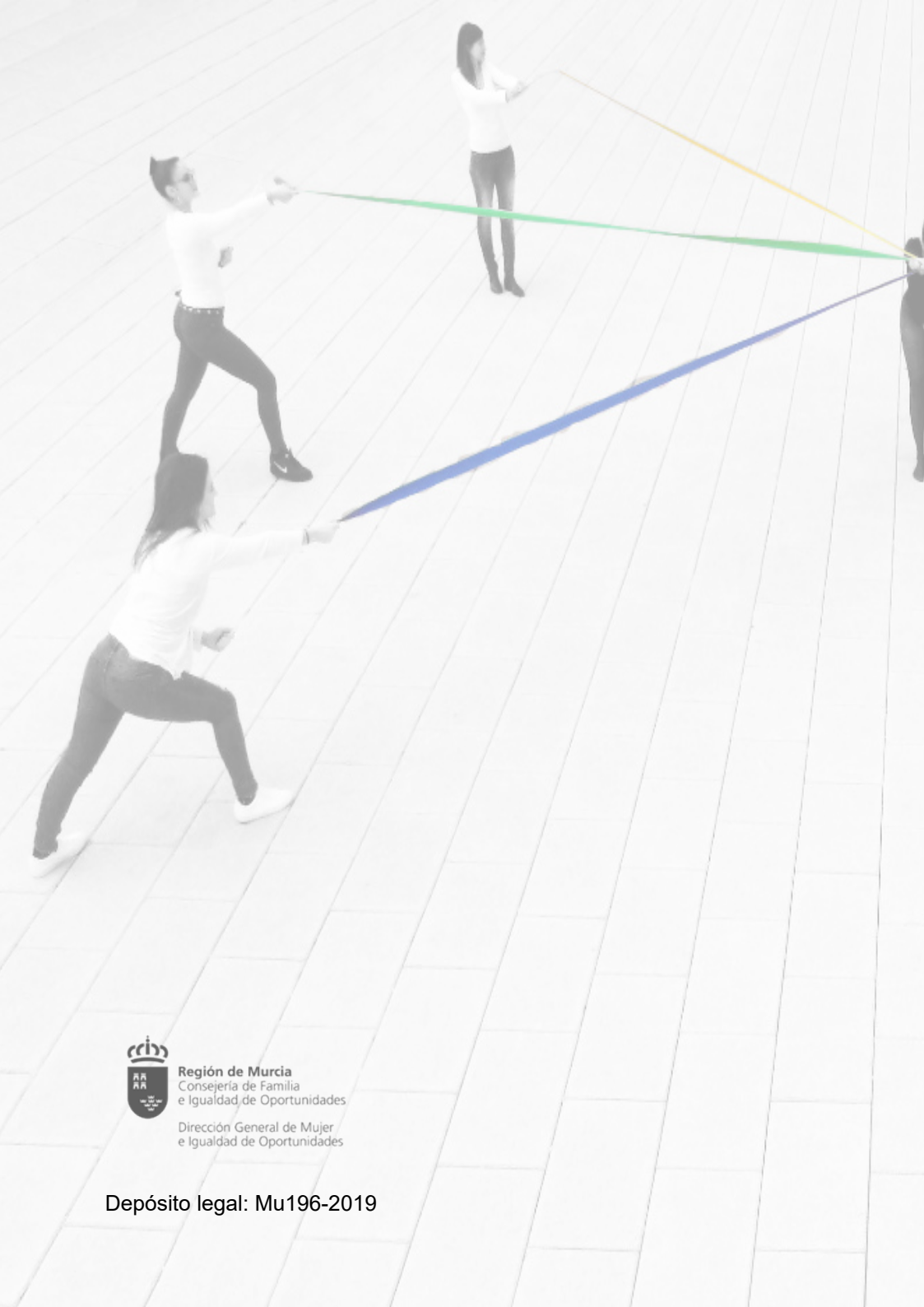




GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL AMBITO DE SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIA

en Violencia de Género



Región de Murcia
Consejería de Familia
e Igualdad de Oportunidades

Dirección General de Mujer
e Igualdad de Oportunidades

Depósito legal: Mu196-2019

ÍNDICE

1. Justificación y objetivos de la guía	2
2. Trastornos mentales más frecuentes	3
3. Mujeres Víctimas de Violencia de Género y Trastorno Mental Grave (TMG)	14
4. Cómo actuar ante situaciones específicas:	18
4.1. Detección de casos de violencia de género en mujeres con TMG	18
4.2. Urgencia psiquiátrica	22
4.3. Prevención del suicidio	25
5. Recomendaciones de buenas prácticas	29
6. Guía de recursos	32
7. Referencias Bibliográficas.	36

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA GUÍA

El objetivo principal de la guía es servir de orientación tanto a los/las profesionales de los recursos en violencia de género como a los/las del sistema sanitario, para ofrecer una atención adecuada a las mujeres con TMG víctimas de cualquier tipo de violencia (física, psicológica y/o sexual) por parte de su pareja o ex pareja.

