modelos ideales soportados por intereses políticos y económicos de las clases dominantes que intentan ajustar a los individuos a formas predeterminadas de su comportamiento.

Por otro lado, bajo este enfoque se propone una crítica a la medicalización de la salud mental y el interés mercantilista que le subyace (por ejemplo, en el caso de las farmacéuticas). No se trata de la negación de la importancia de la intervención médico-psiquiátrica o psicológica, sino de un llamado de atención frente al énfasis económico de la salud mental.

La crítica al individualismo desde el modelo socioeconómico como eje fundamental del neoliberalismo, se encuadra una crítica al modelo capitalista neoliberal en la regulación de la salud mental, devela la tendencia a ocultar los problemas sociales y los problemas efecto de la enfermedad mental son considerados individuales evadiendo el daño que la sociedad le produce, se exasperan las falacias del capitalismo y su influencia que apoya la idea de la salud mental aferrada a los valores del mercado; a decir, eres pobre porque eres flojo y no quieres trabajar.

Desde el enfoque socioeconómico la salud mental se plantea como el sufrimiento psicológico y la anormalidad del comportamiento responden a no solo al modo de funcionamiento del cerebro, sino a las leyes sociales que regulan los comportamientos “normales”, aunque sean resultado de molestias y contradicciones de los individuos, los comportamientos considerados anormales, al igual que los normales, no nacen de la naturaleza del propio individuo, sino que son reflejo y consecuencia de contradicciones sociales. (Refieren a Jervis, 1977).

El enfoque social tiene sus raíces en las décadas setenta y ochenta, emergen como críticas a las intervenciones en salud basadas en la concepción medicalizada y en la perspectiva del riesgo individual; dándose mayor énfasis al análisis de las estructuras y modelos sociales que favorecen a las personas el disfrutar de una salud integral; se enfatiza el movimiento de la salud colectiva y la medicina social en Latinoamérica, emerge también el enfoque de las determinantes sociales, entre otras.

Para mejorar la salud mental, Restrepo refiere a la OMS, 2004; mencionando que se requieren políticas y programas de carácter multisectorial, incluyendo educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y asistencia social, además de las actividades específicas del campo de la salud relacionadas con la prevención y promoción. Al concebir la salud como la prioridad y al reconocer que las causas de la enfermedad trascienden la dimensión biológica, se propone que las estrategias para la promoción de la salud deben ser integrales, multisectoriales y deben estar enfocadas en la determinación social de la salud. La propuesta de Atención Primaria en Salud Integral constituye un referente filosófico y estratégico importante para lograr tal propósito, en el cual la participación individual y comunitaria es un eje fundamental.

En ese sentido, de acuerdo con Restrepo (2012, 207-209) el hablar de salud mental es más que dialogar que este tema es objeto de atención académica (investigación), de

la acción profesional (planes, programas, proyectos) y de la acción política (políticas públicas, leyes, etc.), es citar una categoría que no es homogénea y unificada; que tiene lineamientos epistemológicos, teóricos y metodológicos; además tiene aproximaciones conceptuales, ideológicas, antropológicas y filosóficas. No obstante, refiere que no basta *con un cambio de definición para trascender las concepciones patologizantes de la salud mental, sino que es cambio en la posición política*, cuyas medidas deberán tener como objetivo el prevenir o compensar las dificultades (una de ellas la discriminación) que tienen las personas con discapacidad psicosocial en la integración y participación plena como ciudadanos con derechos y obligaciones en los diferentes espacios de vida social, cultural, política y económica. Tendrá que pensarse en una salud pública incluyente que vincula las condiciones económicas y políticas de la sociedad a la cotidianidad de las personas.

Los diferentes modelos de aproximación revisados son una condición a un “objeto” altamente complejo, tanto a nivel epistemológico (objeto de conocimiento), como también profesional (objeto de intervención) y social (objeto de interacciones humanas); los intentos de “unión” pueden conducir a perpetuar los “itsmos” reduccionistas del psicologismo, sociologismo, biologismo o a promover eclecticismos acrílicos que diluyan la complejidad los problemas relacionados con la salud mental.

Bajo la premisa anterior, se presenta un mayor acercamiento hacia la salud mental desde la mirada social de la enfermedad mental reconociendo la discapacidad psicosocial-cultural como construcción social, en la que se reconoce que las limitantes que originan la discapacidad no son religiosas, ni científicas sino más bien sociales, las cuales propician la aparición de barreras en la sociedad para la atención de la enfermedad mental y limita el respeto a lo diferente; por tanto, se está de acuerdo con esa mirada a la salud mental desde los derechos humanos, que las personas con discapacidad psicosocial accedan a una vida digna, tengan un trabajo que dignifique a la persona, entendida como ciudadano con derechos y obligaciones; que tenga oportunidades que le permita satisfacer sus necesidades, que tome y sean respetadas sus determinaciones con respecto a su vida, su salud, su tratamiento; ahí Trabajo Social tiene un papel muy importante, ésta tendría que estar centrado además de los modos y las condiciones de vida, a partir de una relación con la/el usuaria/a y su familia, desde la lógica horizontal, conocer su entorno, indagar respecto a las barreras psicosociales que inciden en la atención de su salud, para que a

partir de ello puedan establecerse estrategias que aminoren estas barreras y permitan la deconstrucción de aspectos en su vida que lo ayuden a ser más resilientes.

El entender a la salud mental como una discapacidad psicosocial ha sido un largo recorrido de siglos en el que se encuentra un camino epistemológico, desde lo mágico hasta lo científico, en este trayecto se ha dado el desarrollo de la intervención profesional, médica y social a través del tiempo, el cual se menciona a continuación.

### **2.3. Aproximación histórica de la enfermedad mental entendida como discapacidad psicosocial**

En el presente apartado se describirá el proceso de cómo la enfermedad mental ha sido encuadrada en diferentes épocas, desde la mirada de entenderla como una discapacidad psicosocial y como una cuestión de derechos humanos, por los problemas que enfrentan las personas que tienen un diagnóstico médico psiquiátrico y al desgaste-discapacidad que repercute en la vida cotidiana, laboral de las personas y de quienes les rodean.

Para el desarrollo de este acápite se tomó en consideración el trabajo elaborado por Agustina Palacios, abogada e investigadora, cuyo trabajo se enmarca en la discapacidad desde los Derechos Humanos, enfoca su análisis desde la óptica del modelo social, realiza una aproximación histórica acerca del tratamiento al que fueron sometidas las personas con discapacidad; en este caso, específicamente quienes tienen una enfermedad mental; de ahí que en este proceso identifica tres modelos de tratamiento de la discapacidad, los cuales pueden resumirse en:

#### **2.3.1. El modelo de la prescindencia.**

De acuerdo a (Palacios, 2008, pág. 37), identifica que este primer modelo se podría denominar prescindencia, debido a que se considera que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad son asumidas como innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que- por lo desgraciadas-, sus vidas no merecen la pena de ser vividas. Como consecuencia de dichas premisas, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, ya sea situándolas en el espacio destinado para anormales y las casas de pobres. Según Foucault “La finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino

proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales” citado por (Amico, 2005, pág. 18). En este modelo distingue dos submodelos:

**2.3.1.1.**El *submodelo eugenésico*, que especifica podría ser situado a modo ilustrativo en la antigüedad clásica. Particularmente, en la sociedad griega primacía el enfoque naturalista de la enfermedad mental. Hipócrates atribuye la enfermedad y deficiencias mentales a causas naturales, ya se habla de enfermedad; recomienda tratamientos naturales, ejercicio, masaje, baños, dieta y preparados médicos (Díaz, 1995, pág. 46). Por otro lado, el culto a la salud y a la belleza física en la Grecia clásica, se practicaba el infanticidio no solo de los deformes, sino probablemente también de los neonatos con apariencia inusual. (Díaz, 1995, p. 48). En Roma las personas con deficiencias estaban expuestas a tratamientos diferentes; por un lado, se dio continuación a las tradiciones griegas con el infanticidio de niños deformes, incluso la mutilación a niños y jóvenes para mendigar, lo cual era realizado a niños no deseados como a los que nacieran con malformaciones o bajo un mal augurio. (Díaz, 1995, p. 49).

**2.3.1.2.**El *submodelo de marginación*, se hace referencia que las características de este submodelo son una constante histórica; específicamente respecto al tratamiento que se brindaba a las personas con discapacidad en la Edad Media, quienes se encontraban insertas dentro del grupo de los pobres y los marginados, cuyo destino estaba marcado por la *exclusión*.

En Europa occidental, la iglesia católica se convierte en la única institución de beneficencia donde se practica la medicina en monasterios y se da recibimiento a perturbados como a deficientes mentales. En medicina desaparece el naturalismo griego y la farmacología árabe sustituye a la griega, “el monje reemplaza al médico” y en el afrontamiento de las enfermedades y los trastornos mentales la demonología, posesión diabólica, se establece “con todo su vigor” Zilboroor y Henry como se cita (Díaz, 1995, pág. 50).

En la baja edad media, (Díaz, 1995, pág. 59) refiere que se producen dos cambios substanciales que suponen la culminación de la tradición demonológica: por un lado, los deficientes, como los locos, son considerados hijos del pecado y del

demonio, y, por otro lado, se instaura la inquisición, la idea del pecado y posesión diabólica quedan institucionalizados y constituyen la ideología dominante. Se escribió el *Malleus Maleficarum* “enciclopedia cruel sobre brujería” en la cual se describía sobre la forma de aprehender a las brujas y los procedimientos para examinarlas por medio de torturas...Identificaba brujería con herejía y desde nuestro punto de vista identificaba brujería con enfermedad mental, muchos de cuyos síntomas la obra describe cuidadosamente. Durante 300 años, en 19 ediciones, ¡este malévolo compendio fue la autoridad y guía de la inquisición en su búsqueda de herejías y posesiones diabólicas entre la gente! (Boring, 1978, citado por (Díaz, 1995, pág. 59).

En este contexto, existió la buena y la mala locura medievales. La idea clave es la de posesión, que puede ser buena o mala, y la persecución inquisitoria de lámal posesión, considerada como brujería o hechicería. En definitiva, se trata de *personajes sociales a sanar o segregar*.



**Figura N° 4.** La oscura y cruel historia del Bethlem Royal Hospital (2016), recuperado de <https://www.codigonuevo.com/mileniales/oscura-cruel-historia-bethlem-royal-hospital-psiquiatico-mundo>

En este momento histórico se documentó el nacimiento de los primeros hospitales, (Díaz, 1995, págs. 60-61), citó que en 1247 se fundó el famoso Bethlem Royal Hospital de Londres, considerado el hospital más antiguo de Europa entre los existentes en la actualidad, en 1377 recibió a los primeros enfermos mentales y en 1547 se transformó en manicomio, asilo para lunáticos. Este hospital se convirtió en un circo al que los ingleses con recursos acudían a divertirse observando cómo los enfermos, desnutridos y sucios

hacían cualquier cosa por ganarse una moneda. Por el desconocimiento y el miedo, los enfermos psiquiátricos recibían el mismo tratamiento, eran encadenados, encerrados, sufrían castigos diarios, eran tratados como poseídos o endemoniados, la sociedad consideraba que su enfermedad era un castigo divino por sus pecados.

El contexto es ubicado en Europa en el Medioevo donde el cristianismo asigna a la diversidad funcional una finalidad divina, este periodo tiene una doble influencia del cristianismo hacia direcciones antepuestas: dulzura-amor frente a la posesión demoníaca, que propicia el tratamiento humanitario. Por otro lado, se aplican prácticas crueles, siendo la posesión demoníaca la más brutal de todas ellas: la misma iglesia que potencia hospitales y asilos, traerá hogueras de la inquisición. Scheerenberger (1984, pág. 33), R.C. citado en (Palacios, 2008, pág. 56). Cualquiera de estas dos consideraciones tenía el mismo resultado: la exclusión. La marginación fue consecuencia de la caridad y el resultado nefasto fue de la exclusión y de la persecución. (Palacios, 2008, págs. 62-63)

**2.3.2. Modelo Rehabilitador**, de acuerdo con Palacios los fundamentos del modelo son dos:

En primer lugar, las causas que se alegan para justificar la discapacidad ya no son religiosas, sino que pasan a ser científicas. En este modelo ya no se habla de dios o de diablo, divino o maligno, sino que se alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. En segundo lugar, las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que ahora se entiende que pueden tener algo que aportar, aunque –como se verá- ello en la medida que sean rehabilitadas o normalizadas. Se da un cambio importante: el paso de una concepción **demonológica** a otra de corte **naturalista**, de un **modelo demonológico** a un **modelo organicista y biologicista**, de la idea de pecado a la de enfermedad.

Esta autora, mencionó que las causas que se alegaban para explicar el nacimiento de una persona con discapacidad eran científicas, ciertas situaciones pasan a ser consideradas modificables. Y la asunción de la diversidad funcional como una enfermedad, fruto de causas naturales y biológicas, se traduce en la posibilidad de mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas, como también en el desarrollo de los medios de prevención, tratamientos de rehabilitación. (Palacios, 2008, pág. 67).

En ese sentido, (Díaz, 1995, pág. 72), menciona que la psicopatología se desmarca de la demonología y del clero, como en el tratamiento de los afectados, que ya son pacientes y no endemoniados. En cuanto a los protagonistas cita a Zilboorg et al (1968); Boring (1978); Pelechano (1989<sup>a</sup>); Postel y Quetel (1987), quienes hacen referencia que Desde España y más concretamente desde valencia, Juan Gilberto Jofré (1350-1417) y Juan Luis Vives (1493-1540), son también pioneros y figuras en este proceso. La alteración mental, enfermedad mental es una dolencia natural, Vives recomienda el ingreso de los desequilibrados en el hospital y que se efectúe diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

(Palacios, 2008, págs. 67-73), señala que este modelo busca la recuperación de la persona – dentro de la medida de lo posible- y la educación especial se convierte en una herramienta ineludible en dicho oficio de recuperación o rehabilitación. Así mismo, dentro de las prácticas habituales aparece plasmado un fenómeno que lo caracteriza: la institucionalización. La autora señala que los primeros síntomas del modelo rehabilitador datan de los inicios del Mundo Moderno y su consolidación podría ser situada en los inicios del Siglo XX. La supervivencia de personas que carecían de recursos dependía de la caridad cristiana, poco a poco la caridad privada de los monasterios medievales fue dejando paso a un nuevo concepto de solidaridad: la asistencia pública. Fue a finales del siglo XVIII y principios del XIX cuando se produjo el tránsito de la caridad hacia la beneficencia. (Herrera Gómez, 1999, citado por Palacios (2007), p. 85).

Un personaje que sobresalió en este periodo fue Juan Luis Vives, humanista de los países Bajos en cuyo tiempo las personas con discapacidad estaban incorporadas dentro de la categoría de los pobres, a quienes se miraba con temor – ya sea rechazándoles por considerarlas delincuentes potenciales o enfermos contagiosos, o por otra parte eran protegidos. Tanto la iglesia, como la iniciativa privada, instituciones públicas de municipios y príncipes eran quienes daban una asistencia a los pobres.

El producto más representativo constituyen las instituciones manicomillos cuya finalidad no era el tratamiento de las personas, sino su aislamiento para proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales, este modelo se basa en una actitud paternalista, que refuerza la mirada del esquema similar al que se daba en la brujería, ya que los diagnósticos psiquiátricos conciben subestimación y conlleva a la persecución y discriminación social, las personas pasan a ser calificadas como normales o anormales - sanas o enfermas, el encargado de diagnosticar la anormalidad es el médico y las personas

con discapacidad psicosocial son reducidas socialmente, son alienadas, ocultadas ya que el manicomio era ese lugar destinado a cuidar, ya que atendía y vigilaba a peligrosos y diferentes; las entidades ponen en práctica una serie de tratamientos que Pelichano (1986) considera rudimentos de psicoterapia y laborterapia que tienen como finalidad la reinserción en su familia, trabajo, sociedad, en este modelo se asimila la enfermedad; por tanto, al nombrar la etiqueta patológico, se construye socialmente que la medicina establece un límite entre las personas y establece que se pueden “tratar” los comportamientos desde una mirada aparentemente científica.



**Figura N° 5, Hospital Psiquiátrico La Castañeda 1910 – 1968, recuperado de <https://www.mexicodesconocido.com.mx/la-castaneda-el-manicomio-conocido-como-las-puertas-del-infierno.html#galeria>**

De acuerdo a Foucault (1992:243), expuso una mirada diferente de acercarse a la persona que tiene una enfermedad mental señalando que “hay una dimensión que me parecía inexplorada; había que investigar cómo eran reconocidos, marginados, excluidos de la sociedad, internados y tratados los locos, qué instituciones estaban destinadas para acogerlos, y para retenerlos, para tratarlos algunas veces, qué instancias decidían su locura y según qué criterios; qué métodos se empleaban para someterlos, castigarlos o curarlos; resumiendo, en qué entramado de instituciones y de prácticas se encontraba atrapado y definido a la vez el loco”.

La práctica de la institucionalización se realizaba en gran número en contra de la voluntad de las personas afectadas, situación que persiste hasta estos días en algunos recintos, lo cual significaba y significa la pérdida del control de sus vidas y de su libertad; por otro lado, la violación de sus derechos más básicos, la institucionalización se consideraba la manera más adecuada a efectos de curar y rehabilitar a estas personas; no obstante, para quienes se consideraban incurables, las instituciones eran sencillamente espacios piadosos que les proporcionaban alimentos y cobijo.

Con el transcurso del tiempo y el avance de las ciencias y las normas, todavía las instituciones dan atención a personas que tienen una enfermedad mental; en algunas de ellas todavía puede realizarse el internamiento en contra de la voluntad de quien tiene un padecimiento psiquiátrico; no obstante, esto es modificado en el progreso del internamiento y a pesar de que ha transcurrido tiempo la imagen de lo peligroso asociado a un enfermo mental todavía es evidente en la mayor parte de la población; por tanto, la marginación y la exclusión son prácticas que se dan ante la dificultad del familiar por comprender y desprenderse la imagen tan reforzada acerca de la “locura”. En contraparte de lo anterior, se presenta el modelo social de la enfermedad mental que habilita la posibilidad de mirarla como una discapacidad psicosocial donde las limitaciones de la sociedad son las que no otorgan las facilidades para que una persona con este tipo de discapacidad.

**2.3.3. Modelo Social – o de barreras sociales-.** Este modelo tiene sus orígenes en el Movimiento de Vida Independiente que nació en Estados Unidos a finales de los años 60 en el siglo pasado, en la Universidad de Berkeley, California. La característica de este modelo tiene dos vertientes; el primero hace referencia a que el origen de la discapacidad no es religioso ni científico, sino es social debido a que la sociedad tiene limitaciones para no prestar servicios apropiados para asegurar que las necesidades de las personas que tienen alguna discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Por otro lado, se considera que las personas con discapacidad tienen una manera de contribuir a la sociedad que no será de la misma manera que el resto de las demás personas (sin discapacidad).

Uno de los autores relacionados a la reforma psiquiátrica en Italia es Franco Basaglia quien enfocó su análisis sobre la enfermedad mental en las condiciones concretas de

producción económica-social, lo que llevó a considerar que no se encuentra definida por la ideología médica, sino por el sistema socioeconómico que determina sus modalidades. (Basaglia, 1986). La enfermedad mental reviste, en este análisis, un significado distinto según el nivel social del enfermo.

Sitúa a la enfermedad desde la práctica psiquiátrica en una “institución manicomial”: menciona que no pierde por ello su universalidad; más bien al contrario, se individualiza. El momento de la universidad del signo de escisión- categoría que defina a la exclusión y en ella al excluido- es la violencia; de ahí que la institución-estructura de acto de la escisión- sea siempre la institución entre “instituciones de la violencia”: “la familia, la escuela, la fábrica, la universidad, el hospital son instituciones fundadas en un claro reparto de “papeles”: la división del trabajo (amo y esclavo, maestro y alumno, dirigente y dirigido). Estas instituciones socializadoras que sutilmente van formando a través de violencias patriarcales que legitiman el sistema hegemónico en el que vivimos por medio de representaciones, percepciones y visiones como categorías de percepción del mundo social que son fruto de la integración de las estructuras objetivas del espacio social.

La correspondencia entre las estructuras sociales y las estructuras mentales, entre las divisiones objetivas del mundo social –particularmente en dominantes y dominados en los diversos campos- y los principios de visión y división que los agentes aplican. (Bourdieu, 2008, pág. 36). Esta correspondencia entre las estructuras sociales y mentales tienen su punto de asidero en lo más profundo del cuerpo, donde se interiorizan los esquemas del *habitus*<sup>2</sup> Este sistema de disposiciones perdurables y transferibles se conforma por la exposición de las personas a determinadas condiciones sociales para internalizar las necesidades del entorno social; de ahí que el *habitus*, como lo social integrado, está constituido por las relaciones de poder.

La incorporación de jerarquías sociales por medio de los esquemas del *habitus* inclinan a los agentes, incluso a los más desventajados, a percibir el mundo como evidente y a

---

<sup>2</sup> Bourdieu define al *habitus* como el sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes; es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta. **Fuente especificada no válida.**

aceptarlo como natural, más que a rebelarse contra él, a oponerle mundos posibles, diferentes, y aun, antagonistas: el sentido de la posición como sentido de lo que uno puede, o no, “permitirse” implica una aceptación tácita de la propia posición, un sentido de los límites o, lo que viene a ser lo mismo, un sentido de las distancias que se deben marcar o mantener, respetar o hacer respetar (Bourdieu P. , 1990, pág. 289).

Esto significa que la integración de experiencias va formando las prácticas futuras dirigiéndolas a la reproducción de una misma estructura y en ello las instituciones tienen un papel fundamental en la separación entre los que poseen el poder y los que no, así como en la subdivisión de papeles convierte una relación de dominación y de violencia entre el poder y poder, relación que se convierte en la exclusión del segundo en el primero. La violencia y la exclusión están, en efecto en la base de todas las relaciones de instaurarse en nuestra sociedad, más aun si se hace referencia a una persona, independientemente de su sexo, tiene un padecimiento mental.

El signo que escinde y su violencia se individualizaban en la práctica psiquiátrica en los conceptos de diagnóstico, técnica terapéutica y curación.

En este sentido, entiende a

1. –La enfermedad- doble de la enfermedad, enfermedad propiamente dicha- que la psiquiatría –la ciencia psiquiátrica- estudia, describe y crea como poder clasificatorio – escindidor- entre ambos lados la línea divisoria que es la norma [normal (inclusión)/Patológico (exclusión)]. Enfermedad que el psiquiatra –en su papel de excluyente- y la institución – como lugar de exclusión- proyectan y el enfermo en su papel de excluido- refleja: la pérdida de identidad, la institución y los parámetros psiquiátricos acaban construyéndole una nueva, Franco Basaglia cita a Foucault que concluyó “la alienación es para el enfermo mucho más que un status jurídico: una experiencia real, que se inscribe necesariamente en el hecho patológico”.
2. -Con referencia al diagnóstico lo identifica como –proyección que es violencia-, impuesta desde el espacio de la inclusión –espacio del poder- en el que se nos descubre en la práctica en su verdadera dimensión: exclusión en favor de un ordenamiento social –orden del poder- que no tiene apoyo para su seguridad más que el signo que escinde, cita a Foucault – no quiere reconocerse en ese enfermo que lleva dentro y lo aparta o lo encierra; en el mismo momento en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo”.
3. –La técnica: cuerpo de conocimientos y medios prácticos que defiende –separa, distancia y al mismo tiempo tranquiliza- al excluyente-en su papel de excluyente-respecto del excluido- en su papel de excluido.

4. –La curación –fin último del acto terapéutico- es la “salvación” del excluido, la negación de su diferencia... En esencia: la conversión del fuera en dentro; o bien: la inclusión del excluido en el “otro espacio” impuesto por la norma. Para que le logre, la curación –momento máximo de la violencia- (Basaglia F. , 1972, págs. 14-16).

Se hace referencia al “movimiento anti-psiquiátrico” que emergió durante las décadas 1960 y 1970 consideraba que la enfermedad mental era una etiqueta negativa, que favorecía el estigma de las personas que no se ajustaban a las reglas de la sociedad; éste fue nombrado por David Cooper como antipsiquiatría que representaba posturas que no concordaban con la violencia institucional, no estaba de acuerdo con internamientos psiquiátricos, consideraba a los hospitales como mecanismos de control para silenciar a los “locos” que se atrevían a decir cosas perturbadoras, que no se ajustaban a las normas y no intervenían en el proceso de producción; la manera de tratarlos era ubicarlos en instituciones que eran edificadas a las afueras donde podían deshacerse de estas personas incómodas, encerrarlos a veces en contra de su voluntad, con otras personas que eran acomodados con esa etiqueta y que no necesariamente tengan una discapacidad psicosocial; instituciones donde el médico decía lo que se encontraba dentro o fuera de lo “normal” medicándolos, se hace referencia al mercado de la farmacoterapia y su crecimiento, llegando a ser un área económicamente muy rentable.



**Figura N°6.** Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica.

Fuente: <https://www.redalyc.org/pdf/181/18120621019.pdf>

Contrario a este mecanismo de control instaurado por el orden social, coercitivo y violento, este modelo se encuentra relacionado con los valores que conciernen a los Derechos Humanos y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad, la libertad personal, propiciando la inclusión social y sentándose sobre la base de los principios de: autonomía personal, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil entre otros (Victoria, 2013, pág. 1101).

Con referencia a este modelo, Colín Barnes citado por (Palacios, 2008, pág. 121), destaca que este modelo no consiste más que en un énfasis en las barreras económicas, medioambientales y culturales, que encuentran las personas a las que otros consideran con algún tipo de diversidad funcional. Estas barreras incluyen inaccesibilidad en la educación, en los sistemas de comunicación e información, en los entornos de trabajo, sistemas de beneficencia inadecuados para las personas con discapacidad, servicios de apoyo social y sanitarios discriminatorios, transporte, viviendas y edificios públicas y de entretenimiento inaccesibles y la devaluación de las personas etiquetadas como discapacitadas por la imagen y su presentación negativa en los medios de comunicación –películas, televisión y periódicos-

Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad son así como consecuencia de la negación por parte de la sociedad en acomodar las necesidades individuales dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural, se basa en restricciones de la sociedad y refuerza el aislamiento y la exclusión de quienes tienen una discapacidad psicosocial; en contraparte, este modelo promueve la inclusión de la diferencia que intenta hacer visible la condición social de personas que padecen una enfermedad mental; de tal manera, puedan ser eximidas del estigma y la discriminación.

Posterior a haber realizado un recorrido histórico de cómo se enmarca a la salud desde la mirada de los **modelos prescindencia, rehabilitador y modelo social**, surge el interés de ubicar la carga de la enfermedad mental que ayudará a comprender los factores que intervienen para caracterizarla como discapacidad psicosocial.

#### **2.4. Carga de la Enfermedad Mental**

La importancia de hacer referencia a este apartado es debido a que la carga de la enfermedad es un indicador que señala las pérdidas de salud, en este caso, salud mental que pueden representar sus consecuencias, sean mortales o no, así como los factores de

riesgo que se asocian a estas; se consideran como un indicador de brecha entre el estado de salud actual y el estado de salud ideal, donde vive el individuo hasta la vejez libre de enfermedad y discapacidad. (Romero, 2014, pág. 149).

Este indicador ofrece un peso equivalente a las enfermedades letales y a aquellas que no conducen a la muerte pero que afectan a las capacidades de los individuos de maneras insidiosas y permanentes, y que además ejercen presiones diversas sobre los servicios de salud por la magnitud de la demanda y los costos que se derivan en una atención continua y muchas veces especializada.

En concordancia con Lozano y Cols. (2013), deberá tenerse de una visión que permita comparar tanto las pérdidas de salud por problemas letales como con aquellos que no lo son; sin embargo, impactan negativamente sobre la calidad de vida de las personas, ya sea por la discapacidad que producen, la demanda de servicios que generan, los costos asociados a su tratamiento prolongado, los cuidados familiares que requieren fuera del sector médico y la comorbilidad asociada a la larga convivencia con estas enfermedades. La OMS, en su 130 reunión de su Consejo Ejecutivo (2011), señaló que los trastornos mentales no tratados se cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente (OMS, 2011, pág. 1).

En ese sentido, la enfermedad mental constituye una de las causas principales de pérdida de vida saludable, lo cual afecta mayor dificultad de las personas para poder llevar una actividad laboral estable, en sus momentos de crisis disminuirá su eficacia y desempeño tanto en el trabajo como en su familia, lo cual conlleva problemas económicos, por las dificultades que conlleva dejar de laborar, incluso puede significar el perder el empleo, por consiguiente conflictos internos de incumplimiento con un rol de provisión y las consecuencias que éste trae consigo.

Esta exposición a situaciones estructurales y disposiciones institucionales, con respecto a las respuestas que se ofrecen para la persona que tiene una enfermedad mental, incrementan la posibilidad que no pueda atenderse oportunamente a una persona, favoreciendo la marginación y exclusión de poder contar con oportunidades de educación, trabajo para generar ingresos y le permitan tener una vida digna; más aún, están sometidos a maltrato, en ocasiones negligencia y cuidado.

Otro de los aspectos a tomar en cuenta en la revisión de lo que implica la salud mental bajo un contexto que apertura la mirada de lo biológico y estadístico a lo social y económico, expuestos en el enfoque socioeconómico, son las brechas de atención a la salud mental, que influyen en la cercanía o lejanía (retraso) de la atención a la salud mental de las personas, mismas que se mencionan a continuación.

## **2.5. Brecha de tratamiento a la enfermedad mental**

Se iniciará mencionando el significado de brecha que es un derivado del francés “breche” y éste a su vez deriva del germánico “breham”, que puede traducirse como “rotura”, se podría pensar entonces en una abertura o rotura irregular en una superficie; más aún la brecha social, deriva de la palabra latina “sociales” que significa “que pertenece a la comunidad de personas”. Es fruto de la suma de dos componentes claramente delimitados: el sustantivo “socius”, que es sinónimo de “compañero”, y el sufijo “al”, que se usa para indicar “relativo a” o “perteneciente a”. (<https://definicion.de/brecha-social/>).

La brecha de tratamiento puede servir como un indicador importante de salud pública que pone de manifiesto la necesidad insatisfecha de atención a los problemas de salud mental (Kohn y cols., 2004). La brecha de tratamiento es la diferencia absoluta entre el número de personas que presentan un trastorno y el número de personas que reciben la atención apropiada para esa condición en los servicios de salud. Esta se puede expresar como el porcentaje de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben. (Kohn, La brecha de tratamiento en la región de las américas)

En ese orden de ideas, existen aspectos estructurales, institucionales y culturales que influyen para el sostenimiento de esta distancia; por ejemplo, con referencia a lo **estructural** hay limitación para que se atiendan a las personas que tienen una enfermedad mental, ya que no en todos los centros de salud hay una persona que pueda valorar o

atender a alguien que tenga una discapacidad psicosocial, a nivel nacional el presupuesto contempla el 2% del mismo para la atención a la salud mental, lo cual refleja al interés público en invisibilizar la enfermedad mental y atenderla como corresponde; que además de la infraestructura estructural, organizacional, son necesarias se subsanen las políticas que acerquen a la población la posibilidad de acceder a la atención y cuidado de su salud (atención profesional especializada, tratamiento médico-farmacológico e integral), vivienda, alimentación, seguridad; que le permita a la persona tener consciencia de lo que le corresponde hacer en cuanto a su cuidado personal pero que tenga los medios necesarios para hacerlo.

Por otro lado, podrían encontrarse similar a las medidas estructurales que afectan la brecha de atención de las personas a los servicios de salud en general y particularmente la mental, la OMS los ha identificado como los determinantes sociales que hacen que se incremente la vulnerabilidad de la población y son causa de desigualdades sanitarias, las personas que están en mayor desventaja tienen mayores problemas de salud que las otras. De acuerdo al (CONEVAL, 2018) , la mayor parte de la población 52.4% se encuentra en pobreza, 43.1% en pobreza moderada y el 9.3% en pobreza extrema; el 89% presenta una privación de una carencia social; por otro lado, la carencia por acceso a la seguridad social 71.7%, la sensación de bienestar de la población con un ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos se reportó en un 21%. Bajo esas circunstancias se presentan algunos factores que se relacionan a las personas y también al contexto donde se desenvuelven, cuya situación de vulnerabilidad tiene implicaciones que en determinado momento podrían ser factores de riesgo individuales, relacionales, ambientales, sociales para la aparición de enfermedad/es mental/es.

Otra brecha de tratamiento es la **accesibilidad a los servicios de salud mental**; en ese sentido, habrá que precisar el concepto de accesibilidad, mismo que es utilizado desde la década de los sesenta del siglo anterior, en el marco de la Alianza para el Progreso, se planteó el crecimiento por áreas y salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta.

De acuerdo con (Comes, 2006, pág. 202), la accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. La autora citada concluye que accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Al

pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso.

En este sentido, los servicios de atención a la salud mental en los primeros y segundos niveles de no alcanzan a cubrir la población a la que debería estar dirigida la atención, de acuerdo con el informe sobre sistema de salud mental en México elaborado el 2011, se cuenta con 544 establecimientos de salud mental que ofrecen atención ambulatoria a 310 personas por cada 100,000 habitantes, en contraste con los hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100,00 habitantes que tienen una enfermedad mental, la cifra de entidades de atención a la salud se estima que no aumentaron ya que la tendencia es la no construcción de más hospitales psiquiátricos para reducir el estigma; en ese sentido, puede calcularse que es muy poca la población que realmente llega a acceder a espacios donde puedan atenderles.

Para Comes, 2006; el concepto de accesibilidad fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se puedan interponer. Las barreras fueron caracterizadas como geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como cultural y estaba centrada que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso; a esta barrera, Comes y Samaja, la redefinieron como simbólica en tanto consideraron que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras. (Garbus, 2007, pág. 99).

Viene a la mente de quien suscribe, las representaciones que se han fomentado de una persona con discapacidad psicosocial, se particulariza la difusión que se da en los medios de comunicación, mostrando las imágenes del medioevo todavía están presentes en el imaginario social de quienes escuchan que alguien cercano tiene un padecimiento psiquiátrico y su reacción es de miedo, hostilidad, rechazo y alejamiento hacia quien lo

padece. Lo cual no contribuye a que los usuarios soliciten su atención dándose un largo tiempo de espera y consulta a otros especialistas antes que aceptar necesita el apoyo de un servicio de salud mental.

Esta última; es la barrera la cultural que más ha pesado y todavía pesa en la accesibilidad de las personas que tienen una discapacidad psicosocial a primeramente aceptar que la tiene y además que debe buscar ayuda profesional para favorecer su cuidado; de ahí que el tiempo que tarda una persona en acercarse a los servicios de salud es de aproximadamente nueve años.

Shoshana Berenzon mencionó que uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina. (Medina Mora y Borges citados por (Berenzon, 2013, pág. 253).

Por otro lado, Alicia Stolkiner junto con su equipo de investigación que desde hace aproximadamente una década desarrollan investigaciones que toman como variable de análisis del concepto de accesibilidad, complementa la idea de accesibilidad cultural con accesibilidad simbólica (Se referencia a Solitario R (2006), Comes Y. (2007) y Solitario R. et al (2010)). Allí destacan que los imaginarios sociales y las representaciones de los sujetos también pueden constituirse en barreras específicas que deben ser tomadas en cuenta. La propuesta de accesibilidad simbólica muestra que no sólo pueden existir barreras relacionadas con diferencias en los mundos culturales de beneficiarios y profesionales, sino también referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no refieren a diferencias culturales. (Comes, 2006, pág. 203).

Así mismo, en su búsqueda de una re conceptualización más amplia de la accesibilidad Landini et al citada por (Villalobos, 2014, pág. 61), proponen hablar de accesibilidad psico-socio-cultural en lugar de referirse a ella simplemente como “aceptabilidad” de la atención o de accesibilidad “cultural” o “simbólica”. De este modo, quedaría definido como “...la accesibilidad es un vínculo construido entre usuarios y servicios de salud, resulta fundamental atender tanto a las representaciones y creencias de los beneficiarios, como a los marcos de sentido construidos por los profesionales y por los servicios de

salud, sin asumir que el problema son las creencias o la cultura de los beneficiarios, sino las dificultades para la articulación entre sus creencias y cultura y las estructuras de sentido en la que se basan los servicios de salud y sus profesionales.

Si bien la accesibilidad es definida como un vínculo que se construye entre personas que solicitan la atención de un servicio y los servicios de salud propiamente dichos, se considera que en el campo de la salud mental entra en juego la accesibilidad geográfica, por las distancias que existen entre la población y los servicios, lo cual implica costos no solo de tiempo, sino en el transporte que gran parte de los usuarios los tiene limitados; no obstante la simbólica o psicosociocultural, específicamente hacia los servicios de psiquiatría, están imbricados con el estigma que existe hacia la enfermedad mental, cuando esta ha sido introyectada como las imágenes del trato que se daba a las personas que tenían un padecimiento psiquiátrico hace tiempo atrás y que lamentablemente en algunos espacios todavía se dan; el refuerzo de los medios de comunicación a este respecto es muy importante ya que las muestran con toques de misterio con ideas de daño; lo cual favorece el estigma hacia las personas que tienen una discapacidad psicosocial. De ahí, que surge el interés de mencionar a continuación lo que es el estigma, los tipos y efectos del estigma particularizando el que es dirigido hacia personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico.

## **2.6. El estigma**

A través de la historia, se ha perpetuado la imagen de personas que tienen una enfermedad mental de hace dos siglos atrás, en ocasiones algunos medios de comunicación todavía incluyen imágenes de encierro, o de sujeción en una camisa de fuerza; en ese sentido, las actitudes hacia un/a enfermo/a mental son poco tolerantes, muchas veces, excluidas de poder participar en actividades cotidianas laborales, de servicios como la educación, la salud, a veces la vivienda, tomar decisiones personales – familiares; que limitan las posibilidades de supervivencia y un nivel adecuado de vida. Por consiguiente, es importante desmenuzar lo que respecta a la exclusión social que desencadena del estigma que existe en la sociedad hacia la enfermedad mental.

Hethorn, Kleck y Hull, citados por Zarate (2011), los griegos fueron los creadores del término estigma, él mismo hacía referencia a aquellos signos corporales con los cuales se intentaba representar algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los

presentaba. Ya en la Edad Media, el término estigma se refería a una actitud de difamación y acusación pública de un criminal, con motivo de que todos pudiesen reconocerle.

Uno de los autores que recurrentemente es citado en trabajos de investigación y ha escrito sobre el tema es Irvin (Goffman, 1963, págs. 13-14), para quien el estigma se refiere a un atributo profundamente desacreditador [...] es una clase especial de relación entre atributo y estereotipo [...]; este término oculta una doble perspectiva: el individuo estigmatizado ¿supone que su calidad de diferente ya es conocida o resulta evidente en el acto, o que por el contrario, esta no es conocida por quienes lo rodean ni inmediatamente perceptible para ellos? En el primer caso estamos frente a la situación del desacreditado, en el segundo frente a la del desacreditable.

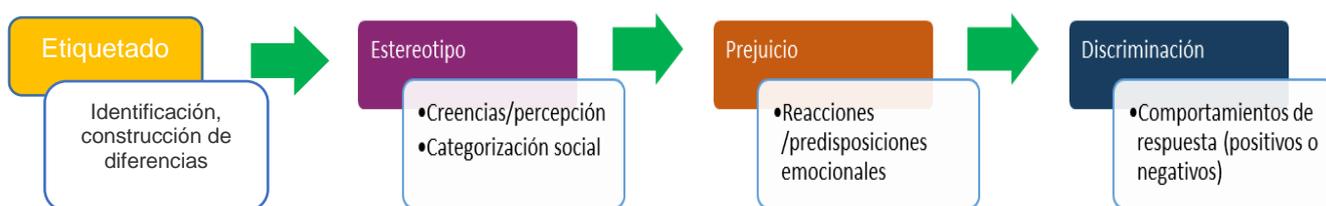
Este autor, distinguió tres tipos de estigmas; a) las abominaciones del cuerpo, haciendo referencia a deformidades físicas; b) los defectos del carácter del individuo que fueron explicadas como la falta de voluntad, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Estos se infieren de conocidos informes sobre, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexuales, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. Por último, c) los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia.

En este sentido, el estigma hacia la enfermedad mental se enmarca con el segundo tipo que identificó Goffman; es decir, defectos de carácter de la persona, lo cual inicialmente fue concebido como castigo divino, venido del demonio, para pasar a ser natural; no obstante, el común denominador de ambos es el señalamiento y posteriormente la exclusión a quienes tienen esta característica.

Una forma de aproximarse a este constructo desde lo social fueron Bruce G. Link y Jo. C. Phelan (2001), quienes refieren que la construcción de una definición que abarca el concepto de estigma existe cuando los siguientes componentes que están interrelacionados:

- 1) Las personas distinguen y etiquetan diferencias en las personas; identificación o construcción e las diferencias, etiquetado (Por ejemplo, color de la piel, género, enfermedad mental).
- 2) Las creencias de la cultura dominante atribuyen el lazo entre personas etiquetadas a características no deseables - estereotipos negativos.
- 3) Las personas etiquetadas son acomodadas en distintas categorías, así como algunos grados de separación de “nosotros” hacia “ellos”.
- 4) Las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus y discriminación que les guía a resultados inequitativos, una distancia social (en base a prejuicios existentes). Finalmente, la estigmatización es un contingente para el acceso al poder social, económico y político que permite la identificación de diferencias, la construcción de estereotipos, la separación de personas etiquetadas en distintas categorías y la total desaprobación, rechazo, exclusión y discriminación. Así, aplicamos los términos estigma con elementos de etiquetaje, estereotipo, separación, pérdida de estatus y discriminación que ocurre en situaciones de poder que permiten que los componentes del estigma sean desplegados. (Link, 2001, pág. 367).

Se presenta el siguiente cuadro que esquematiza el proceso de cómo se produce el estigma:



**Figura N° 7,** Proceso de cómo se produce el estigma, elaboración propia con base en Corrigan (2013) y Link (2001).

Patrick Corrigan es profesor de psicología del Instituto de Tecnología de Illinois y su línea de investigación es el estigma y el empoderamiento, de acuerdo con este autor (2013), estos tres aspectos; los estereotipos, el prejuicio y la discriminación van unidos y

se refuerzan mutuamente, su relación es circular y con refuerzos múltiples. El mecanismo por el que se describe este proceso es: Los estereotipos son la manera en la que las personas categorizan la información sobre grupos de personas, los estereotipos negativos, como peligrosidad o incompetencia, a menudo están asociados con enfermedad mental, lo cual puede ser hiriente para personas que tienen una enfermedad mental. Muchas personas tienen estereotipos específicos porque lo desarrollan a partir de cómo la sociedad ha definido a las personas en ciertas condiciones. Personas que están de acuerdo con el desarrollo de estereotipos negativos y reacciones emocionales es el prejuicio. Por ejemplo, hay quien cree que alguien que tiene un diagnóstico de esquizofrenia es peligrosa y describe sentimientos de temor hacia esta enfermedad mental. La reacción emocional (prejuicio) genera la discriminación, o el comportamiento de respuesta de pensamientos sentimientos y negativos hacia la persona de un grupo estigmatizado. Por tanto, una persona podría elegir mantenerse a distancia de otra que tiene una enfermedad mental “distancia social deseada” por su miedo (prejuicio) y creencia (estereotipo) que la persona con enfermedad mental es peligrosa.

En concordancia con lo anterior, regularmente el estigma se caracteriza por presentarse en las relaciones que tienen las personas, son actitudes que no favorecen e invalidan hacia grupos que presentan alguna característica diferente; Ervin Govvman se refería como un “atributo profundamente desacreditador”, lamentablemente, el conocer que una persona tiene una enfermedad mental es “atributo” que lo señala y paulatinamente separa del medio que le rodea, por las creencias internalizadas que se han edificado en torno a alguien que tiene una discapacidad psicosocial; la mirada de ésta todavía está enmarcada en siglos anteriores, lo cual refuerza que se etiquete y además excluya a la persona.

Según Edward Jones, Robert Scott y Hazel Marcus (1984), citados por Magallanes (2011), existen seis dimensiones relevantes a la hora de analizar los estigmas. Éstas serían: la visibilidad del estigma (en qué medida se puede ocultar o no), el desarrollo del estigma (si es estable, como la ceguera, o se desarrolla poco a poco, como la esclerosis múltiple), la disruptividad (en qué medida interfiere las relaciones sociales del estigmatizado), los aspectos estéticos (relacionado con las reacciones de las demás personas al aspecto del estigmatizado), el origen (a aquellas persona que les atribuye responsabilidad en la adquisición o mantenimiento del estigma se les rechaza más) y por último el peligro (en qué medida el estigma implica riesgo para la vida de los demás). En el caso del trastorno mental nos encontramos que las dimensiones más relevantes son la

visibilidad (puesto que se puede ocultar la información de que se padece un trastorno), la disruptividad (pues como veremos afecta a la vida cotidiana de la persona con el trastorno mental) y el peligro (pues se percibe a la persona con un trastorno mental como violenta).

Las consecuencias se desencadenan en actitudes que promueven esta “distancia social deseada” traducida en el rechazo, dándose conductas de evitación de quienes regularmente rodean a la persona una vez que se conozca su condición “el esquizofrénico” “la loca”, se le restringe de sus derechos y de oportunidades como barreras que les obstaculizan acceder a una vida social plena y poder contar con las oportunidades que le permitan tener ayuda necesaria para atenderse.

Se especificarán los tipos de estigma que suelen hacerse visibles cuando se hace referencia a una persona con determinada característica particular diferente a lo que la “normalidad” presenta, éstos son:

### 2.6.1. Tipos de estigma

El estigma se puede presentar de diferentes maneras, las cuales son descritas en la siguiente tabla.