También son objetivos de la guía:

- Realizar una breve alfabetización en salud mental, aproximación a los diagnósticos más frecuentes, así como conocer las consecuencias del estigma asociado.
- Detectar casos de violencia de género en mujeres con TMG puesto que denuncian menos que el resto de mujeres y se dificulta el que estos casos salgan a la luz.
- Conocer claves sobre prevención de suicidio, por el alto riesgo que sufren.
- Hacer patente la complejidad de la intervención y la dificultad para realizar una atención integral.
- Facilitar una guía de recursos sociosanitarios a la que pueden acceder las mujeres con TMG que son víctimas de violencia de género.

2. TRASTORNOS MENTALES MAS FRECUENTES

Un trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento que afecta a procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y genera malestar subjetivo. (Confederación Salud Mental España)

Una persona con problemas de salud mental puede tener comportamientos inaceptables como consecuencia de la desorganización de su conducta y de determinados síntomas como pueden ser delirios y alucinaciones. Es muy importante tener en cuenta que este tipo de comportamientos en muchos casos son provocados por los propios síntomas del trastorno, siendo inevitable para la persona que lo sufre. De esta forma podemos reducir el estigma, al no atribuir estas conductas negativas a la persona sino como parte del trastorno mental.

A continuación, se presentan diagnósticos más comunes en TMG. El objetivo no intervención clínica sino proporcionar nociones básicas sobre sus principales síntomas, así como dar algunas pautas de actuación útiles en caso de que fuera necesario.

PRINCIPALES TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

<u>TIPOLOGÍA</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>	<u>SUBTIPOS</u>
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de gestionar las emociones. - Formas de pensar, sentir y comportarse que no se adaptan a la sociedad. - 5 dimensiones: emocionalidad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicotismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno Límite de la personalidad - TP Histriónica - TP Narcisista - TP Dependiente
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes, que trata de neutralizar con otros pensamientos o actos (rituales). - Reconoce que los pensamientos o impulsos son producto de su mente, pero cree que se van a cumplir (pensamiento mágico). - Comportamientos de carácter repetitivo para la reducción de su malestar. 	
TRASTORNO BIPOLAR	<ul style="list-style-type: none"> - Episodio depresivo mayor: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo depresivo • Disminución del interés o de la capacidad de sentir placer en las actividades (anhedonia). • Pérdida o aumento importante de peso y/o apetito. • Sentimiento de inutilidad. • Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse. 	

- **Episodio maníaco:**

- Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo/a o irritable.
- Autoestima exagerada (desproporcionada).
- Más habladora y distracción constante.
- Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
- Implicación excesiva en actividades placenteras que pueden producir consecuencias graves (consumo).

ESQUIZOFRENIA

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Uso de un lenguaje y comportamiento desorganizado.
- Aislamiento o desapego emocional y social.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Trastornos que pueden generar un deterioro en la vida social y laboral de la persona, además de provocar un malestar significativo.

A. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que se diagnostica en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

Llevar a cabo conductas exageradas para evitar el abandono, comportamientos destructivos, estado de ánimo depresivo, ira inapropiada seguida de vergüenza y culpa.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

Comunicación.

Emplear tonos neutros y relajados. En determinadas ocasiones mensajes alentadores, motivadores o de ánimo pueden ser contraproducentes al interpretar la persona con TP riesgo de ser abandonada desencadenando una crisis cuando la persona con TLP los interpreta como un riesgo.

Comportamientos autodestructivos y conductas suicidas.

Cortes, quemaduras, golpes, abuso de sustancias, conductas bulímicas o anoréxicas, conducción temeraria... básicamente cumplen dos funciones:

- Reclamar atención y expresar el malestar emocional. Son intentos de aliviar la soledad y el abandono, a la vez que intentan establecer contacto y conexión con las otras personas.
- Búsqueda de alivio ante la intensidad emocional y desbordamiento emocional que suelen experimentar.