**Tabla N°4, Tipos de estigma**

<b>Tipo de estigma</b>	<b>Característica</b>
<i>El autoestigma o estigma internalizado</i>	Las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos...vuelven el prejuicio contra sí mismas aprueban el estereotipo: “Es cierto; soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo”. El autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima, además a respuestas de comportamiento; a causa de sus autoprejuicios, las personas con enfermedad mental pueden fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir independientemente
<i>Estigma en la familia o diría estigma por asociación</i>	Es una condición en la que se transmite la devaluación social por estar asociado a una persona estigmatizada. Se han documentado diversos tipos de impacto en las familias de personas con algún trastorno mental, es frecuente que se produzca un nivel semejante de aislamiento y exclusión social, al que viven los pacientes; por otro lado, los familiares también pueden ser una fuente de prejuicios y actos discriminatorios hacia los pacientes con enfermedad mental.
<i>Estigma público</i>	Las reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo. Incluye el proceso de estigmatización que inicia con el señalamiento, etiquetado de lo diferente; por consecuencia la separación del “otro” “ellos” del “yo”, “nosotros”

<i>Estigma institucional,</i>	Que incluye aquellas políticas y prácticas del sector gubernamental y privado que restringen o coartan intencionalmente las oportunidades de recuperación y reintegración de las personas con trastornos mentales. Incluye además las políticas institucionales, reglas, procedimientos que no necesariamente intencionales, pero que discriminan en contra o crean obstáculos para el avance de los enfermos mentales.
<i>Estigma estructural</i>	Aspectos estructurales y los determinantes sociales que inciden en los procesos de exclusión conforman el “estigma estructural”, también denominado “estigma institucional”, que tiene que ver con un conjunto de normas, políticas y procedimientos de entidades públicas o privadas que restringen los derechos y oportunidades de las personas con enfermedades mentales, legitiman las diferencias de poder y reproducen las inequidades y la exclusión social.

Nota. Elaboración propia con base a Franco Mascayano Tapia y Cols. (2015)

En concordancia con Corrigan (2013), se piensa que uno de los aparatos que influyen enormemente en la reproducción de la ideología dominante son los medios de comunicación, el autor citado refiere que éstos son el marco de referencia a través del cual la mayoría de los americanos podrían entender algún término contemporáneo, en ello están influidas tendencias de notar que la enfermedad mental es retratada como una luz negativa que propaga prejuicio y discriminación.

Algunas revisiones en periódicos encontró que frecuentemente el marco de las enfermedades son identificadas en maneras de estigmatización; por ejemplo, asocian a las personas con enfermedades mentales en términos de peligrosidad o crímenes violentos, por otro lado, asocian características con predictibilidad, no sociables; con respecto al tratamiento médico ausencia notable de historias en las que la recuperación y reducción de historias negativas a tendencias positivas son representadas por historias que perpetúan el estereotipo de peligrosidad.

Uno de los aspectos citados que facilitan el proceso de socialización es el lenguaje y el esfuerzo en la no validación de códigos y listas comprensivas de cómo regularmente se refieren a personas enfermas podrían ser reportados en los medios, por ejemplo, Corrigan citó que historias de periódicos usan a la persona que tiene un diagnóstico médico psiquiátrico de esquizofrenia, lo llama esquizofrénico/a, así continúa la lista de actitudes hacia personas con una enfermedad mental en otros términos. En ese sentido, Corrigan

menciona que la discrepancia entre realidad y percepción debe ser mejor entendida si la discriminación institucional en los medios puede ser utilizada como un constructo útil y potente en el entendimiento del impacto del daño al estigma hacia personas con enfermedad mental.

Otro asunto que se denota en el estigma estructural es el presupuesto que la administración destina a la atención de la enfermedad mental; por ejemplo, hay menores recursos para la investigación y tratamiento de enfermedades psiquiátricas que otras enfermedades; por otro lado, los profesionales de la salud mental son menos en comparación a otras especialidades; particularmente el sistema de atención en este campo es limitado y ayudan a disminuir la importancia que se da a las personas que tienen este tipo de afecciones.

Las personas que tienen un trastorno mental se encuentran entre los grupos de personas que tienen mayor marginación, no solo de quienes les rodean, ellos mismos asimilan el estigma, más aún las políticas favorecen la exclusión de que tengan oportunidades de concluir sus estudios, contar con un trabajo que les permita hacer una vida con dignidad; en ese sentido, a continuación se puntualizará lo referente a la exclusión a partir de un señalamiento de una característica que no es similar a lo que algunas personas comprenden como diferente.

### **2.6.2. Estigma y exclusión social**

La exclusión social abarca un espacio muy extenso de problemas de orden social y el comportamiento individual, este término fue desarrollado René Lenoir en su obra “Les exclus: Un Française Sur dix” publicada en 1974 marca un hito en la aparición del concepto de exclusión. (Estivill, 2003, pág. I). Este discurso tuvo sus discusiones iniciales en Francia en la década de los años sesenta para referir vaga e ideológicamente a los pobres, haciendo alusión de los excluidos; en la década de los ochenta la noción se fue utilizando de manera progresiva a otras condiciones de desventaja social, dando lugar a diferentes connotaciones.

Para (Subirats, 2004, págs. 18-19), la exclusión social es un fenómeno de carácter estructural, de alguna manera inherente a la lógica misma de un sistema económico y social que la genera y alimenta casi irremediabilmente. No implica únicamente la

reproducción de desigualdades “clásica”, sino que va mucho más allá, contemplando situaciones generadas por la existencia de nuevas fracturas sociales y la ruptura de las coordenadas más básicas de la integración: la participación en el mercado productivo, el reconocimiento público y la participación política y la adscripción social y comunitaria que proporcionan la familia y/o las redes sociales. Fruto de un proceso dinámico de acumulación, superposición y/o combinación de diversos factores de desventaja o vulnerabilidad social que pueden afectar a personas o grupos, generando una situación de imposibilidad o dificultad intensa de acceder a los mecanismos de desarrollo personal, de inserción socio comunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección social.

Castells 2001:98, citada por (Ramírez, 2008, pág. 178), define exclusión social como el proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitirían una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado. La exclusión social es el proceso que descalifica a una persona como trabajador en el contexto del capitalismo.

Para la Mental Health Europe, la exclusión social es un problema multidimensional, y los diferentes aspectos que la componen, si no son superados, en la mayoría de los casos pueden provocar un empeoramiento de la enfermedad o también dificultar la recuperación. Las mayores fuentes de exclusión y desventajas sociales son el desempleo, la pobreza y el sinhogarismo. Para las personas con problemas de salud mental la recuperación va muy ligada a la oportunidad de acceder a un empleo, vivienda y poder optar a tratamientos y apoyos. (MHE, 2009, pág. 8).

Para este trabajo, la exclusión social es un proceso dinámico a partir del señalamiento y etiquetado de lo diferente, contribuye a otorgarle un significado y posteriormente un valor por la aparición de determinada característica en una persona, en este caso una enfermedad mental, lo cual favorece a que los demás se distancien socialmente de la persona, haciendo más débiles los vínculos con quienes le rodean y favoreciendo que tenga menores oportunidades para desenvolverse en la sociedad, lo cual vulnera sus derechos como ser humano.

García Roca (1998) citado por (Pérez de Armiño, 1996), establece las siguientes tres dimensiones o procesos de la exclusión social, a las que corresponden tres zonas de

integración y tres zonas intermedias o de vulnerabilidad. Las dimensiones de exclusión son las siguientes:

a) Una *dimensión estructural o económica*, referida a la carencia de recursos materiales que afecta a la subsistencia, derivada de la exclusión del mercado de trabajo.

b) Una *dimensión contextual o social*, caracterizada por la disociación de los vínculos sociales, la desafiliación y la fragilización del entramado relacional; en otras palabras, la falta de integración en la vida familiar y en la comunidad a la que se pertenece.

c) Una *dimensión subjetiva o personal*, caracterizada por la ruptura de la comunicación, la debilidad de la significación y la erosión de los dinamismos vitales (confianza, identidad, reciprocidad, etc.).

Uno de los estereotipos regularmente asociados a personas con discapacidad psicosocial hace referencia a la agresividad, a lo impredecible de su reacción, dificultad para tomar decisiones y manejar su vida, se identifican sentimientos de rechazo, culpa, hostilidad, vergüenza, miedo, desconfianza; por consiguiente, la reacción favorece que se aisle a quien padece una enfermedad mental, en ocasiones se dan internamientos involuntarios que no les permiten ser reconocida su voz y su voluntad.

Con referencia a las actitudes suelen ser de exclusión a la persona a quien le aqueja una enfermedad mental se da cuando los demás se enteran que acude con la/el psiquiatra o psicólogo porque tiene un trastorno depresivo; en ese sentido, la etiqueta de trastorno es el “atributo en el imaginario social” que funciona como el timbre que resuena para que el individuo sea excluido de su familia y de su comunidad. Esta exclusión tiene efectos en la persona y en su contexto inmediato, se fragmentan sus relaciones familiares, estructuralmente la sociedad no está habilitada para favorecer que una persona con una discapacidad psicosocial continúe realizando las actividades en su trabajo o sus estudios, si tiene una crisis, veladamente hacen que renuncie prometiéndoles que cuando la crisis pase se reinsertarán en su actividad laboral; sin embargo, ello muchas veces no es posible, como consecuencia se incluyen en la población desempleada, abriéndose el círculo que conlleva a abandonar su tratamiento por la falta de recursos.

Éste como otros son los efectos del estigma que se pueden dar en la vida cotidiana tanto en sectores urbanos como rurales que ponen en manifiesto la falta de información clara con respecto a los trastornos mentales, algunos efectos que puede tener el estigma tanto a nivel individual como familiar son:

### **2.6.3. Efectos del estigma**

El estigma repercute principalmente en el sujeto que tiene un diagnóstico psiquiátrico y este factor influye negativamente en la posibilidad que la persona busque ayuda; por tanto, existe un mayor sufrimiento de él/ella, su familia, en ocasiones se presentan dificultades con su comunidad, interfiere en la decisión de utilizar los servicios de salud, afectando el curso de su enfermedad. De esta manera, se describirán algunas secuelas que tiene el estigma.

López M. y Cols. (2008), refieren que el estigma tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, incluyendo, en la terminología de Goffman, tanto las ya «desacreditadas» como las potencialmente «desacreditables», es decir aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición. En las primeras, promoviendo directamente lo que denominamos «distancia social» o rechazo, se citan a autores que afirman, no las aceptaríamos como amigos o amigas, vecinos o vecinas, empleados o empleadas, maridos, esposas, nueras o yernos, no nos gustaría que fueran a la escuela con nuestros hijos e hijas, etc.), lo que restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda que necesitaran. En las segundas, generando conductas de evitación. En ambos casos, produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima y la conducta personal y social, como veremos luego en el caso de las personas con enfermedad mental.

Jazmín Mora (2014), menciona que una de las consecuencias negativas del estigma afecta a quienes rodean a las personas que tienen una enfermedad mental; ello por las tensiones e incertidumbre que experimentan frente al padecimiento, pero además porque pueden verse afectados económica y laboralmente en periodos de crisis y recaídas, una de las implicaciones más importantes es el empobrecimiento de su red social.

Debido al miedo al rechazo y la discriminación que tienen las personas que tienen una discapacidad psicosocial, muchas veces actúan de manera defensiva, si bien son atendidos

en una institución, muchas veces los números telefónicos o datos de su domicilio no son correctos, ello porque temen que quienes los conocen sepan que se atienden en un hospital psiquiátrico, el estigma internalizado les influye en el temor de ser descubiertos por quienes le rodean de manera cotidiana, principalmente por la asociación a los estereotipos que existen hacia una enfermedad mental.

Con referencia al estigma estructural, Corrigan (2004) refiere que reconociendo la legitimidad de algunas normas, procedimientos institucionales que limitan oportunidades a personas con discapacidades específicas se examinan investigaciones de estigma estructural en contra de personas que tienen enfermedades mentales, uno de ellos es distinguir entre limitaciones entre los derechos individuales o limitaciones basadas en etiquetas por enfermedad mental, en su artículo cita a Hemmenes et al. (2002) quien dividió las normas relacionadas a la salud mental para señalar a cualquier persona con enfermedad mental o personas con incompetencia. Las leyes para la incompetencia parecen satisfacer un valor social y un propósito razonable asumiendo que los agentes del gobierno reforzados en las leyes tienen la capacidad de evaluar si un individuo es suficientemente competente.

El valor social de restringir los derechos porque una persona tiene una enfermedad mental es mucho más dudoso; el término mentalmente enfermo, como es usado en algunas de estas normas, refleja efectos negativos del etiquetado (señalamiento) y no miden ninguna incompetencia.

El considerar la salud mental desde el modelo social entendiendo que las personas tienen derechos que le permiten incorporarse y desarrollarse en una sociedad; sin embargo, ésta ha levantado barreras hacia la enfermedad mental, como el estigma, la discriminación y la exclusión hacia una persona que tiene un diagnóstico psiquiátrico; quien es vulnerable de que sus derechos sean quebrantados, no solo por quienes cotidianamente le rodean, sino también por personal de los servicios de salud; se les somete a malos tratos, a veces son privadas de su libertad y en ocasiones son abandonadas en instituciones en malísimas condiciones de vida, pueden ser víctimas de abuso, etc.; en ese sentido, en el siguiente apartado se desmenuzará con mayor detenimiento lo que corresponde mirar la salud mental bajo el lente de los derechos humanos.

## **2.7. Salud mental desde la perspectiva de los Derechos Humanos**

Los derechos humanos, emergieron posterior a la segunda guerra mundial, en un momento que apremiaba que la humanidad viera por sí, actualmente, son más vigentes en este siglo ya que la sociedad es cada día más consciente de la necesidad del reconocimiento de las condiciones que requiere una persona para poder desarrollarse, tanto que ha tenido que implementarse instituciones que tienen como objetivo cuidar que la dignidad de las personas no sea mancillada. De ahí que en este apartado se citará lo que son los derechos humanos, particularizando la discapacidad psicosocial como enfermedad mental y la línea delgada que existe para que fácilmente se vulneren sus derechos.

El año 1984 la Convención de la ONU contra la Tortura, estableció una protección muy importante contra la tortura, los tratos inhumanos, crueles o degradantes que estableció la creación de un órgano de vigilancia, el Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura que obligó y todavía hace que los Estados establezcan mecanismos preventivos que supervisan los derechos de las personas en las instituciones como cárceles, comisarías de policía, instituciones relacionadas con la salud mental y de atención social.

El Consejo de Derechos Humanos en su resolución 32/18, de 1 de julio de 2016, sobre salud mental y derechos humanos, identifica la discapacidad psicosocial como un atributo que puede ir asociado a la condición de tener un trastorno mental, incluyendo en esta categoría a las personas que utilizan los servicios de salud mental y comunitaria. (Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, citado por (CSME, 2018, pág. 8).

A las personas con discapacidad psicosocial se les discrimina en diferentes ámbitos, tanto que llegan a ser excluidas de su medio inmediato y de contar con reconocimiento ante la ley, se les impide ejercer sus derechos, independientemente del diagnóstico de una condición de salud mental, muchas veces se enfrentan a limitaciones en el ejercicio de sus derechos y son limitadas en la toma de decisiones respecto a su salud, su vida, como consecuencia, en ocasiones otras personas disponen por ellos, lo cual no siempre es en su beneficio.

La OMS considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la

sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. El problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole política. (OMS, 2001, pág. 22).

En este sentido, el 13 de diciembre de 2006 la Organización de las Naciones Unidas aprobó la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con Discapacidad, este documento internacional fue firmado por más de 80 países, uno de ellos México, el 27 de septiembre de 2007 el senado de la República lo ratificó y entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Este documento considera políticas relacionadas a las personas con discapacidad psicosocial basada en el respeto a los Derechos Humanos y las libertades, con una dimensión explícita de desarrollo social.

La OMS (2013, págs. 9-10) elaboró el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020 cuya finalidad es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.

Dicho plan tiene los seis principios y enfoques transversales:

1. **Cobertura sanitaria universal:** independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

2. **Derechos humanos:** las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, preventivas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

3. **Práctica basada en evidencias:** las estrategias e intervenciones terapéuticas, preventivas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas

científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.

**4. Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital:** las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.

**5. Enfoque multisectorial:** la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.

**6. Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales:** las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de la salud mental.

Por supuesto que México no está ajeno a cumplir con los compromisos que adquiere a partir de estos instrumentos internacionales de derechos humanos promueven y protegen los derechos humanos de todas las personas, incluidas las personas con discapacidad; particularmente la Convención que aclara las obligaciones jurídicas de los Estados de respetar y velar por el disfrute de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. En este sentido, se vienen implementando espacios en el ámbito político e intelectual donde se promueve a la reflexión, pero además a tomar medidas institucionalmente para aminorar las barreras que la sociedad ha construido hacia una persona que tiene discapacidad psicosocial.

A nivel nacional se implementaron ajustes en la Constitución y se emitieron normas que favorecen la aplicación de la Convención en lo normativo y en el discurso político; por ejemplo, una de las Políticas y Gobierno del Plan Nacional de Desarrollo 2019 – 2024 es el Pleno respeto a los Derechos Humanos y está planteado el Programa Pensión para el Bienestar de la Personas con Discapacidad..., así como eliminar la marginación, la discriminación y el racismo de las y los mexicanos con discapacidad.

No obstante, en México la discriminación de las personas con discapacidad psicosocial es una situación cotidiana, visible y muchas veces escondida que requiere acciones que

involucren a los diferentes actores de la sociedad y contribuyan a borrar la imagen de antaño que favorece la perpetuación del estigma y la discriminación a quienes tienen una enfermedad mental. Pese a que normativamente, podría decirse, estructuralmente el gobierno ha firmado compromisos internacionales en favor del respeto de los derechos humanos de las personas que tienen una discapacidad psicosocial; en la práctica, los esfuerzos son reducidos para aminorar el estigma y promover la inclusión y el respeto hacia lo diferente, más bien la penumbra que por años les ha perseguido el cuadro de alguien que hay que aislar, segregar, excluir.

A lo largo de este artículo se revisaron aspectos que tienen que ver con la Salud Mental, desde su conceptualización por la Organización Mundial de la Salud, comprenderla como ese constructo que hace referencia a la integralidad de múltiples factores, culturales, económicos, físicos, emocionales, biológicos, espirituales y emocionales de las personas conforme al contexto social donde se desarrolla; para entenderla mejor, se examinó diferentes posturas que conceptualizan a la salud mental en el campo de la salud pública que debemos conocer y tomar en cuenta cuando nos aproximamos a realizar un estudio; en ese sentido, se concuerda con entender a la salud mental en términos de derechos humanos y citar que la enfermedad mental se concibe como las consecuencias de barreras que la sociedad, estructurales, sociales y culturales que se han construido alrededor de esta dolencia; por tanto, la intervención que se deba llevar a cabo tendrá que estar centrada en acciones psicosociales dirigidas a disminuir esas brechas que van más allá de los criterios de lo que es “normal” y lo que no.

El hacer el recorrido histórico de la enfermedad mental entendida como discapacidad psicosocial, imaginariamente ha permitido revisar a través de lo referido por Agustina Palacios que a través del modelo de la prescindencia y sus submodelos eugenésico en el que asocia a la enfermedad mental a causas naturales; por tanto, hay que deshacerse de ellos; el de la marginación que la relaciona a lo demonológico, los “locos” eran considerados como hijos del pecado y del demonio había que encerrar; el modelo rehabilitador en el que las causas de la enfermedad son científicas, en el escenario aparecen ya no los endemoniados, sino los pacientes a los que el médico va a curar-rehabilitar. Se construyen los manicomios; sin embargo, éstos tienen una característica que todavía es perpetuada de los periodos anteriores, la segregación y la exclusión; violación de sus derechos; motivo porque éstos fueron clausurados; no obstante, emergieron otras entidades que todavía funcionan, probablemente, el cuidado que se

otorga a las personas internadas es diferente, no obstante, la imagen de encierro y otros aspectos que particularizan a la persona con enfermedad mental ha sido reforzada que incrementa el rechazo hacia ellas.

Como alternativa Palacios presente al modelo social o de barreras sociales que inicia en los años sesenta y refiere la enfermedad mental como una discapacidad psicosocial por las limitaciones que tiene la sociedad en no prestar los servicios, políticas, necesarias para que una persona con una enfermedad mental pueda tener una vida digna. Entre las barreras se mencionó brechas estructurales de accesibilidad a los servicios de salud mental, geográficos, económicos, administrativos, culturales en lo “simbólico” que influye para que una persona pueda recibir atención. Por consiguiente, era necesario hacer referencia al estigma como un “atributo profundamente desacreditador”, característica-fantasma que se convierte en estereotipo “es peligroso” y luego vienen los sentimientos (prejuicio) de miedo, de rechazo, suspicacia, compasión, se dan conductas de “distancia social”, actitud de rechazo “hay que aislarlo-encerrarlo”, excluirlo de “nuestro círculo”.

Las consecuencias que provienen del estigma y la exclusión, sea ésta estructural o económica, contextual o social, o personal; más allá de ser señaladas, etiquetadas con una característica que desacredita a una persona que tiene una enfermedad mental, les limita la posibilidad de poder vivir dignamente; de ahí que es importante el modelo social que promueve el manejo de esta situación con una responsabilidad colectiva para llevar a cabo cambios estructurales, sociales - culturales y personales en implementar políticas que promuevan el respeto de los derechos humanos y libertades de las personas que tengan una discapacidad psicosocial.

En este marco se inserta el Trabajo Social Psiquiátrico cuyo compromiso es velar por el cumplimiento de los derechos de las personas, si bien los inicios de la disciplina se identifican en el modelo rehabilitador con bases en la filantropía y asistencia, con el transcurso del tiempo la disciplina se ha ido cimentando en favor de quienes son beneficiarios de un servicio; por consiguiente, a continuación se abordará lo referente al Trabajo social en el campo de la psiquiatría y la salud mental, se señalarán algunos antecedentes para encuadrar el interés disciplinar de la intervención que se lleva a cabo.

### Capítulo 3. Trabajo social en el campo de la psiquiatría y la salud mental

Debemos cuidar que nuestra grandeza sea bendición de quienes revelamos que su clamor de gratitud y justicia son preferibles que la compasión, y que la consideración de ambos en la construcción de resiliencia, se confiera conforme a las características de cada persona”

*Adaptación propia con base en Ciceró*

El trabajo social en el campo de la psiquiatría y la salud mental es entendido como una disciplina de las ciencias psicosociales cuyos saber-conocimiento, hacer-estrategias, ser-aptitudes y actitudes son puestos en juego en un entramado social cuya mirada de la persona con enfermedad mental es reducida a cómo era concebida en el modelo de la prescindencia, un pensamiento mágico-religioso que a partir del castigo divino se marca el inicio de la discriminación y exclusión a las personas con discapacidad psicosocial; por otro lado, se cita al modelo rehabilitador; donde partiendo de la filantropía, caridad y beneficencia; la atención a la salud mental se institucionaliza; como responsabilidad pública, se prioriza el “encierro”, la separación de quienes son estigmatizados como “los locos” “los anormales” siendo apartados, excluidos de los demás por ser considerados amenazantes.

Por tanto, el campo de la salud mental se estructura un desafío cotidiano para el trabajador social en la lucha contra el estigma; por tanto, discriminación y exclusión a las personas que tienen una discapacidad psicosocial; por consiguiente que su acción está principalmente identificada en escenarios institucionales que se conocen como dispositivos de implementación de políticas públicas cuyo marco normativo enmarca sus funciones y actividades en tres grandes: la asistencia o atención psicosocial, la enseñanza y la investigación, que les habilita en construcción de alternativas de respuestas que convergen con los derechos humanos a veces contrapuestas al imaginario social instaurado en la concepción de una persona con enfermedad mental.

En ese sentido, en el presente capítulo se abordará respecto al contexto en el que surge el trabajo social como una especialidad en el campo de la psiquiatría y la salud mental, tanto a nivel internacional como en México; se especificará la definición de lo que es el Trabajo social Psiquiátrico, su ámbito de ejercicio profesional para finalmente proponer una categorización de sus funciones y sus actividades.

### **3.1. Escenario donde aparece el Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental.**

Los orígenes del Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental se ubican en el contexto del Modelo Rehabilitador que se describió en el capítulo anterior, en el que el modelo médico ejerce la hegemonía en la atención a las personas quienes eran y son atendidas en instituciones – manicomios, hospitales psiquiátricos, centros comunitarios de salud- para su valoración, diagnóstico y tratamiento; la acción profesional para este entonces se va tornando como un saber especializado que servía como auxiliar al médico y estará dirigida a la adaptación de las personas el medio social, a la vida social.

De acuerdo al Libro *The Kingdom of evils*, inicialmente el trabajo social era dominado por el punto de vista económico, aspectos instrumentales como refugio, alimentación y recibir atención; sin embargo, la especialidad del trabajador social era el conocimiento del ambiente social del usuario y también sin excepción sus características económicas.

Por otro lado, de acuerdo con el libro *The Kingdom of elvis*, cita que la línea cronológica del trabajo social psiquiátrico inició con la presión del psiquiatra que demandaba mayor atención a las necesidades sociales de la práctica médica, la insistencia de los grupos que otorgaban caridad en comprender los motivos y métodos de con el cuidado social para personas con enfermedad mental, se ubica en la Society for the After-Care of the Insane en Inglaterra, esta sociedad en los años 1880, era encargada de otorgar supervisión amistosa a pacientes eran dados de alta de los hospitales; de tal manera, se hacía el seguimiento del tratamiento de los usuarios fuera de los hospitales, lo cual persistió como una alternativa a la institucionalización.

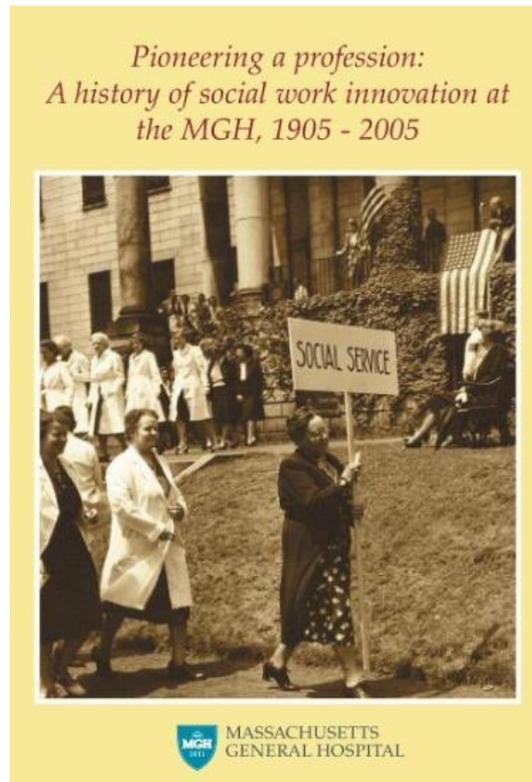
El primer intento de trabajo social clínico fue en Estados Unidos empleando a trabajadores sociales en el cuidado de pacientes con desórdenes nerviosos o que tenían trastornos mentales; en el año 1905, cuando el Dr. James J. Putnam encargado del Hospital General de Massachusetts se contrató a la primera trabajadora social, aseguró la asistencia de una trabajadora social Miss Edith N. Burleigh a quien personalmente entrenó para la labor. Un año más tarde, se contrató a una trabajadora social para la sección de psicopatía del Hospital Bellevue (Nueva York) La Asociación Estatal de Nueva York de Organizaciones Benéficas para el Auxilio (New York Sate Charities Aid Association) fue una influencia decisiva para el desarrollo en este campo a través del Comité de Higiene

Mental, que, en 1910, nombraron un “trabajador post-asistencia” para supervisar a los pacientes dados de alta de dos de los hospitales estatales de Nueva York. (Southard E. , 1922, pág. 520).

En 1906 Louisa Lee Schuyler llevó a cabo un estudio de las Aftercare Societies en Inglaterra y presentó los resultados en la Comisión en Locura de Nueva York con un plan para implementar estos servicios y Adolf Meyer presentó un artículo sobre el cuidado posthospitalario y la prevención, después de ambas exposiciones la conferencia resolvió solicitar a las asociaciones de caridad y ayuda organizar un sistema estatal de cuidado poshospitalario; en abril de 1906 se graduó el primer agente de cuidados ambulatorios en la Escuela de Filantropía de Nueva York que fue empleado por la Asociación Estatal de Caridad y Ayuda.

El mismo año se estableció el departamento de pacientes externos en el Hospital Estatal de Long Island, en este lugar existía un trabajador de servicio social que atendía la clínica; el primer intento de trabajo social clínico fue en Estados Unidos empleando a trabajadores sociales en el cuidado de pacientes que tenían desórdenes nerviosos o trastornos mentales; su labor consistía en visitar los hogares de los pacientes y colaborar con el equipo de educación; por otro lado, les asistían para encontrar trabajo y a arreglar sus hogares.

En 1913, Elmer Southard (un colega de Richard Cabot) , estableció el Departamento de Servicio Social del Hospital Psiquiátrico de Boston. Para mayo de 1914 habían trabajadores empleados en siete hospitales estatales, catorce centros de salud; habían doce clínicas para la atención de trastornos mentales y nerviosos; ese año, el se instauró Departamentos de Servicio Social en cada hospital estatal, inicialmente Nueva York y Massachusetts.



**Figura N°8.** Pioneras del Trabajo Social Psiquiátrico, Hospital General de Massachusetts

**Fuente:** tomado de <https://www.yumpu.com/en/document/read/48297222/a-history-of-social-work-innovation-at-mass-general-1905>

En 1916, Mary Jarret fue líder en el esfuerzo de introducir el nombre de Trabajador/a Social Psiquiátrico/a para describir la especialización y establecer un programa de internado de seis meses en el Hospital Psiquiátrico de Boston, éste programa era ofrecido a Trabajadores Sociales que querían trabajar en el campo de la salud mental.

Para 1918, en respuesta al incremento de la demanda de trabajadores sociales psiquiátricos, se creó en la Universidad Smith la Escuela para Trabajadores Sociales Psiquiátricos bajo el auspicio del Comité Nacional de Higiene Mental y la participación de la Cruz Roja; el currículum incluía psicología, sociología y psiquiatría social, así como trabajo de campo en clínicas y hospitales estatales. Para el año 1920, el programa contemplaba dos años de estudio, las escuelas de trabajo social en Nueva York, Chicago y Filadelfia también incorporaron cursos en Trabajo social psiquiátrico en sus currículums como respuesta a la demanda de la guerra.

Las bases del nuevo campo en trabajo social son los principios comunes de las diferentes formas del trabajo social de caso, era la forma especial en la cual se requería el conocimiento psiquiátrico, el término de salud mental era utilizado para cubrir las actividades del psiquiatra, psicólogo y trabajador/a social psiquiátrico/a en la promoción de la salud mental. La función de la asistencia en el tratamiento era el construir a) restitución de la capacidad de una vida normal y b) la provisión del mayor confort posible; los esfuerzos del/a trabajador/a social debían contribuir al tratamiento médico (Southard E. , 1922, págs. 523-525).

En el año 1922, Mary Jarret lideró la organización de la Asociación de Trabajadores Sociales Psiquiátricos como una sección de la Asociación Americana de Trabajadores Sociales en Hospitales; ya el año 1926 esta sección se separó del grupo de hospitales para formar una organización independiente que se denominó Asociación Americana de Trabajadores Sociales Psiquiátricos.

De acuerdo con Mendoza, (2004, pág. 8), se ubica que la participación de Estados Unidos en la Primera Guerra Mundial como uno de los factores que incidieron en la influencia de la psiquiatría en el Trabajo Social, cita a Vasconcelos quien precisó que el tratamiento de las situaciones traumáticas de los soldados: neurosis de guerra, psicosis, etc., demandó a los trabajadores sociales el abordaje de aspectos psicológicos en su actividad profesional como así también exigió de su intervención con sus familias, las cuales no presentaban problemas socioeconómicos inmediatos, situación que posibilitó centrar la práctica en el ajustamiento y adaptación familiar, no siendo lo esencial la resolución de problemáticas vinculadas a la pobreza.

Al igual que Fabiana Mendoza, en el Libro *The Kingdom of Evils* la primera guerra mundial tuvo gran influencia en la expansión del Trabajo Social Psiquiátrico, quienes eran necesitados por los hospitales del ejército ya que tenían entrenamiento especial en todo el país por el rol que juegan en el movimiento de la salud mental, lo cual le da nuevos principios comunes a las formas del caso social.

El libro *The Kingdom of Elvis*, (Southard E. , 1922), fue editado posterior al fallecimiento del Dr. Southard, no obstante, los propósitos que perseguía su impresión era de sugerir ideas a trabajadores sociales una forma de revelar a otros profesionales la naturaleza del Trabajo Social y dar luz sobre el abordaje de personas con problemas de salud mental. En el libro se exponen casos que no fueron elegidos como ejemplos de éxito de Trabajo

Social, pero fueron seleccionados porque se consideró que podrían ser instructivos, ya sea por la razón de éxito o fracaso.

La introducción del libro fue elaborada por el Dr. Richard Clarke Cabot, filósofo y médico, precursor del Trabajo Médico Social recogió la idea del “visitante amistoso” porque recibe los factores ambientales y sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad. El Dr. Cabot hizo alusión que el libro fue escrito para enseñar como un médico y un trabajador social pueden colaborar en el cuidado de personas con enfermedad mental, señaló a partir de que el médico da un diagnóstico, la/el trabajador/a social moviliza los recursos del paciente para ayudar mucho mejor en el tratamiento de la persona. (Southard E. , 1922, págs. IX-XI).

En las tres primeras partes del libro se exponen reportes de casos en los que se visualiza la participación del/a trabajador/a social psiquiátrico/a, la cuarta parte está relacionado a aspectos teóricos y técnicos sobre la relación del Trabajo Social con la sociología y la psiquiatría, los métodos de aproximación, las aplicaciones de la higiene mental en diferentes campos como la guerra, la industria, pacientes para en la última parte particularizar sobre la Historia del Trabajo Social Psiquiátrico, Organización y funciones del Servicio Social en el Hospital de Psiquiatría de Boston, técnicas de diagnóstico social y tratamiento, tratamiento médico en el caso social y la educación para Trabajadores Sociales Psiquiátricos.

En el interior de estas páginas se reconoce que el deber de Trabajo Social descansa en el plano del ajuste y reajuste entre la mente humana y la sociedad. El método de aproximación que se reconoce hace referencia a la técnica del diagnóstico social y a la técnica del tratamiento social cuyas generalidades fueron expuestas por Mary E. Richmond en su libro Diagnóstico Social, sus estudios comprensivos y experiencias por décadas confirman la repetición del método empleado cuidadosamente adaptado en casos de salud mental y psiquiatría. Para ello, el trabajo social psiquiátrico utiliza teorías sobre personalidad, pero también higiene mental, en términos de individualización-personalización, se necesita tratar al ser humano como un ser completo, visto desde lo educacional, legal y economía.

En el capítulo concerniente a la Historia del Trabajo Social Psiquiátrico se hace referencia a los inicios de la profesión que por métodos de sentido común de “juicio y error” relacionaron ciencias mentales psicopatología y psicología para comprender al individuo

utilizando el método de solución de problemas y el método científico para beneficiar a las personas a mantener su salud como parte del equipo. La teoría asegura la práctica la cual debe utilizar a la ciencia pero estaba establecido el principio de una mirada médica. Inicialmente, el trabajador social dominaba por el punto de vista de las necesidades económicas en los desórdenes mentales; posteriormente tuvo especial contribución en los problemas sociales y en su expertís del conocimiento del ambiente, su foco se dirigió a prestar mayor atención a la mente que a la práctica social; sin embargo, la presión de la psiquiatría demandaba mayor atención a las necesidades sociales que a la práctica médica (Southard E. J., 1922, págs. 517-519).

Se da particular importancia a la entrevista con el paciente antes de iniciar con alguna investigación, en dicha entrevista, junto con la información obtenida por el médico, se obtendrán datos sociológicos necesarios como: (Southard E. , 1922, pág. 529).

- a. Nombres exactos y direcciones de familiares, amigos...y posibles informantes.
- b. Recursos entorno a parientes, amigos, vecinos...que pueden servir de ayuda en el reajuste social.
- c. Detalles sobre el hogar y el barrio.
- d. Conocimiento exhausto de todos los miembros de la familia y allegados.
- e. La idea del paciente entorno a su familia y viceversa.
- f. Datos económicos sobre los ingresos y gastos.
- g. Los gustos del paciente en relación al empleo y al ocio.
- h. Los parientes y amigos más influyentes.
- i. Los planes de futuro.

Con referencia a las funciones, se distingue una serie de funciones de Trabajo Social Psiquiátrico de pacientes ambulatorios, las cuales se deberán llevar a cabo posteriores al del caso individual, las cuales eran: (Southard E. , 1922, pág. 530).

Ejecutivas:

- a. Dirigir a los pacientes a la entrevista con el médico.
- b. Mantener en orden los registros.

- c. Realizar estadísticas.
- d. Asegurar que los informes clínicos se envían a las agencias sociales.

Sociales:

- a. Abrir historia social de nuevos pacientes.
- b. Actuar sobre los problemas sociales de los pacientes ambulatorios.
- c. Asegurarse de que los pacientes y allegados entienden las direcciones del médico y son capaces de llevarlas a cabo.
- d. Actuar como un mediador entre los trabajadores sociales de recursos externos y los médicos.

Con referencia a los expedientes sociales, éstos tenían varios propósitos; por ejemplo, redactar una historia social que sirva tanto para el uso clínico de los médicos como para los trabajadores sociales, guardar información por si se retoma un caso después de que ya fue cerrado, para habilitar a que los trabajadores nuevos que atiendan al usuario puedan entender mejor la situación y para obligar al profesional a pensar claramente y definir mejor su trabajo. Los expedientes sociales también servirían para proporcionar material de forma accesible para la investigación médica y social; haciéndolo posible para el estudio del trabajo de la agencia y evaluar su actuación; maximizar su rendimiento alcanzando altos niveles y proporcionar material para enseñar a los estudiantes, los documentos que se incluían eran los siguientes: (Southard E. J., 1922, pág. 536).

- a. Una breve ficha inicial con los datos de identificación y los necesarios para estadísticas.
- b. Historia social (registro de la investigación/examen social).
- c. Tratamiento (registro de la actuación que se va a llevar a cabo, la historia actual del caso objeto de la atención social).
- d. Resumen de la historia.
- e. Resúmenes del tratamiento y resultados en intervalos regulares y cuando el caso esté cerrado.
- f. Ficha de direcciones y domicilios actualizada.
- g. Ficha financiera para gastos y donaciones.

#### h. Correspondencia ordenada cronológicamente

Con referencia a las técnicas de diagnóstico social y tratamiento, tienen la tendencia de insistir que cada situación social debe ser mirada por el trabajador social psiquiátrico y analizada conforme al número de personas involucradas y estudiar más efectivamente las relaciones del hombre con el hombre, del hombre con la mujer y de la mujer con la mujer, ya que estas relaciones son dos, tres o cuatro veces todavía más complejas. Se deberá estudiar la importancia de la psicopatología, estudiar a cada miembro individualmente de la situación social y desde su personal punto de vista; este tipo de análisis tiene un mayor rango que el análisis de la familia. (Southard E. , 1922, pág. 542)

En el libro se mencionó que la ambición del trabajador/a social psiquiátrico/a debe ser modificar y añadir técnicas generales de trabajo social con nuevos métodos desarrollados por la experiencia de casos psiquiátricos, algunos de los cuales son:

a. *Individualización en la investigación y el tratamiento*: Se trata de reconocer el hecho de que los seres humanos son infinitamente diferentes y no pueden ser calificados en función de unos niveles de mérito predeterminados. Dentro de cada personalidad encontramos defectos y virtudes, habilidades e incapacidades.

b. *Observación objetiva y precisa*: Consiste en estudiar a una persona como realmente es, no como pensamos que es o como lo que cuenta sobre sí mismo. En el trabajo social de caso necesitamos saber con precisión la naturaleza de nuestro paciente o cliente. Estaríamos cometiendo una injusticia si elaboramos una concepción de sí, únicamente en términos de nuestra experiencia propia. Se trata de observar su comportamiento y de los informes de otros observadores sobre su conducta, de tal modo que dicho estudio objetivo debe preceder a la interpretación subjetiva (basada en la experiencia propia), promoviendo así la comprensión del otro.

c. *Entrenamiento del carácter mediante el uso de las emociones*: Esta es una técnica familiar, que parece ser el método más prometedor de entrenar a individuos cuya mala conducta es resultado de su inestabilidad emocional. (Southard E. , 1922, págs. 544-545).

Hasta aquí se ha revisado lo concerniente al escenario internacional en el que se da a la luz el Trabajo Social Psiquiátrico; a continuación, se hará referencia a los inicios de este campo de la disciplina en México.

### **3.2. Inicios del Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y salud mental en México**

La disciplina en el campo de la psiquiatría tiene sus inicios a partir de que se concedió mayor importancia al ambiente social en que una persona se desenvuelve; por tanto, el/la trabajador/a social podría participar tanto en la prevención de la enfermedad mental como en la investigación de los factores psicosociales que influyen en el padecimiento de las personas en su salud mental; de su inicio, su regresión y su rehabilitación.

El Trabajo Social en México tiene sus orígenes en la década de 1930. Su origen es a partir de una carrera técnica y con un enfoque doméstico y después paramédico y para jurídico (Tenorio & Hernández, 2005, pág. 20); los primeros trabajadores sociales que formó la Beneficencia aprendieron la disciplina en el quehacer cotidiano de las labores de clasificación y del análisis de casos de los indigentes en el ámbito de las campañas contra la mendicidad. Paulatinamente, se concibió a las trabajadoras sociales como actores centrales en la reforma del tratamiento de la indigencia y como un grupo de empleados públicos que transformarían la administración y el gobierno de la pobreza urbana, Sanders en (Lorenzo, 2018).

En el periodo de 2030-2050 Trabajo Social hace su aparición en el campo de la psiquiatría y la finalidad mental, desde sus inicios, la carrera fue creada con el fin era formar a profesionistas que trataran con las familias de los pacientes para concientizarlos sobre el problema y los tratos hacia sus enfermos. Estos personajes también se dedicaron a la investigación, crearon la Liga Mexicana de la Higiene Mental y, los más osados, emprendieron experimentos para refutar la criminalización de los migrantes, prostitutas, alcohólicos y cualquier “inadaptado social” atrapado en las *razzias* y recluso en La Castañeda o en otras instituciones correccionales (Ventura, 2016).

Particularmente, en la década de los años cuarenta irrumpe el trabajo social psiquiátrico como una especialidad del trabajo social médico, a la que Paula Alegría se refiere al Trabajo Social en el ámbito de la salud mental; a decir de la autora, “Dentro del campo del trabajo social médico ha surgido en los últimos tiempos una nueva especialidad, el trabajo social psiquiátrico; ambos tienen mucho en común, pero éste último exige más amplios conocimientos...”, se menciona que la investigación ha sido una actividad que

lleva a cabo trabajo social; además de mencionar una metodología específica: caso, grupo y la comunidad. (Tenorio & Hernández, 2005, pág. 20).

Un Hospital que significó la introducción de lo científico en el ámbito psiquiátrico desde lo médico y otras disciplinas como el trabajo social fue el Hospital Psiquiátrico La Castañeda, en éste, se identificaba la figura de la trabajadora social entre el personal que laboraba en esa entidad, María Sacristán registró que dicho hospital las áreas de Servicio Social se encargarían de hacer participar a la familia, de dar seguimiento a los enfermos dados de alta para constatar la continuidad del tratamiento y de las labores de prevención. (Sacristán, 2003, pág. 60), de los vestigios de la documentación que se generó en ese entonces, están Estudios socioeconómicos y cartas al patronato; ambas asociadas con la función asistencial. La misma autora referenció que por la ausencia de colaboradores en trabajo social, hacía que, en muchos casos, el médico tuviera que aceptar la permanencia indefinida de algunos enfermos dentro de la institución; ya que la tarea de la reintegración al medio social, familiar o no familiar era una de sus tareas. (Sacristán, 2003, pág. 60).

De la escuela Granja Bernardino Álvarez (1961), la trabajadora social hacía el siguiente señalamiento de los alumnos: El reglamento dice que todos los muchachos ahí internados deberán ser débiles recuperables, pero encontramos que algunos de ellos tienen cocientes intelectuales que los dejan fuera de esa clasificación; sea porque se encuentren por encima de ella siendo débiles mentales superficiales muy capaces de una vida normal o porque son niños y adolescentes muy abajo de la clasificación y calificados como oligofrénicos en grado idiota o imbéciles y por lo tanto ineducables. (Rodríguez-de Romo, 2013)

En concordancia con Tenorio (2005, pág. 20-21), hablar de trabajo social psiquiátrico tiene ciertas implicaciones como la de asociado con la influencia del Modelo Médico-Hegemónico cuya práctica se caracteriza por tener predominio del modelo biologicista de la enfermedad; por tener una concepción teórico positivista, ahistórica en el que se refuerza el individualismo en que la persona es responsable de la enfermedad. La orientación básica de esta postura es curativa y no preventiva y se privilegia la patología del individuo más que desde su integración como persona en un ámbito que ofrece limitaciones para no atender las necesidades de personas con alguna discapacidad; se da una relación asimétrica médico-paciente que relaciona la atención de las consecuencias de los padecimientos mentales y no la prevención de éstos; por tanto, será más pertinente referirse al trabajo social en el ámbito de la salud mental, ya que es un concepto más

amplio que abarca lo psicosocial como lo biológico y además pone énfasis en la prevención de los trastornos mentales.

No obstante, el surgimiento de la formación en la especialidad fue como respuesta para optimizar la importancia de las funciones asistenciales de las instituciones psiquiátricas para el tratamiento y la rehabilitación de las personas con enfermedad mental; por otro lado, había insuficiencia de recursos humanos formados en el campo de la psiquiatría y la salud mental que tuvieran una capacitación formal en el manejo de los problemas sociales relacionados con la enfermedad mental; de tal manera, sus acciones promovieran el trabajo en equipo, así como la comprensión y valoración de la influencia de los factores medioambientales, culturales y personales en la salud mental de las personas a partir del reconocimiento de las deficiencias que presentaba el sistema, se propusieron alternativas para solucionarlas.



**Figura N° 9:** Mtra. Mónica Bórquez Acosta y Mtra. Lisbeth Popper Von Lichtenberg, fundadoras del Curso de Trabajo Social Psiquiátrico

**Fuente:** [http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/gaceta/nov102k6/g\\_trayecto.html](http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/gaceta/nov102k6/g_trayecto.html) y archivo personal.

El curso de trabajo social psiquiátrico se instituyó el mes de junio de 1977, fue una colaboración del Departamento de Psicología Médica, ahora Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina (UNAM); bajo la iniciativa del Consejo Mexicano de Salud Mental, posteriormente se llamó Instituto Mexicano de Psiquiatría, ahora Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salud. La estructura curricular del curso de trabajo

social psiquiátrico estaba integrada por tres grandes ejes para la capacitación del personal: la asistencia institucional, la investigación y la enseñanza.

De acuerdo con Mónica Bórquez Acosta, trabajadora social que formó parte del equipo que diseñó e implementó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico en México, mencionó que desde principios del siglo XX se genera el Trabajo Social Psiquiátrico como un interés de la psiquiatría por basar el diagnóstico y la clasificación de las enfermedades mentales en el estudio de la personalidad del individuo y en la consideración de su medio ambiente. Citó su evolución en cuatro etapas: la pre-técnica, donde la asistencia se asocia a las manifestaciones de la caridad y la filantropía, desde la influencia religiosa o eclesiástica; la etapa técnica, en la que se enriquece el acervo teórico y manejo de técnicas que desarrollarían el método de “trabajo social de casos” y de “trabajo social de grupos” bajo la influencia del positivismo; la etapa precientífica en la que se da una mayor tecnificación y se incluye el método de “organización y desarrollo de comunidad”; y la etapa científica, haciendo referencia a la época actual en la que se evoca la introducción de investigaciones y un fortalecimiento metodológico que guía la acción del trabajo social psiquiátrico. (Bórquez A., 1978, pág. 22).

Dentro de su formación se contemplan conocimientos específicos en disciplinas colaterales como dinámica de la personalidad, psicopatología, psicología evolutiva, delincuencia, antropología, etc. y como miembro de un equipo de salud mental, la función del trabajador social psiquiátrico varía de acuerdo con su preparación específica, con la organización de la institución donde labora y sus objetivos; se señalaba que el objetivo era y al parecer continua siendo, el constituirse en un enlace entre el paciente y su mundo social, desarrollando acciones a tres niveles: asistencial, tarea intra y extramuros, con el paciente y su familia; académica: capacitación y aprendizaje para fortalecer las destrezas necesarias para manejarse a niveles de problemática psicológica y de investigación, integración en equipos de investigación en el campo psiquiátrico.

Se particularizan actividades en la práctica individual relacionadas con la investigación de aspectos de la persona enferma y la integración de estudio psicosocial, que permitiría además de apoyar en el tratamiento psiquiátrico de las personas, darle seguimiento, lo cual era encomendado a Trabajo Social.

Con referencia a los grupos, se mencionaron actividades como, asamblea de pacientes, actividades con pacientes como espacios para una resocialización; reuniones familiares,

para la integración de contenidos educativos relacionados con la enfermedad mental; a nivel de servicios ambulatorios, las reuniones grupales de pacientes que posterior a su hospitalización se convertían en una manera de desconectar al paciente de la vida de pabellón. (Bórquez A., 1978, págs. 23-24).

Uno de los ejes fundamentales de la preparación de trabajador/a social psiquiátrico/a fue la sincronía de estar en la práctica clínica por las mañanas, actividad supervisada con seguimiento estricto del hacer y saber hacer; por otro lado, la revisión del aspecto teórico metodológico era por las tardes, que permitía la integración de una praxis en la que se daba la investigación de aspectos de la vida de la persona con una discapacidad psicosocial en su medio social y familiar, la planta docente estuvo integrada por médicos psiquiatras, terapeutas familiares y trabajadoras sociales psiquiátricas que otorgaron una capacitación altamente calificada que habilitó a quienes se formaron en el curso en la intervención dirigida al usuario y su familia, mediante el abordaje psicosocial cuyo fruto fue la elaboración de estudios psicosociales. Por otro lado, facilitó el manejo del trabajo con grupos informativos y de orientación psicosocial manteniendo el vínculo extramuros de la institución y la comunidad para la promoción de la salud mental.

El curso fue después diplomado y hasta el año 2017 ininterrumpidamente brindó la formación a trabajadores sociales en el campo de la psiquiatría y la salud mental; actualmente fue aceptado como una opción a especialización en Trabajo Social en la Escuela Nacional de Trabajo Social, la afinación de su currícula está en la fase final para abrir nuevamente las puertas del conocimiento formal en este campo de la carrera como una especialidad.

Han transcurrido 42 años desde la creación del Curso de Trabajo Social Psiquiátrico en México y con el pasar de los años, la experiencia y la capacitación adquirida posterior a dicho curso, ha permitido que quienes se desempeñen en ese ámbito desarrollen competencias que les habilita participar en equipos de subespecialidad que facilita el diseño de estrategias de acompañamiento psicosocial a partir de una valoración inicial de la persona, la cual es todavía extensa y adaptada conforme a la finalidad de ésta, la cual accede a que el usuario tenga una atención integral.

Por otro lado, más allá de las sesiones de orientación grupal con los familiares de los pacientes, se ha adoptado el modelo psicoeducativo en sus modalidades individual y grupal dirigida a las/os familiares de las/os usuarias/os; más aún se ha incursionado en la

aplicación de técnicas terapéuticas desde la perspectiva conductual, la cual se emplea particularmente en el abordaje de las/os usuarias/os en las clínicas de subespecialidad.

Otro de los aspectos que se resalta es la incursión en investigaciones, aunque la carga asistencial en las instituciones es muy grande, el espacio que se tiene para desarrollar investigaciones es muy poco; no obstante, se realizan; así como elabora la sistematización de la experiencia profesional, evidencia de esto son algunos trabajos que se han publicado.

Hasta aquí, se realizó un recorrido del surgimiento del trabajo social en el campo de la psiquiatría y la salud mental; que en concordancia con Bórquez atravesó por diferentes etapas desde la pre- técnica cuyo desempeño se asoció bajo el modelo médico hegemónico de la mirada biologicista, cuyos esfuerzos se dirigían al ajuste de la persona a la sociedad; para encaminarse a ser científica, mediante el manejo de teorías y evidencia científica tienen reconocimiento normativo en el ejercicio especializado de las funciones que lleva a cabo en colaboración con otros profesionales de la salud mental; no obstante, la intervención de llevarla desde la perspectiva social todavía es un reto, la cual se centra a partir de la persona con discapacidad psicosocial, en la que las barreras que presente la sociedad para poder desenvolverse dignamente son muy limitadas, el trabajo abarca principalmente a su grupo inmediato y contexto donde se desempeña en este ímpetu de contribuir con el apego a su tratamiento.

En ese sentido, se mencionarán aspectos específicos de la especialidad, así como particularidad de su desempeño.

### **3.3. El Trabajo Social en el campo de la Salud Mental y su ámbito de ejercicio profesional**

Pensar en la idea, que el trabajo social es una disciplina de las ciencias sociales en el campo de la salud mental, ayuda a considerar los aportes y desafíos que ésta trae consigo, principalmente si se quiere tener una aproximación desde que las limitaciones del medio –contexto social son las que no favorecen a la persona con una discapacidad psicosocial; al contrario, las barreras culturales, económicas que dificultan su acceso a la educación, a tener un trabajo, a apoyo social que le permitan vivir como dignidad y contribuyen a su discriminación y exclusión.

La inclusión de la profesión como una especialidad del trabajo social médico, hace necesaria que exista una formación epistemológica y técnica para intervenir en un campo específico y un campo es un sistema de relaciones constituido por los agentes sociales directamente vinculados con la producción y comunicación de un bien determinado –en nuestro caso, los conocimientos o saberes del oficio-. Este campo determina las condiciones específicas de producción y circulación de sus productos. Los objetos son tales no en virtud de su posición jerárquica objetiva sino hegemónica (Bourdieu P. , 1980, págs. 134-141).

En ese sentido, se parte de la idea que la especificidad de trabajo social en el campo de la salud mental tiene que ver inicialmente con la aproximación clínica como ámbito en el que la intervención se da principalmente en instituciones psiquiátricas, desde la mirada de la persona como un ser bio-psicosociocultural que se desarrolla en un contexto y en un periodo histórico específico.

Para delinear su definición se citará a Mary Richmond que en un párrafo de su escrito Caso Social Individual se refirió al servicio social psiquiátrico que se desarrolló muy rápidamente después de la guerra, cuya asistencia es en el terreno mental se dio en colaboración de un especialista absolutamente competente donde el diagnóstico real depende en parte de la encuesta social y el tratamiento de ello es una amplia cuestión de readaptación social. (Richmond, 1922, pág. 149).

Los aportes de esta autora han sido muy importantes y talvez vigentes en lo que se refiere a la especificidad del cómo hacer el trabajo social psiquiátrico; una de las personas que la conoció fue Gordon Hamilton, cuya contribución en la atención de casos sociales, fue la relación que se debe establecer con la persona y su interacción con el medio ambiente, se introduce el enfoque psicosocial que asigna al sujeto como un agente activo en estabilizar su funcionamiento con respecto a su adaptación social a partir de la identificación de su problemática, procurando motivarle al cambio.

Para esta autora el asistente social encuentra trastornos, frustraciones y traumas que surgen de la vida familiar, y tiene que tratar con estas desviaciones. Para muchas personas no son accesibles los psiquiatras, ni procuran este tipo de tratamiento. Los asistentes sociales constantemente tratan con personas que, proyectando sus problemas en factores sociales o en otras personas, no buscan inicialmente ayuda porque no reconocen su

autoimplicación. Es inevitable que los asistentes sociales se preparen para la psicoterapia” (Hamilton, 1967, pág. 281).

De esta manera, se identifica que el trabajo social en el campo de la salud mental, como una rama especializada del trabajo social, particularmente del trabajo médico social cuyos saberes cimentados en la evidencia se ocupan de la persona como parte de un tejido social en el que está interconectado con una red de individuos y sistemas sociales, para que a partir de la investigación, conozca y facilite la comprensión de su problemática al usuario, de esta manera, coadyuve en su bienestar mediante la aplicación de estrategias que le permitan fortalecer sus recursos internos y movilizar los externos para vivir con dignidad.

Siguiendo la idea del campo propuesta por Bourdieu, para que este funcione, es preciso que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar que está dotada de *habitus*, es decir del conocimiento y reconocimiento de las leyes propias del juego (Bourdieu P. , 1980, pág. 136); por tanto, el *habitus* de acuerdo a este autor comprende las creencias y las subjetividades que tienen los agentes dentro de un campo, incluyen los esquemas, prácticas que integradas como producto del aprendizaje.

En concordancia con las particularidades de un asistente social descritas por Mary Richmond, para ella tenían que tener tres condiciones: primeramente, ser practicadas por personas competentes; en segundo lugar, ocuparse de casos difíciles que necesitan una intervención prolongada e intensiva; tercero, ser realizada con una relativa independencia y sin restricciones arbitrarias.

En ese sentido el término, si se compagina la competencia profesional con los esquemas de mejores prácticas integradas en el aprendizaje que se adquieren en la formación de la especialidad, además de la capacitación continua que favorece que los conocimientos, habilidades y destrezas favorezcan la formación de una subjetividad que le habilite hacia un desempeño en la realidad institucional donde se encuentra con un entramado normativo que encuadra el ejercicio sectorialmente y personalmente.

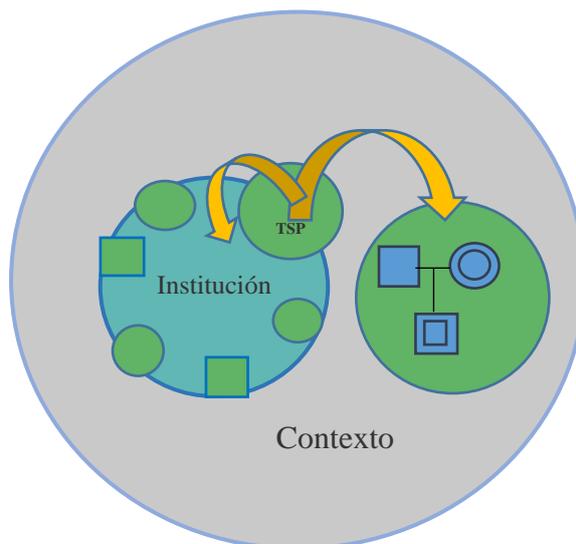
Bajo este orden de ideas, la/el trabajador/a social especializada/o tiene cuatro elementos en mente cuando lleva a cabo la atención al/a usuaria/o, éstos son: a) el aspecto de la salud de las personas, las creencias y percepción del/a usuaria/o alrededor de ella, así como el afrontamiento hacia su enfermedad, b) las características de su personalidad, c) las

características de su crianza-vida actual, particularmente las relacionadas con su familia en juego con su contexto sociocultural inmediato y d) los efectos de la educación recibida y las que ahora recibe del entorno donde se desenvuelve.

Lo anterior favorece su participación en el equipo conformado por diferentes disciplinas que colaboran cada uno/a desde su expertís con un mismo fin; contribuir con el bienestar de la persona que tiene una discapacidad psicosocial, el campo de acción puede ser multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar; la particularidad de esta última es definida como el trabajo en equipo de personas y papeles pertenecientes a diversas profesiones y formaciones académicas que realizan un trabajo conjunto con los roles y funciones tradicionales de cada uno: psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social... Pero este mismo autor plantea que el en equipo interdisciplinar los profesionales socializan sus saberes e intercambian parte de sus prácticas de forma cotidiana. De esta manera se puede conseguir una acción terapéutica global más coherente y se evita la proliferación de intervenciones profesionales más allá de lo necesario. Tizón, J.L., 1992 en (Garcés Trullenque, 2010, pág. 340).

En el siguiente cuadro se esquematiza el actuar del trabajador psiquiátrico, en el interés de constituirse en una red de apoyo institucional para la persona que tiene una discapacidad psicosocial y con él/ella, su familia o el grupo más cercano que se ha constituido como su red de apoyo instrumental y afectivo.

Por otro lado, se encuentran los otros miembros del equipo de trabajo con quienes se realiza una coordinación para favorecer la atención de la/el usuario; así mismo, está la institución como el espacio inmediato donde se realiza la praxis, entidad que acciona la aplicación de políticas instituidas para la salud mental, que cuenta con sus normas y otorga al marco de actuación profesional; ahí que uno de los roles asignados a trabajo social es fungir como un puente-enlaza en el entramado social del usuario y la institución que brinda un servicio; de tal manera, el acercamiento con el entorno de la/el usuario partirá estableciendo una aproximación diagnóstica inicial, en torno al significado de la persona y de quienes le rodean con respecto a tener una discapacidad psicosocial, identificar su emoción expresada, sus aspectos resilientes (vínculos significativos, capacidad de relacionarse y resolver problemas, valores, creencias que lo definen y el apoyo social con el que cuenta), sus estrategias de afrontamiento, el entramado de redes que brinden apoyo social.



**Figura N° 10.** Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental  
 Fuente: Elaboración propia con base en (Gómez, 2017).

En este entendido, el quehacer de la praxis deberá repensarse para que el acercamiento a la realidad del/a usuario/a sea por medio de la investigación, aplicando el método científico; de tal manera, se introyecte un *habitus* que permita visibilizar nuestro trabajo desde los contenidos que se escriben en lo cotidiano; ya sea diagnósticos iniciales, diagnósticos psicosociales, guías de entrevista, reportes de visita domiciliaria, notas de seguimiento, notas informativas, programas de educación para la salud; en fin, son evidencia cuyo contenido deberá reflejar el manejo teórico y técnico que se tiene de la disciplina.

La práctica del trabajador/a social psiquiátrico/a responde a objetivos institucionales, que descienden de en ocasiones compromiso con acuerdos internacionales que se configuran en políticas nacionales, a partir de las cuales, las funciones y las actividades que se vayan a llevar se descifren en procedimientos en respuesta la demanda social de los usuarios que en este caso acuden a una institución psiquiátrica para atender su salud mental.

En el interés de conocer el sistema de esquemas de percepción y apreciación de las prácticas de las/os trabajadoras/es sociales que se desempeñan en el campo de la psiquiatría y la salud mental se privilegió escuchar su voz, a manera de tener evidencia sobre sus vivencias e impresiones de su experiencia en el campo.

Se retoma los conceptos de Bourdieu sobre campo, de acuerdo con el autor mencionado, la vida social se reproduce en campos –económicos, políticos, científicos, artísticos- que funcionan con una fuerte independencia. Cada campo genera un capital y los grupos que intervienen en él luchan por su apropiación. (Bourdieu, El sentido práctico - habitus campo capital, 1980, págs. 135-141). Para él [...] un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Esas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación real o potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) cuya posesión gobierna el acceso a ganancias específicas que están en juego en el campo y, por ello mismo, que son relaciones objetivas con las otras posiciones. (Bourdieu, 1992, pág. 72).

De acuerdo con esta autor el campo es un espacio de juego, es una zona del mundo social, podría citarse el campo profesional, en el que se dan relaciones objetivas entre personas o entidades, quienes compiten en el mismo juego, el cual tiene reglas y normas específicas que guían el actuar de los jugadores (agentes), se definen los intereses específicos de quienes son parte del juego, trabajadores sociales psiquiátricos, que tienen intereses específicos propios, tiene relación con otros campos, de ahí el trabajo colaborativo que se da en la interacción con otros campos.

Bajo esta noción de campo, se realizará la presentación de los escenarios en los cuales el campo entonces abarcan las instituciones donde se encuentran actores de salud mental, psiquiatras, psicólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales; particularmente, Trabajadoras/es Sociales que laboran en entidades que dependen de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal que coordinan la prestación de servicios de atención médica especializada en salud mental en unidades operativas de su adscripción; establece mecanismos de vinculación con las instituciones de seguridad social y del sector salud para la atención de los trastornos mentales; participa en la elaboración de normas oficiales mexicanas así como en la formulación de instrumentos normativos en materia de servicios de atención psiquiátrica (OMS, 2011, pág. 15).

En ese sentido, se ubican instituciones de salud mental en los tres niveles de atención, se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. (García Salabarría, J. 2006, citado por (Vignolio, 2011, pág. 11) Las necesidades a satisfacer no pueden verse en

términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. (Magnífico G. et al 2001, citado por (Vignolio, 2011, pág. 11).

**En el primer nivel**, la vinculación inicial con la población es más directa; es decir, el primer nivel de contacto, por tanto, se resuelven necesidades de atención básica y más frecuentes, se llevan a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de la salud mental y atención ambulatoria especialmente a la población que no cuenta con servicios de seguridad social, tiene como objetivo fomentar la educación en salud mental y combatir el estigma y la discriminación hacia personas con algún padecimiento mental y sus familiares a través de la implementación de actividades clínicas, psicoeducativas y comunitarias. Existen Centros de salud donde hay servicio de psiquiatría.

**En el segundo nivel** de atención brinda las especialidades básicas; en este caso es de mono especialidad, psiquiatría; cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagen y laboratorio. La entidad matriz que lo coordina son los Servicios de Atención Psiquiátrica en México (SAP) coordina los programas de prestación de atención médica especializada en las unidades operativas de su adscripción; Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM Iztapalapa, Cuauhtémoc y Zacatenco).

En el **Tercer nivel de atención**, la atención es de mayor especialización y de mayor complejidad, cuentan con alta tecnología, aunado a ello se especifica que una de las actividades primordiales que desarrolla es la investigación; en este sentido, se ubica al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Por otro lado, dentro de los Servicios de Atención Psiquiátrica se ubica al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno; que en mayor no menor proporción, debido a los recursos institucionales en salud mental, disponibilidad de los servicios y brechas de atención, en muchas ocasiones se llevan a cabo actividades que incluyen los tres niveles de atención en salud; principalmente en al aspecto asistencial.

### **3.4. Experiencias del Trabajador Social en el campo de la Psiquiatría y la salud mental.**

Para poder evidenciar la voz del trabajo social que interviene en el campo de la salud mental, se consideró necesaria no sólo enmarcarse en las apreciaciones personales de quien suscribe este trabajo; sino más bien, tener la posibilidad de plasmar las experiencias profesionales de otras miradas, otras vivencias de trabajadoras sociales que se

desempeñan en entidades psiquiátricas, particularmente de las que están coordinadas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), por la integración de una red de instituciones que prestan su atención en diferentes niveles de atención de la salud mental, donde el trabajo que se lleva a cabo puede ser diferente por la especificidad del nivel de atención que se tenga; sin embargo, disciplinarmente existe una convergencia conforme al quehacer profesional que corresponde desempeñar; de tal manera se pueda visibilizar la experiencia que tiene la/el Trabajador/a Social que se desempeña en el campo de la psiquiatría y la salud mental para identificar su praxis, conocer limitaciones y retos de la profesión, mediante entrevistas a colegas que laboran en entidades en los diferentes niveles de atención.

Esta fue una aproximación descriptiva en cuanto “comprende la descripción, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos” (Vasco, 1994).

Se llevaron a cabo entrevistas a trabajadoras psiquiátricas que se desempeñan en los SAP y en el INPRFM, el 90% de ellas tienen la licenciatura en Trabajo Social y adicionalmente, el 55% completó la formación del curso que después fue diplomado en Trabajo Social Psiquiátrico; no obstante, quienes no lo cursaron fue el 45% de las entrevistadas, quienes se ocuparon de manera autodidacta capacitarse tomando cursos que vayan a soportar su actividad profesional en el campo de la salud mental y la psiquiatría; la edad promedio de 47 años y una media de 22 años de experiencia.

Para ello se elaboró una guía de entrevista que sirvió para dar luz al contenido a mencionar, las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas, para desplegar la información obtenida, derivado de ello se presenta el siguiente cuadro en el que se especifican aspectos sociodemográficos de las colegas entrevistadas, de quienes se especifica su edad, entidad donde labora, su formación profesional y los años de experiencia que tienen en el campo de la psiquiatría y la salud mental.

Nombre	Edad	Institución		Formación	Experiencia en el campo
T	45 años	Cecosam Zacatenco		Lic. Trabajo Social, realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	16 años
I	65 años	Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro	Infantil	Lic. En Trabajo Social, realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	35 años
J	38 años	Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro	Infantil	Lic. En Trabajo Social, realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	20 años
C	39 años	Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro	Infantil	Lic. En Trabajo Social, no realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	25 años
M	28	Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro	Infantil	Lic. En Trabajo Social, no realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	4 años
MC	55 años	Hospital Psiquiátrico Bernardino Álvarez	Fray	Lic. En Trabajo Social, no realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	28 años
E	46 años	Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno	Dr.	Lic. En Trabajo Social, realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	15 años
S	40 años	Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno	Dr.	Lic. en Trabajo Social, no realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	10 años
A	42 años	Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno	Dr.	Lic. en Trabajo Social, no realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	25 años
ME	50 años	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz		Lic. en Trabajo Social, realizó el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	25 años
MS	65 años	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz		Trabajadora Social a nivel técnico, hizo el curso de Trabajo Social Psiquiátrico	40 años

**Tabla N° 5.** Perfil sociodemográfico de las TSP entrevistadas  
Tabla basada en la información obtenida en el campo. Andia, 2019

Con referencia a las entrevistas, la mayoría de ellas fue en los cubículos donde laboran las personas que fueron interpeladas, se acudió a las diferentes entidades ubicadas en la Ciudad de México, la mención especial del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno que está en la frontera de esta Ciudad y la de Puebla; por otro lado, una de ellas

acudió al Instituto y la conversación fue muy enriquecedora, cuyo contenido se presenta a continuación:

#### **3.4.1. Trabajo Social Psiquiátrico.**

La apertura de ser recibida en los espacios de las compañeras, pasear por los espacios que en algún momento fueron caminados cuando se fue estudiante, trajo recuerdos de las situaciones atendidas y las experiencias vividas; reminiscencias que traen un común denominador que fue el enriquecimiento del conocimiento y la praxis, se presentan algunos testimonios recibidos:

*T [...] Muy satisfactoria en el sentido de atención directa con los familiares de los pacientes atendidos, ya que llegan solicitando ayuda y trabajo social es el primer contacto con ellos dando una plática de sensibilización y orientación previo a la consulta que van a recibir [...].*

*C [...] Aquí tenemos una intervención directa durante muchos años, tenemos gestiones asistenciales, sin embargo, en otras áreas, se ha dedicado a una cuestión más administrativa, la profesión no ha luchado para posicionarse en otras áreas [...].*

*M [...] Aquí a manera de opinión tiene que ver con el interés del desarrollo profesional, en el servicio puede tener mucho trabajo o nada dependiendo del alcance, hay buena formación profesional pero lo personal merma que esto se exprese en un mejor punto, se pierde el interés, el hospital es una institución noble que permite el desarrollo de habilidades y capacidades [...].*

*MC [...] Tenemos un campo de acción muy amplio, los testimonios de los usuarios son una fuente de conocimiento que te lleva a consultar, prepararte capacitarte para poder intervenir cada vez mejor, los terrenos son más complejos y es necesario estar a la vanguardia T [...].*

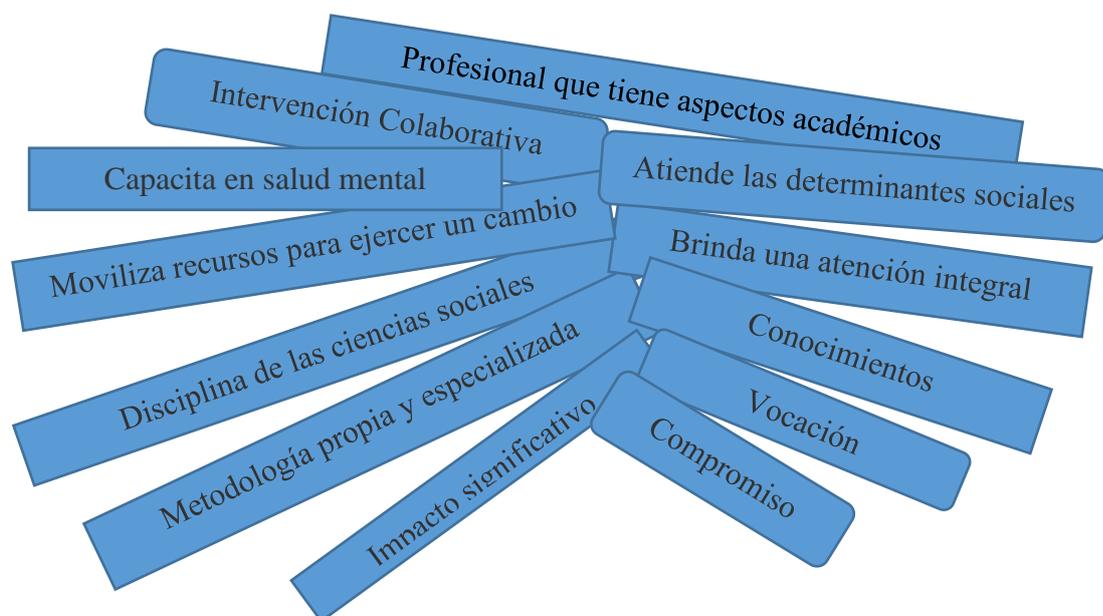
*E [...] Hemos avanzado como Trabajadoras Sociales en ideologías, contamos con más herramientas técnicas para ejercer la profesión, hemos procurado los medios para intervenir en lo cotidiano, a veces no las llevamos a cabo, a veces hay falta de compromiso para ejercer con lo que contamos [...].*

*MS [...] Inicé mi vida laboral en julio 1993 en el Instituto estuve en el área de Hospital como trabajadora social (...) posteriormente, se hizo rotación de servicios y estuve en la consulta externa como trabajadora social y desde hace aproximadamente 18 años soy*

*jefe de área de consulta externa. En el año 2010 en colaboración con una colega de servicio de hospital elaboramos el programa de supervisión para ambos servicios y en 2014 cada una elaboró un programa para su propio servicio, esta supervisión se centra en funciones administrativas, de apoyo y educativas [...].*

Las experiencias son diferentes, es inherente que el trabajo que se lleva a cabo con personas entra mucho el juego del profesional como persona, sus recursos, fortalezas, humanidad; en ese sentido, el trabajo que se realiza es desgastante por las situaciones que se tiene que enfrentar en la cotidianidad; escuchar relatos de vida y tratar con los usuarios es diverso, particularmente usuarias/os que por las características de su padecimiento son rechazados en diferentes ámbitos con los que interactúan, por lo que hay un alto riesgo al desgaste emocional, agotamiento laboral; de ahí que la búsqueda de actividades que aporten a la resiliencia personal es muy importante, entre ellas se citó a la supervisión, capacitación y el trabajo de grupos de colegas que laboran con problemáticas similares y pueden compartir sobre sus experiencias que contribuyan a un autocuidado.

En la siguiente figura se presentan resultados respecto a las ideas centrales que encierran las consideraciones de las trabajadoras sociales entrevistadas sobre lo que piensan que es el Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental.



**Figura N° 11.** Lluvia de ideas sobre la/el Trabajador/a Social Psiquiátrico/a

**Fuente:** Elaboración propia basada en la información obtenida en el campo. Andia, 2019

Las ideas especificadas en la figura anterior están relacionadas con las diferentes construcciones que las trabajadoras sociales entrevistadas mencionaron, cuyos contenidos se presentan a continuación:

*MS, [...] El trabajo social en este campo favorece la intervención colaborativa a través de una metodología especializada y, se enfoca en atender las determinantes sociales ya que estas pueden incidir en el desarrollo de una enfermedad mental, o bien beneficiar como factores protectores [...].*

*E, [...] Trabajo Social Psiquiátrico es el poder de capacitar en lo que es la salud mental, retirar el estigma del padecimiento, buscar tener un impacto significativo en la intervención, dale un valor a tu trabajo, a la propia intervención [...].*

*C, [...]Es una disciplina de las ciencias sociales donde el trabajador social tiene el potencial de movilizar los recursos que envuelven al ser humano y los moviliza para ejercer un cambio, en términos de salud mental Trabajo Social debe estar enfocado al bienestar del paciente con la familia a través de la valoración, evaluación diagnóstica, movilizando los recursos para procurar un ambiente, brindar una atención integral a los pacientes que además presentan otra complicación clínica, física que puede estar afectando en el tratamiento y la rehabilitación, son pacientes con un alto grado de riesgo suicida u homicida, unidad monitorizada, los pacientes está más protegidos y cuidados[...].*

*I, [...] Una profesión que es superbásica, la psiquiatría no podría estar sin el Trabajo Social, es una persona clave del equipo [...].*

*J [...] Trabajador Social muy dinámico donde la vinculación sea su prioridad, la gestión social es una de las funciones básicas que se realizan en el servicio, acciones a corto plazo por las necesidades del usuario. Es necesario vincularse para atender las necesidades de un paciente, tener un directorio específico para saber a quién dirigirte y tener una respuesta rápida [...].*

*T [...] Los Trabajadores Sociales en el campo de la Salud Mental propiciamos que las pacientes con enfermedades mentales contribuyan como propios actores de un cambio para así mejorar su calidad de vida [...].*

*M [...]Un Trabajador Social Psiquiátrico es un profesional que tiene aspectos académicos, a nivel profesional, que cuenta con conocimientos necesarios para la aplicación, ejercer el trabajo de manera humana, sensible, con compromiso, con vocación, con una metodología propia, la que vas innovando para poder trabajar con esta parte tan vulnerable de la sociedad y que tenga las herramientas y la disciplina de estarse actualizando y preparando porque no te puedes quedar con lo que te dan para atender las diferentes problemáticas que presentan los usuarios que son más complejas cada vez[...].*

*A[...]Yo no tengo la especialidad del Trabajo Social Psiquiátrico, pero tengo 25 años de experiencia y me he tratado de adecuar a la necesidad de tener que saber cómo intervenir, hay que buscarle, hay que leerle, en México no hay mucho escrito, en Estados Unidos y Europa sí; no obstante, la vida y la cultura, historia de México es totalmente diferente, muchas veces las experiencias de otros países no puedes siempre aplicarlas aquí, el contexto es diferente, la teoría nos dice cómo debemos de hacer[...].*

*MC [...]Hay que acabar con esta parte que somos casi del ministerio público, buenas tardes, cuánto gana, con quién vive, que no miramos a los ojos, no sentarte a su lado, alejar la silla porque huelen mal, porque tienen mal aspecto; no al contrario, y no nos acercamos a la persona, para ello utilizo el familiograma y luego la socialización y saco información de la información y la dinámica familiar y te ayuda a tener un criterio para darle el nivel [...].*

La práctica se incorpora en el quehacer profesional por este *habitus* científico a partir de la estructura del campo y las relaciones que en éste se construyen entre el profesional, la entidad donde se lleva a cabo la acción en un marco de especificidad y bajo una estructura normativa-política y el usuario. Donde la mística de la praxis constituye como el componente conocido como capital cultural que es aplicado por la/el profesionista, quien a partir de un título que legitima su práctica; este capital cultural puede transformarse en capital simbólico a partir del reconocimiento de los grupos con los que interactúa (usuarios, colegas, compañeros/as de trabajo), adquieren dicho reconocimiento y la capacidad para determinar lo que es legítimo y valioso en el espacio en el que se desenvuelven.

El trabajo social, en singular, existe. Existe en tanto que disciplina reconocida por el Estado y a la que se otorgan determinadas incumbencias, existe como detentadora de

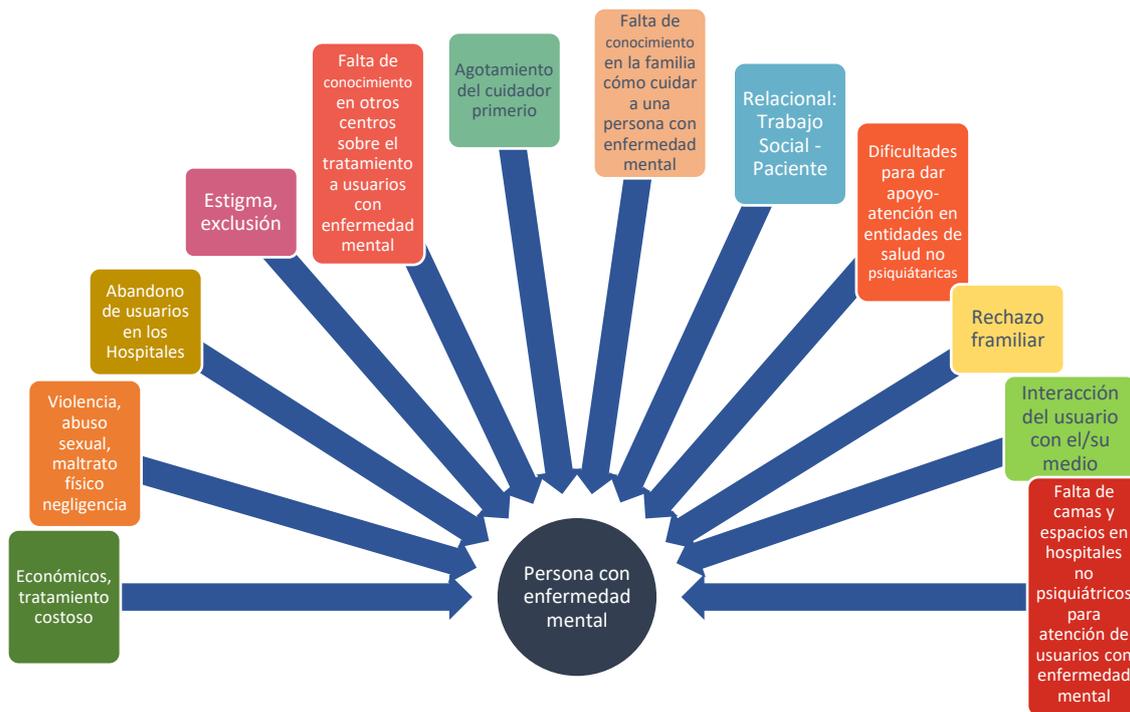
cierta cuota de poder y, por tratarse de una disciplina que supone un ejercicio público, debe asumir de manera colectiva ciertas responsabilidades y respetar ciertos límites del ejercicio de la profesión, no debiendo cada agente profesional actuar exclusivamente desde su moral personal, sus ideas y convicciones. Sostener este aspecto del enunciado es fundamental para analizar, debatir y establecer criterios generales de actuación profesional (ha sido crucial, por ejemplo, para la elaboración de los códigos de ética, leyes de carrera, etcétera, que regulan aspectos del ejercicio profesional). Posiciones como la señalada es sostenida por diversos autores como N. Fóscolo y A. Arpini (2007), C. Montaña (1998), entre otros. (Rodríguez, págs. 202-203).

En consecuencia, para que ese campo funcione, es necesario que haya algo en el juego y gente dispuesta a jugar esté dotada de habitus, es decir, del conocimiento y reconocimiento de las leyes propias del juego, (Bourdieu, 1984:136, citado por (González-Sabane, 2015, pág. 31).

En este conocimiento y reconocimiento del espacio donde se presta un servicio profesional se está en relación con los problemas sociales que tienen los usuarios, ello entendido como “objeto de intervención”, se describen los que ocuparon la conversación con las colegas:

#### **3.4.2. Problemas frecuentes – Objeto de intervención.**

Como profesión desde sus inicios el Trabajo Social ha estado preocupado y ocupado en la/el otro/a, particularmente el/los problemas que les aqueja, situaciones que se conocen en la primera entrevista, éstos inicialmente instrumentales o no necesariamente; sin embargo, la relación que se establece con la otra persona y si ésta así lo permite, nos acceden adentrarnos en su vida y su medio, de ahí que por medio de la entrevista psicosocial podemos identificar las situaciones por las que atraviesa, dificultades, alegrías, necesidades. Particularmente, se invitó a las colegas que hablaran sobre algunos problemas por los que atraviesa un/a usuario/a que tiene una discapacidad psicosocial y/o a partir de ello las dificultades que se presentan en su entorno, mismos que se muestran en la siguiente figura.



**Figura N°12.** Problemas frecuentes con los que se enfrentan las personas que tienen discapacidad psicosocial.

**Fuente:** Elaboración propia basada en la información obtenida en el campo. Andia, 2019

*I [...] Problemas de abuso, últimamente abuso sexual a los menores, este año se llevan 78 notificaciones al Ministerio Público, de las cuales 65 son de abuso. Violencia hacia los niños, la negligencia del cuidado, maltrato físico [...].*

*E [...] Abandono de los usuarios en la institución, las personas piensan que somos el repositorio de los enfermos, una vez que logran internarlos a veces ya no vienen por ellos [...].*

*MC [...] Creo que hay algún avance, cuando llegué al hospital si había mucho el abandono, había que dejar a casa a dejar al paciente con sus familias, a partir de la psicoeducación y el trabajo que hacemos cada día de sensibilizarlos y orientarles que son importantes en el tratamiento y seguimiento de la persona, que si se les toma como seres humanos que si se les involucra, que si los invitan al cine, que tienen necesidades como seres vivos y son parte de la familia [...].*

*R [...]Esto no solo de psicoeducación, sabe porque duro ocho meses fuera porque no tomé su medicamento hubo algún desajuste, identificar alguna red más de la familia, pues mi hija, pero quién sabe si pueda venir, pero si me regala una visita domiciliaria yo puedo*

*ir, que día me podrá juntar a la familia para informarles respecto a la enfermedad de... la pueden recibir el viernes a primera hora, mi hija va a pedir permiso... entonces si Mahoma no viene la montaña Mahoma va a la montaña, el hospital me pone un vehículo y voy a sesionar con la familia, los sensibilizo, trato de buscar esas redes de apoyo y buscar al apego al tratamiento de la persona.*

*I[...]No es fácil lograr el apoyo para el paciente en otra institución porque es un paciente psiquiátrico, hay que pelear para hacerlos ver que es un ser humano que requiere atención antes de ser un paciente psiquiátrico, como no sabe lo que es, no lo conoce, no se quiere enfrentar a esas situaciones, nos cuartan la atención[...]*

*Dicen que no tienen tiempo, que hay prioridades de otros pacientes, personal médico nos dice para qué van a operar a un paciente psiquiátrico, para que van a gastar recursos de una unidad para un loco, mejor gastar recursos en otra persona.*

*A[...]Eso es en todos lados, en el otro que trabajo que tengo, hospital de segundo nivel de atención que no cuenta con especialidad de psiquiatría, el personal no tiene la capacitación para atender a un paciente psiquiátrico y cuando llega no saben qué hacer y no tienen los medicamentos psiquiátricos o un espacio para la atención de pacientes psiquiátricos[...].*

*J [...] Como una atención en otras entidades de atención general, no cuentan con el personal de psiquiatría como parte del equipo interdisciplinario para la atención no lo hay, cuando hemos tenido pacientes psiquiátricos en una unidad médica tiene que ir el psiquiatra, no tienen el recurso y nos saben el manejo de un paciente [...].*

*MC [...] A nivel institucional, buenas tardes hablo del HPFBA para solicitar atención para PP, luego dicen no tengo camas, desde ahí la barrera es tremenda para que se pueda solicitar apoyo. Es problemático, no entiende, no siente, no piensa [...].*

*S [...] Los mismos médicos de otras instituciones mencionan, no es que esos pacientes se ponen muy locos aquí, los médicos generales no saben diagnosticarles, dicen que son agresivos, dicen que es muy difícil su manejo [...].*

Se puede decir que a partir de la información obtenida se identifican barreras de desconocimiento sobre la discapacidad psicosocial, violencia como respuesta a no encontrar una forma de contender la situación; por otro lado, culturales que se interponen en la atención oportuna del

usuario; independientemente del nivel de atención que se esté otorgando, el estigma hacia la enfermedad mental acentúa la discriminación y rechazo de la persona.

### 3.4.3. *Desde las familias – sujeto de intervención:*

*MC [...] La familia lo presente desde que te dice que preferiría que este aquí porque yo descanso, porque yo preferiría que se quede aquí mientras paso la navidad porque quiero pasar la navidad tranquila en familia, fíjese que mi hija se va a casar y no quiero que esté porque nos armará un escándalo, desde el rechazo a no estar a no vincularse.*

*Hay una paciente que jamás le dejaron sentarse a la mesa porque estando en un estado psicótico el cuñado se pasó de listo con ella y fue la deshonra de la familia de una manera de castigarla durante años no la dejaron sentarse a la mesa, hasta que se salió de la casa, llegó con desconocidos y esta persona la empezó a ayudar, una persona que no la conocía, se convirtió en su red principal de apoyo y no la solté y esa señora empezó a vincular y se empezó a trabajar con el papá de la paciente y poco a poco con la familia y me di cuenta que la familia de la usuaria está enferma, que el que generó la violencia hacia la paciente fue el cuñado que la violentaba, estas cosas de no entender[...].*

*T [...] Les da vergüenza tener un familiar loco, ya fueron al cura, se hicieron una limpia, por falta de conocimiento a veces los mismos padres les pegan a sus hijos, no se les acercan, ni les hablan y los chavos en ocasiones se hacen daño [...].*

*C[...] Los papás difícilmente pueden contener una conducta disruptiva, no tienen elementos para contenerlos, se ven desesperados, muchos de los pacientes han tenido ideas e intentos de suicidio y no saben cómo aminorar estas conductas, muchas de las familias son desintegradas en su núcleo marital, debido a divorcio, muerte, separación. Se ven ayudados por los abuelos, muy consentidores y no ayudan [...].*

*E [...] Se requiere ser empática con la familia, la gente responde siempre y cuando les des elementos de porqué se requieren los medicamentos, el servicio requiere que la familia esté, desgraciadamente, a veces el cuidador es solo una persona, se cansan, a veces es la principal barrera, es un solo cuidador, se cansan, ya no hay recursos, se tiene que sensibilizar a los demás para que puedan involucrarse en el cuidado del paciente [...].*

La generalidad de las colegas entrevistadas coincidió que los problemas por los cuales los usuarios solicitan su atención en las entidades donde se brinda atención psiquiátrica son más complejos cada vez, situaciones difíciles que enfrentan las personas con una enfermedad mental. Con referencia a los menores se identificó que el 83% de quienes requieren atención han sufrido situaciones de violencia como abuso sexual, maltrato físico; por otro lado, otro aspecto mencionado a este respecto es que al ser una persona que tiene una discapacidad psicosocial hace que quienes les rodee, desde profesionales de salud, sus familiares, sean violentos con ellos, desde la violencia física ante la impotencia de no conocer respecto a las características de su padecimiento y propiciar golpes a su hijo/a, hasta institucionalmente el negarles la atención en entidades de salud que no cuentan con la especialidad de psiquiatría.

Para intervenir en las situaciones que se presentan en lo cotidiano, es necesario que la actuación profesional esté sentada en bases teóricas metodológicas que se convierten en el sustento, los anteojos por medio de los cuales se puede comprender-desmenuzar la situación problema que ocupa la atención de una persona para que el diseño de las acciones que se lleven a cabo tenga bases científicas.