¿Qué hacer?

- Trasladarles nuestra preocupación y miedo, tratar el tema abiertamente
- Investigar y analizar cuál es el motivo detrás del síntoma, preguntar y escuchar a la persona
- Informar a profesionales de salud mental que atiendan a la persona

B. TRASTORNO DE PERSONALIDAD HISTRIÓNICA:

Se caracteriza por muestras de emotividad excesiva, frecuentemente falsas, la búsqueda de atención constante, fácil sugestionabilidad y escasa tolerancia a la frustración. Tienen a mostrar conductas seductoras.

C. TRASTORNO DE PERSONALIDAD NARCISISTA:

Poseen una necesidad constante de admiración, frecuentemente unido a la falta de empatía. Tienen sentimientos de grandeza, explotación interpersonal (aprovechase de los demás para conseguir sus propios fines).

D. TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE:

Existe una necesidad constante y excesiva de que le cuiden, muchas veces ligado a un comportamiento sumiso y de apego exagerado. Miedo a la separación y al abandono.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

Es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos, o imágenes recurrentes que la persona trata de neutralizar.

Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

- Preguntar acerca de los pensamientos y creencias que originan el malestar y que pueden estar impulsando la realización de rituales y conductas compulsivas.
- Identificar los miedos que subyacen a las conductas e ideas obsesivas.
- No cuestionar ni impedir rituales, hacerlo aumentaría la angustia y el malestar

TRASTORNO BIPOLAR

Es un trastorno del estado de ánimo. Se compone según el tipo de fases maníacas y depresivas.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

- Establecer el mapa sintomático predominante de cada persona para detectar posibles signos de desestabilización y recaídas
- Informar y coordinarse con profesionales de salud mental de referencia

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno psicótico. La persona experimenta una agonía que no es capaz de expresar, lo que le provoca aislamiento social o desapego emocional. La psicosis se origina por una experiencia vivida de la que muchas veces la persona no es capaz de identificar su origen.

Genera un deterioro en la vida social y laboral de la persona.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

- Asegurar espacios tranquilos, sin muchos estímulos y respetar momentos de silencio.
- Evitar situaciones de estrés o tensión.
- Escuchar, aunque no estemos de acuerdo, sin ridiculizar ni desprestigiar el discurso y mucho menos cómo se siente.
- Evitar contradecir, ridiculizar o intentar desmontar sus síntomas sobre todo alucinaciones y delirios, para no generar desconfianza o aumentar sus temores.
- Si es una persona conocida y estamos al tanto de cómo se expresan sus síntomas, sabemos que tiene conciencia de enfermedad y está abordable podemos escuchar y dialogar sobre lo que le pasa, lo que está experimentando y lo que necesita. Evitar tomar decisiones unilaterales, a menos que sean necesarias para evitar un peligro o una situación de riesgo.

- Si la persona pide que la dejemos tranquila, es recomendable, darle espacio y esperar a que se calme. Siempre que no exista riesgo para ella o para otras personas.
- Puede ser recomendable distraer a la persona, proponiendo un cambio de ambiente o salir a dar un paseo. Cambiar de tema puede ayudar a rebajar los niveles de ansiedad y tensión.
- En caso de muestra de agresividad, es importante mantenerse firme, utilizar un lenguaje claro con frases cortas. Esto no es incompatible con mantenernos calmadas y serenas, respetando en todo momento a la persona y evitando la confrontación directa. En la medida de lo posible intentar descubrir la causa de su agresividad y tratar de evitarlo.

PATOLOGÍA DUAL

Coexistencia de un trastorno mental y una adicción (ya sea por consumo de sustancias o por una conducta como el juego patológico) lo que dificulta enormemente la recuperación de la persona debido a problemas de adherencia al tratamiento, complicaciones en la evolución y pronóstico, aumentando el riesgo de recaídas y desestabilización mental.

En estos casos es imprescindible una intervención desde una perspectiva integral.

SEÑALES DE CONSUMO

- Cambios bruscos de estados de ánimo.
- Tendencia al aislamiento, evitar a personas conocidas.
- Dificultades para conciliar el sueño.
- Irritabilidad.
- Dificultad de memoria y concentración.
- Abandono de aficiones y rutinas.
- Incumplimiento de responsabilidades (en el trabajo, la escuela, etc).
- Reacciones defensivas o paranoicas.
- Temblores, ojos enrojecidos, dificultades para vocalizar, descoordinación motora, pérdida de peso.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

- Plantear nuestras sospechas (centrándonos en signos o comportamientos observados) y nuestra preocupación.
- No juzgar ni presionar.
- No dramatizar, no reprochar, no culpar.
- Intentar averiguar razones que han motivado el consumo.
- Si no reconoce el consumo, no insistir. Ofrecer apoyo y escucha activa según sus necesidades.
- Coordinación con los recursos o profesionales especializados.

PAUTAS DE ACTUACIÓN GENERALES PARA TODOS LOS TRASTORNOS

Anticipar las crisis.

Prestar especial atención a momentos de dificultad en los que la persona está experimentando un malestar significativo en sus relaciones interpersonales o en momentos donde se le exige una responsabilidad a la que cree no poder responder. Debemos estar atentos a los cambios experimentados por la persona en su vida cotidiana, anticiparlos en la medida de lo posible y preparar en cada caso a la persona para manejarlos.

- Mostrar actitud comprensiva y respetuosa con la persona.
- Motivar el inicio de un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico especializado, si no está recibéndolo en ese momento.
- Evitar discusiones o confrontaciones si la persona está alterada e irritable.
- Establecer y mantener normas y límites.
- Identificar posibles factores de riesgo de crisis (estrés, consumo de tóxicos, abandono del tratamiento, etc.).

En caso de crisis.

- Es fundamental mantener la calma.
- Evitar reaccionar a la defensiva en caso de críticas o ataques. Es muy beneficioso reconocer una parte de responsabilidad.
- Demostrar con escucha activa y lenguaje no verbal que la estamos escuchando y atendiendo.

Conductas y actitudes a evitar

1. Conductas agresivas y violentas. Mantener la calma, evitando gritar o amenazar.
2. Establecer pocos límites. Estos deben de ser claros y mantenerse en el tiempo.
3. Gestos corporales que puedan interpretarse como amenazantes o coercitivos.
4. Contacto visual directo mantenido en el tiempo
5. Contacto corporal sin preguntar antes.

El conocimiento y el establecimiento de un vínculo de confianza y respeto facilitará el acompañamiento y la intervención.

3. MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Al relacionar mujeres víctimas de violencia de género y TMG nos encontramos con una enorme dificultad y con otra forma de violencia institucional. Es una realidad invisible no contemplada por las estadísticas. Asimismo, no existe prácticamente bibliografía ni estudios al respecto por lo que es de vital importancia visibilizar las situaciones de maltrato en mujeres con TMG.

El desconocimiento una serie de sobre los problemas de salud mental lleva aparejados prejuicios y discriminaciones. Suele asociarse enfermedad mental con conflictividad y peligrosidad generado rechazo social. Es frecuente la invalidación del discurso de estas mujeres a través de la puesta en duda de sus relatos de la experiencia vivida. En este sentido, la Declaración de Madrid sobre el estigma y discriminación de las personas con enfermedad mental de 2011 evidencia la vulnerabilidad asociada a las dificultades de integración de estas personas, agravadas cuando introducimos la variable de género.

Las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género, especialmente si ha sido durante un largo periodo de tiempo, pueden verse afectadas por un deterioro en las capacidades cognitivas, lo que innegablemente termina afectando en su calidad de su vida. Diversos estudios han demostrado **que**

las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género tienen mayores problemas de salud tanto física como mental, identificando la OMS la violencia contra la mujer como la principal causa de problemas de salud mental (OMS, 2001)

A pesar de los pocos datos existentes podemos señalar que las mujeres con un diagnóstico de trastorno mental grave (TMG) son más vulnerables o tienen mayor probabilidad de padecer violencia de género en comparación con las mujeres sin diagnóstico de TMG

Uno de los factores que contribuyen a la vulnerabilidad de este colectivo es el estigma, etiqueta negativa, causante de actitudes y actos discriminatorios de rechazo hacia estas.

El trastorno mental lleva implícito un estigma de poca credibilidad que invalida cualquier discurso posterior, incluso se justifica en algunos casos la actitud del maltratador. Esta es una de las causas principales por las que estas mujeres no se atreven a manifestar su situación de maltrato.