En ese siguiente paso, la/el trabajador/a social psiquiátrica/o en su diario actuar ocupa componentes teóricos que ha introyectado en su *habitus*, ello permite dar un trato personalizado a la/el ciudadana/o que solicita atención en una entidad de salud mental, a continuación, se mencionan los modelos teóricos que guían su intervención, de las colegas entrevistadas:

### 3.4.4. Modelos de atención



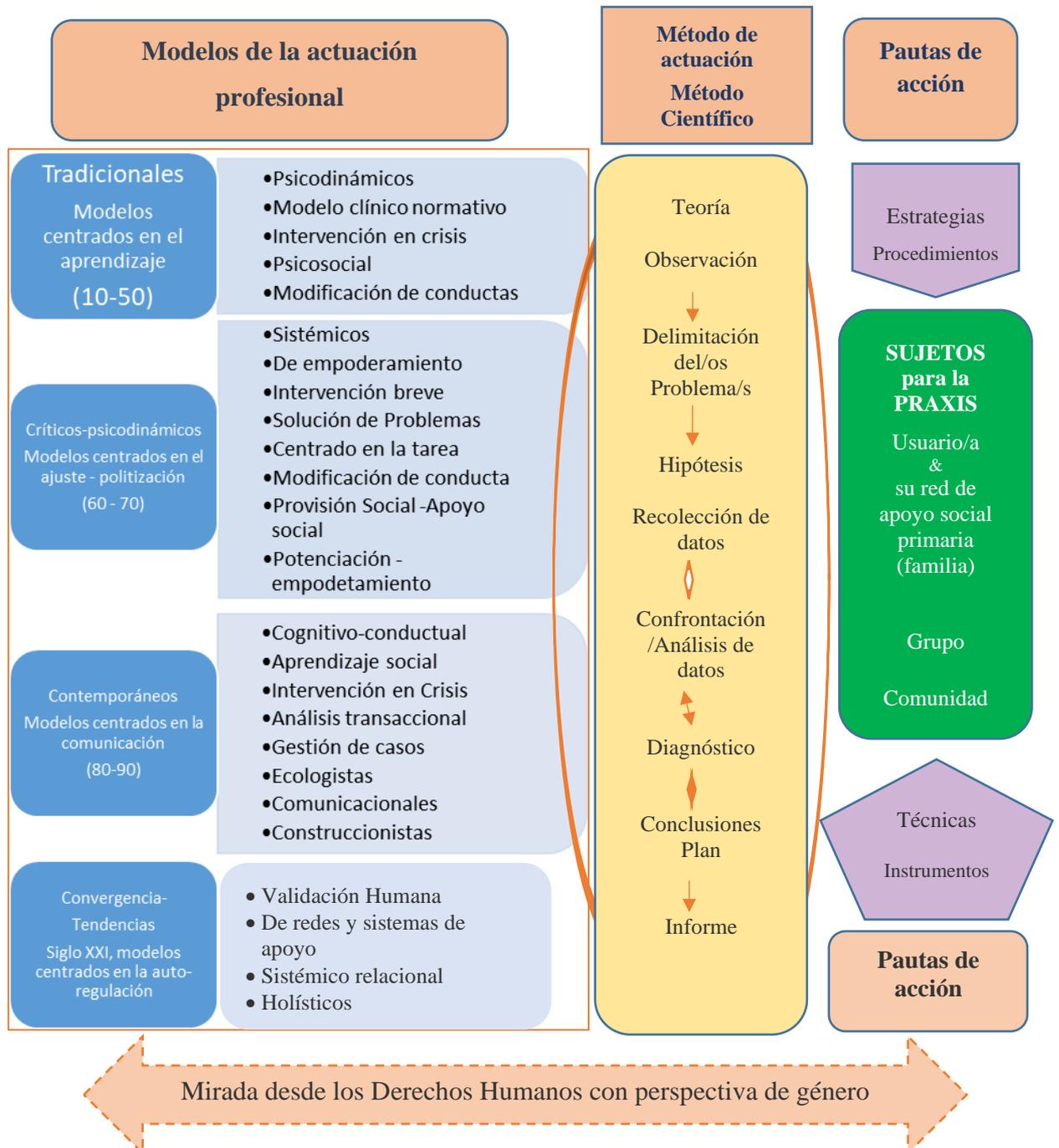
**Figura N° 13.** Modelos empleados en la intervención

Fuente: Elaboración propia con información obtenida en el campo. Andia, 2019

La mayoría de las colegas coincidió que los modelos que emplean en su actividad cotidiana son principalmente el psicosocial y sistémico, especialmente cuando se interviene con usuarios y sus familias, identificaron que éstos fueron constituidos desde la formación como trabajadoras sociales psiquiátricas o bien desde su formación autodidacta con capacitación de interés personal quienes no completaron el curso en trabajo social psiquiátrico; sin embargo, con el devenir de los años y la integración de aspectos teóricos y metodológicos en la experiencia se ha tenido oportunidad de incluir otros como el modelo de intervención en crisis, de resolución de problemas, validación humana de Virginia Satir; en su generalidad, se sigue el proceso: investigación, diagnóstico, plan de acción donde la entrevista es la herramienta que se utiliza y como resultado, regularmente se elabora un estudio psicosocial que por las particularidades de servicio, el contenido de éste principalmente contiene después de la caracterización del/a usuario/a, la descripción de la actitud del paciente, su familia hacia su enfermedad, estructura familiar, su dinámica, diagnóstico psicosocial y plan de atención.

Por otro lado, mencionaron que principalmente en servicios como urgencias, consulta externa, donde hay usuarias/os que acuden a servicios ambulatorias, se echa de mano del modelo de intervención en crisis, resolución de problemas y de redes-sistemas de apoyo.

En ese sentido se esquematizó el siguiente cuadro como producto de la revisión de lecturas que permiten identificar la intervención del Trabajador Social Psiquiátrico con base a modelos de actuación profesional que se han dado a través del tiempo, el método científico que nos permite acercarnos a la realidad y pautas de acción que son utilizados.



**Figura N°14.** Trabajo Social y su praxis profesional

**Fuente:** Elaboración propia con base en (Vélez, 2003, págs. 60, 62 y 83) y (Duque, 2013, pág. 28).

Quienes se desempeñan en el ámbito de la salud mental, cuentan con una formación similar y más aún, la mayor parte de las colegas se ha especializado más todavía, además de la práctica misma y por capacitación posterior que muchas veces es requerida para fortalecer el desempeño; por tanto, podría decirse que se cuenta con una terminología semejante, se comparten saberes similares y una subjetividad semejante que permiten la ejecución de acciones que se incorporan en la cotidianidad son similares, de ahí que podría hablarse en lenguajes equivalentes en cuanto a intervención se refiere; por supuesto que hay que tomar en cuenta las características institucionales, que tienen políticas específicas, por otro lado, cada trabajadora social como persona tiene una historia particular, lo que coloquialmente se dice su ser, por ello es lo que podría decirse que es la cereza del pastel que favorece o no una atención de calidad y calidez a las/os usuarios.

“La intervención implica entenderla como dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella. Implica la existencia de una autoridad: quien interviene lo hace porque está legitimado a partir del reconocimiento del ejercicio de un derecho, o porque hay un estatuto que reglamenta su gestión [...] la intervención se vincula a un determinado marco conceptual que, ligado a una serie de aportes teóricos, genera formas típicas de intervención” (Carballeda, 2012, págs. 99-100).

La intervención se descifra en funciones y actividades legitimados a través de manuales de procedimientos, manuales técnicos, permiten visualizar la operación de técnicas e instrumentos; a partir del establecimiento de reglas que son emitidas por las instancias, los cuales son definidas por la naturaleza del campo donde se interviene; particularmente, los identificados en el campo de la salud mental se identifican las siguientes.

#### **3.4.5. Categorización de funciones y actividades**

La/el trabajador/a social que forma parte de un equipo de salud conoce las circunstancias sociales-culturales que inciden en el proceso de estar bien, desde el entendido de la enfermedad mental como discapacidad psicosocial, está orientado a identificar aquellas barreras que existen en el entorno y en las actitudes personales que impiden el ejercicio de los derechos de las personas que tienen una enfermedad mental; de ahí que las acciones que deberán llevarse a cabo se relacionará con la protección de los derechos humanos de

los usuarios, particularmente contra abusos, violencia o explotación basadas en su condición de discapacidad; por otro lado, asegurar la igualdad de trato y la igualdad de oportunidades; por un lado, el reconocimiento de la diversidad y de las características personales de quienes tienen alguna discapacidad; por otro lado, la erradicación de barreras que constituyen discriminación y exclusión.

De ahí que el actuar puede dirigirse hacia la prevención, terapéutica, rehabilitación psicosocial y reinserción social de la persona, favoreciendo la continuidad de tratamiento desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales de género y de grupos en especialidad situación de vulnerabilidad (NOM-025, 2014), a través de funciones que se llevan a cabo mediante actividades y tareas con la siguiente especificidad:



**Figura N° 15.** Funciones que desempeñan las Trabajadoras Sociales Psiquiátricas  
Fuente: Elaboración propia con información obtenida en el campo. Andia, 2019

### 3.4.5.1. Funciones de Atención directa.

Las funciones de atención directa son aquellas que permiten el encuentro cara a cara con la persona que tiene interacción con el/la trabajador/a social; es decir, se llevan a cabo con las/os usuarias/os que convergen en un servicio trátese de usuarios internos como colegas de la misma disciplina o de otras; por otro lado, usuarios externos (usuarios, sus familiares) que presentan una situación y/o son atendidos en la entidad donde se presta

un servicio. “El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye el análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o necesidades individuales y/o familiares; valoración sociofamiliar; diagnóstico social, planificación de la intervención social” (Trullenque, 2010, pág. 341) en estas se identifican las funciones de:

**3.4.5.1.1. Atención social o asistencial**, en las que se encuentran intervenciones con la/el usuario que es beneficiario de un servicio a quien se le otorga información, asesoría, orientación *psicosocial* individual-familiar, en esta categoría se identifican actividades como: entrevistas a veces planificadas para realizar estudios socioeconómicos, estudios psicosociales o informar al usuario o su familiar sobre los recursos existentes en la institución, comunidad, particularidades del servicio, normas y lineamientos internos; o bien asesoría de recursos institucionales externos, asesoría legal.

Por otro lado, valoración psicosocial/intervención y seguimiento de usuarios que ayuda a integrar aspectos de la persona que tiene una discapacidad psicosocial, su familia, cómo conciben y enfrentan la situación, se conoce características familiares de la estructura, dinámica, que permiten integrar un diagnóstico psicosocial desde lo descriptivo, lo interpretativo-reflexivo con base a sustento teórico.

O bien entrevistas no planificadas que surgen de la dinámica propia del usuario o servicio que se cubre; por ejemplo, para informar respecto a los recursos institucionales a los cuales acudir, ello a veces derivado de las referencias médicas que se otorgan a las/os pacientes; informar y orientar sobre sus derechos como usuario que acude a una entidad de salud. Por otro lado, se realizan entrevistas con colegas de otras disciplinas o de la misma, para comentar situaciones de los usuarios.

Las visitas domiciliarias, que ayudan a completar procesos de atención psicosocial y ver más de cerca el contexto donde se da la dinámica familiar, no menos importante, la localización de familiares de las/os usuarias/os que se encuentran en un servicio de urgencias, regularmente solas/os y que es necesaria la presencia de alguien cercano por la complicación que supone estar en dicho servicio y que muchas veces está en riesgo su vida; o bien la localización de familiares de personas que están hospitalizadas, quienes no han acudido con cierta regularidad a las visitas o a recibir informes.

3.4.5.1.2. **Supervisión**, aunque ésta tiene relación directa con la función administrativa; por su relevancia y cotidianidad, se la considera en las funciones de atención directa, donde se da la interacción cara a cara entre colegas mediante entrevistas planificadas o no planificadas que permiten que se dé el encuentro entre supervisor/a supervisado/a que dependiendo del objetivo que ésta persiga, regularmente favorecen la oportunidad de mejora/s; por otro lado, pueden realizarse sesiones grupales previamente acordadas, tienen un objetivo específico que se aborda durante la reunión; también se identifican la supervisión que se otorga a estudiantes de licenciatura en sus diferentes modalidades.

Por otro lado, también se encuentran desplegadas actividades que confluyen en las funciones gerenciales de atención indirecta, donde se identifican actividades que tienen que ver con la elaboración de un programa de supervisión que se elabora anualmente, del que tendrá que elaborarse informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales de seguimiento al programa planteado. Otro aspecto administrativo de esta función, son las minutas que se desprenden de las entrevistas con el personal o las sesiones grupales cuya finalidad es identificar las desviaciones que pueden suscitarse en las actividades que se llevan a cabo en el servicio para proponer mejoras.

3.4.5.1.3. **Promoción Social**, se identifican actividades dirigidas hacia la comunidad del usuario, como, por ejemplo, sesiones grupales de información, capacitación en la comunidad, escuelas de los menores, participación en campañas comunitarias de salud.

3.4.5.1.4. **Educación para la salud**, son actividades que pueden ser individuales, entrevistas que previo a una valoración inicial se brinda información, capacitación; por otro lado, sesiones grupales que con base al modelo del servicio o clínica éstas son principalmente dirigidas a los familiares de los usuarios y pueden ser de información, capacitación y psicoeducación.

3.4.5.1.5. **Enseñanza y docencia**, de ésta se desprenden actividades como la capacitación que se otorga a estudiantes de licenciatura en la misma entidad, capacitación a colegas de la misma disciplina o de diferente disciplina; ponencias, conferencias, participación en mesas redondas, sesiones bibliográficas, sesiones clínicas dentro de la misma institución o fuera de ella.

**3.4.5.2. Investigación**, que comprende entrevistas con los usuarios y sus familiares para la indagación de aspectos socioeconómicos o psicosociales de las personas atendidas; por otro lado, en menor proporción, pero no menos importante, participación en investigaciones, elaboración de proyectos de investigación.

### **3.4.6. Funciones de atención indirecta-gerenciales.**

Las funciones de atención indirecta-gerenciales son aquellas en las que no necesariamente se da el encuentro cara a cara con la persona que tiene interacción con la/el usuaria/o o con el/la trabajador/a social; sin embargo, estas son esenciales para que pueda fluir la atención social del usuario o bien algunas funciones que están enmarcadas en la atención directa de la persona que es beneficiaria de un servicio; en estas se identifican las funciones de:

**3.4.6.1. Administración**, en esta función se establecen acciones que tienen que ver con la planificación, organización, coordinación, evaluación, registro y control de los recursos que la/el trabajador/a social tiene a su cargo tanto a nivel gerencial como a nivel de área.

A nivel de jefaturas, se identifican actividades como la elaboración de programa de trabajo, programación de actividades para cobertura del servicio, calendarización de vacaciones anuales, roles del personal para la cobertura de servicio, participación en juntas de trabajo, revisión y actualización de manuales de procedimiento y de organización, revisión y actualización de profesiogramas internos, aplicación de la evaluación de desempeño, registro de actividades en notas de seguimiento, elaboración de informes, reportes, elaboración de programas de supervisión, elaboración de minutas supervisión del personal, elaboración de minutas de juntas de trabajo, coordinación intra-extrainstitucional. Solicitud de material de escritorio o mobiliario necesario para el área. A nivel de área, se citan acciones planeación del seguimiento de un caso, estructuración de un programa psicoeducativo o programas de intervención grupal, coordinación con el equipo de salud, por otra parte, las firmas de carnet, reposición de carnet, firmas en constancias de tiempo, autorización de medicamentos, elaboración de notas de insolvencia, reportes de visita domiciliaria, elaboración de informes, registros internos, trámites de ingreso y egreso hospitalario, resguardo de pertenencias, trámites de permiso terapéutico. Coordinación intra-extrainstitucional.

3.4.6.2. **Gestión social**, la actuación profesional remite a todas esas acciones que permiten tejer redes, de ahí que la coordinación intra e interinstitucional es muy importante para que se puedan movilizar recursos en beneficio del/a usuario/a que acude a un servicio. Las actividades que están enmarcadas en esta función comprenden: Gestión para apoyo instrumental principalmente; es decir, económico, medicamentos, transporte, hospedaje si los familiares son foráneos y requieren acompañar al paciente, estudios de laboratorio o de imagen, interconsultas - atención médica de otra especialidad, para el traslado del paciente, intérpretes, atención espiritual solicitada por el/la usuario/a, servicios velatorios y funerales, gestiones en situaciones médico legales.

MC [...] *El esquema es personalizar a cada paciente desde sus propias necesidades, desde su demanda, no puedo ver a todos igual porque cada uno tiene sus necesidades su propia historia. Siempre personalizo desde su historia, algunos requerirán una orientación, algo a veces muy conductual, otra información, vinculación para que por otros servicios puedan atenderse [...].*

A [...] *La personalidad de cada quien va a ser fundamental, ello es parte de uno mismo, ser A y dar esa parte al usuario y sentirse parte de un proceso de atención, pero más que el usuario es un ser humano una persona que necesita atención y habrá que crear una empatía con el usuario para poder hacer una mejor intervención [...].*

En la práctica cotidiana es muy importante la relación que se establece con la persona que se tiene en frente, desde su identificación correcta, así como la identificación de una/o misma/o, para luego escucharle empáticamente y preguntar lo que una/o puede hacer por el/la otro/a persona, es una pregunta sencilla que permite al interlocutor el expresar su requerimiento y a partir de éste decidir el siguiente paso.

Desde sus inicios el/la trabajador/a social psiquiátrico/a se ha desempeñado colaborando en equipos conformados por otros profesionales, la reflexión hace pensar que alguien que tiene que fungir como parte activa de éste es el/la usuario/a; de tal manera, pueda intervenir disminuyendo las brechas de atención estructurales y culturales que yacen en torno a una enfermedad psiquiátrica, donde la figura del/a “loco/a” todavía está improntada en la mente de la mayoría de la población, aún en profesionales de la salud; ello constituye en una de las ideas que favorecen el estigma y la discriminación. Por tanto, en el papel que se desempeñe para aminorar las barreras que la sociedad ha

fabricado en torno a un imaginario de hace más de un siglo, tendrá que ejercitarse estrategias que se traducen en funciones y actividades que cotidianamente se llevan a cabo para disminuirlas.

Derivado de ello se vio la necesidad de explorar las fortalezas, oportunidades, debilidades y retos que identificaron las trabajadoras sociales entrevistadas, éstas son:

### 3.4.7. Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Retos.



**Figura N° 16.** Fortalezas, oportunidades, debilidades y retos de las TSP  
Fuente: Elaboración propia con información obtenida en el campo. Andia, 2019

MC [...] *Como fortaleza, que el personal del área se siga capacitando y preparando, crecimiento académico. Es importante para una mejor atención del paciente.*

MS [...] *Experiencia, Profesionalismo, interés por compartir, escucha, empatía*

A [...] *La experiencia y los elementos teóricos se ha ido dando para seguir preparándome en áreas principalmente de familia, sexualidad humana, administración, tanatología, trastornos de la alimentación.*

MC [...] *Fortalezas, no me han limitado a mis casos, puedo hacer las acciones que quiero y no me han dicho que no, autonomía, no se me ha limitado la capacitación y la supervisión por parte de mi jefa la he tenido, valida mis actividades*

T [...] *Como debilidad que existe una demanda de atención de población y el centro es muy pequeño, con un solo turno (matutino) y con escaso personal en todas áreas ya que médicos.*

C [...] *Tiene que ver con la demanda que tenemos que nos absorbe que no nos da tiempo a desarrollar mayor especificidad de la intervención, la movilidad de rotar por los servicios no permite ahondar en la especificidad, no te estancas y no te enajenas; la otra es que no te especializas, te das cuenta de los espacios y los recursos.*

ME [...] *Desconocimiento legal, hasta donde podemos como TS abarcar en una situación, el hospital se ha manejado por costumbres y eso no nos ha dejado avanzar.*

J [...] *Profesión que no tenga otra actividad que es la que hace los trámites, que sea un profesional que pueda hacer intervenciones sociales con una facultad legal, que todas las conociéramos y dijéramos esto es mi competencia y el conocimiento es muy importante.*

A [...] *Egos en el gremio y hacer más, a veces los egos nos polarizan y nos bajan, no descarto el consolidar un grupo y hacer las experiencias de un hospital crónico, estrato social, condiciones cultura no es la misma situación, la experiencia que se tiene sería muy rico, en esta parte psiquiátrica porque no es fácil.*

I [...] *Hay que quitarnos nosotras mismas los estigmas, porque a veces somos los principales y si nos unificáramos con el mismo estandarte, a veces nos ponemos las*

*barreras y nos devaluamos unas a otras; todas tenemos que aportar, cómo queremos que nos reconozcan que nos den nuestro espacio si nosotras mismas no lo propiciamos.*

E [...] *Labor débil en el gremio es compartir información de lo que se ha hecho, el celo profesional es grande, en lugar de fortalecer le pongo el pie a otra para que pueda crecer.*

S [...] *La personalidad es fundamental, obvio va con el ser parte de uno mismo y no la Lic. Juana, sino ser Juana, sentirse parte de un proceso, ser más que el usuario es un ser humano que necesita atención*

C [...] *El Trabajo Social se encuentra inmerso en diversos problemas políticos, sociales y culturales que han limitado la intervención del quehacer profesional, por lo tanto, nuestra intención apunta a reflexionar sobre nuestra práctica clínica.*

M [...] *Ser un profesional que pueda hacer intervenciones sociales con una facultad legal, que todas la conociéramos y dijéramos esto es mi competencia y el conocimiento es muy importante*

A [...] *Primero fortalecer el gremio, crear un grupo de empatía que busque un objetivo y que esté alineado para enfrentar a las situaciones que se presenten, tener un grupo consolidado que pueda decir que vamos para adelante que podamos luchar con las áreas.*

C [...] *Falta mucho de investigación y publicación, pero el tiempo no dan. Solicitar espacios, empezar a publicar nuestra experiencia que no lo hemos hecho. Sin lugar a dudas y precisamente la recuperación de experiencias (sistematización) /o Investigación. Es un reto no sólo de este campo, sino también para el Trabajo Social en general.*

MC [...] *Publicar, ese es lo que me falta, que quisiera dejar una huellita, estos casos, uno en un año, quédate con eso. Si quiero dejar unos casos documentados, todo el mundo lo documenta, pero nosotros no tenemos, dejar cual es la intervención, hay bibliografía europeos y americanos, pero no encuentras de Trabajo social en México*

M [...] *Desafío ser selectivos, asegurar y tener un perfil definitivo. Pagnar porque el personal sea de vocación, exigencia muy razonada y pensada porque se requiere ese perfil, tomar en cuenta todo, tiene que ver con tu propia historia en la medida que se asegure esto habrá menos probabilidad que alguien ponga el apoyo el otro.*

Indudablemente, son muy valiosos lo comentarios realizados por las colegas entrevistadas, por la disponibilidad y apertura de ellas, en mostrar, inicialmente sus

espacios y después sus conocimientos y experiencia, en pequeña escala de lo cotidiano de sus actividades y lo complejo que pueden ser las problemáticas que presentan las personas que se atienden, las cuales son cada vez más complicadas.

Se resalta la experiencia en el campo, la mayor capacitación como una exigencia propia del mismo campo permiten un crecimiento personal y profesional que les empodera en la profesión y les permite a partir de la reflexión en la práctica el reconocimiento del equipo de trabajo por la labor que llevan a cabo, si bien la labor asistencial o actividades de la función de atención son las que abarcan mayormente en el quehacer cotidiano, la validación de pares, superiores favorecen que puedan abrirse más espacios y se abra una ventana que le permita a través de sus instrumentos dar testimonio del trabajo llevado a cabo.

En ese sentido, el contraste de lo visitado y experimentado en la práctica, son el cotidiano hacer de trabajo social, que tiene que nutrirse de la teoría para consolidar la experiencia diaria; se piensa en una gráfica en la que ésta funge como las venas y las arterias que llevan sangre al corazón; por tanto, el darle la dimensión que le corresponde, ayudará a esta integración del *hábitus* en el campo de la salud mental.

En este trabajo se presenta la situación de usuarias que han sido vulneradas en su integridad por haber sido sometidas a violencia, situación que la mayor parte de las veces es invisibilizada debido a las condiciones políticas, económicas y sociales del país; por qué no la Ciudad de México, siendo más concreta al interior de los hogares donde particularmente, son los espacios donde se reproducen las relaciones de dominación y poder, situaciones que concluyen en violencia en contra de las mujeres, lo cual muchas veces no es denunciado por esta cultura culpígena internalizada que responsabiliza a la mujer, tiene repercusiones para la vida familiar y personal tanto en la salud física como mental de la mujer.

De ahí que en el siguiente capítulo se presenta el planteamiento del problema, así como los objetivos, supuesto hipotético, diseño y planteamiento del recorrido técnico que se llevó a cabo para explorar en torno a las características encontradas en usuarias que acudieron por primera vez al Instituto a quienes se hace evaluación de trabajo social de primera vez como parte de la apertura de la Historia Clínica, en ésta se identificó que una parte de ellas habían sido víctimas de violencia, situación que dio origen a querer indagar

más al respecto, se revisó los expedientes de las usuarias que fueron identificadas con esa característica que le motivó de solicitar su atención en el Instituto.

## **Capítulo 4. Efectos en la salud mental de mujeres que experimentaron violencia.**

La violencia está inscrita y modelada en la cultura internalizada en nuestras mentas y objetivada en prácticas sociales, con tan profundo impacto en la vida individual/interpersonal y colectiva que se ha ido imponiendo como forma de cultura dominante.

Carmen García Teresa y Blanca Elisa Cabral

En el presente capítulo se presenta el planteamiento del problema que se elaboró a partir de los hallazgos que de forma inicial llamaron la atención en la práctica clínica, éstos fueron principalmente mujeres que acudían canalizadas por alguna entidad pública o por su propia cuenta, ya que uno de los efectos de haber vivido situaciones de violencia fue que desarrollaron síntomas de un trastorno psiquiátrico. A partir de ello, se realizó la revisión de expedientes de las usuarias que coincidieron con esta particularidad, lo cual permitió responder con las preguntas de investigación, así como los objetivos y supuesto hipotético planteado, mismos que se citan a continuación.

### **4. 1. Planteamiento del Problema.**

La violencia de género es un problema que se hace presente cada vez más frecuentemente en los últimos años tanto en el mundo como en México, la violencia de contra las mujeres fue reconocida como problema de salud pública por la OMS en 1996, hace 23 años y nuevamente el 29 de noviembre de 2017 este organismo se manifestó refiriendo que la violencia contra la mujer –especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual– constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. (OMS, Violencia contra la mujer, datos y cifras., 2017)

Se estima que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o sexual por terceros en algún momento de su vida (35%); la mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina. (OMS, Violencia contra la mujer, datos y cifras, 2017).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, el año 2016 en México el 66.1% de las mujeres de 15 años y más, ha sufrido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida en al menos un ámbito ejercido por cualquier agresor. El 43.9% de las mujeres ha sido afectada a lo largo de su relación de pareja; el 26,6% en el ámbito laboral, 25.3% de las mujeres han sufrido violencia escolar a lo largo de su vida y el 38.7% sufrió violencia comunitaria; en el ámbito familiar, han experimentado violencia por parte de su actual o última pareja, esposo o novio, la violencia emocional es la más ejercida a lo largo de su relación (40.1%), seguida de la violencia económica o patrimonial (20%), la física (17.9%) y finalmente la sexual (6.5%). El 88.4% de las mujeres que experimentaron violencia física y/o sexual por otro agresor distinto a la pareja no solicitó apoyo a ninguna institución ni presentó una denuncia ante alguna autoridad, el 9.4 % presentó una queja o denuncia ante alguna autoridad y/o solicitó apoyo a alguna institución y el 2.2% sólo solicitó apoyo a alguna institución. El motivo por el que no buscan ayuda es porque consideran que se trató de algo sin importancia que no le afectó (43.5%), porque tuvo miedo a las consecuencias o amenazas (15.4%), porque tuvieron vergüenza (11.7%), no sabían cómo o dónde denunciar (13.5%) y porque pensó que no le iban a creer o que le iban a decir que era su culpa (16.7%). (INEGI, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, 2017).

Lo anterior por un lado refuerza la urgencia que existe en el mundo sobre lo alarmante que es la violencia de género, por otra parte, el mismo hecho aparece como un fenómeno complejo en el entramado de las relaciones humanas cuyas consecuencias son diversas y se manifiestan inmediatamente o a mediano y largo plazo, efectos en los que muchas veces está comprometida la vida, se centrará los que corresponden a la salud mental.

Como se revisó en capítulos anteriores, la violencia de género se presenta en la sociedad como una conducta socialmente aprendida que es invisibilizada por las condiciones políticas, económicas y sociales ya que está “internalizada en nuestras mentes y objetivada en prácticas sociales de relación, de tan profundo impacto de la vida individual/interpersonal y colectiva, que se ha ido imponiendo como una forma de cultura dominante” (García C. T., nd), principalmente porque el ámbito donde se reproduce es el cultural por medio de las costumbres, valores, guiones y patrones sociales donde “la mujer ha sido, por siglos, cuerpo y propiedad del hombre.. lo femenino es asociado como inferioridad y ésta se ha considerado cada vez más como un fenómeno natural” (Basaglia

F. , 1983, pág. 37) . Por tanto, existe un desequilibrio en las relaciones de poder de lo masculino hacia lo femenino, que se reproduce sistemáticamente por medio de los aparatos ideológicos del estado, cuyos efectos de acuerdo con lo documentado se da de diferentes esferas de la vida personal, familiar y comunitaria.

La noción de violencia de género se refiere a la violencia que se ejerce contra las mujeres por el hecho de ser mujeres. Esto es, todas las formas de violencia que perpetúan el control sobre las mujeres, o que imponen o restablecen una condición de sometimiento para las mujeres. Constituye así, la expresión más extrema de desigualdad y de opresión de género. El término describe un tipo de violencia de carácter social, lo que significa que su explicación no se encuentra en los genes ni en la psique masculina, sino en los mecanismos sociales que hacen de la diferencia sexual el sustento de la subordinación de las mujeres. (Castro, 2016, págs. 339-340).

Estos mecanismos que funcionan a la perfección y que se han legitimado a través de las prácticas sociales que son aprendidas desde la infancia y se internalizan haciéndolas ver como parte de su cotidianidad, en la que el hombre tiene el poder, es quien dice cómo se van a hacer las cosas, es quien manda, y la mujer es quien obedece; éstas son prácticas de dominio – sumisión, traducidas en comportamientos abusivos que se ejerce mediante el control físico, emocional, sexual y/o económico, en la que los derechos humanos de las mujeres son ignorados y transgredidos, éstos pueden darse en diferentes ámbitos; sin embargo, de acuerdo a lo reportado, en la familia es donde se cometen mayormente los abusos de poder.

Las repercusiones de la violencia de género son problemas graves que se presentan en la vida de las mujeres, de sus familias y de su comunidad, éstos podrían tener complicaciones intergeneracionales por las dificultades que se dan en la convivencia dentro de la familia; además de consecuencias en la salud física, sexual, reproductiva a corto y largo plazo; están presentes los efectos en su salud mental, se piensan como situaciones tan fuertes que no se pueden contener más, por tanto, la desesperanza es tan fuerte que se puede comprometer su vida.

Por lo anterior, el abordaje particular de la problemática identificada, ayudará a develar mayores detalles de la población que formó parte de este estudio, mujeres en situación de violencia que posterior a ella, desarrollaron síntomas, acudieron a un servicio de salud mental y fueron admitidas como pacientes; por otro lado, realzar la importancia de la

participación de trabajo social como parte de un equipo de trabajo que se manifiesta mencionando sus inquietudes que conciernen a una realidad que cotidianamente atienden y a una práctica que ya lleva más de cuarenta años en México y si bien cuenta con los cimientos y normativa que soportan su desempeño, queda camino por recorrer en el proceso de legitimar la profesión; en ese sentido, se elaboró las siguientes preguntas.

#### **4.2. Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las personas que fueron valoradas por primera vez en el turno vespertino del Servicio de Consulta Externa, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz mencionaron que fueron víctimas de violencia?

¿Cuántas de las mujeres entrevistadas del total de las/os usuarias/os, se identificó en su evaluación inicial que tuvieron algún tipo de violencia?

¿Qué tipo de violencia sufrieron?

¿Qué diagnóstico médico fue identificado?

#### **4.3. Justificación.**

La violencia de género se da como producto del aprendizaje social de las personas conforme al contexto cultural e histórico en el que se desarrollen, donde son impregnados/as de valores, normas, guiones, representaciones sociales que se descifran en desigualdades, uso y abuso de poder; regularmente de lo masculino en contra de lo femenino; ésta toma diferentes formas, siendo la violencia de pareja la más ejercida, ésta en sus manifestaciones física, sexual y económica; donde la mayor parte de las mujeres no denuncian la situación debido a que ésta por un lado se ha normalizado, son situaciones ampliamente toleradas que en ocasiones difícilmente se identifican sus efectos, más aún a largo plazo (en esta categoría podrían citarse las consecuencias en la salud mental), por el otro, además de sentirse amenazadas, se identifican con la vergüenza y la culpa asociadas al incremento a la presión de haber sido violentadas, prefieren no evidenciar la situación ni al agresor.

Por tanto, este estudio es un ejercicio para evidenciar las particularidades de la población estudiada que ha tenido un antecedente de violencia y ha desarrollado una discapacidad psicosocial, siendo éste, inicialmente un factor de vulnerabilidad para la persona que es atendida en el INPRFM; más si presente otra adicional, particularmente se cita la violencia como factor desencadenante para el desarrollo de algunos síntomas psiquiátricos. Por ello, el presente documento se estructuró con base a lo encontrado en la práctica cotidiana de trabajo social, la frecuencia de la repetición de personas que acudían en situaciones similares; adicionalmente a lo anterior, se identifican situaciones que tienen que ver con su contexto, que va a mellar su autoestima y dignidad como persona. Entonces, se considera importante el identificar la complejidad de problemas a los cuales se enfrentan las usuarias en situación de violencia, reflejo de lo que sucede en el país y en el mundo en este momento.

En las últimas décadas, debido a los cambios en las políticas e implementación de ellas en nuestro país, existen más instancias que dan atención a las mujeres y situación de violencia; que mandan a la participación de diferentes instituciones tanto públicas como privadas; no obstante, al parecer los esfuerzos no son suficientes ya que los números de eventos que se presentan con estas circunstancias son mayores cada vez. Más aún si tienen una enfermedad mental, son susceptibles a recibir mayor violencia de quienes les rodean, sólo por el hecho de manifestar que asisten a un hospital psiquiátrico.

Trasciende que además de lo anterior, se identifica el estigma que existe en quienes rodean a las personas que tienen una discapacidad psicosocial, motivo por el que muchas ocasiones otorgan información que no coincide con la que corresponde a su domicilio o a su número telefónico; principalmente, por el señalamiento que recibe una persona cuando manifiesta que va al/a psicólogo/a más aún si dice psiquiatra u hospital psiquiátrico.

Todavía el estigma a la salud mental en la población de nuestra sociedad es elevado, aunado a ello las limitaciones estructurales y personales asociadas a la poca disponibilidad de acceder a servicios de salud, particularmente, la atención en salud mental hacen más grande la brecha para que las personas se atiendan de manera oportuna; con referencia a investigaciones llevadas a cabo por el área de Trabajo Social Psiquiátrico donde se aborden temas con referencia a la violencia de género como determinante social y su impacto en la salud mental todavía son escasas; de ahí que se considera importante

conocer los factores sociales, demográficos y económicos que impactan en la salud mental de mujeres en situación de violencia, aunque la proporción no es significativa, la importancia de este trabajo reside en particularizar el fenómeno citado por la incidencia que se da en la sociedad, la difícil tarea que involucra a todo un género sea agredido por otro de su misma especie, pero además, que está internalizado y legitimado.

Se señala la importancia de este trabajo como un ejercicio de la profesión, en el entendido que partiendo de una situación identificada en una valoración inicial, trasciende por inicialmente la periodicidad de la misma, posteriormente, por el descubrimiento de particularidades que se identifican a su alrededor; éstas alcanzables desde los instrumentos que institucionalmente se tienen diseñados para un estudio de trabajo social de primera vez, en el cual se identifica la situación de violencia como un factor de vulnerabilidad, desde los derechos humanos, en los que de acuerdo a la normativa actual, se proveen de servicios que están dirigidos hacia la protección de las usuarias en la búsqueda del reconocimiento de factores protectores que le ayudarán a ser más resiliente.

Desde el mismo desempeño, es muy grande el espacio que se ocupa en aspectos asistenciales y en menor proporción contemplan actividades de enseñanza, mucho menos investigación; de ahí la importancia de su registro y su elaboración, ello significa un gran aporte a la disciplina, desde el hacer notar la presencia del trabajo social en la realización o participación de investigaciones; las cuales enriquecerán por un lado, el conocimiento de la problemática en la que se interviene; por el otro, podrá ayudar a tomar mejores decisiones en la práctica, desde el contenido de los instrumentos que se utilizan para la interacción con las/os usuarios, hasta el fortalecimiento de habilidades en la interacción, permitiendo incluir nuevas prácticas, hacerlas presentes escribiéndolas para después socializarlas.

De ahí que será conveniente mencionar los objetivos que se persiguieron en el presente trabajo, los cuales se mencionan a continuación:

#### **4.4. Objetivos**

##### ***4.4.1. Objetivo general.***

Contrastar las repercusiones en la salud mental, manifestada como discapacidad psicosocial de mujeres que experimentaron violencia y fueron atendidas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), a partir de algunas

categorías de la perspectiva de género, mediante la revisión de expedientes, para generar información que permita proponer estrategias diversas en la atención psicosocial, a partir de la visibilización de las aportaciones que trabajo social desempeña en el campo de la psiquiatría y la salud mental.

#### **4.4.2. Objetivos específicos.**

Identificar las características sociodemográficas de las mujeres incluidas en este estudio mediante la revisión de expedientes y estudios iniciales de Trabajo Social aplicados a usuarias del Servicio de Consulta Externa en el turno vespertino de entidad de salud.

Precisar los tipos de violencia, modalidad de violencia y la adherencia terapéutica que se reportó en las mujeres atendidas en el Servicio de Consulta Externa del INPRFM para caracterizar la violencia en la población estudiada y contrastarla con la evidencia ya publicada a nivel nacional, mediante la comparación de los hallazgos con lo reportado por entidades de gobierno.

#### **4.5. Supuestos Hipotéticos.**

Dado que los objetivos son de carácter exploratorio, no se plantean hipótesis; sin embargo, en un ejercicio de elaboración, es que se plantean los siguientes supuestos:

Las circunstancias de violencia de género reportados por las mujeres que se incluyó en este estudio, fue uno de los factores que influyó para desarrollar una discapacidad psicosocial.

**4.6. Definición de variables,** en este apartado se presentan las categorías de análisis con base a estos tres elementos que conformarán la indagación de resultados que para efectos del presente trabajo se determinó.

##### **4.6.1. Violencia de género.**

Se entiende como violencia de género a la violencia que estructuralmente se ha construido y legitimado por medio de los aparatos ideológicos del estado a través del aprendizaje

social y cultural que es experimentado por los hombres en contra de las mujeres a partir de la diferencia sexual.

En concordancia con Domingo (2007) en el caso de la violencia de género, el varón ha aprendido social y culturalmente a situarse en la posición de dominio, y ha incorporado la violencia como una forma más de relacionarse con las mujeres, para conseguir sus objetivos y para resolver los conflictos. Encuentra en el polo opuesto a la mujer, que ha aprendido social y culturalmente a situarse en la posición de sumisión, habiendo incorporado la obediencia a quien la ama (padre, esposo, novio), la superioridad por naturaleza del otro y su derecho a ser cuidado por ella. Incorpora pues la violencia como una forma de selección naturalizada, y cuando es de intensidad tiende a sentirse culpable, citado en (López, 2014, pág. 21)

#### ***4.6.2. Discapacidad psicosocial.***

La discapacidad psicosocial es el resultado de una enfermedad mental, tienen que ver con las barreras que la sociedad ha impuesto para no favorecer la integración de personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico y más bien tengan que sufrir los efectos de los factores sociales negativos como el estigma, la discriminación y la exclusión a los que son sujeto.

#### ***4.6.3. Trabajador/a Social Psiquiátrico/a.***

Profesional especializado que cuenta con competencias que le permiten participar en un equipo de salud, mediante la construcción de estrategias de intervención dirigidas a la persona que tiene una discapacidad psicosocial, su familia y comunidad, praxis basada en la ética asumida críticamente, cimentada en la evidencia y comprometida con el respeto de los derechos humanos. (Elaboración propia).

### **4.7. Diseño y procedimiento.**

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional.

Para el desarrollo del presente trabajo se realizó una revisión y análisis de documental de bibliografía relativa a los temas de violencia de género, antecedentes históricos de la

psiquiatría, salud mental, discapacidad psicosocial y trabajo social en el campo de la psiquiatría y la salud mental principalmente; con base al escrutinio en la literatura revisada se construyó el marco teórico que aporta elementos teóricos que permitirán analizar los resultados que se obtuvieron en la revisión de expedientes.

Este es un estudio retrospectivo ya que consistió en la revisión y análisis de la información que se incluyó en los Estudios Socioeconómicos y expedientes de las pacientes que fueron valoradas en el turno vespertino del Servicio de Consulta Externa de usuarias de una entidad de tercer nivel de atención en cuya valoración inicial de Trabajo Social, en el periodo de enero de 2013 a octubre de 2014 que presentaron haber experimentado algún tipo de violencia en algún momento de su vida, es decir, sin importar si el episodio de violencia haya sido reciente o pasado; no obstante, esa situación fue la desencadenante para que solicitaran su atención médica.

Es un estudio transversal porque fueron realizadas en un corte de tiempo, se revisaron estudios socioeconómicos y examinaron notas de los expedientes para obtener la información considerada; observacional debido a que se revisó y analizó las notas de preconsulta, de la Historia Clínica y de los estudios socioeconómicos aplicados en el periodo 2013-2014. No implicó intervención directa con las usuarias; por tanto, ello no implicó ningún riesgo ético, se cuidó la confidencialidad de la información de las usuarias.

De esta manera, se analizaron 111 expedientes, utilizando un muestreo no probabilístico intencional de 1, 370 pacientes tanto hombres como mujeres que fueron atendidos en ese periodo en el Servicio de Consulta Externa en el turno vespertino del mes de enero del año 2013 hasta el mes de octubre del 2014.

Por consiguiente, se mencionarán aspectos que tienen que ver con la recolección de información que se llevó a cabo.

#### **4.8. Técnica de recolección de datos**

El proceso de recolección de datos se inició con la revisión de los expedientes y particularmente los estudios socioeconómicos e historia clínica y notas de consultas subsecuentes de pacientes mujeres que fueron atendidas en el Servicio de Consulta

Externa en el turno vespertino del mes de enero del año 2013 hasta el mes de octubre del 2014; se manejó la información de forma confidencial, verificando que cada persona haya completado el formato INPDSCEC-02.2 Consentimiento informado para recibir atención en Consulta Externa, (Anexo III).

Posteriormente, se procedió a recoger la información con base a una base de datos generada para incluir variables sociodemográficas (edad, ocupación, lugar de residencia, estado civil, religión, número de integrantes en su familia, seguridad social, ingreso económico familiar, redes de apoyo, instituciones de referencia, nivel socioeconómico y lugar de procedencia), antecedente de violencia experimentada (emisores de violencia, tipo de violencia, modalidad de la violencia); diagnósticos psiquiátricos registrados (conforme al DSM IV, intentos suicidas, formas de intentos suicidas y adherencia terapéutica).

Se revisó expedientes de las usuarias que cubrían los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres con edad mínima de 16 años cumplidos.
- Que el estudio socioeconómico arrojara indicios de haber sido víctimas de algún tipo de violencia.
- Se incluyeron todos los niveles escolares.
- Se incluyeron todas las ocupaciones.
- Mujeres de nacionalidad mexicana, así como extranjera.
- Cualquier situación de estado civil.
- No se discriminó por religión profesada.
- Sólo casos de enero de 2013 a octubre de 2014.
- Se incluyeron todos los ingresos económicos familiares, es decir, desde ingresos económicos bajos hasta ingresos económicos altos.
- Sólo expedientes del servicio de consulta externa del turno vespertino.

Se encontraron en total 111 casos que cubrieron los criterios antes mencionados, posteriormente se procedió al vaciado de información de los casos encontrados en expediente clínico y social que sustentaban haber sido mujeres víctimas de algún tipo de violencia. Se tomó en cuenta los siguientes datos sociodemográficos:

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación lugar de nacimiento
- Lugar de residencia
- Estado civil
- Religión
- Tipo de familia a la que pertenecen
- Número de integrantes de la familia
- Si reciben apoyo económico y/o emocional
- Lugar de referencia, es decir, si la paciente ya había acudido a otra institución a solicitar ayuda, y que esta a su vez la haya referido al instituto para una atención más integral.
- Ingresos económicos.
- Nivel socioeconómico con el cual ingresaron y el definitivo.
  - Por otro lado, se indagó aspectos referidos a la violencia identificada como:
    - Quién o quiénes fueron sus agresores (pareja, padre, madre, desconocido, etc.).
    - Cuántos agresores ejercieron violencia hacia ellas (una o más personas, incluyendo agresores de tiempo atrás o actualmente).
    - De qué tipos de violencia fueron víctimas (psicoemocional, física, sexual, económica y/o patrimonial).
    - Modalidad de violencia de la cual fueron víctimas (docente, la laboral, familiar o en la comunidad).
      - Se buscó información respecto a su:
        - Diagnóstico clínico
        - Intentos suicidas, número de intentos suicidas y formas de intentos suicidas.
        - Adherencia terapéutica.

**4.8.1. Revisión de expedientes sociales:** la revisión de estudios socioeconómicos permitió obtener datos sociales y económicos, los cuales permitieron tener un primer acercamiento para identificar los casos de mujeres en situación de violencia. La principal técnica que se utiliza para la recolección de información en expediente es por medio de una entrevista semi-estructurada en la que se completa los diferentes aspectos del citado estudio (Anexo I).

**4.8.2. Revisión de expediente clínicos:** La revisión de estos expedientes clínicos se realizó con la finalidad de poder corroborar la información que proporcionaron las pacientes durante la entrevista donde se aplicó el Estudio socioeconómico, así como

agregar datos importantes de la investigación y de esta manera poder enriquecerla. Estos fueron seleccionados conforme al servicio de la consulta externa, particularmente en el turno vespertino, a partir de la identificación de los casos que fueron valorados por Trabajo Social, durante el periodo comprendido de enero de 2013 a octubre de 2014.

#### **4.9. Consideraciones éticas.**

Desde la entidad donde se labora, hay mucho cuidado en el respeto de los derechos de las personas que son atendidas; en ese cuidado, cada usuaria/o debe otorgar su asentimiento para recibir consultas y Servicios Clínicos, una vez que se realiza la apertura de expediente, las/los pacientes llenan el Consentimiento informado para su atención, en éste se hace mención firma un consentimiento una vez que es aceptada como paciente.

En ese sentido, la información fue obtenida de la revisión de los expedientes clínicos de las usuarias del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como parte del procedimiento de atención en la Dirección de que la información a actividades de investigación que se llevan a cabo en el Instituto y una vez que es leído el documento, los firman.

Por otro lado, para las entrevistas llevadas a cabo con las trabajadoras sociales, se explicó detalladamente el objetivo de la investigación, así como de las entrevistas llevadas a cabo, las usuarias asintieron verbalmente participar en el proceso.

En el presente capítulo se especificó aspectos teórico metodológicos que se tomaron en cuenta para llevar a cabo el presente trabajo; bajo ese orden de ideas, en el siguiente capítulo se realizó una breve introducción de la entidad donde se llevó a cabo el presente trabajo, particularizando los resultados obtenidos de la revisión documental de los expedientes Clínicos que se llevó a cabo en el periodo 2013 y 2014.



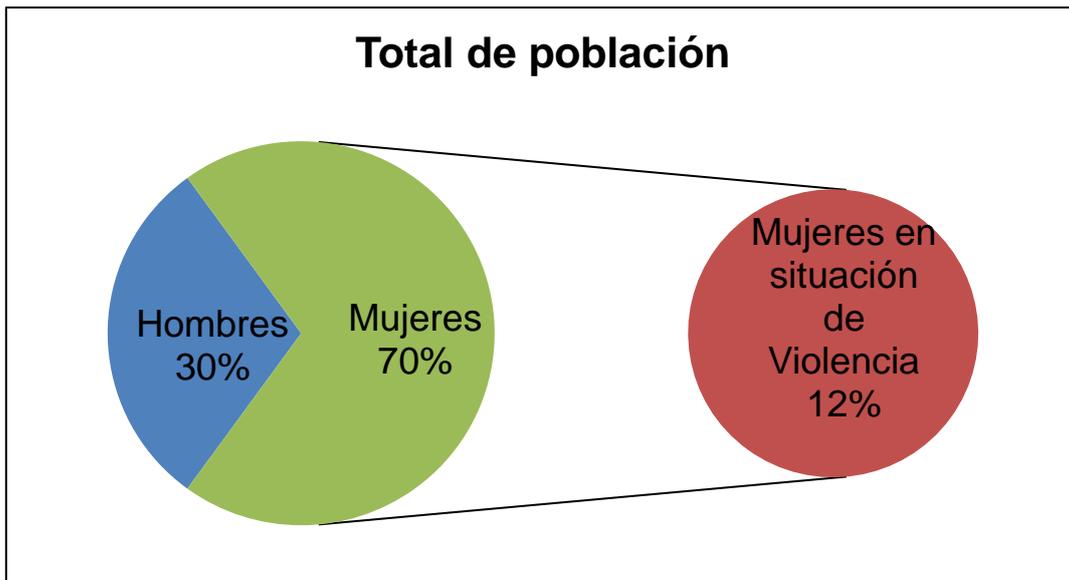
recabada en el año 2014; la OMS considera que la violencia contribuye a que la mala salud e prolongue durante toda la vida-especialmente en el caso de las mujeres y los niños- y a una muerte prematura, puesta que de muchas de las principales causas de muerte, como las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y el VIH/sida, están estrechamente vinculadas con experiencias de violencia a través del tabaquismo y el consumo indebido del alcohol y drogas, y la adopción de comportamientos sexuales de riesgo. Así mismo, la violencia impone una pesada carga en los sistemas de salud y de justicia penal, los servicios de previsión y asistencia social y tejido económico de las comunidades como es uno de los factores determinantes para el desarrollo de problemas de salud mental graves. (OMS, Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014, 2014, pág. 2).

Por su magnitud es considerado un problema de salud pública y sus consecuencias comprometen la salud mental de las personas, de ahí el interés de describir las características de la población atendida, particularmente quienes sufrieron violencia como antecedente de su atención en el INPRFM; a continuación, se particularizan los hallazgos de lo investigado.

## **5.1. Resultados**

En los cuadros siguientes, se presentan los resultados que fueron obtenidos de la revisión de 1370 expedientes del Servicio de Consulta Externa, se revisó expedientes de usuarias mayores de 16 años tanto de nacionalidad mexicana como extranjera, independientemente de su ocupación, escolaridad, situación civil y relación, la particularidad de ellas fue que en la evaluación inicial manifestaron que sufrieron violencia. En total se identificó que 111 usuarias presentaron que habían sufrido violencia y fue el detonante para solicitar su atención en el INPRFM.

La revisión de los estudios socioeconómicos y particularmente la Historia Clínica y notas de algunas consultas subsecuentes, facilitaron la integración de la siguiente información:



**Gráfico 1,** Total de población atendida

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes -estudios Socioeconómicos elaborados en el Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, del 2013 a octubre del 2014.

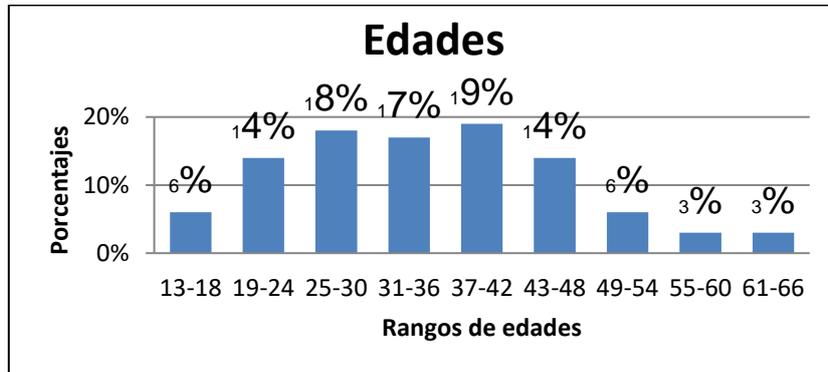
El total de pacientes atendidos en la consulta externa del turno vespertino de enero de 2013 a octubre de 2014 fue de 1370, de los cuales el 30% corresponde a pacientes hombres y el 70% fueron mujeres. Del total de mujeres atendidas el 12% fueron casos en situación de violencia, correspondiente a 111 pacientes, mismo número que fue retomado como muestra para el presente estudio.



**Gráfico 2.** Número de casos presentados por mes

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero del 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

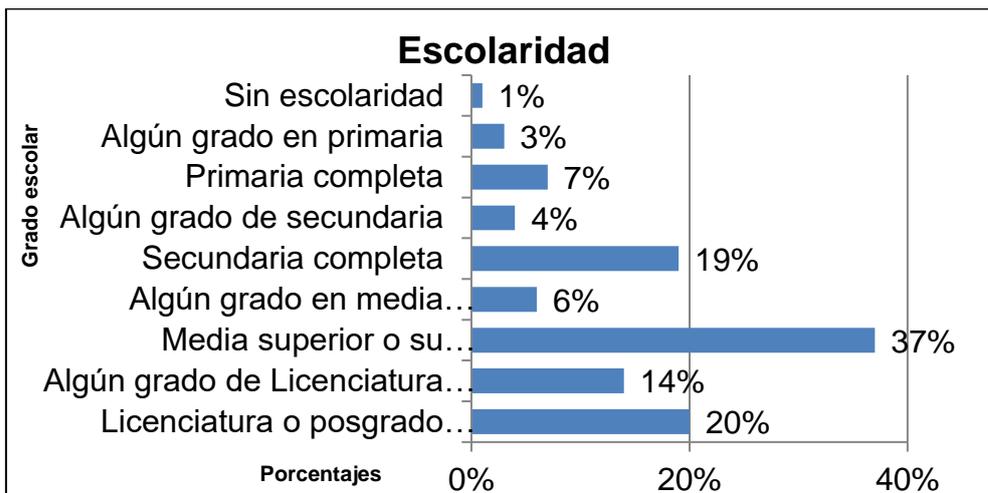
De 111 estudios revisados, la media de casos para todo el año 2013 fue de 3 pacientes por mes, para los meses de enero a octubre del 2014 el número de casos aumentó a 7 pacientes por mes.



**Gráfico 3. Edades**

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

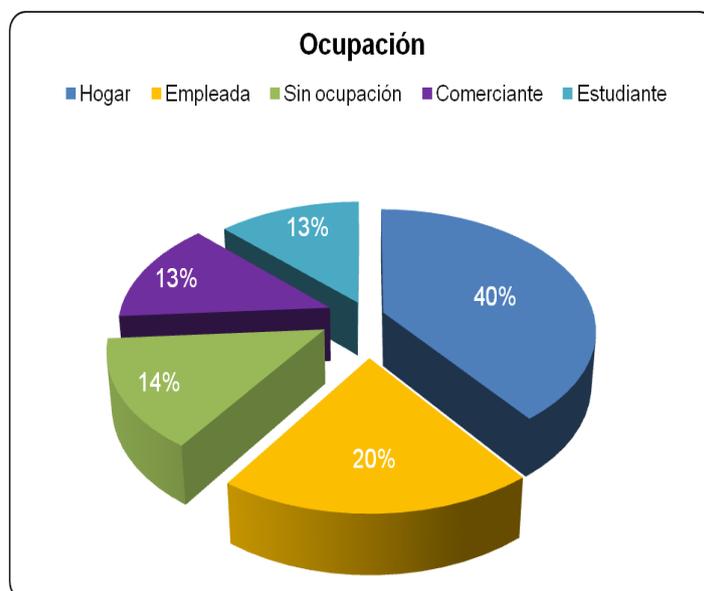
La distribución de la población en el presente gráfico muestra a una población joven afectada (54%) que corresponde a una población de entre 25 a 48 años de edad, siendo la edad promedio de 34 años.



**Gráfico 3. Escolaridad.**

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

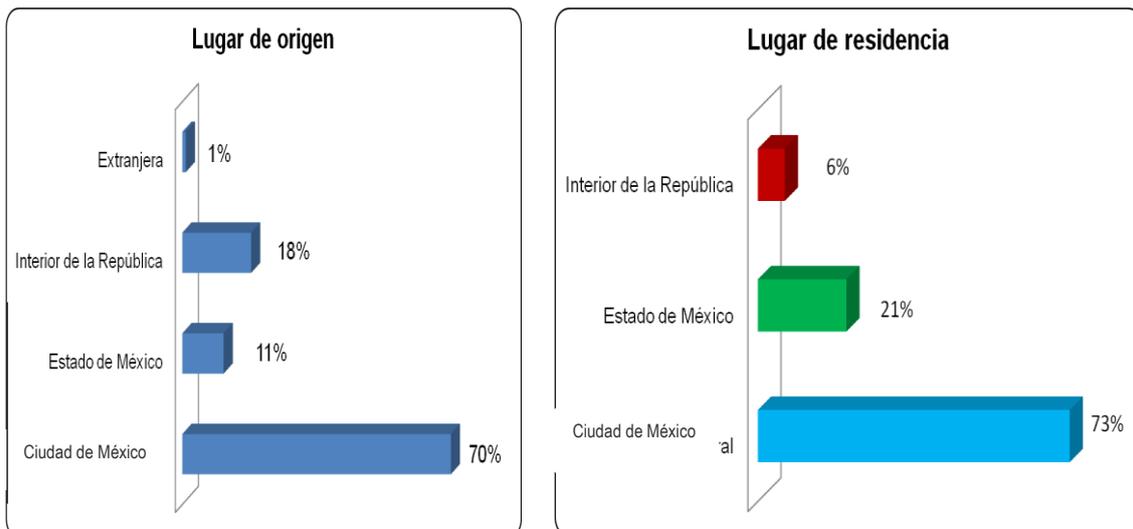
De las 111 pacientes, el 37% cuenta con escolaridad de media superior o su equivalente completa (preparatoria, bachillerato, vocacional), seguido de quienes tienen una licenciatura completa o incluso un posgrado (20%) y únicamente 1 paciente carece de escolaridad.



## 5: Ocupación

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

Respecto de la ocupación, el 40% no se encuentra dentro de una población económicamente activa, dedicándose a actividades propias del hogar; el 20% son empleadas (de empresas formales e informales); 13% se dedica al comercio (en su mayoría informal); otro 13% son estudiantes; y por último, el 14% no tienen ninguna ocupación, siendo por lo general población joven que no tienen hijos y no se encuentran ni laborando ni estudiando.

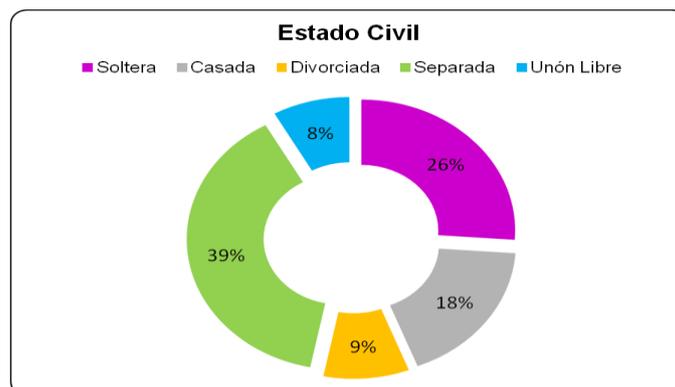


Gráfica 6. Lugar de origen y lugar de residencia.

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero del 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

Uno de los datos que se incluyen en el estudio socioeconómico es sobre el lugar de nacimiento, siendo en su mayoría originarias de la Ciudad de México, el 29% del interior de la República y sólo un caso de una paciente de procedente de Guatemala.

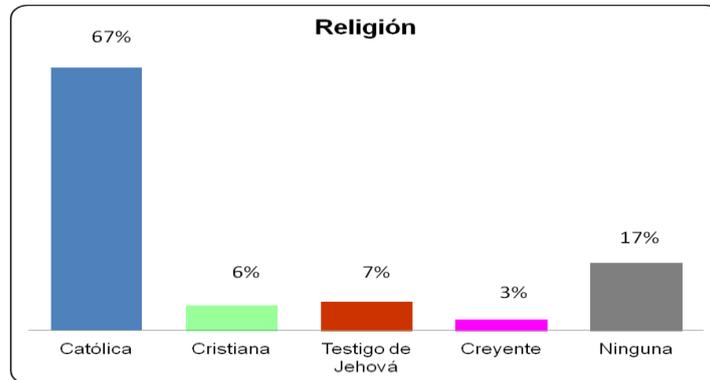
De igual forma que el lugar de procedencia, la Ciudad de México ocupa el primer lugar con el 73% como la ciudad donde actualmente se encuentran viviendo las pacientes, seguidas por el Estado de México.



Gráfica 7. Estado Civil

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero del 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

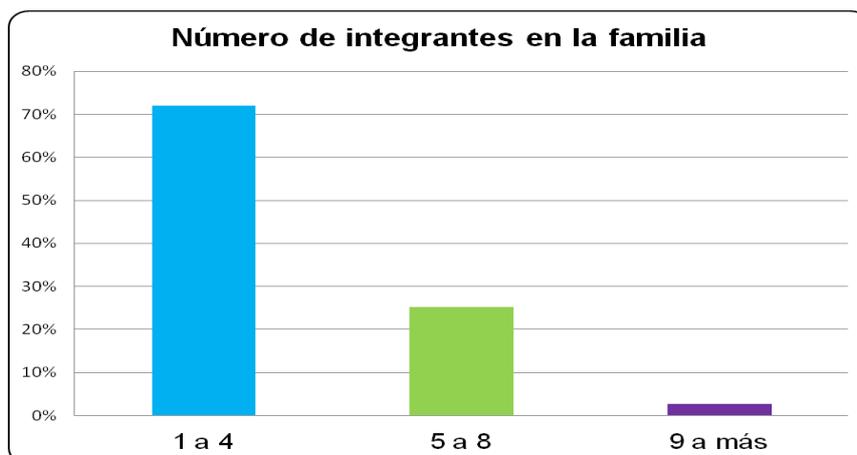
El 39% son pacientes que refirieron estar separadas, es decir, que no estuvieron casadas y se separaron o que estuvieron casadas, pero no llevaron a cabo el proceso de divorcio, únicamente cambiaron de vivienda, el 26% se encuentran solteras, el 18% casadas, el resto en unión libre y divorciadas con el 8 y 9 por ciento respectivamente.



**Gráfica 8. Religión**

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

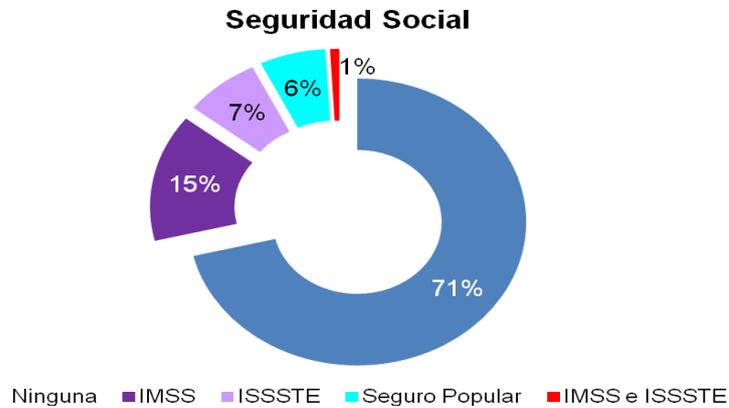
Prevaleció la religión católica en más el 67%, seguidas de pacientes que no profesaron religión alguna y testigos de jehová alcanzó un 7%, religión cristiana 6%, y algunas pacientes refirieron no profesar alguna religión; sin embargo, manifestaron que son creyentes de Dios 3%.



**Gráfica 9. Número de integrantes en la familia**

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

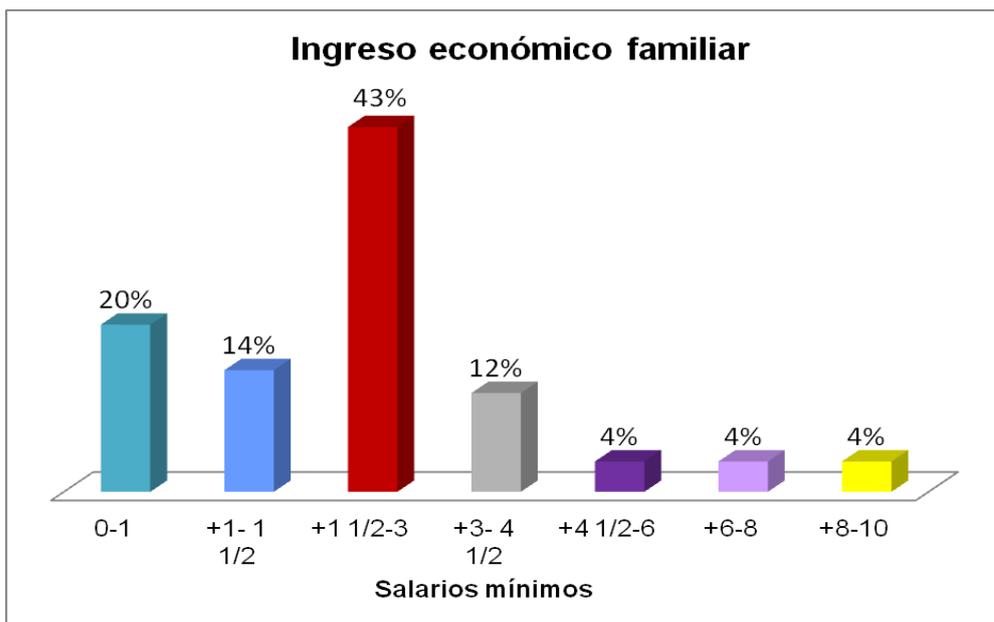
En promedio se encontró que las familias estaban compuestas por 3.7 integrantes. Una proporción mayor de uno a cuatro integrantes en un 70%; seguidos de 5 a 8 integrantes en un 24% y una mínima parte de nueve integrantes a más.



**Gráfica 10. Seguridad Social**

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

En el gráfico se muestra la distribución porcentual de acuerdo con el tipo de seguridad social con el que cuentan las pacientes, representando en un alto porcentaje a mujeres que no contaron con ningún tipo de seguridad, seguidas de quienes tienen seguridad social y son derechohabientes del IMSS (15%), el 7% reportó contar con ISSSTE, el 6% haber tramitado su seguro popular y tan sólo una paciente mencionó contar con IMSS e ISSSTE.

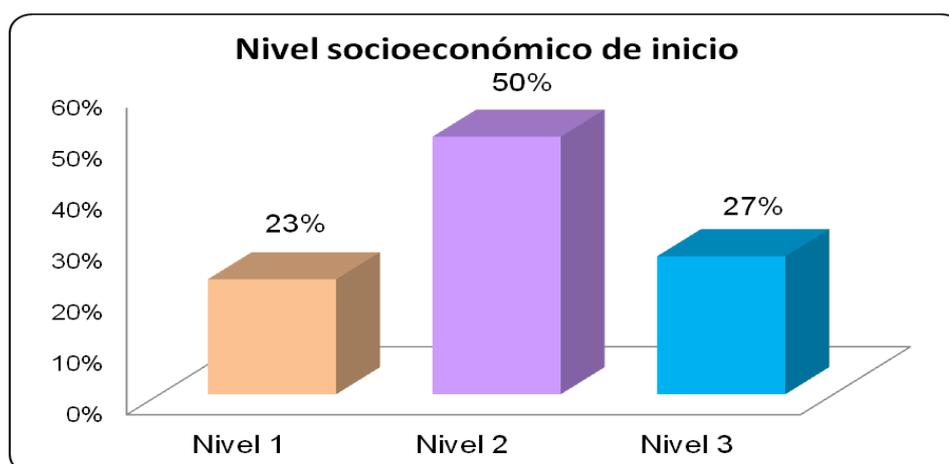


Nota: basado en el salario mínimo vigente en el la Ciudad de México antes Distrito Federal (\$67.29)

**Gráfica 11.** Ingreso económico familiar

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

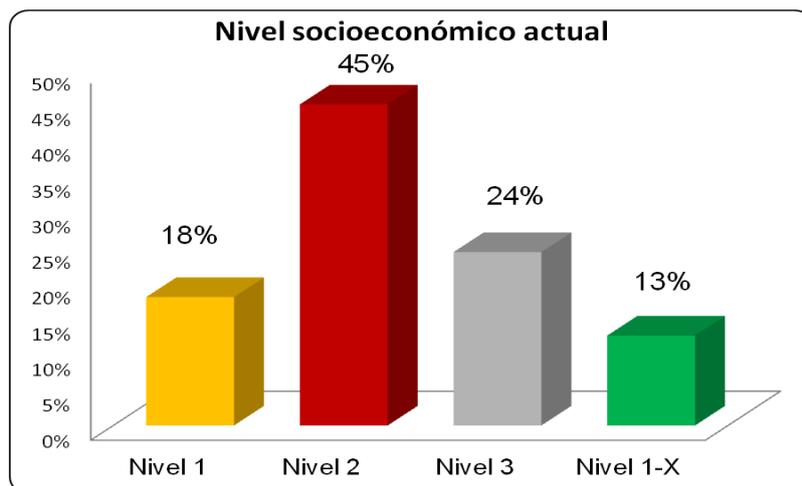
El ingreso familiar osciló en un ingreso mensual de entre \$3,028 a \$6,056 (correspondiente a más de un y medio salarios mínimos y menos de 3) seguido de un ingreso que equivale a menos de \$2,019 mensuales (es igual a menos de un salario mínimo mensual).



**Gráfica 12;** Nivel socioeconómico asignado de inicio

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

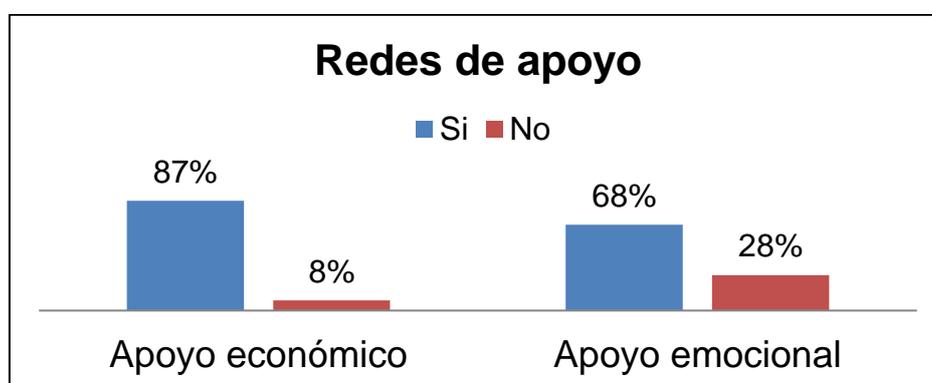
Como resultado de la aplicación del Estudio socioeconómico de primera vez al 50% de las pacientes se les asignó nivel 2, este gráfico se puede explicar la relación que existe con la figura anterior del ingreso familiar, con nivel 3 existe un porcentaje del 27%, esto puede ser consecuencia de pacientes que cuentan con seguridad social, y por último, el 23 de las pacientes obtuvo nivel 1.



**Gráfica 13.** Nivel socioeconómico actual

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero del 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

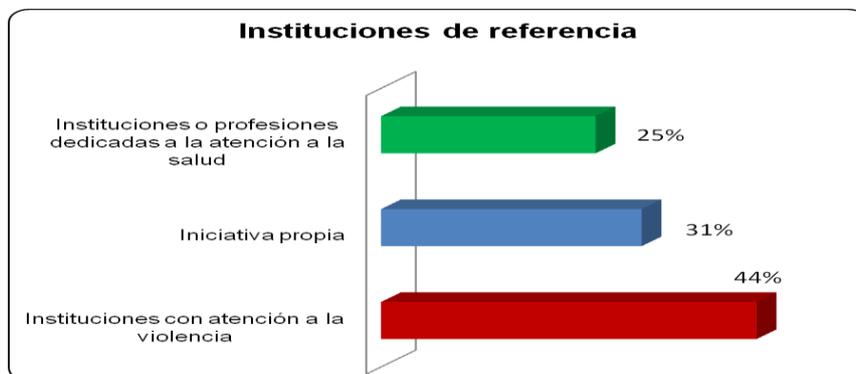
En este gráfico se agregó una categoría más que se denomina Nivel 1-X (exento), el cual hace referencia a las pacientes que han sido exentadas de pago según lo establecido en la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, a todas las pacientes se les canalizó a la Clínica de Género y Sexualidad del instituto para una segunda valoración, donde se determina si puede aplicarse la política conforme a la Ley citada y son exentadas de pago. Como se puede observar las pacientes con nivel 2 disminuyó en un 5% al igual que pacientes con nivel 1 y pacientes con nivel 3 disminuyó en un 3%. Cabe mencionar que durante la aplicación del Estudio Socioeconómico se otorgó información respecto al procedimiento de exención conforme a la Ley General de acceso a las mujeres libre de violencia.



**Gráfica 14;** Redes de apoyo

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero del 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

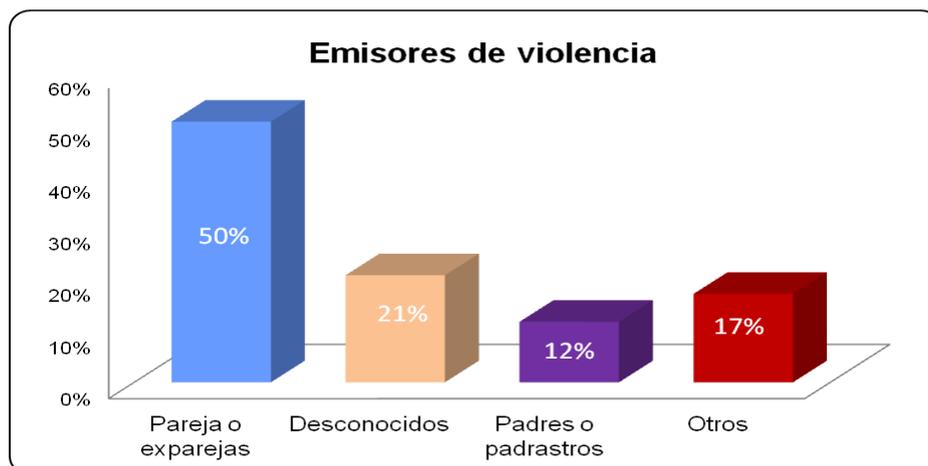
El principal apoyo que reciben las pacientes es de tipo económico por parte de familiares, cónyuges o excónyuges, el 68% refirió tener apoyo emocional y únicamente el 5% afirmó no contar con ningún tipo de ayuda.



**Gráfica 15.** Instituciones de referencia

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

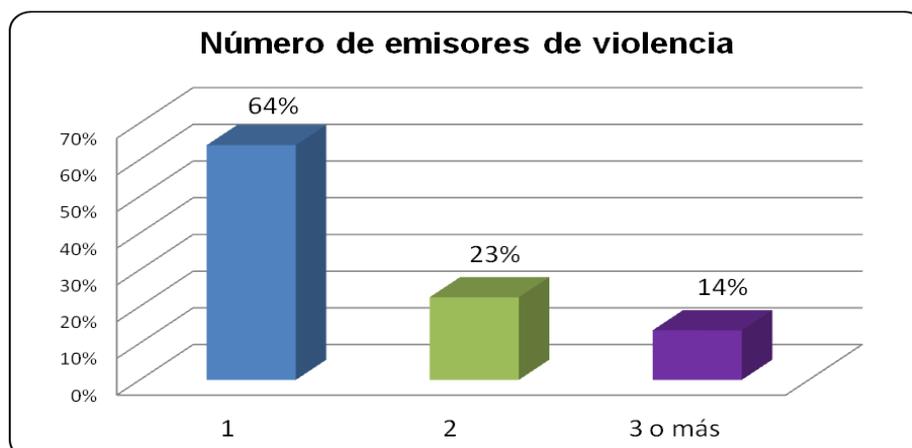
Las pacientes que acuden al INPRFM por primera vez, asisten con antecedentes de atención en otras instituciones que dan atención a mujeres en situación de violencia, el 44% de ellas fueron referidas de instituciones que atienden casos de violencia como son el Centro de Atención de Violencia Intrafamiliar (CAVI), Centro de Terapia de Apoyo (CTA), Unidad de Atención a la Violencia Intra familiar (UAVIF), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), principalmente; seguidas de pacientes que acuden por iniciativa propia o que fueron orientadas por algún familiar amistad y por último el 25% de ellas llegaron referidas de algún hospital general, psicólogo particular u hospital psiquiátrico.



**Gráfica 16.** Emisor de violencia

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

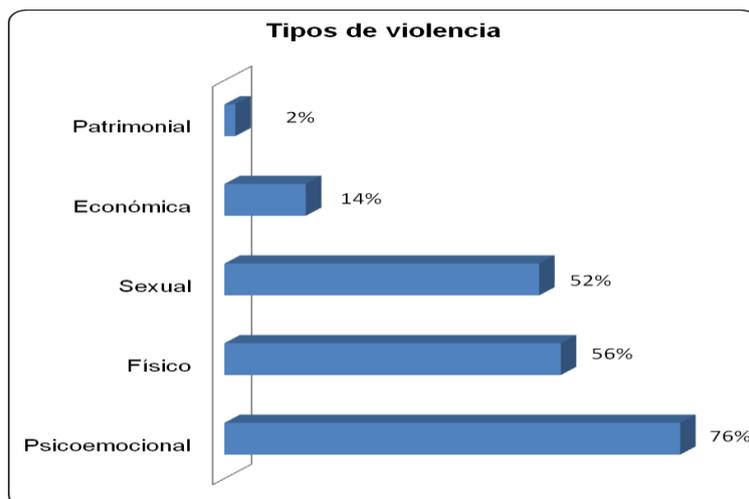
Este gráfico muestra los diferentes emisores de violencia, en un 50% las pacientes son víctimas por parte de su pareja o expareja, el 21% corresponde a personas desconocidas que se relacionan a casos de violencia por secuestro, asaltos violaciones, entre otros; el 12% ha sido agredida por su padre o padrastros y el 17% corresponde a otros, entre ellos se encuentran algún familiar, vecino, hijo, profesor de escuela entre otros.



**Gráfica 17.** Número de emisores de violencia

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

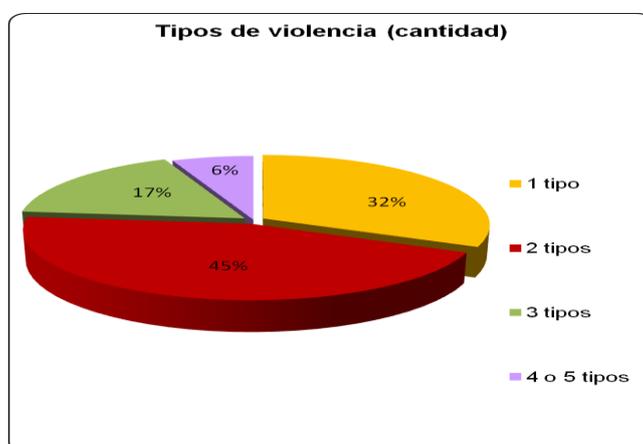
En el 64% de los casos existe únicamente un agresor por paciente, sin embargo, el 23% de ellas ha sido víctima de violencia por parte de 2 personas y el 14% ha sido víctima de 3 o más emisores de violencia.



**Gráfica 18,** Tipos de violencia, conforme a la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero del 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

La violencia psicoemocional fue la principal forma de violencia identificada como la que recibieron las usuarias, el 76% reportó que esta violencia se manifestó en insultos y devaluaciones principalmente; debido a que este tipo de violencia va de la mano con alguno de los otros tipos mencionados, siguió prevaleciendo la violencia física en un 56%, seguida de la sexual con el 52%, el 14% representó la violencia económica y en un 2% violencia patrimonial. El total no suma el 100%, esto se debe a que las pacientes no son víctimas de un solo tipo de violencia, el 45% de las mujeres recibe al menos dos de estos tipos al mismo tiempo, el 17% 3 tipos diferentes de violencia y el 6% 4 o los 5 tipos de violencia aquí mencionados.

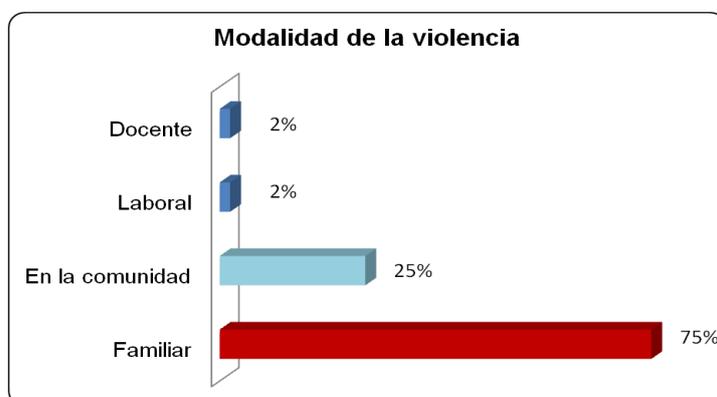


**Gráfica 19.** Tipos de violencia (cantidad)

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero

el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

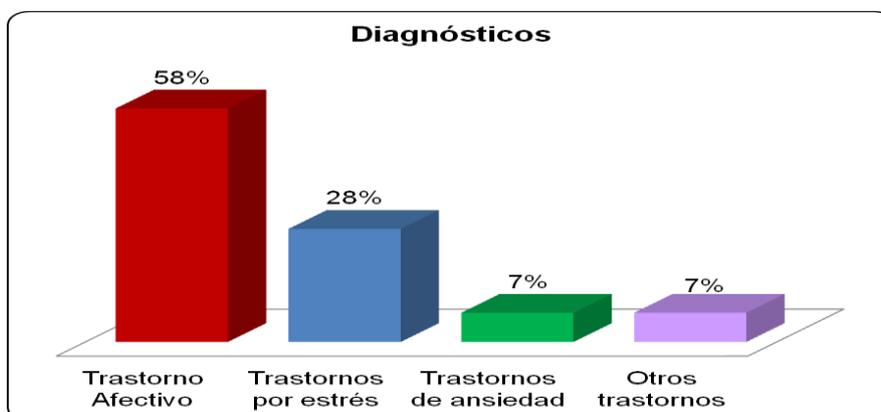
Se identificó que en su mayoría reciben dos tipos de violencia, el 45%, en menor proporción se registró un tipo de violencia 32%. Por otro lado, el 17% de las pacientes recibieron tres tipos de violencia y en un 6% cuatro o cinco tipos de violencia.



**Gráfica 20.** Título: Modalidades de la violencia, conforme a la Ley General de Acceso a las mujeres a una Vida Libre de Violencia.

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

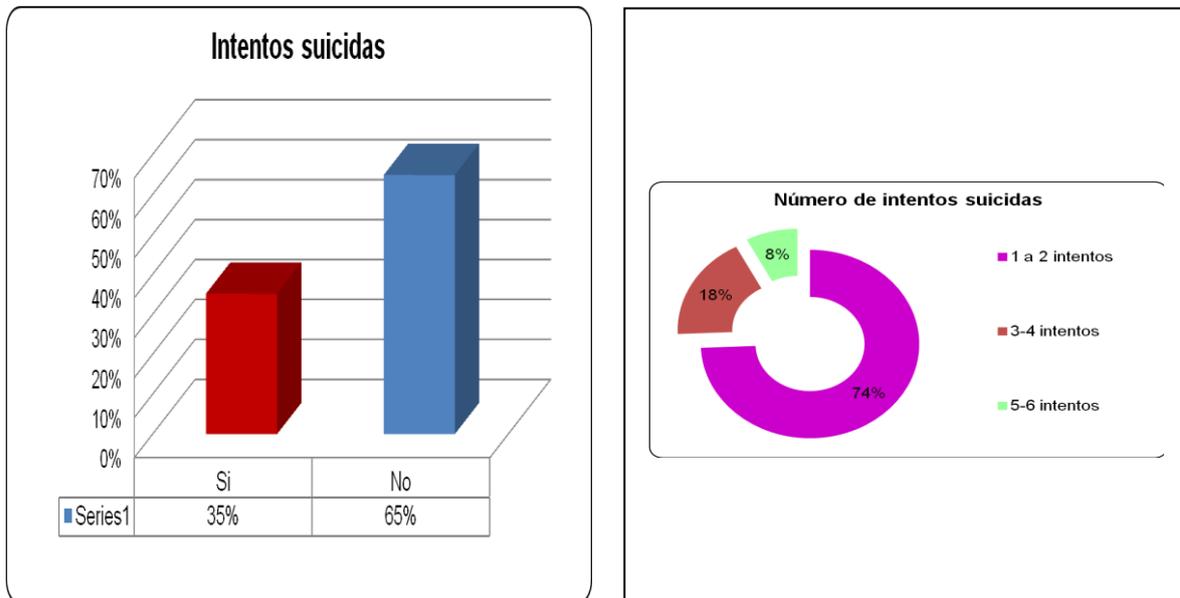
Las modalidades de violencia se refieren a los diferentes ámbitos donde se llevan a cabo los tipos de violencia, como se muestra en el gráfico sigue predominando en un 75% de los casos la violencia familiar, quedando en segundo lugar la violencia en la comunidad, dentro de la cual se pueden mencionar asaltos, secuestros y cualquier agresión que ocurre en la esfera pública, y por último con el 2% respectivamente se encuentran la violencia docente la cual se lleva a cabo en el ámbito escolar y la laboral que como su nombre lo dice se presenta dentro del trabajo.



**Gráfica 21.** Diagnóstico Psiquiátrico

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero del 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

El 58% de nuestras pacientes presentaron trastornos afectivos, entre los cuales se encontraron principalmente episodios depresivos moderados, en segundo lugar con el 28% se encontró los trastornos por estrés postraumático, como reacción al estrés agudo y a trastornos de angustia, el 7% presentó un diagnóstico de trastorno de ansiedad como el trastorno por pánico, trastornos de ansiedad generalizada, y un 7% más presenta otros trastornos como trastornos mentales no especificados, del comportamiento y trastorno de personalidad emocionalmente inestable.

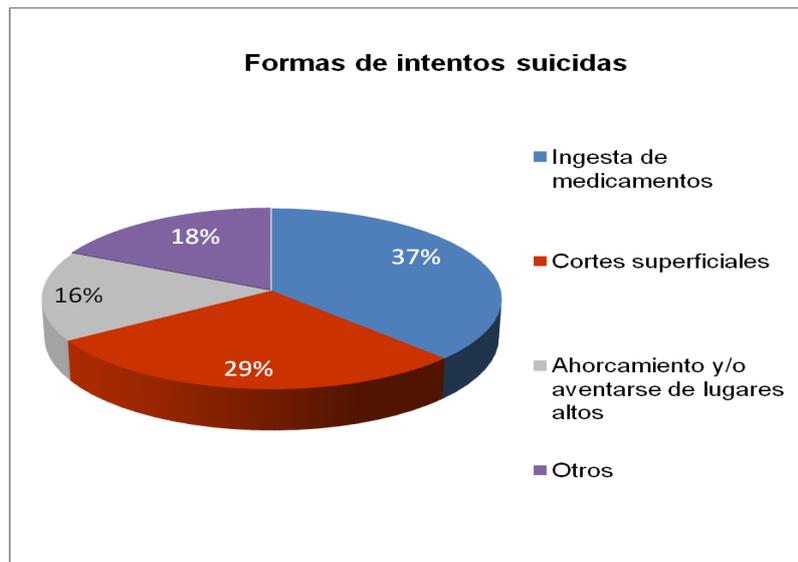


**Gráfica 22.** Intentos suicidas y Número de intentos suicidas

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero del 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

La información de intentos suicidas se revisó información que se completa en el servicio de preconsulta y se corroboró con información de la historia clínica, el 65% de las pacientes no ha presentado algún intento suicida; mientras que el 35% de las pacientes sí lo han intentado, de las pacientes que si lo han intentado el 70% de estas pacientes han presentado de 1 a 2 intentos suicidas, el 18% de 3 a 4 y un 8% de 5 a 6 intentos; de este mismo porcentaje de pacientes el 37% lo ha hecho a través de la ingesta de medicamentos, el 29% por cortes superficiales principalmente en muñecas, y el 34% por ahorcamiento, aventarse de lugares altos, aventarse a las vías del metro o vialidades, envenenamiento, entre otros.

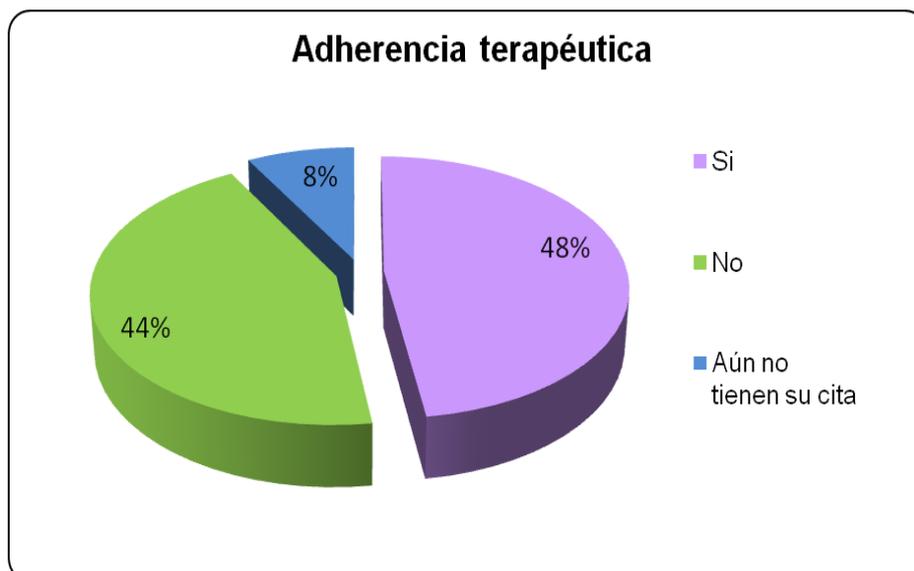
Por otro lado, el 74% de las pacientes llevaron a cabo de uno a dos intentos suicidas; el 18% realizó de tres a cuatro intentos y el 8% llevó a cabo de 5 a 6 intentos suicidas. Razones por las que inicialmente las pacientes son atendidas en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua, en algunos casos llegan a hospitalizarse o bien tratarse en el Servicio de Consulta Externa, ahí es cuando pudo obtenerse la información.



**Gráfica 23,** Formas de intentos suicidas

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

Resaltó que el 37% intentó suicidarse mediante la ingesta de medicamentos, por lo cual en ocasiones son referidas a otra instancia de salud donde puedan ellas resolver esta situación y posterior a que esto está controlado, se atienden en el INPRFM. Por otro lado, 29% de las pacientes se hizo cortes superficiales, el 18% intentó suicidarse ahorcándose o aventándose de lugares altos y finalmente un 16% realizó otras formas de suicidio.



**Gráfica 24,** Adherencia terapéutica

**Fuente:** *Elaboración propia*, revisión de Expedientes - estudios Socioeconómicos aplicados de enero el 2013 a octubre del 2014, Servicio de Consulta Externa, turno vespertino, INPRFM.

El 48% de las pacientes presentó adherencia terapéutica al tratamiento propuesto, aunque es un porcentaje alto, el número de pacientes que no cuentan con adherencia es similar representadas por el 44%, el porcentaje restante (8%) son pacientes que hasta esa fecha aún no se presentó a su primera cita subsecuente.

En los resultados desplegados de la indagación que corresponde a los hallazgos de la revisión de expedientes de mujeres que fueron atendidas en el turno vespertino del servicio de Consulta Externa, el común denominador de ellas fue que en la valoración inicial mencionaron que habían sufrido una situación de violencia. La entrevista inicial solo tiene una duración de 30 minutos y muchas veces cuando se lleva a cabo una conversación con usuarias que tienen este antecedente, el tiempo no es necesario porque el abordaje a veces comprende además de la valoración que regularmente se realiza con base a un instrumento, hay dos opciones, o prolongar más la conversación o hacer una cita posterior para un mayor abordaje.

En ese sentido, el rango de población estudiada fue la que corresponde a la etapa de la juventud y la adultez, conforme al ciclo vital de la familia, coincidirá la fase del encuentro y la crianza de los hijos, espacios en los que se da este aprendizaje social, en el cual los

niños asimilan las conductas violentas dentro de su familia; por consiguiente, posteriormente poder reproducir estos patrones experimentados a sus tempranos años.

La evidencia revisada deja ver que la violencia de pareja es la mayormente ejercida en el ámbito familiar, el tipo de violencia ejercido fue el de tipo psicoemocional, lo cual no permite el desarrollo personal de la mujer; sino más bien, responsabilizarse de quien cuida a la familia, está al servicio de los demás; esta escisión del binomio masculino versus femenino no contribuye a que la sociedad sea más equitativa debido a que la violencia se ha institucionalizado.

El mecanismo como opera actualmente las relaciones de poder de lo masculino y en contra lo femenino, pone a esta última en desventaja, como Roberto Castro dijo solo el hecho de ser mujer nos pone en situación de vulnerabilidad bajo la ideología dominante donde la reproducción de los guiones sociales privilegia lo masculino sobre lo femenino.

En ese sentido se ha revisado desde la teoría lo que concierne a la violencia, violencia de género, que permite profundizar aspectos teóricos que ayudan a la comprensión de este fenómeno; así como la formación disciplinar, la especificidad y la especialización del trabajador social que se desempeña en el campo de la psiquiatría y la salud mental, brinda la oportunidad de acercarse a la realidad-situación problema- con lentes que permiten el análisis desde lo científico hasta práctico; de tal manera, la intervención que vaya a darse esté enmarcada en acciones que permitan a la otra persona sentirse escuchada y comprendida.

El reconocimiento del panorama de la violencia de género es una situación adicional que en el contexto actual se ha agudizado, a partir del conocimiento sobre lo expuesto en capítulos anteriores, surge la inquietud de presentar una propuesta de intervención que contribuirá la visualización del papel de la/el trabajador/a social psiquiátrico que está frente a una usuaria que ha sufrido violencia.