LA PERSONA TMG INTERIORIZA LOS
PREJUICIOS SOCIALES CONVIERTIENDOLOS
EN SU IDENTIDAD

AUTOESTIGMA

CREEN QUE NO
SON DIGNOS DE
CONFIANZA Y
MERCEN LA
DISCRIMINACIÓN

PERDIDA DE
AUTOESTIMA. SE
ATRIBUYEN
CARACTERISTICAS
NEGATIVAS

A CONTINUACIÓN, SE RECOGEN UNA SERIE DE CAUSAS QUE AUMENTAN LA VULNERABILIDAD DE SUFRIR VIOLENCIA DE GENERO POR SUFRIR UN TRASTORNO MENTAL

<p>CAUSAS QUE AUMENTAN EL RIESGO</p>	<p>No disponer de red de apoyo o empleo</p>	<p>➔ Dependencia personal, asistencial y económica</p>
	<p>No acceder a información y recursos</p>	<p>➔ Por desconocimiento, falta de apoyo, estigma y/o autoestigma</p>
	<p>Discriminación y rechazo social del que en ocasiones son objeto</p>	<p>➔ Lleva a la disminución de posibilidades de detección e intervención cuando sufren situaciones de violencia de género</p>
	<p>Actitudes defensivas ante el temor de acusaciones y denuncias falsas</p>	
	<p>Dudas y menor credibilidad asociada a sus relatos</p>	

4. CÓMO ACTUAR EN SITUACIONES ESPECÍFICAS:

4.1. DETECCIÓN DE CASOS DE MALTRATO EN MUJERES CON TMG

Para poder detectar esta problemática es necesario trabajar con una actitud de continua alerta, atendiendo a las posibles señales que puedan llevarnos a sospechar que se está produciendo una situación de maltrato.

Es de vital importancia la creación de un vínculo entre el/la profesional y la mujer, respetar el ritmo de la misma sin forzarla para obtener información sobre un posible maltrato, ayudará a encontrar el momento idóneo para que cuente lo que le está pasando.

Según *La guía de mujeres maltratadas con TMG* (Madrid, 2010), estos serían algunos consejos útiles para la detección de situación de maltrato:

- Incluir de forma sistemática en la evaluación inicial una primera exploración general sobre posibles situaciones de maltrato.
- Realizar una serie de preguntas empezando por las más generales hasta las más concretas y directas. “¿Cómo están las cosas en casa?” “¿Cómo es la relación con las personas con las que convive?” “¿Tiene algún problema con su pareja?, etc.
- No desvalorizar las opiniones, sentimientos o hechos en relación al maltrato.

- Observar las actitudes y estado emocional, facilitar la expresión de sentimientos.
- Mostrar una actitud empática, con una escucha activa.
- Abordar directamente el tema de la violencia y expresar de forma clara que nunca está justificada.

Señales de alerta frente a una posible situación de violencia de género:

- Incumplimiento de las citas.
- Negativa a hablar acerca de sus relaciones familiares o hacerlo de forma escueta y sin profundizar.
- Incoherencia en la información ofrecida.
- Acentuación de síntomas depresivos, ansiedad, pánico, ideación suicida, trastornos del sueño y/o de la alimentación, etc.
- Contacto escaso o nulo con su familia, esto no es lo habitual.
- Baja autoestima.
- Expresar deseos de abandonar el hogar.
- Control injustificado y excesivo del dinero por parte de sus familiares.
- Vestir ropa inadecuada con el objetivo de ocultar lesiones.
- Actitud sospechosa y controladora por parte de la pareja.
- Acude sola a urgencias o no recibe visitas cuando está ingresada.

En el caso de que se aprecien lesiones físicas en la mujer estos indicios pueden hacer sospechar de una situación de maltrato:

- Intentar explicar la lesión de una forma incoherente.
- Tener una alta propensión a la “accidentalidad”.
- Las huellas de golpes o hematomas se encuentran en diferentes partes del cuerpo.
- Ocultar el origen de las lesiones o no acudir a la consulta de forma inmediata después del accidente.

Cuando la mujer reconoce el maltrato:

<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>Transmitirle que no es culpable de lo que le está sucediendo.</i>	Dar falsas esperanzas ni dar a entender que todo se va a arreglar fácilmente.
<i>Creer en su testimonio, sin emitir juicios. Intentar disminuir el temor a la revelación del maltrato.</i>	Hacer juicios ni criticar la actitud o la no respuesta de la mujer. No imponer criterios ni decisiones.
<i>Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.</i>	Utilizar frases como “¿Por qué sigue con él?”; “Si quisiera acabar ya se hubiera ido...”.
<i>Informar y alertarla de los riesgos y aceptar su decisión.</i>	Infravalorar la sensación de peligro que expresa ni recomendar terapia de pareja o mediación familiar.