## Capítulo 6. Propuesta de Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental

“Para intervenir primero hay que comprender  
para comprender hay que investigar”.  
“La ciencia será quien iluminará la intervención social”

Francisco Calzada Lemus conferencia 15/10/2020

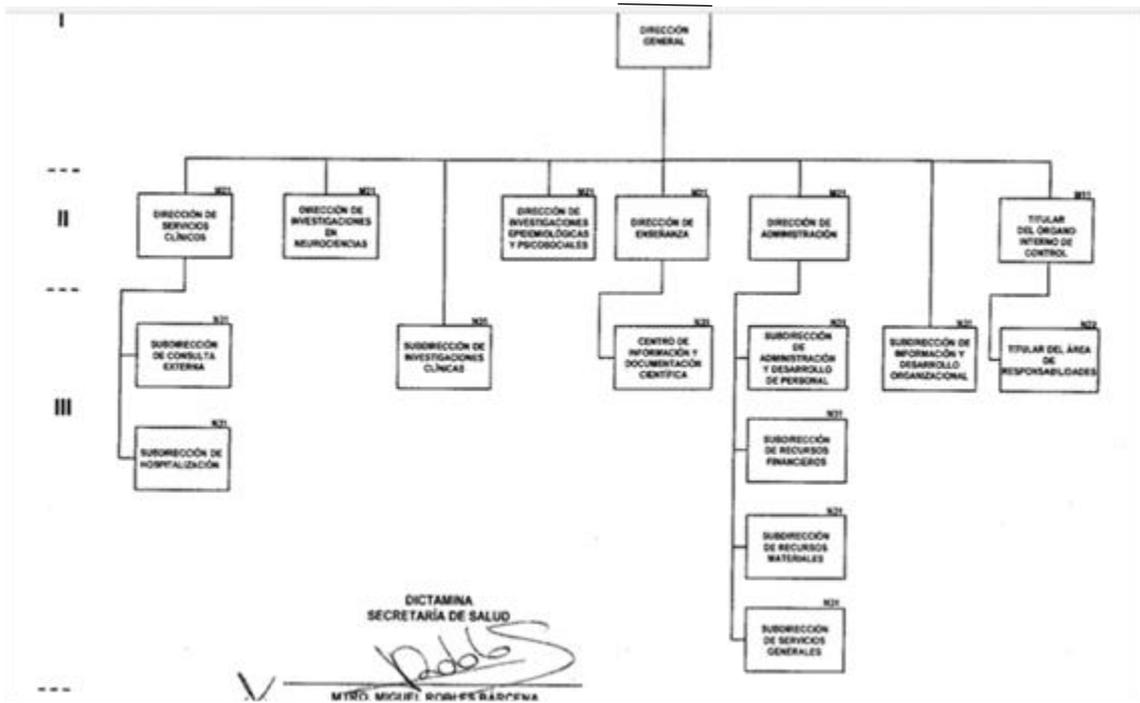
### 6.1. Presentación

En el presente capítulo se especificarán particularidades del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz para adentrarnos al Departamento de Trabajo Social y particularmente al área que lleva a cabo sus funciones en la Clínica de Género y Sexualidad; de manera sintética se planteará lo que corresponde a la violencia de género para introducir la propuesta de intervención; a nivel de gremio como propuesta de legitimar el quehacer desde la homologación de criterios de Trabajo Social en la aplicación del Estudio Psicosocial, como instrumento de evaluación-investigación-acción, guía de intervención que puedan ser manualizada-legitimada en las entidades de salud que se desempeñan en el campo de la Psiquiatría y la salud mental.

Por otro lado, desde el trabajo propiamente del área y su desempeño con usuarias que sufrieron violencia, esquematizar la intervención contemplando las fases propias de la entrevista psicosocial, así como la estructuración de una sesión psicoeducativa que permita coadyuvar el trabajo multidisciplinario y la visualización del aporte de Trabajo social que se desempeña en el campo de la psiquiatría y la salud mental. En ese sentido, se mencionará aspectos institucionales del INPRFM así como del departamento de Trabajo Social.

### 6.2. Organigrama INPRFM.

La estructura institucional del INPRFM (Fig. 18) consta de una Dirección General de la que se desprenden la Dirección de Servicios Clínicos, Dirección de Investigaciones en Neurociencias; Subdirección de Investigaciones Clínicas, Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales, Dirección de Enseñanza, Dirección de Administración y Subdirección de Información y Desarrollo Organizacional; éstas coordinan Subdirecciones, departamentos y áreas, una de ellas Trabajo Social.



**Figura N° 18.** Organigrama del INPRFM 2020  
Fuente, Manual de Organización Dirección General INPRFM 2020.

La Dirección de Servicios Clínicos es quien proporciona atención médica psiquiátrica especializada a usuarios que preferentemente no cuenten con seguridad social, coordina las funciones de asistencia, cuya acreditación ante el Consejo de Salubridad General se obtuvo el año 2018; participa en la formación de personal y desarrolla investigaciones clínicas en el campo de la salud mental y trastornos psiquiátricos.

De esta dirección se desprenden dos Subdirecciones, por un lado, Consulta Externa que atiende a usuarios que voluntariamente acuden pidiendo un servicio, posterior a una evaluación inicial, se les otorga atención médica a través de modelos terapéuticos en las diferentes clínicas de subespecialidad, once en total. Por otro lado, la Subdirección de Hospitalización, que cuenta con cincuenta camas censables que proporciona servicios los 365 días del año a usuarios que son mayores de 15 años, la atención es proporcionada mediante las áreas médica, enfermería, laboratorio de análisis clínico, imágenes cerebrales, nutrición, terapia recreativa, farmacia y Trabajo Social.

De acuerdo con el informe de autoevaluación de la Dirección General del 1° de enero al 31 de diciembre de 2018, el Servicio de Consulta Externa otorgó 101,449 consultas de

las cuales 83,560 fueron subsecuentes, 8,505 Preconsulta y 5,326 casos nuevos; por otro lado, en el Servicio de Hospitalización atendió 666 pacientes, de los cuales 519 fueron mujeres (77.9%) y 147 varones (22.1%), los días de la estancia hospitalaria promedio fue de 24 días. En el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC), equivalente a urgencias, se otorgaron un total de 7,827 consultas. (Madrigal, 2019, pág. 12).

Una vez introducido las dos subdirecciones de la Dirección de Servicios Clínicos, se particularizará el área de Trabajo Social, sus antecedentes, misión, visión, objetivo, organización y actividades que el personal lleva a cabo, para posteriormente citar los resultados de esta indagación.

### **6.3. Departamento de Trabajo Social.**

#### **6.3.1. Antecedentes**

El área de Trabajo Social inició sus funciones desde 1989 con la participación de Trabajadoras Sociales Psiquiátricas, quienes ejercían sus actividades asistenciales con base a un programa anual de trabajo. El inicio de las actividades de enseñanza se registró a partir del año 1999 con la integración de alumnos de práctica de especialización de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Con el transcurso del tiempo y ampliación de servicios en la Dirección de Servicios Clínicos, el año 2000 el área se transforma en Departamento, se crea la jefatura de Trabajo Social, inicialmente una subjefatura, pero luego se habilitan dos, que tienen funciones de administración, supervisión y contribuyen en la elaboración, actualización del Manual de procedimientos.

El personal está conformado por diecisiete trabajadoras sociales, una jefatura de departamento, dos jefaturas de áreas y catorce de base, todas cuentan con además de la carrera, con formación adicional del curso en Trabajo Social Psiquiátrico, agregado a ello algunas se han especializado en tanatología, terapia familiar, psicoterapia cognitivo conductual, criminología y administración.

El año 2010 se inició con la digitalización de los procesos sustantivos de Trabajo Social que permiten aplicar Estudios Socioeconómicos, de actualización y reclasificación desde una plataforma institucional que facilita el trabajo.

A partir del año 2013 con el impulso de la Dirección General y en colaboración con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez y la Escuela Nacional de Trabajo Social se promovió la actividad académica y de investigación, fruto de ella se han realizado seis foros y editado tres libros en los que se plasman experiencias e investigaciones del personal.

### **6.3.2. Misión**

La misión del Departamento de Trabajo Social es brindar atención en materia de trabajo social en el campo de la psiquiatría y la salud mental a pacientes y usuarios que acuden a la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, por profesionistas que cuentan con las competencias que les permiten construir e implementar estrategias de intervención basadas en los principios de calidad, equidad y respeto a los Derechos Humanos; por otro lado, participar en la enseñanza para la formación de recursos humanos, investigación y sistematización de la experiencia. (INPRFM, Manual de Organización específico del Departamento de Trabajo Social, 2019, pág. 22).

### **6.3.3. Visión.**

La visión del Departamento de Trabajo Social es afianzarnos como equipo de trabajo social en el campo de la psiquiatría y la salud mental, manteniendo estrategias de intervención profesional con calidad en la atención asistencial colaborativa, trascienda en la enseñanza; así como en la sistematización de experiencias profesionales y la investigación social. (INPRFM, Manual de Organización específico del Departamento de Trabajo Social, 2019, pág. 22).

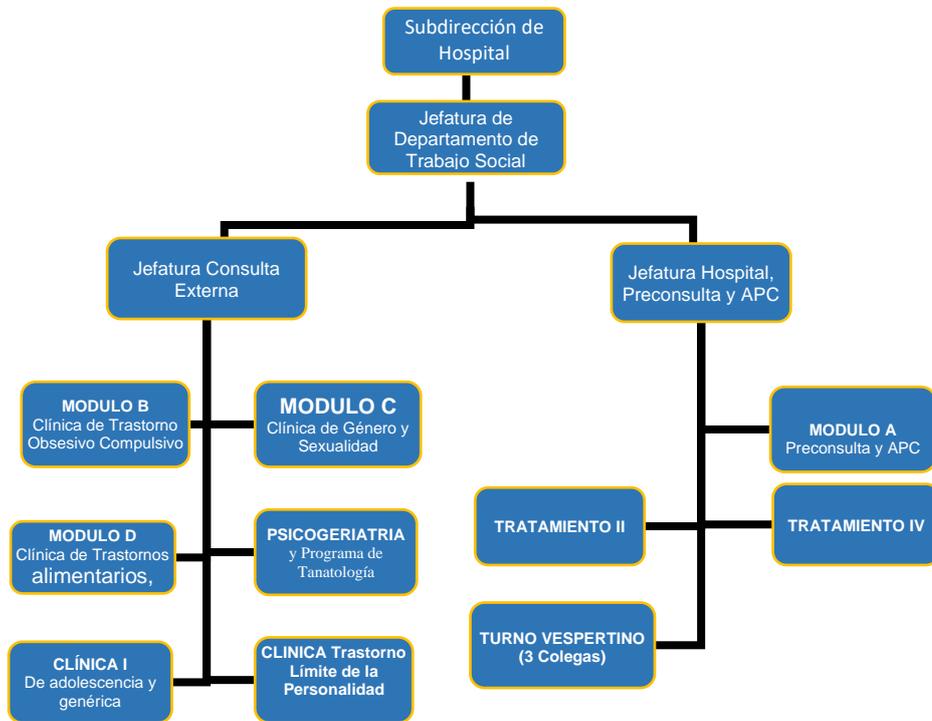
### **6.3.4. Objetivo**

Su objetivo es otorgar a la población usuaria de los servicios clínicos atención en el ámbito de Trabajo Social basada en la equidad y respeto a los derechos humanos que contribuya a la comprensión de su padecimiento y se refleje en su recuperación y

reinserción social. (INPRFM, Manual de Organización específico del Departamento de Trabajo Social, 2019, pág. 25).

### 6.3.5. Organización.

El Departamento depende de la Dirección de Servicios Clínicos, particularmente de la Subdirección de Hospitalización, su estructura organizacional está conformada por una jefatura de departamento, dos jefaturas de área y el personal operativo adscrito a los Servicios de Consulta Externa que incluye preconsulta y Hospital – Atención Psiquiátrica Continua (APC), equivalente a urgencias, como se observa en la figura 17.



**Figura N° 19,** Organigrama del Departamento de Trabajo Social INPRFM 2020

**Fuente:** Elaboración propia con base a Manual de Organización 2019

La cobertura de los servicios se otorga de lunes a viernes, en el turno matutino y vespertino, tiempo en el que se llevan a cabo el cumplimiento de funciones y actividades tanto sustantivas como adjetivas.

Se cuenta con una Trabajadora Social Psiquiátrica que lleva a cabo sus funciones y sus actividades en la Clínica de género y sexualidad, una de ellas es la valoración inicial de Trabajo Social, instancia en la que se tiene el primer contacto, oportunidad que abre la ventana de la evaluación-intervención aunque de manera breve, es suficiente un encuentro para poder incidir en el reconocimiento de situaciones de violencia en las usuarias, así mismo, la oportunidad de brindar orientación conforme a lo identificado en la entrevista.

Este momento de la atención es importante porque es probablemente el momento que se tendrá para actuar con la/el usuaria/o, lo cual podría concluir después de la entrevista inicial o bien, se podría dar un proceso de orientación psicosocial o psicoeducativa que deriva de la valoración de la persona y de su familia, este proceso de intervención se da a través de la integración de una o varias entrevistas cuyo marco permite el acercamiento de la/el trabajador/a social al problema-situación que tiene la persona entrevistada. A continuación, se procederá a la descripción de la intervención de Trabajo Social.

### **6.3. Intervención de Trabajo Social**

Conforme a lo revisado en capítulos anteriores la intervención del trabajador social se enmarca en la convergencia con una persona, un/a ciudadano/a con derechos a quien le aqueja un padecimiento, particularmente denominado discapacidad psicosocial; que además no está solo, sino que forma parte de una familia de la cual tiene una historia, cuyo reflejo final es la dinámica que le caracteriza, la cual se va a poner en juego cuando se enfrenten a alguna situación en particular – enfermedad de uno o más de sus integrantes-.

Es importante el conocer la “singularidad del sujeto de intervención” para identificar las “tramas sociales” que le aqueja tanto a este como a su familia; por consecuencia, resaltar aspectos resilientes que se hayan encontrado en el proceso de valoración, así como áreas de oportunidad que puedan visualizarse en colaboración con la/el usuario, permitan la construcción de estrategias para contribuir en este proceso de crecimiento personal en beneficio de la salud de una persona.

El acercamiento a estas tramas sociales se lleva a cabo a través de un proceso teórico-metodológico que comprende los principios de protección a los derechos humanos, igualdad y justicia social. El proceso metodológico que utiliza la/el Trabajador/a Social

está conformado por fases sucesivas a partir de la determinación del problema social a estudiar; le suceden la Investigación de los tramas sociales, el análisis de la información recabada para que en contraste con el marco teórico pueda emitirse un diagnóstico social inicial o un diagnóstico psicosocial; planeación de la actuación, la aplicación de estrategias y finalmente la evaluación, proceso en el que el registro de la información debe ser constante; de tal manera a la conclusión de la evaluación se tenga la información técnicamente integrada que de testimonio de lo llevado a cabo. A continuación, se presenta el proceso metodológico de intervención en la siguiente figura.



**Figura 20.** Proceso metodológico de la intervención, elaboración propia.

En la figura se identifica a la investigación como el punto de partida del proceso de intervención de Trabajo Social; en esta fase se podrá integrar información del sujeto-objeto de intervención, donde para el encuentro con la otredad se deberá:

- **Habilitar un espacio privado** de tal manera se genere un ambiente de confianza, la entrevista de preferencia se deberá llevar a cabo con la usuaria, si viniere acompañada, será importante plantear que la interacción será con ella, solicitando al acompañante le espere en otro espacio.
- **Explicar el derecho a la confidencialidad de la información,** es importante asegurar al/a usuario/a entrevistado/a que la información que brinde será confidencial, que por motivos de registro será integrado en su expediente clínico,

el cual fue firmado a inicio de su atención en el INPRFM, información de la cual la persona entrevistada es la propietaria.

- **Solicitar autorización de la persona para acciones que podrían llevarse a cabo.** Informar que por su seguridad podría haber necesidad de comunicarse por teléfono con ella o con algún familiar, solicitar autorización de ello, así consignarlo en el reporte.
- **No tener miedo a preguntar.** La apertura al diálogo particularmente sobre la situación de violencia si así está de acuerdo la otra persona, ello permitirá un acercamiento que conlleva a la identificación de su situación lo cual conlleva al afrontamiento que es el siguiente.
- **Evitar cualquier juicio de valor,** la revictimización de la persona ocurre cuando la/ el entrevistador/a culpe a la otra por haber vivido violencia. Utilizar preguntas que no incluyan juicios de valor acerca del agresor o de la situación escuchada.
- **Asumir una actitud de respeto y aceptación,** aclarando que la aceptación es hacia la persona, no hacia su conducta. Esta actitud que se une al conocimiento y control, modulación de sus sentimientos que le permiten mantener su punto de vista desde su perspectiva profesional.
- **Respetar la determinación que tome la persona entrevistada,** es uno de los principios de actuación; de tal manera no se le apesure en la toma de decisiones, ni se le presione para que éstas se tomen o hagan de cierta manera.
- **Incentivar el autocuidado-autoprotección de la persona que ha sufrido violencia,** la información debe ser clara en cuanto a la importancia del autocuidado-autoprotección de la usuaria, la corresponsabilidad que tiene en el marco que sus derechos como ser humano.

La entrevista psicosocial será este acercamiento a las tramas sociales del sujeto de intervención; de tal manera, se puedan identificar factores económicos, culturales y

psicosociales desde la historia personal y familiar del usuario hasta la dinámica familiar ubicada en el aquí y en el ahora; de tal manera, las respuestas entregables sean acordes a la situación expresada por la persona.

Alfred Kadushin, trabajador social norteamericano, en el libro “La entrevista en Trabajo Social” definió la entrevista como “una conversación con un propósito deliberado, mutuamente aceptado por los participantes, comprendiendo una comunicación verbal y no verbal [...], Los participantes tienen roles y objetivos definidos y conocidos por ambas partes [...], en ella se incluyen interacciones orientadas hacia un objetivo mutuo y conscientemente aceptado. A partir de esta premisa la entrevista tiene una estructura más formal, un reparto de papeles claramente definido y un conjunto de diferentes normas que regulan el proceso. (Kadushin, 1981, pág. 15).

Existen dos habilidades que son muy importantes dentro de una entrevista, estas son: el arte de escuchar y observar. Si bien estas dos habilidades son mencionadas como sub técnicas, se considera que debe prestarse especial interés en ambas.

***Escuchar***, es una de las habilidades básicas a desarrollar en el proceso de comunicación, para que ésta sea adecuada y eficiente. Por consiguiente, dentro de la entrevista muchas veces la ansiedad del entrevistador hace que emita una serie de preguntas, convirtiéndose la actividad en un cuestionario. Sin embargo, habrá que limitarse y poner en el escenario el ***escuchar, ejercitar el escuchar***

El poder escuchar eficientemente ayuda al entrevistador a obtener información que no lograría conocer a través de otros medios; en su contexto original con las expresiones emocionales, tono de voz, expresiones faciales con las que se expresa una idea.

***Observar***, se considera si bien técnica, es una habilidad que complementa nuestro que hacer, en la entrevista es importante la comunicación verbal y no verbal; es decir la meta comunicación. Cada postura tiene un significado que muchas veces se queda en el anonimato, al observar determinada actitud, signo o gesto deberá esforzarse por darle palabras, aunque muchas veces no es posible. Entonces deberá uno estar atento a esos signos y gestos del rostro, cuerpo, manos, postura, presentación personal con quien interactuamos.

Kadushin expresa que “la afiliación profesional determinará qué áreas deberán ser exploradas en la entrevista y la forma en que la información obtenida deberá ser procesada por el entrevistador. Esto proporciona al entrevistador una orientación particular que guía su percepción” (Kadushin, 1981, pág. 69).

El ejercicio de esta técnica acompañará al Trabajador Social Psiquiátrico a lo largo de su desempeño, habilitando un ambiente agradable para la interacción, cuidado que las fases propias de la entrevista sean internalizadas a partir de la guía de entrevista, donde se tienen claros los objetivos de la interacción y que con el manejo de sus subtécnicas: Expresiones de interés, Eco o reflexión, resumen o recapitulación, preguntas, sondeo, transiciones, el manejo del silencio, la ventilación, validación de recursos y el apoyo, favorecerán el logro de los objetivos planteados para la entrevista.

En la investigación de las tramas sociales el conocimiento de la teoría es muy importante, ya que ello permitirá el análisis y la reflexión de lo encontrado; de tal manera se pueda comprender y a partir de ello intervenir y generar nuevo conocimiento. “Una herramienta de análisis, descripción y predicción de los que la ciencia dispone para llevar a cabo la sistematización, control y comprensión de los aspectos más relevantes de la realidad física y social son los modelos. En Trabajo Social el modelo sirve para traducir las situaciones a las que se enfrenta; es el lente que le permite comprender y explicar lo que ocurre, qué está pasando y evaluar las hipótesis comprobando su funcionamiento en la realidad” (Viscarret, 2014, pág. 299).

En ese sentido, se particularizará la teoría general de sistemas, el Modelo de Intervención en crisis, el modelo psicosocial, como sustentos que ayudarán el análisis de las situaciones a las que nos enfrentamos a partir de la identificación de factores protectores que coadyuvan en la aplicación de estrategias de afrontamiento ante una situación de violencia.

### **6.3.1. Teoría General de Sistemas.**

Surge en Estados Unidos y Europa en la década de los años cincuenta, su fundador fue Ludwing Von Bertalanffy (1940), que propone un método de análisis que ha sido utilizado por científicos de las ciencias sociales. Entiende al Sistema como un conjunto

organizado de elementos que interactúan entre sí o son interdependientes, formando un todo complejo, identificable y distinto.

Esta teoría ha sido aplicada por el Trabajo Social en el campo de la salud mental es una elección teórica-metodológica que contiene elementos teóricos para comprender, analizar e intervenir en/con la familia del usuario, tomada esta como un sistema que desde una perspectiva “holística e integradora” está conformado por las relaciones entre los miembros que conforman el subsistema conyugal, parental y fraterno; los cuales tienen un objetivo, una dinámica a partir de la interacción entre sus subsistemas.

De acuerdo a perspectiva cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás; en ese sentido se piensa en la “totalidad” que por tener una circularidad permanente y una interconexión entre quienes componen un sistema, a un efecto similar puede responder a diferentes causas. Para la teoría general de sistemas es importante la manera en que los participantes se comunican, delimiten, pauten las secuencias de comunicación, y cómo estas se acomodan como causas y efectos de las interacciones.

En ese sentido, el análisis de estas interacciones que se dan en los subsistemas de una familia – ambiente, en diferentes etapas conforme al ciclo vital que les corresponde, interacción con el contexto ; proceso de desarrollo en el que se dan cambios, los cuales son afrontados conforme a los recursos que tenga el sistema; de tal manera puedan encontrar un equilibrio; permitirá comprender estas interacciones para que en conjunto con la/el usuaria/o y su familia se puedan delimitar las pautas de actuación.

### **6.3.2. Modelo de intervención en crisis.**

Este modelo fue desarrollado por Erick Lindeman (1944) y Gerald Caplan (1964) cuya finalidad es apoyar a una persona un evento traumático de tal manera que se disminuyan los efectos negativos y se incremente la posibilidad de crecimiento, de nuevas habilidades, opciones y perspectivas vitales.

Su aplicabilidad desde el Trabajo Social se dio en el campo de la salud mental fue desarrollada por Howard Parad (1965), Lydia Rapoport (1970), Naomi Golan y Kieran O’Hagan quienes definieron a la intervención en crisis como una primera ayuda social cuyo objetivo es apoyar a la persona a conseguir un estado tolerable de confort emocional

y que desarrolle capacidades para afrontar la situación de forma efectiva. Se centra en el presente, en el aquí y en el ahora; de tal manera se pueda dar una respuesta rápida y breve, donde la disponibilidad durante la fase de crisis debe ser durante la fase de crisis del usuario; en ese sentido, debe ser corta y tener límites temporales claros, entre una y seis semanas.

Cada modelo posee diferentes enfoques (approaches) que de alguna forma se reconocen como similares en cuanto a sus grandes principios teóricos de referencia (paradigmas), pero que aportan matices teóricos innovadores y nuevas formas de la práctica profesional que les hace diferentes (Viscarret, 2014, pág. 306); en ese sentido, en Trabajo Social en salud mental el Enfoque psicosocial es el que ha permeado y permea la intervención profesional.

6.3.3. **El modelo psicosocial** fue planteado por Gordon Hamilton en el año 1950, Woods y Hollis (1964) fueron quienes continuaron lo iniciado por Hamilton; la importancia de este enfoque es el reconocimiento de la importancia de los procesos psicológicos internos, así como la importancia de los procesos sociales externos, las condiciones físicas y la interacción entre ellas. Se ocupa por mejorar las relaciones interpersonales y de las situaciones vitales del usuario; su participación es un aspecto importante en el proceso psicosocial, para ello es importante realizar un análisis de las fuerzas del entorno que facilite la identificación de las fuerzas que están perjudicando o afectando seriamente a las personas o grupos con quienes se trabaja.

Hamilton el concepto de “persona en situación” es importante para el Trabajo Social Psicosocial “el caso, el problema y el tratamiento deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial. Un caso no está determinado por el tipo de cliente (sea una familia, un grupo, un niño), ni puede determinarse el problema (sea una dificultad económica o un problema de conducta) ... el caso social es un “acontecimiento vivo” que incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y social (...) se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como con sus sentimientos sobre esas experiencias. (Hamilton, Teoría y práctica de trabajo social de casos, 1992, págs. 1-2)-culturales.

El proceso de intervención psicosocial se basa en la interacción del trabajador social – usuario/a a partir de un encuadre de atención integra un Estudio Psicosocial, en el que investiga-describe diferentes esferas del usuario-situación, para elaborar un diagnóstico psicosocial en el que analiza cuidadosamente la situación problema, las dificultades y oportunidades del usuario, sus recursos personales, así como los de sus redes que servirán como factores protectores de afrontamiento a la situación identificada. Bajo ese orden de ideas, desde la evidencia, la resiliencia es una alternativa que habilita encontrar fundamentos para el desarrollo de intervenciones basadas en mejores prácticas.

#### **6.3.4. Resiliencia y Trabajo Social en salud mental.**

“La resiliencia es entendida actualmente como un proceso universal (Grotberg, 1995), dinámico y evolutivo (Rutter, 1987; Pourtois, 2014), que permite no solo afrontar una adversidad y adaptarse de manera exitosa durante y después de ésta (Vanistendael, 1994; Luthar y Cushing, 1999), sino que facilita la transformación, la proyección y el desarrollo de la persona en algún sentido (Vanistendael, 1994; Luthar y Cushing, 1999). Esta respuesta es el resultado de un proceso de interacción entre factores personales y ambientales (Werner y Smith, 1992; Rutter, 1993; Grotberg, 1995), siendo fundamentales los significados y narrativas que la persona construye sobre sí misma, su situación y el mundo (Saavedra, 2008), el apoyo social, los vínculos afectivos y las relaciones sociales. La resiliencia no es una característica de la personalidad ni un proceso intrapsíquico, es un proceso construido socialmente y de manera interaccional (Kitliarenco, 2014; Madariaga, De las Olas, Surjo, Villalba y Arribillaga, 2014)” en (Regalado, 2021, pág. 394).

El Trabajo Social en salud mental introduce este constructo en su práctica, resaltando la importancia de incluir la perspectiva de riesgo y la resiliencia como factores que permiten la evaluación de fortalezas, factores protectores de las personas y sus familias; a partir de la comprensión de un problema, para generar ideas que dirijan la intervención enfocada en las potencialidades y recursos de una persona: “Sus fortalezas individuales y condiciones internas con las que la persona se define así misma (yo soy, yo estoy); las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo); y el apoyo o soporte social que la persona cree que puede recibir de su contexto (yo tengo)”. (Regalado, 2021, pág. 395).

Las investigaciones y la literatura reconocen el papel de la resiliencia como factor protector cuando el sujeto es sometido a situaciones de maltrato (Linley y Joshep, 2004; Anderson, Renner y Danis, 2012; Mystakidou y Cols., 2007; Charchy, 2004; Friborg, Rosevinge, Martinussen, Aslaksen y Flaten, 2006; Simeon, Yehuda, Cunill, Knutelska, Putnam y Smith, 2007; Lam, Contreras, Cuesta, Mori, Condori y Carrillo, 2008; Mann, Nackeown, Bacon, Vasselinov y Bush, 2008), permitiendo un sano desarrollo posterior. (Cobos, 2016, pág. 111).

Esta autora hace referencia que en los estudios sobre resiliencia se han encontrado factores como la habilidad para aceptarse y pensar bien de sí, capacidad para hacer atribuciones externas de la culpa, tener locus de control interno, una filosofía positiva de vida y contar con recursos espirituales, ayudan en la protección y recuperación en las víctimas de violencia. (Valentine y Feinauer, 1993); en (Cobos, 2016, pág. 112).

Por otro lado, Lam y cols. (2008), observaron sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia de género, encontraron que la resiliencia, así como el apoyo social, actúan como factores protectores del desarrollo de la depresión en (Cobos, 2016, pág. 113).

La evidencia encontrada sobre las acciones de protección identificadas por mujeres sobrevivientes para salir de la violencia, mencionan primeramente la aceptación de la vivencia de violencia, identificación de referentes protectores, reconocer el valor personal, informarse sobre los tipos de violencia y el procedimiento jurídico a seguir en Nicaragua, acompañamiento psicológico, realización y mantención de una denuncia judicial, generación de ingresos económicos y autocuidado. (Gutiérrez, 2015, pág. 79).

De tal manera, se introduce la psicoeducación como una propuesta de intervención desde el Trabajo Social que se desempeña en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental, particularmente dirigida a usuarias que sufrieron violencia de género/pareja; comprendiendo que la psicoeducación es una herramienta por medio de la cual se proporciona información que permite al/a usuaria/o sobre un proceso entendido como caótico, lo cual tiene asociación con el aminoramiento de angustia, miedo y confusión con respecto a la situación.

### 6.3.5. Psicoeducación.

El concepto de la psicoeducación fue introducido en la literatura médica en el año 1911 por el Dr. John Donley (Donley, 2011). La psicoeducación en el campo de la salud mental, inicia de los trabajos realizados con familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia, George Brown y sus colaboradores desde la década de 1950 realizaron estudios con usuarios que tenían diagnóstico de esquizofrenia, encontraron que, debido a actitudes en sus familiares, había mayor riesgo para el aumento o disminución para la exacerbación de síntomas en aquellos usuarios que regresaban al mismo hogar conyugal después de ser dados de alta en el servicio de hospital. A estas expresiones familiares percibidas como estresantes las denominó “emoción expresada” en el ambiente familiar; estas son: comentarios críticos, hostilidad, exceso de involucramiento afectivo y aspectos positivos como la calidez; la crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y control. (Rascón, 2008, págs. 206-207).

La alta emoción expresada con la que muchos de los familiares de los pacientes manifiestan al inicio de las intervenciones; se asocia el miedo – estigma hacia la enfermedad mental que en ocasiones se presenta con agresiones verbales e incluso físicas a quien tiene el padecimiento; en ese sentido, el trabajo que se lleva a cabo en sus diferentes formas, apoyan a aminorar la reacción del sujeto de intervención; de tal manera, conozca más sobre determinado padecimiento favorecer el proceso de tratamiento y rehabilitación psicosocial.

Gerard E. Hogarty trabajador social de la Universidad de Pittsburg que junto con los psicólogos clínicos Carol. M. Anderson y Douglas J. Reiss, refieren a la psicoeducación como una serie de principios metodológicos cuyo punto de partida constituyó las necesidades de las familias de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, el trabajo desarrollado entre sus miembros y la combinación con el uso de técnicas más eficaces para el control del estrés. (Fallon&Pederson, 1992; Lega, Caballo&Ellis, 1997, Rascón, Díaz, López & Reyes, 1997, Varela, 1999) en (Montiel-Castillo, 2016, pág. 326).

Para Hogarty (1986) la psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente y al paciente mismo, información acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Esta debe redundar en primer término en beneficio del paciente y su objetivo consiste en mejorar su

calidad de vida y la de su familia, creando ambientes bajos en estresores, disminuyendo la probabilidad de recaída y la carga familiar” (Mendoza, ND, pág. 2).

El modelo de psicoeducación se ha extendido de la atención a las personas con esquizofrenia a usuarias/os que tengan otros trastornos mentales, su ámbito de aplicación puede ser utilizado a nivel individual, familiar y grupal; en cada uno de ellos la actuación profesional será definido conforme a los objetivos planteados acorde a la particularidad de la población a quien va dirigida la intervención. Sin embargo, permite que la persona con discapacidad psicosocial comprenda y sea más proactiva en el tratamiento de su enfermedad, sustituyendo la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y el autoestigma por la autoestima (Colom, 2011), en (Montiel-Castillo, 2016, pág. 327) .

A través de las sesiones psicoeducativas se persigue dar información a la persona sobre el proceso que está viviendo de tal manera pueda ser capaz de manejar lo que sucede, eliminar prejuicios que originen pensamientos anticipatorios, optimizar la adherencia al tratamiento, disminuir el riesgo de recaídas, aliviar la carga emocional que puede haber llevado al cortocircuito cognitivo, emocional o conductual. En ese sentido, tanto la información como las herramientas para el manejo de circunstancias y el cambio conductual condicionan que la psicoeducación sea aplicable a diversas patologías en el logro de necesarios cambios en los estilos de vida de las personas (Pedraza, Molerio, Álvarez, Hernández & Rodríguez (2012) en (Montiel-Castillo, 2016, pág. 327).

En ese sentido, se presenta la propuesta de una guía psicoeducativa que facilita la interacción de la/el trabajador/a social en el campo de la salud mental, particularmente en usuarias que son atendidas en la clínica de género y sexualidad.

## **Sesión: Disminución de brechas para el autocuidado**

**Sede:** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).

**Servicio:** Clínica de Género y Sexualidad, Servicio de Consulta Externa

**Modalidad:** Individual.

**Responsable:** TSP Cintya Giovvana Andia Garvizu

**Duración:** 11/2 hora

### **Introducción.**

La presente propuesta se realizará bajo la modalidad de intervención psicoeducativa dirigida a usuarias que son atendidas en la Clínica de Género y Sexualidad, a quienes posterior a la aplicación del Estudio Socioeconómico de primera vez, se identificó que hayan sido víctimas de violencia, se planteará la sesión en la que se podrá facilitar contenido sobre la discapacidad psicosocial como uno de los efectos de la violencia; informar sobre la violencia de género y de pareja para después introducir los recursos institucionales para su atención.

En ese sentido, se mencionarán los contenidos teóricos que soportan esta sesión, el motivo por el que no se desarrolla cada uno de ellos es debido a que en páginas anteriores se han desarrollado ampliamente en los capítulos anteriores. Posteriormente se particularizaran aspectos técnicos y metodológicos a contemplar en la sesión, se incorporará la carta descriptiva de la sesión así como el material que se contempla será útil.

### **Justificación.**

Las usuarias que son atendidas en la clínica de género y sexualidad, en ocasiones, desconocen los constructos relacionados a la violencia de género-violencia de pareja; por otro lado, hay algunas usuarias que son canalizadas por otras instancias de salud o de atención a víctimas de violencia, están empoderadas en el conocimiento de sus derechos; sin embargo, no saben lo concerniente a la discapacidad psicosocial desde la mirada social de la enfermedad, su acercamiento a la salud mental es desde la perspectiva médica; por consiguiente, el presentar la perspectiva social le permitirá abrir horizontes en el reconocimiento de sus derechos como ser humano y ciudadana de este país.

Por otra parte, una manera de acercar los servicios de la clínica de género y sexualidad del INPRFM es brindar información sobre los procedimientos y políticas que cubren la

atención de las mujeres en dicha clínica; de tal manera, la atención que reciba la persona sea con información de lo que podrá acceder a la comunidad institucional y los servicios que se ofrecen. Adicional a ello, es importante que las personas atendidas tengan información de los recursos institucionales que existen adicionales al del INPRFM donde podrían acudir en caso de necesitar algún servicio diferente al que se otorga.

### **Fundamentación Teórica.**

- Género
- Violencia de género, violencia de pareja.
- Tipos de violencia.
- Repercusiones de la violencia.
- Discapacidad psicosocial como efecto de la violencia.
- Modelo social de la enfermedad, brechas de atención - estigma.
- Psicoeducación

#### **I. Objetivo general:**

Facilitar la reflexión crítica de la información sobre la discapacidad psicosocial y la violencia de género para la formación de habilidades psicosociales de autocuidado en usuarias de la Clínica de género y sexualidad del INPRFM y ejerzan sus derechos humanos.

#### **Objetivos específicos.**

- Informar acerca de la discapacidad psicosocial para afrontar asertivamente el estigma y fortalecer las actitudes de autocuidado.
- Visibilizar los mecanismos por medio de los cuales se ejerce la violencia de género – violencia de pareja, así como los tipos de violencia y sus consecuencias.
- Promover estrategias de integración y formación de redes de apoyo social como instrumento en el ejercicio de sus derechos humanos.

#### **II. Metas.**

- Generar un grado de aprendizaje del 85% en las participantes con respecto a la violencia de género – violencia de pareja.
- Generar un grado de aprendizaje del 80% sobre la discapacidad psicosocial como una de las posibles consecuencias de la violencia de género.

- Generar un grado de aprendizaje de 80% de las estrategias de integración y formación de redes de apoyo social.

### III. Límites.

Universo: Usuaris de la clínica de género y sexualidad.

Espacio: Servicio de Consulta Externa del INPRFM, módulo C, edificio de Servicios Clínicos.

Tiempo: 1 sesión.

### IV. Contenido temático.

- Información sobre violencia de género-violencia de pareja.
- Comprendiendo la discapacidad psicosocial
- Estrategias de autocuidado, clínica de género y sexualidad.

### V. Metodología.

Se tratará de una sesión individual dirigida a usuarias a quienes posterior a la aplicación de su Estudio Socioeconómico se identificó haber sufrido violencia en cualquiera de sus modalidades; independientemente de su grado de formación escolar o académica hayan firmado el consentimiento informado del Servicio de Consulta Externa y aceptado participar en la sesión.

. **Fase de involucramiento**, posterior a la aplicación del estudio socioeconómico se informará a la usuaria de la intervención a llevarse a cabo, invitándole a participar, mostrando que esta estrategia contribuye a tener información de la violencia de género, discapacidad psicosocial e identificar los recursos con los que cuenta para afrontar la discapacidad psicosocial tanto institucionales como los que pueda encontrar en la comunidad; si la usuaria aceptara, se establecerá fecha y hora de sesión.

#### . **Fase de información y entrenamiento.**

El proceso se llevará a cabo bajo la metodología de la psicoeducación donde se facilitará información clara y de habilitación de estrategias de autocuidado. En la fase de información se proporcionará información sencilla y clara respecto al contenido temático planteado. Por otro lado, en la fase de entrenamiento de habilidades se presentará material teórico de la habilidad a enseñar; de tal manera, a partir de la experiencia individual se pueda promover actitudes de autocuidado.

La metodología aplicada para cada sesión a considerar será:

**Fase previa.** Comprende el trabajo de coordinación con el equipo interdisciplinario de la logística de la atención a la usuaria en la Clínica de género y sexualidad posterior a la sesión psicoeducativa (Continuidad de su tratamiento).

Preparación del ambiente físico, material didáctico, revisión de la Guía psicoeducativa, revisión bibliográfica, habilitación de los controles de registro de la actividad.

**Fase social.** Se aplicarán estrategias para establecer un ambiente de confianza, identificación de la usuaria, bienvenida, registro de asistencia.

**Fase introductoria.** Se presentará el objetivo de la sesión.

**Fase de contenido o desarrollo.** Se procederá a la aplicación de técnicas conforme a la guía psicoeducativa; de tal manera se promueva la reflexión y el análisis de los contenidos temáticos planteados por medio de la exposición del material por medio de la información y aplicación de técnicas didácticas que favorezcan el proceso de aprendizaje.

**Fase de cierre.** Se lleva a cabo una recapitulación, resumen, moderación de sentimientos y conclusiones del aprendizaje adquirido en la sesión, se entrega tríptico de la Clínica de género y sexualidad, despedida. Posterior a ello, se completa la nota informativa de la actividad completada y se integra al expediente de la usuaria.

#### V.I. **Técnicas.**

**Técnicas didácticas;** las cuales son empleadas para facilitar la acción individual y pueden ser de comunicación, análisis y abstracción entre otras en cuya aplicación se informa el objetivo de la sesión; las tareas a desarrollar, se aplica la tarea y posteriormente se la revisa para introducir el análisis reflexivo de la tarea llevada a cabo, vinculando la experiencia personal de la ejecución de la tarea, vida cotidiana y temas a tratar.

**Técnicas psicosociales,** que promueven la reflexión crítica: silencios, clarificación, expresiones de interés, preguntas, transacciones, resumen o recapitulación, generalización, connotación positiva, reflejo o traducción del pensamiento,

estructuración, rastreo o sondeo: alentar, preguntas que clarifiquen a estimular a la ampliación del tema, sin cuestionar lo que se dice.

### **Estrategias dialécticas:**

- Siempre hay más de una manera de ver una situación y más de una manera de resolver un problema.
- Todas las personas tienen cualidades únicas y diferentes puntos de vista.
- Es importante no ver el mundo en términos de blanco y negro o en todo o nada.
- Dos cosas que parecen o son puestas pueden ser ambas ciertas.
- El cambio es lo único constante.
- Los significados y la verdad pueden cambiar a través del tiempo.
- El cambio es transaccional. (Pérez, 2018).

### **X. Instrumentos.**

Formato de registro de asistencia.

Presentación con diapositivas.

Cartel de la rueda del poder y del círculo de la violencia.

Tríptico de la Clínica de género y sexualidad.

Carta descriptiva – guía psicoeducativa.

Nota Informativa.

### **XI. Recursos.**

Humanos: 1 Trabajadora Social

Materiales: Cubículo, sillas, hojas blancas, lápices.

Tecnológicos: 1 equipo de cómputo con acceso al Sistema de Hospital.

Responsable, coordinador de la Clínica de Género y Sexualidad.

Facilitadora, Trabajo Social.

### **XII. Organización.**

Responsable: Coordinadora de la Clínica de Género y Sexualidad

Facilitadora: Trabajo Social

Para la organización interna se incluye lista de asistencia y encuadre que establece normas básicas para la interacción, como respeto, confidencialidad, tiempo de tolerancia para iniciar la sesión, además de definir los roles de la psicoeducadora como facilitadora y de la participante con actuación activa en el proceso de la sesión y las actividades a realizar.

Observación y seguimiento del proceso, identificación de estructura, roles y comunicación.

Retroalimentación: se hace un análisis del proceso de la sesión, impacto de la información otorgada, cumplimiento de los objetivos, así como de la participación del Trabajador Social, en la aplicación de técnicas, metodología y manejo de la interacción, ello se registra en la nota informativa a incluir en el expediente de la usuaria.

Las actividades logísticas son responsabilidad de la Trabajadora Social Psiquiátrica adscrita a la Clínica de Género y Sexualidad, el INPRFM otorga la infraestructura y recursos materiales a través de gestiones de la Jefatura de Trabajo Social y la Coordinación de la Clínica de la Clínica de Género y Sexualidad de la Subdirección de Consulta Externa, Dirección de Servicios Clínicos.

## Carta descriptiva

<b>Nombre de la sesión</b> Disminución de brechas para el autocuidado.	<b>Dirigido a</b> usuarias en situación de violencia. Clínica de Género y Sexualidad.
Tipo de sesión <b>Psicoeducativo</b>	<b>Nombre de la Institución</b> INPRFM
<b>Responsable de la sesión</b> TSP Adscrita a la Clínica de Género y Sexualidad	Sede <b>Aula primer piso, módulo C.</b>
<b>Objetivo General:</b> Facilitar la reflexión crítica de la información sobre la discapacidad psicosocial y la violencia de género para la formación de habilidades psicosociales de autocuidado en usuarias de la Clínica de género y sexualidad del INPRFM y ejerzan sus derechos humanos.	<b>Tema:</b> Discapacidad psicosocial como uno de los efectos de la violencia de género, reconociendo estrategias para afrontar asertivamente el estigma y fortalecer las actitudes de autocuidado.

Fecha y hora	Objetivos Específicos	Contenido Temático	Técnica Didáctica	Auxiliares Didácticos	Actividades	Responsable	Bibliografía
La acordada con la usuaria.	Informar acerca de la violencia de género, la discapacidad psicosocial, estigma, para generar y fortalecer estrategias de autocuidado	Discapacidad psicosocial y violencia de género/pareja  Prejuicios y creencias de la discapacidad psicosocial.  Autocuidado, tejiendo redes.	<b>Expositiva</b>  Análisis	Presentación con diapositivas.  Díptico con la Rueda del poder, Círculo de violencia, directorio institucional.  Hojas de registro  Hojas blancas  Tríptico Clínica de Género y Sexualidad	Bienvenida * Encuadre de la sesión. *Presentación del tema. *Información sobre los recursos institucionales, comunicación proceso de atención en la Clínica de género y sexualidad. *Resumen, moderación de sentimientos y cierre.	Cintya Andia Garvizu	López Angulo Laura (2011) Manual para la ayuda a mujeres víctimas de violencia, Cienfuegos, Universidad de Ciencias Médica de Cienfuegos.  Rascón Gasca, María Luisa (2011), guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales.  Servicio Murciano de Salud (2010), Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja, Murcia.

## **Guía Psicoeducativa.**

### **Nombre de la sesión**

Disminución de brechas para el autocuidado

### **Introducción.**

La violencia de género es un problema de salud pública que viola los derechos humanos de las mujeres y limita el desarrollo de la equidad y la igualdad entre quienes conforman la sociedad. Este tema es contemplado en los compromisos nacionales e internacionales, particularmente el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024.

Uno de los efectos de la violencia de género compromete la salud mental de las mujeres, incluso su vida, los homicidios y los suicidios; algunos efectos no mortales son la pérdida de años útiles de vida y el incremento de años con discapacidad psicosocial. En ese sentido, se entenderá la discapacidad psicosocial como las barreras que la sociedad presenta a personas que tienen una enfermedad mental, por estas barreras estructurales y culturales, las personas no atienden oportunamente su problema de salud.

En ese sentido, esta guía incluirá contenidos teóricos sobre violencia de género, discapacidad psicosocial, barreras como el estigma hacia personas que tienen una discapacidad psicosocial, relacionando los efectos de la violencia de género y las brechas en la atención, así como la descripción de medidas recomendaciones que podrían utilizarse en el desarrollo de la sesión; por otro lado, se señalarán algunas recomendaciones que podrían ser otorgadas a la persona durante la entrevista; finalmente, se integrarán algunos carteles que podrían ser auxilio en el proceso de facilitar la información.

### **Contenido Educativo.**

La UNICEF particulariza la violencia basada en el género como un término utilizado para describir los actos perjudiciales perpetrados en contra de una persona sobre la base de las diferencias que la sociedad asigna a hombres y mujeres. (UNICEF, nd), éste es un problema muy complejo que afecta a millones de personas en el mundo y en el país; estos actos de violencia se manifiestan cotidianamente y sutilmente son aprendidas y reproducidos por en las familias, las telenovelas, las iglesias, las escuelas como un

mecanismo de control que justifica los desequilibrios de poder a partir de las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres.

La violencia de género ocurre en espacios donde hay una relación de poder, mayormente se da de un hombre en contra de la mujer, aunque también podría darse entre mujeres. En la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia publicada en el Diario Oficial de la Federación del 20 de enero del 2009 se identificó que la violencia ejercida en contra de las mujeres puede ser Física, psicológica, patrimonial, económica, sexual y feminicida; se pueden dar principalmente en el ámbito familiar, pero también se da en los trabajos, la comunidad, en las instituciones por algún servidor público.

Las consecuencias que tiene la violencia de género son daños graves que impacta su calidad de vida, su integridad física, social y su salud mental; lo cual implica costos para que la persona que sufrió violencia deba requerir servicios médicos, psicológicos, etc.

**La discapacidad psicosocial** es la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas. es un proceso que aparece cuando el entorno no permite a una persona participar de la misma manera que todos a causa de un proceso o antecedente de salud mental

La discapacidad psicosocial no tiene pronóstico seguro, la mejoría es factible, los síntomas varían para cada una de ellas, entre el 20% y el 25% se restablecen después de un brote agudo, entre el 20% y el 25% necesitan cuidados hospitalarios, el 50% puede vivir con alguna disminución de sus capacidades. (Rascón G. M., 2011, pág. 9).

Muchas de las personas con discapacidad psicosocial son víctimas de violencia, un tema con el que frecuentemente es el **estigma** que se traduce en rechazo, hostilidad en ocasiones convertido en autoestigma incorporado que les hace todavía más vulnerables, y en circunstancias más difíciles porque ello puede implicar perder un trabajo, dejar de estudiar, que les quiten las custodias de sus hijos. La persona se enfrenta a una crisis, inicialmente por la violencia recibida, posteriormente por haber recibido el diagnóstico médico de su discapacidad psicosocial y no poder comprenderla, difícilmente aceptarla y pedir ayuda para poder atenderse.

El proceso de aceptación de una enfermedad fue descrito por la Dra. Kubler-Ross (1969), quien identificó algunas etapas por la que transita la persona con una discapacidad psicosocial y su/s familiar/es; este proceso está contenido por la negación y aislamiento, la ira manifestada en rabia, envidia y resentimiento que sustituye a la negación; la fase de pacto o regateo que comprenden negociaciones continuas entre la tensión de la persona enferma y quienes le rodean; la fase de la depresión donde la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y será invadida por una profunda tristeza; finalmente, la aceptación donde la persona comienza a sentir cierta paz, se permite poder sentir esperanza. (Rascón G. M., 2011, págs. 14-15).

En este proceso es muy importante el apoyo familiar de/para la persona que tiene una discapacidad psicosocial; cuanto más flexible sea su familia y sus miembros se adapten permitiéndose expresar sus emociones y comunicándose efectivamente, el soporte será más positivo; no menos importante, es el autocuidado que se entenderá como la capacidad que tiene la persona de cuidarse así misma, lo cual también involucra a distintas personas.

En ese sentido, es muy importante que la persona acepte que tiene una discapacidad psicosocial y haga uso de sus recursos personales, redes de apoyo social tanto primarias como secundarias para atenderse y habilitarse en el uso de sus derechos como ciudadano y desarrollar sus potencialidades en beneficio de sí mismo y de los demás.

### **Magnitud del problema**

La violencia contra las mujeres – especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- fue reconocida el como un problema de salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres el 29 de noviembre de 2017 por la Organización Mundial de Salud, en ese entonces afectaba a más de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La mayoría de todos estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, caso un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida (OMS, Violencia contra la mujer, 2017).

El ámbito en el que mayormente se presenta esta situación es en la familia, siendo ésta uno de las instituciones ideológicas de poder en el que se naturalizan las acciones de subordinación hacia las mujeres mediante el proceso de socialización por medio de la asignación de guiones, roles, costumbres, representaciones sociales que definen la identidad femenina y masculina, normalizando el uso y el abuso de poder; lo cual consecuencias a nivel individual y familiar.

Una de las consecuencias de la violencia de género es la discapacidad psicosocial; que particularmente se puede manifestar en depresión, trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria y disfunciones sexuales, trastornos del sueño, abuso de sustancias entre otras. En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Redes en Hogares (ENDIREH), 2016 del INEGI, el 64.3% señaló que sufrió agresión física o sexual por parte de su pareja; de este universo, 82,5% experimentó tristeza, aflicción o depresión; 49,3% angustia o miedo y 45.8% problemas nerviosos; además 34.3% también presentó pérdida o aumento de apetito y 32%, insomnio.

### **Trascendencia.**

La violencia de género tiene repercusiones nocivas que van desde lo personal, familiar hasta el social, con consecuencias en el deterioro de la salud, las relaciones interpersonales y delitos múltiples. La violencia de pareja es un fenómeno difícil de detectar, porque se oculta o se permite y su manifestación visible es a través de la violencia física. (Águila, 2016, pág. 705).

La persona agredida se aísla de la familia y de las amistades hasta el punto de ocultar el abuso, por lo general el agresor manifiesta que su víctima “está loca” y que provoca con su comportamiento el ser agredida. Es común que el agresor quiera ocultar sus agresiones y que la víctima lo delate, llegando al extremo de impedir la asistencia médica cuando el agredido la necesita. (Águila G. Y., 2016, pág. 705).

La OMS señala que la violencia puede afectar negativamente a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres, y en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer el VIH.

Los niños que crecen en familias en las que hay violencia pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales; los cuales pueden asociarse también a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida. (OMS, Violencia contra la mujer, 2017).

### **Factores condicionantes y determinantes.**

La violencia familiar es una forma de violencia estructural pues para que ocurra es necesario cierto nivel de aceptación y tolerancia social (apoyada por la cultura, el derecho, la ideología...) hacia esa violencia. (Ramos V. , 2007, pág. 189).

La evidencia ha dado su mirada desde diferentes posturas para que se legitime la violencia de género, violencia familiar y de pareja; particularmente, se hará mención de la teoría del aprendizaje social desarrollada por Albert Bandura, psicólogo ucraniano-canadiense, quien planteaba que los patrones agresivos se originan desde y en la infancia por la imitación que los niños hacen de los modelos que observan y luego reproducen (sus padres, hermanos, compañeros, maestros o en los medios de comunicación).

La transmisión de patrones de convivencia se introducen los primeros años de vida de la persona donde el proceso de socialización se da por medio del aprendizaje social, en el que las pautas de comportamiento están verbalizadas incluso desde el momento que se sabe la madre está embarazada y está esperando un/a niña/o, se piensa en los colores que le van a tocar de acuerdo al sexo del/a que nacerá y con el comportamiento de quienes rodean a la persona se introducen pautas y guiones de interacción “los hombres siguen definiéndose principalmente por la orientación instrumental, las mujeres por la función expresiva” (Lipovetsky, 2007, pág. 26).

La teoría del aprendizaje social explica la violencia familiar centrando su atención en el modo violento en que los progenitores se relacionan entre sí o con sus hijos (Bandura, 1987<sup>a</sup>, 1987<sup>b</sup>; Bandura y Ribes, 1975, Bandura y Walters 1983). Así este enfoque rechaza la concepción innata de la agresividad humana y la base genética del temperamento o de la personalidad, trasladando el origen de la violencia al aprendizaje por modelado que se produce en las relaciones interpersonales, en nuestro caso, familiares (Aroca, 2012, pág. 493).

Akers (2006), en su última reformulación de este modelo explicativo, revela cómo aprendemos, mantenemos y modificamos la conducta que podemos observar y modelar en distintos contextos de aprendizaje: familia, grupo de pares, medios de comunicación, etc. Además, establece una serie de requisitos o factores de riesgo, desde el paradigma del aprendizaje humano, que hacen más probable que una persona sea violenta. (Aroca, 2012, pág. 493).

En ese sentido, la violencia de género es un fenómeno que resulta de la convivencia de la persona dentro de su familia que repercute en quienes la conforman; particularmente en las mujeres. Por la especificidad del campo, se pondrá atención en una de las consecuencias de la violencia tiene que ver con el deterioro de su salud mental, expresada en una discapacidad psicosocial cuyo tratamiento es prolongado y costoso tanto en el plano económico como en el social y en el psicológico; por consiguiente, se mencionarán algunas medidas que desde la evidencia se sugiere para su atención.

### **Medidas de carácter general.**

Se recomienda cuidar detalles de la presentación para que el contenido se ajusten al tiempo que se tiene contemplada para la interacción; de tal manera, se puedan cubrir los objetivos planteados. En ese sentido, el manejo del contenido temático permitirá hacer cambios de las láminas preparadas para que éstas sean acorde a lo comentado.

Será importante establecer una relación que le transmita seguridad, aceptación, protección, en la que se reitere la confidencialidad de la información, será muy importante el manejo de lenguaje sencillo para facilitar el proceso que comprenderá:

- La exposición del material preparado, permitir en el proceso que la usuaria describa la situación por la que atraviesa, poner en claro su dimensión, explorando que la usuaria revise que las causas de la situación por las que atraviesa, analizando el proceso de la violencia vivida, su significado, identificando maneras de enfrentar la situación.
- Examinar los recursos personales, familiares y sociales con los que podría contar, dependiendo de las necesidades identificadas.

- Explorar las capacidades y potencialidades de la persona entrevistada que le faciliten la indagación de posibles soluciones.
- Entregarle un directorio que incluya entidades a las que podría recurrir en caso de ser necesario, informarle sobre el modelo de atención de la Clínica de género y sexualidad, facilitarle el tríptico invitándole a continuar con su atención en el INPRFM.

## **Conclusiones.**

El presente trabajo tiene como objetivo conocer las repercusiones en la salud mental, manifestada como psicopatología, de mujeres que experimentaron violencia y fueron atendidas en el turno vespertino del Servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, a partir de la revisión de expedientes de usuarias atendidas en el periodo enero 2013 a octubre 2014, lo cual permitió generar información que permita proponer estrategias desde la visibilización de las aportaciones que trabajo social desempeña en el campo de la psiquiatría y la salud mental.

En ese sentido, se revisó 1370 expedientes de los cuales el 70% de los usuarias eran mujeres y 30% eran hombres, lo cual concuerda con lo que reporta la literatura en virtud de que la mayor parte de la población que adolece de una enfermedad mental son mayormente mujeres como lo reportado por (Medina Mora, 2003), es en la población mexicana en general, las mujeres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno en comparación con los hombres para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%) y en los últimos 30 días (6.5% y 5.1%). Un análisis de lo anterior permite observar que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

Si bien, existen aspectos biológicos como los cambios hormonales que interfieren para que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar alguna discapacidad psicosocial; existen factores sociales, las circunstancias de la vida, particularmente las construcciones culturales en torno a los guiones del género femenino que significan una alta expectativa respecto a su cumplimiento de dicho rol “una mujer siempre se las arregla para satisfacer a los suyos”, que es un papel que en ocasiones no se reconoce el trabajo que implica, que a partir de la división sexual del trabajo, los valores humanos se rigen por los principios del trabajo productivo donde se construye un tipo ideal social, el ideal maternal que interiorizan las mujeres en su subjetividad, pasa a ser constitutivo de su definición como sujetos; por tanto, se naturaliza omitiendo el esfuerzo y el valor que constituye trabajar dentro del domicilio desempeñando labores que fácilmente podrían ser compartidas, evidencian la desigualdad en el poder de lo masculino sobre lo femenino, en éste inciden; los aspectos culturales que tienen que ver con la crianza-maternidad, cuya finalidad principal es la producción de sujetos sociales y psíquicos; de ahí que las hace mostrarse

con roles de cuidado al/a otro/a, el establecer vínculos amorosos, manifestar abiertamente sus sentimientos, quedarse en la esfera del hogar, lo privado, siendo su trabajo en la esfera de la naturalización e invisibilización de su rol. (Burín, 2010, págs. 8-11).

El incumplimiento de roles asignados culturalmente es muy castigado, principalmente por los sentimientos de culpa y vergüenza que se internalizan al no desempeñar adecuadamente el papel o tarea enseñada; por la fragilidad aprendida, ser más susceptibles a mostrar los sentimientos abiertamente, no se aprende a regular las emociones/reprimirlas como el varón ha aprendido a realizarlo; por tanto, se desborda manifestando desequilibrios en sus reacciones a eventos muy fuertes que la sociedad ha normalizado, tales como la violencia; sin embargo, parece a quien suscribe que es totalmente comprensible, si se hace el símil con un vaso de agua que se llena y desborda porque no hay cristal que lo contenga, muchas veces, el agua termina por rebalsar el vaso; cuando la mujer es maltratada, mucho más si tiene consciencia de lo que ello significa y lamentablemente, no hay eco en quienes le rodean para darle apoyo, por supuesto que esta crisis tendrá que manifestarse de alguna manera, habrá necesidad de que la persona sea auxiliada y reciba atención y cuidados en su salud física y emocional.

Con referencia los rangos de edad en los que se identificó que las mujeres viven una situación de violencia se ubica entre los 25 y 48 años, edad que corresponde a la edad joven y adulta joven que probablemente se encuentra en una situación de pareja; lo cual coincide con la información que el 50% de las personas recibió violencia por sus parejas o sus exparejas, lo que las ubica en el ámbito familiar 75% de los expedientes revisados lo cual tiene congruencia por la reportada a nivel nacional donde de acuerdo al ENDIREH 2016 se conoció que el 43.9% de las mujeres de 15 años y más de edad en el país han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas en algún momento de su actual o más reciente relación (sea por matrimonio, convivencia o noviazgo); cifra que en 2011 era del 47%. (INMUJERES I. N., 2016). Por otro lado, de acuerdo con la Secretaría de Salud (Salud, 2018, pág. 7) se estima que la violencia familiar es la principal causa de muerte y discapacidad de mujeres entre 15 y 44 años.

El rango de edad mencionado equivale a la edad en el que las mujeres ya están experimentando el papel de ser madres, dicho rol tiene altas expectativas respecto a su cumplimiento, ello implica un trabajo no remunerado el 100% y muchas veces muy poco reconocido, es una forma de “trabajo invisible” de las mujeres, que se queda dentro del

hogar, en lo privado, como culturalmente ha sido introyectado en nuestra sociedad. El cansancio por el trabajo maternal está claramente asociado con el malestar de las mujeres, pero suele aparecer bajo la forma de angustia, sentimientos de culpa, hostilidad reprimida o trastornos psicosomáticos. (Burín, 2010, pág. 10); en ese sentido, se constituye como un factor psicosocial que podría fungir como disparador de un probable trastorno mental; de hecho, hay algunas mujeres que experimentan la depresión posparto; (Berenzon, 2013, pág. 76) mencionó que en México ha sido un poco estudiada, pero datos recientes informan de una prevalencia de 32.6% (14.1% depresión mayor y 18.5% depresión menor).

Se concuerda con Roberto Castro, quien afirmó que la violencia de género es en contra de la mujer por el hecho de ser mujer, lamentablemente, la construcción ideológica del sistema patriarcal dominante está diseñado para que persista este juego de poder en torno a la división sexual del trabajo; donde las actitudes tienden a la tolerancia y justificación de la violencia, mantenimiento de la mujer en la situación del maltrato; situación que principalmente se suscita dentro de las familias.

Con respecto al número de integrantes de las familias, se encontró que está compuesta por uno a cuatro miembros; de acuerdo con el (INEGI, Encuesta Nacional de los hogares, 2017), el tamaño de los hogares en México es de 3.6 personas, lo cual hace evidente que la información obtenida es una pequeña muestra de la realidad nacional; pero con referencia al tema que ocupa este trabajo, la violencia se ubica en el ámbito de lo privado, lugar en el que de primera mano se reproducen las representaciones sociales que van acompañados de guiones sociales, patrones sexuales que se acomodan conforme a la diferenciación de sexo de las personas; particularmente en el hogar es uno de los espacios donde se da el aprendizaje social por medio de comunicación verbal y no verbal que reproduce la cultura patriarcal dominante, donde la violencia de género es mayormente de los hombres en contra de las mujeres.

Retomando a Bandura, por medio del aprendizaje social, estos patrones de convivencia que se reproducen a través de los diferentes aparatos ideológicos del sistema se ubica en los primeros años de la persona que observa y posteriormente modela actitudes de violencia de género, de pareja y familiar.

(Puente-Martínez, 2016, pág. 303), sugiere que la presencia de hijos y otros familiares son un elemento de estrés añadido en la relación que funciona como factor de riesgo; por

un lado, se piensa en la carga de trabajo que esto significa para la mujer, hay que cuidar a los hijos, a los padres de la pareja o sus padres, cuidar de la pareja, genera mayor agotamiento en el “darse” a los otros relegando el cuidado personal; por otro lado, donde los roles tradicionales son perpetuados en la familia, donde el varón es quien provee, la mujer quien por las circunstancias debe llevar el cuidado del hogar, más aún si durante la infancia experimentaron violencia, la visualización de una situación de abuso será mucho más difícil cuando ha estado acostumbrada a la tolerancia y aceptación de la violencia como algo “normal” dentro de lo cotidiano.

Con referencia a la religión, la población que formó parte de esta investigación profesa principalmente la religión católica en un 67% y otra religión diferente suma el 16% que hacen un total del 83%; la ideología patriarcal también es reproducida por la iglesia, ésta constituye en uno de los aparatos ideológicos del estado; por tanto, las creencias de superioridad masculina veladamente y en ocasiones de frente, refuerzan esta dominación del hombre contra la mujer. Al respecto se concuerda con lo expuesto por (Puente-Martínez, 2016, pág. 303) que mencionó que la asociación entre fundamentalismo religioso y violencia es coherente con la idea que las religiones patriarcales crean un entorno social donde las mujeres son culturalmente dependientes de los hombres y donde la violencia contra las mujeres es legitimada y aceptada por la sociedad.

Refiriendo a la seguridad social, el 71% por ciento de las usuarias cuyo expediente fue revisado no contaban con seguridad social, ello obedece al mandato institucional que como entidad de la secretaría de salud la población a la cual está dirigida su atención preferentemente no debe contar con servicios de seguro social. No obstante, a nivel nacional de acuerdo con el (INEGI, Población total según condición de derechohabiencia, 2015) el 40.1% de la población no tiene seguridad social, en éste se contempla al IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, PEMEX, SEDENA, SEMAR; el 36.8 cuenta con algún tipo de seguridad social y el 23.1% acude a servicios médicos privados. Lo cual hace pensar que gran parte de la población no cuenta con seguridad social; por tanto, tiene que acudir a servicios cuyos costos deben ser cubiertos por la persona, en menor escala si éstos son de la Secretaría de Salud; sin embargo, la privatización de la salud ha sido un impulso muy fuerte para el sistema económico vigente.

El no tener acceso a la atención en los servicios de salud, hacen más grande las brechas de atención de usuarias/os en situación vulnerable; aunado a ello, se resaltan los aspectos

socioculturales que están relacionados con el estigma a la enfermedad mental, éstos contribuyen a un mayor retraso para que las personas se decidan acudir a un hospital psiquiátrico, o particularmente consultar a un psiquiatra; ello más bien podría contribuir a un maltrato mayor, principalmente por la alta emoción expresada de hostilidad, rechazo, sobreinvolucramiento que desata en quienes asocian tener una discapacidad psicosocial a las figuras de la “locura” que se retrata principalmente a través de los medios de comunicación, donde en musicales y las películas se siguen mostrando escenas características de los siglos XVIII y XIX, que contribuyen muchas veces además de etiquetarla, denigran a la persona que tiene una discapacidad psicosocial.

No cabe duda que el papel que le corresponde al gobierno la atención de la salud mental es muy importante; particularmente en los primeros niveles de atención, en muy pocos centros de salud e incluso hospitales de segundo nivel de atención cuentan con profesionales que atienden en el campo de la Salud Mental. “La Secretaría de Salud destina para la salud mental el 2% del presupuesto del asignado al ámbito de la salud; el 80% se utiliza para los gastos de hospitales psiquiátricos [...] el 77% de las camas de psiquiatría están ubicadas en las ciudades más grandes o cerca de ellas; esta situación produce desigualdad de acceso a los servicios de salud mental para las minorías (lingüísticas, étnicas, religiosas). (OMS, Informe de la evaluación del Sistema de Salud mental en México utilizando el instrumento de Evaluación de Salud Mental de la Organización Mundial de Salud, 2011, pág. 11 y17).

Por otro lado, la posibilidad de contar con seguridad social, podría darse por un lado debido a que las mujeres trabajadoras tienen ese derecho, ésta situación es compleja porque muchas de ellas, no tienen otra opción que insertarse en el mercado laboral debido a que se tienen que compartir responsabilidades económicas con la pareja o afrontar solas al sostén de un hogar; en México, se ha incrementado los hogares donde la jefatura es femenina, de acuerdo con el (INEGI, 2017), el 28.5% de los hogares tienen una jefatura femenina, y en el 2014 era el 27.2%. Esta situación ha tenido un aumento de 1.3% en tres años y la evidencia señala que probablemente muchas de ellas han estado expuestas a mayor violencia a lo largo de su vida en sus familias de origen pero de su pareja principalmente “El resultado de mayor conflictividad en la vida de pareja de las mujeres jefas, sugiere que puede haber una fuerte interrelación entre violencia doméstica, separaciones o divorcios, y jefatura femenina, ya que sabemos que muchas de las jefas han estado expuestas a estas transiciones familiares [...] la violencia doméstica podría ser

vista como un factor que explicaría la disolución de la unión conyugal y la formación de unidades dirigidas por mujeres”. (García B. y., 2005, pág. 44).

Cuando ambos cónyuges tienen actividad laboral fuera del hogar, la responsabilidades de cuidado en la familia muchas veces no es compartida, lo cual significa una segunda o tercera jornada laboral que tienen que llevar a cabo las mujeres, entonces, se normaliza que la mujer trabaja fuera de su casa muchas veces con menor reconocimiento económico por el esfuerzo realizado en comparación al hombre que realiza una actividad similar y dentro de la casa, el aporte que realiza la mujer se ha invisibilizado, porque es lo esperado, de acuerdo al guion que le fue asignado, es lo “natural” en cuanto a las tareas fijadas al rol femenino dentro del hogar; sin embargo, la corresponsabilidad en el cuidado de la familia es un proceso al que debe aspirarse y traducirse en roles domésticos compartidos; es otro reto para las mujeres, los hombres, la familia, la iglesia, los medios de comunicación, nuestros discursos y nuestros hechos. Se vio un documental donde muestra que, dentro de las asignaturas de algunos países nórdicos, la materia de nutrición (donde se enseñan procedimientos de preparación de alimentos), es una materia a la que tanto hombres como mujeres cursan, en lo cotidiano, las tareas domésticas se comparten entre quienes conforman una familia, así es su cultura, hacia ello debemos caminar.

Con respecto al ingreso económico reportado, el 43% correspondió a personas que contaban con uno y medio a tres salarios mínimos, de ahí que posterior a su evaluación socioeconómica el nivel socioeconómico asignado fue del nivel 2 en un 50%, ello se relaciona con la población en situación de vulnerabilidad económica que acude al INPRFM, de acuerdo al (CONEVAL, 2018) el 41.9% de la población vive en situación de pobreza en el país; por tanto, sus circunstancias de vulnerabilidad les lleva a tener rezagos en educación, dificultad de acceso a los servicios de salud que el 2018 llegó a ser el 16.2% de la población a nivel nacional. Más aún si se trata de servicios especializados de salud, aunado a la accesibilidad estructural, piensa en los aspectos culturales como el estigma a la salud mental, constituyen barreras importantes que hacen mucho más grande la brecha de tratamiento.

Más aún si se trata de una mujer que tiene una discapacidad psicosocial; ello le confiere una etiqueta que le acompaña y le descalifica; principalmente si tiene un problema con su pareja y están en proceso de divorcio, muchas veces ello es utilizado para quitarles la patria potestad de sus hijos, se dan comportamientos abusivos desde lo sutil hasta lo

directo que afecta la autoestima de la mujer; que a veces no cuenta con el apoyo de su familia extensa y económicamente depende de su pareja, difícilmente puede cubrir costos de su atención, menos de un abogado que le asista en el proceso; por consiguiente, interrumpe su tratamiento, lo cual puede desencadenar en crisis más frecuentes, incluso verse comprometida su vida.

Hasta aquí, se ha mencionado hallazgos que tienen que ver con aspectos sociodemográficos de la población que fue incluida en el presente estudio, que por supuesto tienen relación con la evidencia que está publicada con respecto a las fases del ciclo vital de las mujeres principalmente y la violencia que están sujetas por cumplimiento/incumplimiento de los roles que le son asignados típicos a los de su género; por otro lado, las brechas de atención que son evidentes a partir de factores estructurales y culturales que no favorecen el reconocimiento de las enfermedades mentales como una discapacidad psicosocial; a pesar del tiempo que ha transcurrido y épocas de mirar a la enfermedad mental como algo natural; después como un castigo divino, asuntos del demonio; posteriormente, como una enfermedad, el resultado sigue siendo la exclusión y el señalamiento hacia la persona con un padecimiento psiquiátrico.

En este caso se trata de mujeres que además de sufrir situaciones de violencia, tienen que a veces evitar mencionar que se atienden en una entidad psiquiátrica, por el autoestigma que tienen internalizado, limitándose más las oportunidades que le puedan surgir para completar sus estudios, retomar su actividad laboral. Sin embargo, el mirar la enfermedad mental desde la perspectiva social que reconoce las barreras que la sociedad impone a una persona con discapacidad psicosocial, es la mirada que se debe promover para aminorar las brechas de atención y favorecer una vida con dignidad en usuarias/os a las/os que atendemos, desde el trato cotidiano éste sea en el marco del reconocimiento y respeto de los derechos humanos.

Con respecto al tema principal que ocupa este estudio, un aspecto particular identificado es que el tipo de violencia que mayormente se encontró fue la violencia psicoemocional en un 76%, éste tipo de violencia fue mayor que el físico, sexual, económico y patrimonial; en ese sentido, de acuerdo al (INMUJERES I. N., 2016) el tipo de violencia en la relación de pareja mayormente reportado fue la violencia emocional, en el 2016 4 de cada 10 mujeres en México (40.1%) reportaron que por lo menos una vez a lo largo de su actual o más reciente relación, las habían humillado, menospreciado, encerrado,

destruido cosas de ella o del hogar, vigilado, amenazado con irse, correrla de la casa o quitarle a sus hijos, amenazado con algún arma o con matarla o matarse; les habían revisado su celular o correo electrónico, les llamaban o mandaban mensajes por teléfono todo el tiempo para saber dónde, con quién y qué estaban haciendo. Las consecuencias de este tipo de violencia producen un “daño profundo en la salud mental de la víctima”, hay algunos estudios que indican que los efectos son que las mujeres presentan síntomas de ansiedad, depresión y disturbios en el sueño, trastorno por estrés postraumático, trastorno por abuso de sustancias, ideación suicida, daño emocional y dificultades en su funcionamiento psicológico; muchas mujeres necesitan protección de su abusador y tienen que ser resguardadas en refugios. (Dokkedah, 2019), (Karanurt, 2014).

En este sentido, el hogar se convierte en un espacio de inseguridad del que se debe escapar para dejar de vivir con miedo, dejar de ser propiedad del otro, desencajar de ese rol otorgado por la sociedad como la “buena”, la que cuida, la que da cariño y da de sí porque es una madre-mujer abnegada que se niega así misma la posibilidad del autorreconocimiento de ser una persona con derechos es un proceso muy difícil, mucho más si se tiene una discapacidad psicosocial.

Otra de las consecuencias que se suscitan como producto de la violencia, impactan en la dificultad de no poder contener la situación enfrentada, las usuarias atentan contra su existencia, un 70% intentó suicidarse y no en una oportunidad sino en que dos o más; se dañaron, ingiriendo medicamentos, haciéndose cortes o ahorcándose. De lo anterior se piensa que probablemente el sufrimiento es tan fuerte la presión interna del sentimiento de impotencia de por un lado el incumplimiento con ese rol que le ha sido socializado desde su nacimiento; la vergüenza de haber sido maltratada y tener que hacer evidente de ventilar aspectos de su vida íntima, las dificultades no contar una red de apoyo que le permita encontrar una salida diferente; es decir, encontrar a alguien que escuche, comprenda y atienda con compasión; de tal manera, haya alguna posibilidad de deconstruir los efectos de la situación vivida; sin embargo, al sentirse sola, el impulso de atentar contra sí mismas, contra su existencia.

(Barroso, 2019, págs. 58 - 61), afirma que algunos resultados de investigaciones muestran que los intentos de suicidio y los suicidios consumados en mujeres pueden explicarse en relación con la violencia física y psicológica y el abuso sexual que han vivido históricamente, primero en la familia de origen y luego con la pareja; en el caso de las

mujeres, el suicidio constituye una salida al sufrimiento debido al abuso sexual, la violencia de género... Mientras las mujeres emplean más el envenenamiento y el consumo de medicamentos, los hombres se valen de métodos más letales, como el ahorcamiento, los objetos punzantes y la defenestración.

De acuerdo con el INEGI (2016, pág. 18), el año 2015 se registraron 5.1 defunciones por homicidio por cada 100.000 mujeres en edades que comprenden los 15 a los 24 años, lo cual disminuye conforme avanza la edad. Nuevamente, el rango de edad registrada de los homicidios de las mujeres abarca el periodo de la adolescencia y juventud, son mujeres jóvenes que se quitan la vida en el que las mujeres están más expuestas a sucesos vitales y exigencias del medio a las jovencitas que las hace vulnerables a un riesgo para su salud mental debido a factores psicosociales, como por ejemplo muchachas que padecen anorexia o bulimia. (Burín, 2010, pág. 9).

Los tratamientos para el tratamiento de la discapacidad psicosocial son muy costosos, en muchos de los padecimientos el tratamiento no solamente incluye lo farmacológico, sino son procedimientos multimodales que implica la participación de muchos especialistas; por consiguiente, la persona requiere apoyo económico, instrumental y por supuesto afectivo, el cual incluye a su familia.

Si bien los efectos de la violencia repercuten directamente en salud física y mental de las mujeres que han sido agredidas, también existen efectos de la situación en sus hijos, si ellos han presenciado o presencian la agresión, podría haber una amplia gama desde la situación que la/el menor también es víctima indirecta al observar la violencia, la Convención Internacional de los Derechos del niño/a considera esto una forma de maltrato infantil, el/ los hijos por un lado podrían también ser afectados en su salud mental. Por otra parte, si la violencia ha sido normalizada en la familia, podrían convertirse en maltratadores, aún de su propia madre.

La afectación de la violencia de género también puede manifestarse en su actividad laboral, en ocasiones se ven forzadas a renunciar a sus trabajos, lo cual les genera una pérdida de ingreso; por tanto, mayor dificultad para acceder a cubrir otras necesidades desde las más esenciales hasta las de su cuidado, en ocasiones se ven obligadas a abandonar sus hogares, si bien se decidieron a entablar una denuncia de lo sucedido, no tienen recursos para la asistencia legal. Estar inmersas en este círculo del que muchas veces es difícil desmarcarse, ya que ello involucra además de tomar una decisión, en la

que las respuestas de sus efectos la ubican sola en el escenario debido a que el apoyo de su familia extendida es limitado o ya no existe y, aunque existen instituciones que brindan cada vez mayor sustento, todavía es restringido para quienes son dependientes de una economía precaria y tienen hijos/as a quienes cuidar y se encuentran cercadas por una cultura que les hace culpables de lo sucedido por no amoldarse a los patrones que su pareja determina.

Mucho más aún, el decir que tienen una enfermedad mental, o si se les ocurre mencionar que asisten a un hospital psiquiátrico o insinuar su diagnóstico, son susceptibles a ser receptoras de mayor violencia, si son niña/os – adolescentes, violencia de sus padres porque no entienden el diagnóstico que la/el médica/o ha dado de sus hijos, solamente ven los efectos de cómo se comportan y la presión desencadena en actos violentos; por otro lado, en mujeres a quienes sus parejas podrían amenazarlas de denunciarles ante las autoridades que está “loca”, con la finalidad de obtener lo que ellos quieren o necesitan, como la custodia de los niños, beneficios de su trabajo o restringirles alguna orden de protección que las excluye para tener mejores oportunidades. Se ha documentado abusos que explican incidentes de estrangulación en el que sus parejas argumentan que como la persona tiene un diagnóstico médico psiquiátrico, estaban fuera de control y necesitaban ser refrenadas. (Warshaw, 2015).

De esta manera, en la propia estructuración de las subjetividades e identidades de las mujeres y los hombres, la socialización de género suele ser un factor que produce violencia simbólica y psíquica, que impone mandatos que constriñen a unas y otros, y que convierte las diferencias en desigualdades. Por esta razón, las mujeres permanecemos en una condición de inferiorización y devaluación estructural, cultural e interpersonal. (Ramos, 2007, pág. 85).

El problema de violencia va generalizándose y aumentándose en la sociedad; el revisar o evidenciar la documentación al respecto, da idea de la magnitud que alcanza; sin embargo, debe considerarse que existe un subregistro de la información reportada y que una buena parte de las mujeres que son víctimas de violencia deciden continuar en el círculo que las envuelve, que debido a factores individuales, familiares y sociales; principalmente, culturales identificados en la asignación de guiones que le son transmitidos desde que se conoce que quien va a nacer es una niña; le son asignadas tareas de lo femenino – rol básicamente reproductivo-familiar en lo nutricional (alimentación),

como sostén emocional (contención, cariño), de cuidado (esmero por el otro); que las sitúa en situaciones de riesgo y vulnerabilidad, inicialmente contra una misma por el incumplimiento de las costumbres y valores en los que se le han criado, conflicto interno; por otro lado, por temor al agresor o temor por ellas mismas o por sus hijos, ponen en juego normas sociales y patrones culturales que favorecen la situación de inequidad entre mujeres y los hombres. (Puente-Martínez, 2016, pág. 304) señala que los estudios muestran que las víctimas sienten vergüenza por ser humilladas y culpabilidad por las interacciones negativas [...] Estas emociones de culpa y vergüenza, junto con las de amor, miedo y soledad, que se generan en la víctima en la interacción con el maltratador, además de las estrategias de control ejercidas por éste, provocan que se prolongue la situación de maltrato a la que es sometida. Por otra parte, las actitudes a favor de la violencia la refuerzan.

En la mente se tiene el gráfico de una espiral en la que los elementos que la rodean de alguna manera u otra hacen que la violencia se reproduzca, es tan sencillo pero también a la vez complejo cómo los patrones del ejercicio de poder del orden patriarcal se reproducen tan fácilmente porque están normalizados, tan legítimamente impregnados que el experimentar la construcción de modos de convivencia equitativos donde el lenguaje es validante y los patrones de relación igualitarios suenan como muy lejanos; desde un perspectiva de los derechos humanos, se podría pensar que independientemente de esta dicotomía de ser hombre y ser mujer, ambos sean quienes cuidan, dan cariño, se protegen la/el uno/a hacia la/el otra/o; de tal manera, se pueda visualizar que los roles tradicionalmente asignado a un género sean compartidos, basados en relaciones de equidad e igualdad para que el aprendizaje de los hijos desde sus primeros años se vea el respeto a esa igualdad-equidad quienes conforman el subsistema conyugal. No obstante, ello es un reto para la experiencia personal y profesional que día a día debe ejercitarse; así como una/o se ejercita para manejar la bicicleta, habrá que ejercitarse en actitudes vitales que promuevan una cultura de la paz.

La muestra que se incluyó constituyó una cifra inicial respecto de la implementación de las políticas aplicadas en este Instituto conforme a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia; al hacer el comparativo con parámetros internacionales identificados por la OMS, los cuales se especificaron al inicio de este documento, podría afirmarse que existe una coincidencia de patrones donde la violencia

se presenta en mujeres que permanecen mayor tiempo en su domicilio, se dedican al hogar, cuyo nivel de escolaridad es bajo, así como los niveles socioeconómicos que le fueron asignados y reasignados, lo cual hace pensar de una dependencia económica hacia sus esposos quienes son principalmente los emisores de la violencia; por otro lado, un mayor porcentaje son católicas o profesan alguna religión, lo cual contribuye al arraigo de lo aprendido al interior de la familia que refuerza y coincide con artículos en los que se describen las hacen susceptibles para que sean agredidas.

Quienes lograron llegar a pedir ayuda, una parte de ellas están incluidas en el reporte, principalmente fueron canalizadas por otra entidad gubernamental; lo cual infiere a que ya fueron tratadas en el reconocimiento de su situación de violencia así como en el proceso de tratamiento de la misma, durante el cual se dio la identificación del algunos síntomas que hicieron sean referidas al Instituto, por ello que solicitaron su atención, ya que en menor proporción se identificó a las pacientes que acudieron por iniciativa propia.

Si bien se cuentan con normatividad que se traduce en políticas de atención de violencia, las medidas adoptadas son pertinentes, y forman parte de las redes de apoyo social institucional que se pueden brindar a las víctimas; como parte de un equipo de trabajo, el área de Trabajo Social interviene directamente con las usuarias, cuyas funciones desde la atención social se aplican partir de una evaluación inicial. Esta entrevista es muy importante ya que a partir de ella si se cuenta con la información que facilita la persona entrevistada se podrán implementar algunas estrategias para apoyarla, en ocasiones la presión interior que probablemente algunas de las personas atraviesa es tan grande que no le permite otorgar la información requerida o por el contrario, su agresor se presente en la institución y tienen que ser escoltadas al momento de su salida; de ahí la importancia de plasmar tanto en el diagnóstico inicial como en las notas de seguimiento, situaciones que se identifican al haber un acercamiento con las usuarias, se constituyen en herramientas útiles para el tratamiento de las mismas.

Con referencia al seguimiento de los casos que es a veces restringido por limitaciones personales que se dan a partir de haber evidenciado la situación de violencia , se le van presentando otros problemas y en ocasiones deja de asistir a sus consultas o citas subsecuentes, por los efectos de haber denunciado la violencia y tienen que estar resguardadas en un refugio; por otro lado, tener que contender con comparencias en

fiscalías que las desgastan económicamente, social y psicológicamente; o bien porque probablemente como son atendidas en una entidad psiquiátrica no facilitan el número telefónico que tienen, o las referencias que otorgaron en su registro inicial no coinciden, ello podría estar asociado al autoestigma que internalizado que se asumió respecto a la etiqueta que culturalmente la sociedad le ha asignado y el significado de estar “loca” por asistir a un psiquiátrico; entonces prefieren que no se les llame y sus conocidos desconozcan este aspecto de su vida, siendo esta una limitante inclusive para incluir sus nombres verdaderos en documentación que se genera al interior de la institución, como por ejemplo, cuestionarios sobre su opinión de los servicios o evaluación de desempeño del personal. Dirían Corrigan y Calagrese, 2005, El temor a la estigmatización disminuye la voluntad del individuo en la búsqueda de tratamiento (Knapp, 2007).

Desde la mirada social de la discapacidad psicosocial se hizo una revisión desde su explicación demonológica hasta concebirla como natural, pero que hay que excluir, perseguir, apartar. Situación que hasta ahora todavía persiste; y desde el desconocimiento se asimila otorgando estereotipos que refuerzan el estigma hacia la persona que tiene una enfermedad mental.

Más aún se revisó que a partir de las barreras culturales y estructurales en la sociedad, existen limitaciones que contribuyen a que la brecha de atención sea cada vez mayor; de tal manera, las limitaciones de la sociedad dificultan que una persona que tiene una discapacidad psicosocial tenga una vida digna.

Es en la edad media cuando surgen los establecimientos de atención a personas que tenían una discapacidad psicosocial, en sus muros se guardan historias de abuso y maltrato, aunque con el transcurso del tiempo, hay un cambio en los escenarios; de tal manera, estos espacios se utilizan para favorecer la rehabilitación psicosocial de la persona. El entramado del personal que labora en estas instancias, principalmente si son gobierno, dentro del grupo de trabajo se encuentra un/a trabajador/a social que tiene competencias; es decir, conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten intervenir en el campo de la psiquiatría y la salud mental.

Regularmente, **la primera entrevista es muy importante** en el proceso de intervención porque en muchos de los casos es la única que Trabajo Social lleva a cabo, en la cual

además de conocer la situación por la que fueron canalizadas, siempre y cuando haya apertura para hablar al respecto, se otorga información y asesoría que pueda serles útiles; en este sentido, se considera que sería muy importante documentar las estrategias de acción que se emplean con las mujeres que sufren violencia que además tienen una discapacidad psicosocial y en medida de su apertura de ellas con sus familias; de tal manera, se pueda evidenciar el qué hacer cotidiano para integrar una estrategia con base a los conocimientos en Trabajo Social y en Salud Mental, que permitan homologar algoritmos de atención que se dan en las diferentes entidades que cuentan con servicios afines.

La clínica de género y sexualidad del INPRFM es el espacio donde se atienden situaciones de violencia de género, a partir de la aplicación de un protocolo donde se contemplan aspectos psicosociales respecto a su vida, historia familiar, se trabajan en pautas de afrontamiento a su situación, así como la identificación de aspectos resilientes que ellas puedan asirse para contender con haber sufrido-sufrir violencia.

Trabajo Social interviene en la clínica de género y sexualidad; en ese sentido, uno de los intereses de este trabajo fue escuchar la voz de las trabajadoras sociales que actúan en el campo de la salud mental y la psiquiatría; esta disciplina que ya tiene más de 40 años, que se abrió en diferentes espacios con las pisadas firmes en cuanto a la praxis psicosocial que se desempeña, desde la identificación del otro como persona a la que uno puede acercarse mirándole a los ojos y llamándole por su nombre, adentrándose en su contexto y su historia personal y familiar además de conocer la necesidad o el motivo por el que solicitó hablar con su trabajador/a social.

Se regresa a los pasos firmes en la especificidad que la formación en trabajo social psiquiátrico permitió la integración de aspectos técnicos y teóricos que facilitarán el análisis de una situación desde la perspectiva psicosocial; de tal manera, la emisión de diagnósticos u opiniones tengan sustento de una contrastación de la realidad de la persona entrevistada, usuarios/as cuyas problemáticas son más complejas cada día, por un tejido social desgastado, ubicados en un escenario que se constituye en mayores factores de riesgo y la posibilidad de introyectar situaciones significativas que funjan como motores resilientes son cada vez más difíciles de encontrar; no obstante, con la revisión teórica

metodológica de lo que mejor competa para tal situación; a partir de un diagnóstico psicosocial puedan plantearse hipótesis de trabajo que permitan de cierta manera, en conjunto con el equipo de trabajo, se puedan tomar mejores decisiones.

Es evidente que como personal de entidades de salud, la/el trabajador/a social psiquiátrico cuenta con un marco normativo específico del campo en el que se llevan a cabo las funciones y actividades del gremio, normas institucionales que permiten al profesional desempeñarse bajo estándares que facilitan se incorporen roles adecuados a su nombramiento. Por otro lado, el marco de referencia conceptual basado en las múltiples teorías que de 40 años para acá han ido desarrollando unas nuevas, las cuales ayudarán el acercamiento al usuario con lentes e instrumentos que le permiten que las habilidades y actitudes sean más allá de sentido común, éticas y comprometidas con el ser humano; de tal manera, pueda responderse a cuestionamientos sencillos, pero también permitan la adaptación y la respuesta ante situaciones difíciles que puedan afrontarse en una entrevista o en una sesión con los familiares de los /as usuarios/as; así como con la comunidad.

No cabe la menor duda que el acercamiento a colegas que se desempeñan en el campo de la psiquiatría y la salud mental, además de los años de experiencia que tienen, ubican al trabajo social psiquiátrico como una disciplina de las ciencias sociales que favorece la intervención colaborativa a través de una metodología especializada, que tiene el potencial de acercarse a la persona para movilizar los recursos que la envuelven como ser humano para que contribuya como actor en su tratamiento y rehabilitación psicosocial .

Por supuesto, se hacen presentes las determinantes sociales que inciden en las personas que tienen una discapacidad psicosocial, de ahí que la función de la gestión social es muy importante para tejer redes institucionales o personales del usuario que permitan aminorar el sufrimiento que tiene por la etiqueta que se asumen quienes tienen una enfermedad mental; en ese sentido, la evidencia señala que la psicoeducación es muy importante para aminorar los efectos del estigma en la persona y en quienes le rodean.

Por supuesto que trabajo social tiene que innovar, abrir camino, formularse estrategias de intervención con base a los hallazgos de una investigación psicosocial; de tal manera, que ésta sea como saco a medida. Con mayor razón aún si los problemas que atraviesa las personas hacia quienes se dirige la atención son mucho más complejos cada vez, aunado a ello las dificultades económicas por las que atraviesan la mayoría, que finalmente se

constituyen en estresores tales como la dificultad cubrir costos de su tratamiento ya que éstos tienen elevado costo y muchas veces tienen que tomarse a largo plazo.

No puede dejar de mencionarse la importancia del Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM (Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica) y la inclusión de los estándares de calidad emitidos por el Consejo de Salubridad General, en la atención de las usuarias/os con quienes se labora, en ellos se menciona dos que son reconocidos institucionalmente que son de competencia de Trabajo Social: los derechos del paciente y su familia (sus siglas en inglés PFR) y la educación del paciente y su familia PFE), estándares en los que se contempla la evaluación de valores, costumbres y creencias de las personas, así como la promoción del respeto de los mismos; por otro lado, con relación al tema que ocupa este trabajo, promueve la protección de los pacientes de las agresiones, acciones de detección de maltrato o agresión, así como el tratamiento que se debe dar a situaciones que se identifiquen como tales.

En ese sentido, se tiene implementado procedimientos en los que el área de Trabajo Social cuenta con las herramientas que le permiten intervenir en un equipo de salud y las políticas implementadas le permiten identificar situaciones y proponer estrategias que puedan favorecer el cuidado de las personas que se atienden en una entidad de salud mental; una de ellas tiene que ver con el estándar de educación del paciente y su familia (psicoeducación), asociada con una de las funciones de atención directa que se llevan a cabo, ésta que se realiza a partir de una valoración inicial en la que se identifican necesidades específicas de cada usuaria/o que se relacionan con su proceso de atención.

Otros aspectos importantes que se retoman de los problemas con los que frecuentemente se enfrentan las personas que tienen una discapacidad psicosocial, inicialmente son las dificultades en los familiares para darles una mejor atención, ésta deriva por la falta de conocimiento de las características de la enfermedad mental; en lo cual, también trabajo social puede incidir; a partir de una valoración inicial que le permite identificar las dificultades o barreras que existen en la familia de la/el usuario, significados de tener un/a familiar que tiene un diagnóstico médico psiquiátrico, así como los recursos que puedan existir para echar de mano de ellos y evitar el cansancio del cuidador primario; aminorar el rechazo familiar y menos el abandono de los usuarios en las instituciones que todavía llega a suceder.