En caso de riesgo vital para la mujer, se debe realizar un trabajo en coordinación con otros profesionales y servicios que atiendan a la mujer. En la historia clínica deben estar recogidos todos los datos significativos que se hayan conocido durante la detección y evaluación del maltrato.

Cuando la mujer no reconoce el maltrato:

Mostrar siempre empatía, el forzarla a tomar decisiones y enjuiciarla puede aumentar su culpabilidad o vergüenza. Debemos darle los apoyos necesarios con el objetivo de prepararla para romper el silencio, para ello es necesario el acompañamiento el respeto en sus decisiones. Esto no es sinónimo de minimizar la situación ni silenciar lo que está ocurriendo, sino de posicionarnos desde la emoción y la necesidad de la mujer en ese momento, darle su espacio y respetar sus tiempos.

Si valoramos que la mujer está en riesgo vital se debe plantear una intervención más activa e inmediata, teniendo en cuenta que lo más probable que esté negando la situación por miedo.

4.2 CÓMO RECONOCER UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA

Una urgencia psiquiátrica se define, según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), como “una alteración aguda del pensamiento, estado de ánimo, comportamiento o relaciones sociales que requiere de una intervención inmediata según lo define el paciente, la familia o la comunidad”.

Algunas de las señales de alarma previas pueden ser:

- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto.
- Invasión del espacio personal del entrevistador/ar.
- Cambio súbito de conducta.
- Intranquilidad.
- Labilidad emocional.
- Ceño fruncido, labios apretados, manos en puño, brazos en jarra.
- Hiperventilación.
- Contacto visual fijo, prolongado o impertinente.

Ante estas primeras señales se debe actuar en prevención intentando cuidar la seguridad de la persona afectada, así como la de cualquier persona presente en la escena.

Cuando se llega al estado de agitación psicomotriz podemos observar las siguientes manifestaciones:

- Actividad verbal o motora incrementada, repetitiva y sin propósito.
- Hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante estímulos, irritabilidad).
- Síntomas de activación simpática (taquicardia, sudor, boca seca).
- Sensación subjetiva de pérdida del control.
- Agresividad contra otros o contra sí mismo.

Al ser una urgencia médica, requiere de atención inmediata para evitar consecuencias permanentes o para salvar a la paciente de peligro mortal. Por tanto, ante esta situación se debe llamar a los **Servicios de Emergencias Médicas** a través del **112** o acudir a **Urgencias** del hospital más cercano.

Algunas medidas de intervención útiles mientras que se consigue la atención especializada serían:

- Fomentar la verbalización: debemos dar información a la persona que sufre la crisis, debe estar informada en todo momento del proceso. Evitar amenazas y promesas falsas. Ofrecer expectativas razonables.
- Mostrar actitud tranquilizadora pero con firmeza (aparentar calma y control de la situación en todo momento).
- Conversación tranquila, hablar sin elevar la voz, suave y con preguntas cortas, escucha activa, no enfrentarse al paciente (ni con actitudes ni

con ideas) ni mostrar prejuicios hacia él. Aunque es importante limitar su conducta, y comunicarle qué conducta se aceptará y cuál no.

- En el caso de alucinaciones o delirios no contradecir a la persona, debemos escucharla de forma neutra, no fomentamos ni quitamos importancia a lo que está experimentando.
- No mantener la mirada fija, sino efectuar desplazamientos naturales de la vista.

Medidas básicas de seguridad en intervención en crisis:

- Debemos procurar un ambiente lo más tranquilo posible. Evitar estímulos externos (música, gente gritando, estímulos luminosos etc.)
- Mantener la distancia de seguridad y no dar la espalda a la persona.
- Evitaremos la presencia de objetos que puedan ser utilizados como armas potenciales (lapiceros, ceniceros, etc.).
- Estar atentos a signos inminentes de agitación.

4.3. PREVENCIÓN DE SUICIDIO

La OMS, publicó en 2005 los resultados de un estudio realizado en varios países sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica. Este informe revela que la probabilidad de que una mujer que haya sido víctima de malos tratos padezca problemas físicos o mentales es dos veces superior con respecto a mujeres que no han sufrido, incluso cuando la violencia haya tenido lugar varios años antes. Algunos estudios apuntan al **maltrato es la causa del 25% de los intentos de suicidio en la población global femenina**. Estos datos sólo se refieren a los intentos de suicidio, al no conocerse las causas y factores que intervienen en los suicidios consumados, que muy probablemente aumentarían estas cifras.

Partiendo de la base de que **la presencia de un trastorno mental es un factor de riesgo de suicidio**., si a esto le sumamos ser víctima de violencia de género, se **multiplica el riesgo de suicidio al converger estas dos circunstancias**. Por este motivo es de especial importancia el saber reconocer cuales son los principales signos de alarma y qué intervención es adecuada en ese momento para poder realizar una actuación preventiva de suicidio efectiva en esta población vulnerable.

En primer lugar, vamos a conocer los mitos más comunes sobre suicidio (OMS, 2014).

MITO

HECHO Y RECOMENDACIÓN

Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues sólo quieren llamar la atención.

Quienes hablan de suicidio pueden estar pidiendo así ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza y pueden considerar que carecen de otra opción. Por tanto, será importante no minimizar y tomar en serio cualquier verbalización o amenaza.

El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencia.

El suicidio puede parecer impulsivo, pero puede haber sido considerado durante algún tiempo. Muchos suicidas dan algún tipo de indicación verbal o conductual acerca de sus intenciones de hacerse daño.

La persona suicida está decidida a morir.

Por el contrario, las personas suicidas suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte, la mayoría comunican sus pensamientos a por lo menos una persona, o llaman a una línea telefónica de crisis o al médico. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.

Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro.

En realidad, uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis o cuando la persona está en el hospital después de un intento de suicidio. La semana después del alta es cuando la persona está particularmente frágil y en peligro de hacerse daño.

Sólo las personas con trastornos mentales se suicidan.

Hablar del suicidio puede incitar a la persona a hacerlo.

Si bien es cierto que hay mayor prevalencia de suicidio en personas con trastorno mental, muchas personas con trastornos mentales no están afectadas por el comportamiento suicida, y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental.

Dado el estigma generalizado alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio. La validación del estado emocional de la persona y la normalización de la situación inducida por la tensión son componentes necesarios para reducir la ideación suicida.

Cómo detectar el riesgo de suicidio.

En la intervención será fundamental realizar una escucha activa dirigida a que la mujer se sienta comprendida y pueda expresarse con total libertad. En el transcurso de la entrevista algunas **verbalizaciones negativas sobre sí misma o sobre su futuro** pueden interpretarse como señales de alerta.

Existen otras señales de alerta o factores de riesgo a tener muy en cuenta como las alteraciones del sueño, presencia de alucinaciones, cambios

bruscos en el estado de ánimo, regalar o desprenderse de pertenencias valiosas o el abuso de sustancias adictivas.

¿Cómo intervenir?

Si detectamos señales de riesgo de suicidio **debemos preguntar abiertamente a la mujer si está planeando quitarse la vida**. De esta forma tenemos la oportunidad de iniciar la prevención.

Al tratar este asunto nunca se debe juzgar a la mujer, la invitaremos a hablar sin temor, sin criticar ni discutir, tampoco quitaremos importancia a su discurso. Adoptaremos una disposición de escucha auténtica y reflexiva.

Si confirmamos que el riesgo es real, debemos **informar cuanto antes al profesional de salud mental de referencia**, así como a familiares o personas cercanas.

En caso de **riesgo inminente** se debe llamar a los **Servicios de Emergencias Médicas** a través del **112** o acudir a **Urgencias** del hospital más cercano.

5. RECOMENDACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS

La importancia de establecer un vínculo. Es necesario que la persona se sienta respetada, escuchada y comprendida, para ello es imprescindible, además de asegurarnos de nuestra profesionalidad mediante la formación, supervisión y coordinación con otros profesionales, demostrar ser dignas de la confianza y capaces de sostener la angustia, preocupaciones e inquietudes de la persona que tenemos delante.

Mostrar una actitud empática y sincera. Esto implica por una parte acoger a la persona en su totalidad y no reducirla a un diagnóstico o unos síntomas. Reconociendo y respetando nuestros límites, recurriendo cuando sea necesario a la colaboración con otros profesionales, recursos o servicios apropiados.