Al parecer la experiencia en el campo ha sido mayormente de una intervención directa hacia las/os usuarias/os y sus familiares, aunado a ello el tener cursos adicionales a la formación de licenciatura en trabajo social, permite que cuenten con competencias que les hace contar con herramientas que permiten su desarrollo de habilidades y capacidades; sin embargo, se reconoce que muchas de ellas están enmarcadas en la función de administración; por tanto, está el desafío en ir un poco más allá de lo administrativo, continuar por posicionarse en áreas que por la carga asistencial en ocasiones no pueden realizarse o pueden ser más lentas de evidenciar, lo cual tendrá que ser un desafío de visibilizar la necesidad de contar con mayor personal y encontrar el camino que permita la construcción de indicadores que permitan la medición de cuánto personal es necesario por servicio/actividad.

No cabe duda de la especialización y en algunos casos la subespecialización que las colegas han alcanzado, se debe al esfuerzo de una preparación adicional que les permite favorecer a las/os usuarios con estrategias que son innovadoras pero basadas en la evidencia científica; muestra de ello los diferentes modelos de atención que se utilizan en la praxis en este momento; en ese sentido, se reitera la importancia que ésta que pueda plasmarse, dejarse el legado materializado en documentos para que haya posibilidad que de visualizar la inclusión nuevas prácticas y la socialización del conocimiento.

Independientemente del nivel de atención en el que la/el trabajador/a social psiquiátrico está inmerso en el cumplimiento de funciones y actividades que se llevan a cabo cotidianamente, las cuales tienen que ver con respuestas estructuradas desde la misma disciplina; no obstante, la particularidad de cada una, le dará o no le dará el sello de garantía para que la/el usuario/a entrevistado/a tenga o no satisfacción de la atención recibida, ser tratada/o como persona, con la expectativa de tener el reconocimiento que en ocasiones se escucha de las personas de haber sido tratadas/os diferente que otros lados, con respeto, con amabilidad. En ese sentido, es necesario mencionar que debe tomarse como integrante principal al/a usuario/a en el camino de la aplicación de estrategias de cuidado, en la secretaría de salud se denomina corresponsabilidad en el cuidado; de tal manera, desde que la persona es independiente de decidir si se atiende o no, también tiene que ser responsable del cuidado de su salud y es tarea de quien está otorgando un servicio el informarle al respecto.

El atreverse a pensar y actuar de manera que nuestras acciones contribuyan a construir una sociedad más justa, ubica en caminos en los que se aspire a contar con más personal en las áreas; profesionales sensibles ante las personas que tienen una enfermedad mental, que al momento de entrevistarles pueden identificar la emoción expresada de sus familiares y diferenciar si es de aceptación, hostilidad, rechazo o sobreprotección; o bien identificar que en el discurso de quien se entrevista el estigma está tan internalizado que no quiere decir su nombre completo, pide que éste no figure en alguna entrevista que contenga un reactivo y sea necesario escribirlo; o bien los números de contacto que facilita no le corresponden, porque tiene miedo que lo identifiquen como un paciente psiquiátrico; no obstante, además de construir diagnósticos descriptivos de estas situaciones, se puedan contar con diagnósticos categóricos contruidos gremialmente y legitimados posterior a un proceso de integración de las mejores prácticas por quienes desempeñamos la profesión, pero además, con el soporte institucional, para que a partir de ellos se propongan algoritmos que guíen a colegas, usuarios/as y estudiantes de trabajo social en la aplicación de estrategias que vayan a ser convenientes en las respuestas que se otorguen cotidianamente a las/os usuarias/os; de tal manera, éstas contribuyan desde la mirada a un efecto diferente al que la generalidad de la sociedad tiene con estas personas; es decir, el señalamiento y la exclusión.

Es una responsabilidad gremial el dejar legado para las presentes y futuras generaciones, al realizar la revisión de material para este trabajo (Southard E. , 1922) y Mary. Jarret (Trabajadora Social Psiquiátrica, directora asociada en la formación de trabajadores sociales del Hospital Psiquiátrico de Boston) elaboraron, *The Kinddom of Elvis, Psychiatric Social Work presenten in One Hundred Case Histories Together With a Classificatation of Social Divisions of Evil*, es el primer libro de trabajo social psiquiátrico están descritos más de 100 casos, no para evidenciar, de acuerdo a los autores, si fueron o no fueron llevados adecuadamente, sino que sirvan de parámetro en la actuación profesional; no obstante, mirando distancia desde esos años (noventa y siete en total), cuesta escribir, la dicotomía que existe entre la práctica cotidiana-la academia (el saber científico) que en ocasiones por el transcurso del tiempo se constituye en una brecha que puede ser muy grande y se hace necesaria de además de la búsqueda de material para una reflexión teórica soportada en bases sólidas, se establezca el hábito de la elaboración de protocolos de acción que se actualicen con cierta periodicidad y esto se constituya como un continuo, pero no de manera aislada, sino que más bien común a partir de la

cosmovisión compartida e inquietud personal el mostrarse y mostrar el trabajo que se lleva a cabo como un compromiso a partir de la realidad que se interviene, se estudia, prepara, y se comparte con otros agentes de la misma o diferente disciplina y a partir de ese espejo hacer ver la profesión.

No obstante, si la carga asistencial históricamente ha sido y es una de las mayores responsabilidades en las instituciones donde se colabora, tendrá que comenzar a realizarse métricas de atención, que existen tanto nacional como internacionalmente en otras disciplinas , como es el área médica o enfermería; e tal manera, se pueda fundamentar desde la evidencia los parámetros para contar con trabajadores sociales en las instituciones cuyas actividades les permita contemplar actividades de la función sustantiva (atención social); pero también de funciones de educación e investigación.

Es indudable que la historia personal y el sello de ser humano que cumple una función en una entidad desarrollando un papel está en juego todos los días; las características personales, costumbres, valores, ideología se ponen al servicio – cuidado del/a otro/a; en ese sentido, es muy importante el mirar y cuidar de uno/a mismo/a como un compromiso como persona y profesional que todos los días se enfrenta a situaciones que a momentos le será difícil contener, que necesita que un/a supervisor/a, jefe/a, terapeuta que le escuche por lo que le significó enfrentarse a determinada situación de un/a usuario/a; de tal manera, este proceso de institucionalización no ciegue sus competencias y le permita renovarse para que pueda ofrecerse un trabajo comprometido con la/el persona que se tiene al frente y pueda brindarse el apoyo que requiera y si éste no fuera posible, canalizarlo con la/el profesional que competa. Parte del autocuidado y profesionalismo es el reconocimiento de los límites que se tiene en la atención de situaciones emergentes del/a usuario/a; de ahí la insistencia en el establecimiento de responsabilidades en cuanto a lo que corresponde y dentro de ellas el buscar estar en equilibrio para que éste pueda permear con quienes se interactúa.

En ese sentido, acaba de publicarse la Nom. 035-stps-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-identificación, análisis y prevención en el que se busca promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo, ello da un mayor sustento al cuidado que debe tenerse de uno/a mismo/a; de tal manera, el poder interactuar con los/as demás signifique poder elaborar el tener las manos abiertas y una mente en blanco, dejando las etiquetas por un lado y tomando atención en lo que corresponde hacer, como se debe

hacer con lo que se tiene para hacer. Se resalta la responsabilidad que cada profesional tiene en el cuidado de su salud psicosocial; de tal manera, se puedan resignificar y deconstruir vivencias que fortalezcan la resiliencia individual de manera constante y consciente.

Es evidente que la intensidad y sincronía de la preparación y la capacitación en trabajo social psiquiátrico ha sido un modelo en la habilitación de este *habitus* improntado que ayudan a hacer las cosas de manera similar, probablemente con algunas diferencias mínimas en cuanto a normatividad institucional y aporte personal de quien facilita determinada técnica o aplica determinado modelo; no obstante, muchas veces la distancia de lo académico y solamente llevar a cabo la práctica sin enriquecerla con la reflexión de una praxis comprometida que va de la mano con capacitación personal, promoverá el continuar con aquel legado que llegó a México hace más de 40 años.

Por tanto, una manera de hacer visible la disciplina es escribir acerca de ella; sin embargo, este es un proceso que como gremio ha sido históricamente algo limitado, será importante rememorar el proceso de formación para ser un/a trabajador/a social psiquiátrico/a era completa, con sincronía en la experiencia del campo clínico, estar en un servicio por la mañana y por la tarde revisar teóricamente lo experimentado; por otro lado, se hace mención del proceso de supervisión en la que el acompañamiento recibido facilitaba el explorar además de lo técnico metodológico, el sentir y verbalizar lo que significa el abordaje de determinada situación. La formación práctico-teórica-reflexiva, favorecía la producción de evidencia.

La actuación del día a día hace recuerdo que la palabra, la mirada y la escucha conforman hoy una parte clave del desarrollo de ésta. Así la intervención en lo social, en la medida en que profundiza y da una dirección determinada al conocimiento que obtiene, tiene la oportunidad de transformarse en constructora de “acontecimientos”, haciendo visible aquello que la agenda pública muchas veces no incorpora o registra. Instalando nuevos territorios que rompen la dicotomía de lo particular-universal, generando un desplazamiento de sentidos, que conlleva una desarticulación posible de órdenes previamente constituidos. (Méndez, 2012).

No cabe duda que al parecer los procesos son cíclicos, que en ocasiones la historia se repite, familiarmente la evidencia dice que son tres generaciones, si los pasos en los que

se inició el trabajo social psiquiátrico fueron sólidos y firmes, con un acervo teórico metodológico que permitieron asirnos de un saber, un saber ser y un saber hacer, basado en guías estructuradas, modelos, estrategias cuyo objetivo en ese entonces era de rehabilitar; por qué no darse el espacio y la oportunidad de formalizar la disciplina en el establecimiento de guías de intervención estandarizadas en el manejo de situaciones que se presentan con usuarios que tienen una discapacidad psicosocial.

Por tanto, el paradigma de aproximarse hacia este fenómeno también tendrá que ser entendida desde la perspectiva del modelo social de la enfermedad que reconoce que la sociedad es quien presenta limitaciones a la persona que tiene una discapacidad psicosocial para la atención de su enfermedad, obstáculos que van desde lo estructural hasta lo cultural que favorecen el estigma y la exclusión a personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico. En ese sentido, la construcción de estrategias que vayan a aminorar estas barreras y brechas que se dan para la atención de personas con una discapacidad psicosocial, puedan ser planteadas como mejores prácticas desde la evidencia y legitimadas en su uso por la normativa que reconoce a la/el trabajador/a social quien elabora y firma un Estudio Psicosocial, un Reporte de visita domiciliaria o un dictamen pericial desde Trabajo Social.

Llegan a la mente de quien suscribe la oportunidad que se tiene de la búsqueda y reconocimiento de espacios que se deben tener en trabajo social en el campo de la salud mental, éstos dirían las colegas, corresponde que sean elaborados y ello deberá ser a partir de esta necesidad de evidenciar inicialmente el perfil definido y consensado de quienes fungen en el campo. Antaño hubo una asociación de Trabajadoras Sociales Psiquiátricas en México que desde hace aproximadamente diez años no está activo; surge la necesidad de resignificar el hacer profesional y encontrar la manera de que gremialmente se pueda generar espacios que contribuyan a esta necesidad de la construcción de algoritmos consensados en los que se una la academia y la experiencia a partir de uno o varios protocolos de actuación cimentados en la evidencia.

En esta oportunidad de visibilización es una aspiración confluye con la necesidad de querer tener facultad legal es una circunstancia que podría construirse gremialmente, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana Nom-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, en el

apartado 5. Disposiciones generales, particularmente el 5.3-10 Programa General de Trabajo, el cual deberá contemplar las siguientes áreas [...] 5.3.10.5. hacer referencia al área de Trabajo Social, al que se le asigna a) admisión hospitalaria; b) estudios socioeconómicos; c) visitas domiciliarias; d) contacto familiar; e) detección o búsqueda intencionada de casos de violencia familiar o sexual; f) gestiones de referencia a otros servicios médicos; g) reporte en expediente clínico y h) rehabilitación psicosocial. Finalmente, en el apartado 7. Actividades terapéuticas, se contempla el 7.2.5 Estudio Psicosocial, (NOM-025, 2014) aunque particularmente no mencione quién lo elabora, éste es uno de los instrumentos que realiza el área de Trabajo Social.

En ese sentido, el aspecto global en cuanto a actividades que se destinan al área de Trabajo Social desde lo asistencial está incluido en la Nom-025; sin embargo, es muy importante y urgente el coincidir con aspectos específicos de algunos instrumentos que se mencionan en la norma; de tal manera, haya una disposición legal que habilite la emisión de documentos a la/el Trabajador/a Social; particularmente, se refiere al Estudio Psicosocial, al reporte de la Visita domiciliaria, por qué no a la detección o búsqueda intencionada de casos de violencia familiar o sexual y a la legitimidad de estrategias que tienen que ver con la rehabilitación psicosocial.

Se piensa en la protocolización de esta propuesta por medio de un programa transversal a nivel de Trabajo Social Psiquiátrico que labora en las entidades de salud de la CCINSHAE, además de representantes de las entidades de salud se piensa, por supuesto que podría invitarse a personal de la academia, particularmente la Escuela Nacional de Trabajo Social en la asesoría técnica científica del proceso metodológico a seguir en el establecimiento de consenso para que la coyuntura talvez puede habilitar la posibilidad de que un cuerpo colegiado pueda elaborar la propuesta ante la CCINSHAE y a partir de ésta emitirse un acuerdo secretarial que habilite a trabajo social en psiquiatría y salud mental como la/el profesional que pueda emitir Estudios Psicosociales, identificación y proceso de legitimación de estrategias que tienen que ver con la rehabilitación psicosocial y porque no Reportes de Visita Domiciliaria, viene en mente el acuerdo secretarial por el que se reconoce también a este profesional como la/el quien elabora Estudios Socioeconómicos.

La visualización del/a trabajador/a social en el equipo de trabajo es responsabilidad propia, pero también es un compromiso gremial, en la medida que se contribuya en la

consolidación de un perfil colegiadamente pautado, pero además documentado que permita que los pasos que se den en la práctica sean firmes porque están basados en la evidencia, ayudará a que ésta especialidad del trabajo social de pasos más firmes, se aspira en la construcción de un *hábitus* que privilegie la reflexión en torno a la evidencia generada y la que se genere permita que los demás podrán reconocer el criterio de la disciplina en cuya cotidianidad incluye acciones que favorecen el cumplimiento de prácticas multi-inter y transdisciplinarias que generen espacios de afirmación e idoneidad para el respeto de la dignidad de las personas en el marco de los derechos humanos.

En ese sentido, existe un compromiso profesional para quienes se labora en el ámbito de lo social, además de la salud mental, existen áreas en las que se puede incidir en términos de prevención y atención de la situación, el tema que ocupó este trabajo fue la violencia de género; el cual está vigente por la trascendencia que implica en el país y en el mundo este problema social; se nos legitima desde la NOM como agentes que podemos detectar o buscar intencionadamente casos de violencia sexual o familiar, talvez podremos avanzar además de la detección y búsqueda, en la proposición de algoritmos que favorezcan la atención de las usuarias que se enfrentan a situaciones de violencia y que con regularidad Trabajo Social es una de las áreas que muchas veces detecta la situación en las valoraciones iniciales que se llevan a cabo y que se documenta en los estudios socioeconómicos; no obstante, la necesidad del planteamiento de legitimar lo que cotidianamente se lleva a cabo en los cubículos donde además de la evaluación inicial, se realizan intervenciones breves que habilitan a la persona-su familia, el enfrentamiento a esta situación; por lo tanto, en el que es importante como ciudadanas/os y profesionales que ejercemos en un campo específico, a partir de una reflexión crítica, se puedan establecer estrategias que de alguna manera sean homologadas y éstas permitan dar respuesta a las situaciones con la que cotidianamente nos encontramos, las cuales son cada día más complejas.

La revisión realizada respecto a la violencia de género y la aproximación que puede hacerse desde el trabajo social que se desempeña en el campo de la salud mental y la psiquiatría apunta disciplinariamente la importancia de no romper ese nexo que existe entre el conocimiento- el saber con las habilidades- hacer y las actitudes – el ser; pero cómo reforzarlo, si esta máquina denominada sistema normaliza situaciones incluidas en la violencia de género, que estigmatiza y excluye a personas que tienen una discapacidad

psicosocial; no es tarea fácil, probablemente desde una/o mismo/a se generan actitudes violentas, de señalamiento y discriminación; en ese sentido, tendrá que procurarse un *habitus* que internalice prácticas de autocuidado y autoanálisis que permitan potenciar una praxis de respeto inicialmente a una/o misma/o hacia las/os demás con una mirada desde el género y de respeto a los derechos humanos, para después buscar coincidir con otras/os colegas que piensen de la misma manera y que fortalecidas/os con el conocimiento de normas, teorías y modelos, además con herramientas que a partir de la formulación en proyectos-protocolos, pueda promoverse una comunicación validante y habilidades sociales que estén contenidas no solo en un lenguaje sino en una cultura que promueva guiones, patrones sociales, costumbres, representaciones sociales y valores incluyentes-equitativos e igualitarios.

No cabe la menor duda, que este trabajo representa la apertura y la inquietud en cimentar lo cotidiano desde la evidencia; de tal manera, pueda continuar realizándose indagaciones que tengan que ver con lo cotidiano que se encuentra en la profesión, pero también con lo que se experimenta, se sueña, se incluye en esa lista de inquietudes que la revisión de lo escrito ayuda a desenmarañar para darle un faro con una luz más brillante que ilumina el camino de la disciplina.

Por ello, el compromiso de la construcción de propuestas comunes en la que se converjan experiencias y saberes de diferentes trincheras, pero que tienen un común denominador que es la formación y hacer en el campo de la psiquiatría y la salud mental; el agarrarse de ésta será importante para evidenciar y entrar en sincronía en el establecimiento de instrumentos que podrían ser estandarizados para su legitimación y reconocimiento al trabajador social que es quien los lleva a cabo.

Además de los retos de realizar investigaciones más profundas, de corte cualitativo, que ayudan a la comprensión de los fenómenos que se dan en las personas que tienen una enfermedad mental y que se enfrentan a circunstancias específicas que son acordes a su contexto; también podrían ser muy útiles en la construcción de caminos que permitan tener un acercamiento de algoritmos a los que se echan mano cuando una/o se enfrenta a determinada situación.

Quien suscribe considera que la coyuntura que se presenta es propicia para que quienes están inmersos en la praxis, particularmente, por este proceso de gratuidad de los servicios de salud, que otorga el espacio para que se pueda converger en la delimitación de

propuestas desde trabajo social hacia las/os usuarias/os en una institución de salud mental. Sin duda es un reto que es anhelado por varias colegas que participaron en este estudio, desafío que tendrá que tomarse a mediano o corto plazo.

Finalmente, la aproximación de contrastar la situación de violencia identificada a nivel institucional es el reflejo de lo que sucede en el país y en el mundo, además de la pandemia biológica, la violencia de género es un asunto urgente que corresponde atender y trabajo social es una de las disciplinas que con sus conocimientos, habilidades y actitudes tiene que dar pasos fuertes en su atención, favoreciendo el establecimiento de algoritmos consensuados desde la salud mental.

## Referencias.

- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura, la intervención del trabajo social en alternativas de atención*. Buenos Aires: Espacio.
- Anzaldúa, A. R. (2017). Socialización, poder y violencia: reflexiones teóricas. *Argumentos*, 121-143. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/595/59552650007.pdf>
- Barroso, M. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 51-66. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>
- Basaglia, F. (1972). *La instrucción negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Barral.
- Basaglia, F. (1983). *Mujer, locura y sociedad*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.
- Berenzon, S. e. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 74-80. Recuperado el 05 de 03 de 2020, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Blair, T. E. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y Cultura*, 9-33. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n32/n32a2.pdf>
- Bórquez A., M. (1978). El trabajo social psiquiátrico -una nueva perspectiva. *Salud Mental*, 22-24. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/22/22](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/22/22)
- Bourdieu, P. (1992). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1980). *El sentido practico - habitus campo capital*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2008). *Invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Xiglo XXI.

- Burín, M. (2010). El campo de la salud mental de las mujeres. *El campo de la salud mental de las mujeres* (pág. 33). Buenos Aires: Facultad de Psicología. Obtenido de [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin\\_2010\\_Preprint.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1)
- Calderón, C. P. (2009). Teoría de conflictos de Johan Galtung. *Paz y conflictos*, 60-81. Recuperado el 05 de 04 de 2020
- Castro, R. (2016). Violencia de Género . En H. M. Alcántara, *Conceptos clave en los estudios de género* (págs. 339-353). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chávez, C. J. (2015). Mujeres, género y violencia una visión nacional: el caso de México. En M. B. Antonelli, *Mulheres, Género e Violencia* (pág. 20). Sao Paulo: Cultura Académica. Obtenido de [file:///C:/Users/Hom.000/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/silo.tips\\_mulheres-genero-e-violencia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Hom.000/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/silo.tips_mulheres-genero-e-violencia%20(1).pdf)
- Comes, Y. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 201-209.
- CONEVAL. (2018). *Medición de la pobreza, pobreza en México*. México: CONEVAL. Obtenido de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
- Contreras, U. J. (2008). La legitimidad social de la violencia contra las mujeres en la pareja. Un estudio cualitativo con varones en la ciudad de México. En R. Castro, *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres* (págs. 41-80). México: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20100329121733/Estudiosobreculturagenero.pdf>
- CSME, C. S. (2018). *Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en España 2017*. Madrid: Confederación Salud Mental España.

- De la Fuente, I. N. (10 de 04 de 2020). *Antecedentes*. Obtenido de <http://inprf.gob.mx/inprfnew/antecedentes.html>
- Díaz, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Tesis y Praxis.
- DOF 14 06. (14 de 06 de 2018). Ley general para la igualdad entre mujeres y hombres. México, México, México. Recuperado el 03 de 03 de 2020, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH\\_140618.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH_140618.pdf)
- DOF. (21 de 06 de 2018). Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. México, México, México. Recuperado el 03 de 03 de 2020, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262\\_210618.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf)
- DOF, 1. 0. (13 de 04 de 2018). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Obtenido de Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV\\_130418.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf)
- Dokkedah, S. (2019). The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 1-10. Obtenido de <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-019-1118-1>
- Domenach, J. M. (1981). *La violencia y sus causas*. París: Unesco.
- Espinar, R. E. (2003). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento (Tesis doctoral)*. Alicante: Universidad de Alicante. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9905/1/Espinar-Ruiz-Eva.pdf>
- Espinar, R. E. (2007). Las raíces socioculturales de la violencia de género. *Escuela abierta*, 23-48.
- Estivill, J. (2003). *Panorama de la lucha contra la exclusión social*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Foucault, M. (1991a). "El juego de Michel Foucault", en *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta.

- Fraser, N. y. (1992). Crítica social sin filosofía: un encuentro entre el feminismo y el posmodernismo. En L. Nicholson, *Feminismo/posmodernismo* (págs. 7-30). Buenos Aires: Feminaria.
- Galtung, J. (1990). La violencia cultural, estructural y directa. *Journal of Peace Research*, 147-168. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de file:///C:/Users/Hom.000/Downloads/Dialnet-LaViolencia-5832797.pdf
- Garbus, P. (2007). *La accesibilidad a la atención en salud, su articulación con la participación en salud de los usuarios*. Buenos Aires: Facultad de Psicología. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <https://www.academica.org/000-073/429.pdf>
- Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 233-352. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de file:///C:/Users/Hom.000/Downloads/8335-Texto%20del%20art%C3%ADculo-8416-1-10-20110531%20(3).PDF
- García, B. y. (2005). Mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar. *Papeles de Población, Colegio de México*, 29-55. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n43/v11n43a2.pdf>
- García, C. T. (nd). Violencia de género: saberes, prácticas sociales y estrategias de poder. *Violencia de género: saberes, prácticas sociales y estrategias de poder* (pág. 13). nd: nd. Recuperado el 08 de 03 de 2020, de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/23592/articulo1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Goffman, I. (1963). *Estigma, Le identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González-Sabane, A. (2015). A cerca de la Intervención. *Rumbos TS; N° 11*, 22-40.
- Hamilton, G. (1967). *Psicoterapia y orientación infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Horkheimer, M. A. (1998). *Dialéctica de la Ilustración, fragmentos filosóficos*. Valladolid: Simancas. Recuperado el 04 de 03 de 2020, de [http://blogs.fad.unam.mx/asignatura/ingrid\\_sosa/wp-](http://blogs.fad.unam.mx/asignatura/ingrid_sosa/wp-)

content/uploads/2017/08/horkheimer-max-y-adorno-theodor-dialectica-de-la-ilustracion.pdf

INEGI. (2015). *Población total según condición de derechohabiencia*. México: INEGI. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>

INEGI. (2016). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer*. Aguascalientes: INEGI. Obtenido de <https://sc.inegi.org.mx/SIESVIM1/Asignador?ruta=/sievcn/Documentos/&nombreArchivo=NAC%202016.pdf>

INEGI. (2017). *Encuesta Nacional de los hogares*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2017/doc/enh2017_resultados.pdf)

INEGI. (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf)

INEGI. (nd). *Esperanza de vida*. Ciudad de México: INEGI. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

INMUJERES. (2008). *Compilación legislativa para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia*. México: Instituto Nacional de las Mujeres. Recuperado el 03 de 03 de 2020, de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100921.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100921.pdf)

INMUJERES, I. N. (2016). *Violencia de género. Contra las mujeres*. México: INMUJERES.

INPRFM. (SN de agosto de 2019). *Manual de Organización específico del Departamento de Trabajo Social*. Obtenido de [http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/manuales\\_organizacion/MO-06-SH-DTS-2019.pdf](http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/manuales_organizacion/MO-06-SH-DTS-2019.pdf)

- INPRFM. (nd de mayo de 2019). *Manual de organización específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*. Obtenido de [http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/manuales\\_organizacion/MOE-INPRFM-2019.pdf](http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/manuales_organizacion/MOE-INPRFM-2019.pdf)
- INPRFM, I. N. (mayo de 2019). *Manual de Organización específico*. Obtenido de [http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/manuales\\_organizacion/MOE-INPRFM-2019.pdf](http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/manuales_organizacion/MOE-INPRFM-2019.pdf)
- INPRFM, I. N. (10 de 04 de 2020). *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*. Obtenido de Misión y Visión: <http://inprf.gob.mx/inprfnew/mision.html>
- k. (s.f.).
- Karanurt, G. e. (2014). Impact of intimate Partner Violence on Women`s Mental Health. *NIH Public ACCES*, 693-702. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193378/pdf/nihms622820.pdf>
- Klineberg, O. (1981). Las causas de la violencia desde una perspectiva psicológica. En J. Domenach, *La violencia y sus causas* (págs. 123-138). Paris: Unesco.
- Knapp, M. e. (2007). *Salud mental en Europa: políticas y práctica, Líneas futuras en salud mental*. Barcelona: Grafiques 92, S.A. Recuperado el 25 de 03 de 2020, de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- Link, B. G. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu Rev. Sociol.*, 363-385. Recuperado el 03 de 03 de 2020, de <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lipovetsky, G. (2007). *La tercera mujer, permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona: Anagrama.
- López, M. B. (2014). *Violencia de género e infancia*. Alicante: Universidad de Alicante, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
- Lorenzo, M. D. (2018). El análisis de la pobreza y la campaña contra le mendicidad en la Ciudad de México, 1929 - 1931. *Historia Mexicana, El Colegio de México*, ND.

Obtenido de  
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/600/60055182003/html/index.html>

Madrigal, d. L. (2019). *Informe Anual de Autoevaluación 2018*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Obtenido de [http://inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/inprfnew/archivos/informe\\_anual\\_2018.pdf](http://inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/inprfnew/archivos/informe_anual_2018.pdf)

Medina Mora, M. E. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicio: Resultados de la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental, Vol. 26, N°4*, 1-16.

Méndez, R. y. (2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. *Prospectiva*, 407-435.

MHE, M. H. (2009). *El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa*. Madrid: Mental Health Europe.

NOM-025, S.-2. P. (15 de 12 de 2014). *Gobierno de México, Normas oficiales*. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de Normas oficiales: [http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11\\_C/salud3a11\\_C.html](http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html)

Oakley, A. (1979). *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson.

Oakley, A. (2011). *Gender, woman and social science*. Oxford: Policy Press.

OEA. (2007). *Mecanismo de seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém Do Pará"*. ND: Organización de los Estados Americanos, Asamblea General. Recuperado el 18 de 03 de 2020, de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2007/5856.pdf>

OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2011). *Informe de la evaluación del Sistema de Salud mental en México utilizando el instrumento de Evaluación de Salud Mental de la Organización Mundial de Salud*. México: OMS-OPS-SSA. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de

[https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf?ua=1)

OMS. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres, consecuencias para la salud*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO\\_RHR\\_12.43\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?sequence=1)

OMS. (2013). *Informe sobre los sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de Programa de Acción Específico, Salud Mental 2013-2018 : <https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

OMS. (2014). *Social determinants o mental health*. Ginebra: OMS.

OMS. (2017). *Violencia contra la mujer*. Nueva York: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

OMS. (29 de noviembre de 2017). *Violencia contra la mujer, datos y cifras*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

OMS. (2017). *Violencia contra la mujer, datos y cifras*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 08 de 03 de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

OMS. (2018). *México, Estrategia de Cooperación, resumen*. México: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

ÓNU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. *Declaración Universal de Derechos* (pág. 9). Nueva York: O. Obtenido de [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

ONU. (2011). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW*. México: ONU. Recuperado el 03 de 30 de 2020, de <https://www2.unwomen.org/>

/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2011/convenci%C3%B3n%20pdf.pdf?la=es

- Ortega, J. (2005). *Simone de beouvoir, su aportación a la discusión sobre el género*. Barcelona: Ateneo Teológico.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca.
- Patró, H. R. (2005). Víctimas de Violencia familiar: Consecuencias psicológicas de hijos en mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*, 11-17. Recuperado el 03 de 25 de 2020, de [https://www.um.es/analesps/v21/v21\\_1/02-21\\_1.pdf](https://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf)
- Pérez de Armiño, K. y. (1996). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo: Exclusión Social*. Bilbao: Instituto de Estudios sobre el Desarrollo y Cooperación Internacional. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/96>
- Puente-Martínez, A. e. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *anales de psicología*, 295-306. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de [http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v32n1/psicologia\\_practica.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v32n1/psicologia_practica.pdf)
- Quirós, E. (ND). El impacto de la violencia intrafamiliar: transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. *Perspectivas psicológicas*, 155-163. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a17.pdf>
- Ramírez, J. M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término, consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios Pedagógicos XXXIV*, 173-186.
- Ramos, E. C. (1997). el concepto de "género" y su utilidad para el análisis histórico. *La Alfaba*, 13-32. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/aljaba/v02a02ramos.pdf>

- Restrepo, O. D. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Fac. Nac. Salud Pública*, 202-211. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Richmond, M. (1922). *Caso Social Individual*. Buenos Aires: Ministerio de Asistencia Social y Pública. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000029.pdf>
- Rico, N. (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. Santiago: CEPAL. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/S9600674\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/S9600674_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rodríguez, M. P. (s.f.). *El Trabajo Social ante los cambios que implican las nuevas legislaciones: implicancias ideológicas*. Obtenido de conicet.gov.ar: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/5643/revista-confluencia2012-13-008-pilar-rodriguez.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5643/revista-confluencia2012-13-008-pilar-rodriguez.pdf)
- Rodríguez-de Romo, A. c.-L. (2013). El Hospital Granja y la Escuela Granja Bernardino Álvarez: antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista de Investigación Clínica*, 524-536. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn136i.pdf>
- Romero, P. M. (2014). Importancia de la carga de enfermedad debida a factores ambientales. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 149-151. Recuperado el 05 de 03 de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032014000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000200001)
- Sacristán, M. C. (2003). Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: Los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental*, 57-65. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58232608.pdf>
- Salud, S. d. (2018). *Género y Salud en cifras*. México: Secretaría de Salud. Obtenido de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/347753/rev16-1\\_Revista\\_completa.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/347753/rev16-1_Revista_completa.pdf)

- Southard, E. (1922). *The Kingdom of Elvis*. New York: MacMillan.
- Southard, E. J. (1922). *The Kingdom of Elvis*. New York: Mac Millan.
- SRE. (2007). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer, "Convención de Belém do Pará" y su Estatuto de Mecanismo de Seguimiento*. México: SRE/UNIFEM/PNUD. Recuperado el 2020 de 03 de 25, de [http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/comision/internacional/1\\_13.%20Convencion%20de%20Belem%20Do%20Para.pdf](http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/comision/internacional/1_13.%20Convencion%20de%20Belem%20Do%20Para.pdf)
- Subirats, J. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: La Caixa. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <file:///C:/Users/Hom.000/Downloads/2004SubiratsRibaetalcastell.pdf>
- Tenorio, R., & Hernández, M. N. (2005). Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental. *Salud Mental*, 18-32. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58242803.pdf>
- UNICEF. (nd de nd de nd). *Protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso*. Recuperado el 05 de 04 de 2020, de La situación de género en situaciones de emergencia: [https://www.unicef.org/spanish/protection/57929\\_58001.html](https://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58001.html)
- Ventura, Á. (03 de 08 de 2016). Pioneros de la psiquiatría usaron marihuana en La Castañeda. *Universal*, pág. ND. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/cultura/letras/2016/08/3/pioneros-de-la-psiquiatria-usaron-marihuana-en-la-castaneda#imagen-1>
- Victoria, M. J. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de Derechos Humanos. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado, nueva serie*, 1093-1109. Recuperado el 06 de 04 de 2020, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n138/v46n138a8.pdf>
- Vignolio, J. e. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa médica latinoamericana*, 11-14.
- Vigotski, L. S. (1998). *Pensamiento y Lenguaje, Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. La Habana: Pueblo y educación.

- Villafañe, M. J. (2012). Violencia de género y salud pública. Trayectoria profesional de propuesta de trabajo desde el Trabajo Social. *Margen*, 1-14. Obtenido de [https://www.margen.org/suscri/margen66/10\\_villafane.pdf](https://www.margen.org/suscri/margen66/10_villafane.pdf)
- Villalobos, C. (2014). Accesibilidad a servicios de salud mental con perspectiva de diversidad de género. En el primer y segundo nivel de atención en la localidad de Alta Gracia. *Revista de Salud Pública (XXI)*, 60-71.
- Warshaw, C. &.-D. (2015). How gender stereotypes and stigma associated with mental health & substance use impact survivors of domestic violence&sexual assault. *National Center, Domestic Violence, trauma & Mental Health*, 1-4. Obtenido de [http://www.nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2015/04/Gender\\_Stereotypes\\_Myths\\_FINAL.pdf](http://www.nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2015/04/Gender_Stereotypes_Myths_FINAL.pdf)
- Aguilar, I.M (2013). *Trabajo Social, concepto y metodología*, Madrid: Paraninfo.

Anexos.

Anexo 1. Formato de Estudio Socioeconómico INPRFM.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz  
Dirección de Servicios Clínicos/Subdirección de Hospitalización  
Departamento de Trabajo Social



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MÚÑIZ

**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

No. Expediente:       Fecha:

Nivel Asignado:       Servicio:       Hora:

Tipo de Estudio: 

Primera Vez	<input type="text"/>
Actualización	<input type="text"/>

**I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:**

Nombre:       Sexo:

Primer apellido:       Segundo Apellido:       Nombre (s):

Fecha de Nacimiento:       Edad:       Estado Civil:

Educación:       Ocupación:       Idioma:

Derechohabiente o Beneficiario:  Sí ( )  No ( )      ¿Cuál?       Religión:

Referencia:

Domicilio permanente:

Calle:       No. Ext. - Int.:       Colonia/Localidad:       C.P.:

Municipio/Delegación:       Estado:       Teléfono:

Familiar Responsable:       Parentesco:

**PROCEDENCIA:**

D.F. ( )      EDO. DE MEXICO ( )      RESTO DE LA REPUBLICA ( )      OTRO PAÍS, CUÁL?? ( )

Fuente de Información:

Famillograma: (Hoja anexa)

**II. CONDICIONES ECONÓMICAS**

Personas que aportan	\$ INGRESO MENSUAL	Detalle de gastos:	\$ EGRESO MENSUAL
Proveedor Principal		Alimentación/Despensa	
Parentesco con el/la paciente:		Renta/hipoteca/prestado	
Proveedor(es) Secundario(s)		Agua	
Parentesco con el/la paciente:		Luz	
Proveedor(es) Secundario(s)		Gas	
Parentesco con el/la paciente:		Teléfono	
Proveedor(es) Secundario(s)		Gastos Escolares	
Parentesco con el/la paciente:		Gastos en Salud	
Proveedor(es) Secundario(s)		Transporte	
Parentesco con el/la paciente:		Servicios domésticos	
<b>TOTAL</b>		Consumos Adicionales	
		<b>TOTAL</b>	

Num. integrantes:

Ingreso Per cápita:

Relación Ingreso- Número de Dependientes Económicos:

Relación Ingreso- Egreso:

Ocupación del principal proveedor económico:

Situación Económica:      Déficit       Equilibrio       Superávit

INPSCEC-06-01  
 Formato revisado y autorizado Mayo 2015  
 DPM/MECIC

Calzada México Xochimilco N°101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F.



Anexo II. Formato de Ficha de Registro INPRFM

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ**  
Dirección de Servicios Clínicos



**Ficha de Registro**

Fecha: \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: *(llenar de acuerdo al IFE y/o acta de Nacimiento)*

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

Sexo: F  M  Edad: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: Soltero  Casado  Otro: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle No.

Colonias \_\_\_\_\_ Delegación o Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Idioma o Lengua: \_\_\_\_\_

¿Está usted asegurado? IMSS  ISSSTE  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_

Familiar Responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Referido por Institución de Salud: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_



Dirección de Servicios Clínicos.

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO.**

De conformidad con el artículo 27 de la LGPDPSO.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, es la entidad responsable del tratamiento, uso y protección de sus datos personales proporcionados.

El tratamiento de los datos personales recabados, tiene como finalidad proporcionar atención médica especializada, oportuna y adecuada en materia de psiquiatría, salud mental y adicciones; así como la prestación del servicio en Consulta Externa, Atención Psiquiátrica Continua (en horarios y días no hábiles) y en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, siempre observando, respetando y cumpliendo con los principios de licitud, finalidad, lealtad, consentimiento, calidad, proporcionalidad, información, y responsabilidad en el tratamiento de sus datos personales.

Este H. Instituto no transferirá sus datos personales a terceros, salvo en cumplimiento a requerimientos por otras autoridades y de acuerdo a ley aplicable.

Como titular de datos personales, usted podrá ejercer el Derecho A.R.C.O. (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición) al tratamiento de sus datos personales proporcionados, ya sea para la finalidad o transferencia antes mencionada, por lo que en caso de manifestar su negativa para el tratamiento de los mismos, lo podrá hacer a través de la cuenta de correo electrónico: [uenlace@imp.edu.mx](mailto:uenlace@imp.edu.mx).

De igual manera, como titular de los datos personales, en caso de fallecimiento, expresa fehacientemente que es su voluntad nombrar a (el/la) C. \_\_\_\_\_ quien podrá ejercer el Derecho A.R.C.O (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición) sobre sus datos personales.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, protegerá sus datos personales proporcionados contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, accesos o tratamiento no autorizado y serán tratados para los fines que fueron recabados.

Finalmente, se le hace de su conocimiento que si desea conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral, lo podrá consultar en nuestra página institucional: [http://inprf.gob.mx/transparencia/archivos/dsc\\_AP\\_Integral.pdf](http://inprf.gob.mx/transparencia/archivos/dsc_AP_Integral.pdf).

Acepto:

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Titular de los  
Datos personales

**Anexo III. Consentimiento informado para recibir atención en Consulta Externa, INPRFM**



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz  
Dirección de Servicios Clínicos  
Subdirección de Consulta Externa



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR ATENCIÓN  
EN CONSULTA EXTERNA**

México, D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, Hora: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_

Primer apellido      Segundo apellido      Nombre(s)      Fecha de Nacimiento: Día/Mes/Año

El lenguaje empleado en el presente consentimiento informado no busca generar ninguna clase de discriminación, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o situaciones hechas al género masculino representan siempre a todos/as, hombres y mujeres, abarcando claramente ambos sexos.

**OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA**

Brindar atención médica psiquiátrica orientada a realizar un diagnóstico, evaluación y tratamiento de los pacientes que acuden voluntariamente a solicitar atención. En las consultas subsecuentes, dar seguimiento clínico al paciente con el propósito de vigilar su evolución considerando el tratamiento establecido, con la finalidad de lograr el control de la enfermedad.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Una vez que usted ha sido aceptado para recibir tratamiento en esta institución, se le otorga una cita para realizar su Historia Clínica, durante la misma el médico le realizará una serie de preguntas en torno a sus padecimiento actual y sus antecedentes médicos, determinando la atención y el tipo de tratamiento que requiere y si es necesario realizarle estudios de laboratorio y/o gabinete.

Las citas médicas después de la Historia Clínica se llaman consultas subsecuentes y deberán ser programadas con el médico tratante asignado, quien además le suministrará las prescripciones (recetas) que requiera a causa de su condición clínica. La atención psicoterapéutica sólo se brinda a pacientes con trastornos psiquiátricos, que cumplen criterios para recibir atención en esta institución.

**BENEFICIOS**

Usted será evaluado por un profesional especialista en salud mental, quien proporcionará un diagnóstico y tratamiento específico para su padecimiento, quien además podrá solicitar estudios de laboratorio y gabinete cuando su caso lo amerite; lo anterior, a fin de lograr una mejoría en la salud mental del paciente, siempre bajo un trato digno y profesional.

Además, usted puede solicitar un resumen clínico, con un período mínimo entre uno y otro de 6 meses. Este resumen, es un documento elaborado por el médico tratante, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de los pacientes, contenidos en el expediente clínico.

**RIESGOS**

En caso de que esta unidad no cuente con la infraestructura o los recursos humanos necesarios para continuar proporcionando el tratamiento o si usted no acepta recibir el tratamiento farmacológico prescrito por su médico tratante, podrá ser referido a otra institución. De igual manera, en caso de que su médico tratante determine que usted requiera tratamiento en hospitalización, ésta solo podrá realizarse de forma voluntaria de acuerdo al reglamento de la Subdirección de Hospitalización. Si usted no acepta hospitalizarse, el médico tratante le otorgará una hoja de referencia a otra institución y no se le podrá programar nueva cita subsecuente hasta que su condición clínica permita que usted continúe siendo visto en la consulta externa.

INPDSCEC-02.2



Algunos pacientes pueden presentar complicaciones durante su atención en el servicio, en cuyo caso se puede requerir la aplicación involuntaria de medicamentos y/o restricción física, a fin de evitar que incurra en actos que sean potencialmente dañinos para sí mismo, para otros pacientes, familiares, cuidadores, personal médico y personal de salud, equipo o instalaciones del Instituto.

Bajo ninguna circunstancia se le proporcionará recetas para medicamentos del tipo II (son los que requieren para su adquisición, receta médica, la cual la retienen en la farmacia que la surte, por ejemplo benzodicepinas) fuera de sus citas programadas.

El Instituto Nacional de Psiquiatría forma personal médico en la especialidad de Psiquiatría, por lo que durante la atención, existe la posibilidad de que usted será entrevistado y atendido por médicos generales titulados que cursan la especialidad en psiquiatría, los cuales cambian de servicio continuamente.

#### INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La información que constituye su expediente clínico es confidencial. El expediente clínico permanece activo por un periodo de hasta cinco años a partir de su última asistencia a consulta externa regular; si transcurren 5 años o más deberá acudir nuevamente al Servicio de Preconsulta para una nueva valoración. Todos los datos personales proporcionados a esta Institución serán protegidos, incorporados y tratados de acuerdo con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, capítulo IV artículo 20 al 26, capítulo XIII artículo 76 al 80 del reglamento de la ley, y a la Norma NOM 004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

#### DECLARACIONES Y FIRMAS

Manifiestamos el paciente y el familiar responsable que el médico nos informó de manera clara, sencilla y completa los objetivos, beneficios y riesgos de recibir atención en el servicio de consulta externa.

Manifiestamos el paciente y el familiar estar debidamente enterados del contenido del presente documento, declaramos haber leído y comprendido la información proporcionada y que hubo oportunidad de aclarar las dudas relativas al procedimiento.

Asimismo, autorizan realizar los procedimientos necesarios ante cualquier contingencia y urgencia derivadas del acto autorizado, y/o en caso de que el paciente presente complicaciones durante su atención en el servicio; lo anterior con base al principio de libertad prescriptiva (de acuerdo al artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

*Nota: Para el caso de que por la edad del paciente o por el estado del mismo no pueda firmar la presente autorización, deberá realizarlo un familiar o representante, en la inteligencia de que si esto no es posible, se procederá conforme a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Este documento se anexará al expediente clínico del paciente una vez que se haya firmado y al paciente o a su responsable legal se le dará una copia.*

Nombre del interesado (completo y legible)

Firma

Nombre del familiar responsable, tutor o representante legal (completo y legible)

Firma

Nombre del médico que recabó el consentimiento (completo y legible)

Firma

INPDSECE-02.2

## Anexo IV, Guía de entrevista

### Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental ¶

¶

#### Guía de entrevista ¶

¶

La presente guía responde a la inquietud de identificar la voz de Trabajo Social que se desempeñan en el campo de la psiquiatría y la salud mental, para plasmar cómo se hace la profesión en lo cotidiano. ¶

Nombre ¶

Institución donde labora ¶

Formación profesional ¶

Experiencia en el puesto ¶

¶

- 1.→ ¿Cómo definirías al Trabajo Social en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental? ¶
- 2.→ ¿Qué tipo de problemas atiendes con mayor frecuencia? ¶
- 3.→ ¿Cuál ha sido tu Experiencia? ¶
- 4.→ ¿Cómo es tu cotidianidad en tu servicio/en el Departamento? ¶
- 5.→ ¿Qué actividades que lleva a cabo, dónde se registran? ¶
- 6.→ ¿Aplicas algún modelo de atención, cuál es? ¶
- 7.→ ¿Has sistematizado tu intervención? ¶
- 8.→ ¿Cuáles son las fortalezas que identificas en tu qué hacer profesional? ¶
- 9.→ ¿Cuáles son las debilidades/limitaciones? ¶
- 10.→ ¿Qué oportunidades consideras tener como Trabajadora Social en el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental? ¶

¶