No enjuiciar a la persona. Propiciar que la persona pueda mostrarse y expresarse sin sentirse evaluada es la única manera de poder entender lo que le pasa, revisar las causas y consecuencias de lo que vive, planificar estrategias de mejora, analizar ventajas e inconvenientes de cada propuesta e implicarla en el proceso de empoderamiento necesario en cualquier proceso de rehabilitación.

La escucha lo es (casi) todo. Tratamos la mayor parte del tiempo con mujeres a las que no se les da tiempo ni disponen de espacio para expresarse y contar lo que les pasa más allá de síntomas manifiestos, habituadas a que otros hablen y decidan por ellas, reducidas a un diagnóstico o una etiqueta que en muchas ocasiones impide desarrollar proyectos, planes de vida, sueños y deseos por temores, sobreprotección, infantilización, sentimientos de impotencia y peligro...propios y ajenos.

Escuchar auténtica y activamente, ofrecer la oportunidad de comunicar quien una es, cómo se siente y lo que le pasa es la base y el facilitador transversal que en los encuentros con las mujeres con TMG y VG asegurará la credibilidad de testimonios, la identificación de riesgos, el establecimiento de objetivos realistas y beneficiosos para la mujer ya que ella misma habrá indicado la dirección de sus intereses y posibilidades, la evaluación continua del plan de acción establecido, así como los ajustes y adaptaciones necesarios para acercarnos al logro del mismo.

Formación continua y permanente. El reto asociado a desempeñar una labor profesional rigurosa y de calidad tanto para las personas a las que atendemos como para nuestra propia satisfacción conlleva necesariamente la adquisición de contenidos, aprendizaje de modelos y revisión y supervisión de nuestro quehacer de forma continua y permanente. Entendemos esta condición como indispensable en aquellas personas comprometidas con el ejercicio de la atención, la intervención y el acompañamiento a otras que reúnen condiciones y circunstancias dificultosas y en ocasiones limitante para el despliegue de sus proyectos y el desarrollo de sus aspiraciones cotidianas.

A estas recomendaciones podemos añadir el trabajar desde una perspectiva de género y siempre en coordinación con los todos servicios especializados que intervengan en ambas problemáticas con la finalidad de unificar criterios y líneas de trabajo.

6. GUÍA DE RECURSOS DE SALUD MENTAL

ENTIDADES Y ASOCIACIONES DE SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA 2019

FEDERACIÓN SALUD MENTAL REGIÓN DE MURCIA (R. MURCIA)

C/ Poeta Cano Pato nº 2, 1ºL 30.009 Murcia - Tel. 968 23 29 19

web: www.saludmentalrm.com email: info@saludmentalrm.com

AFEMCE ASOCIACIÓN SALUD MENTAL CIEZA Y COMARCA

C/. M. José de Larra, 2. Bajo 30530 Cieza

Tel. 968 76 08 48 Móvil 617 468 444

<http://www.afemce.com/> email: afemce@afemce.com

AFEMNOR ASOCIACIÓN SALUD MENTAL COMARCA DEL NOROESTE

C/. Pérez Villanueva, 49. Casa de la Tercia. 30430 Cehegín

Tel. 968 70 09 66 y 695 67 30 43 Fax. 968 70 09 66

email: afemnor2006@yahoo.es

<http://lasaludmentalsiqueimporta.blogspot.com.es/>

AFEMTO ASOCIACIÓN SALUD MENTAL COMARCA BAJO GUADALENTÍN

C/ San Bartolomé s/n 30892 Librilla

Tel. 968 42 01 09 y 699 08 58 71

www.afemtocentrodedia.es/ email: afemtocentrodedia@hotmail.com

AFEMY ASOCIACIÓN SALUD MENTAL COMARCA DEL ALTIPLANO

C/. Águilas, 16 (Acceso por interior plaza) 30510 Yecla

Tel. 968 79 15 51 - Fax. 968 79 15 51

email: afemy@teleyecla.com

AFES ASOCIACIÓN SALUD MENTAL MURCIA Y COMARCAS

C/ Azarbe del Papel, 30 30007 Murcia

www.afesmurcia.org/

Tel. 968 22 44 02 email: info@afesmurcia.org

C/ Gloria Costa 6 Urbanización Los Llanos I 30565 Las Torres de cotillas

Teléfonos: 968 62 38 95 / 616 27 26 29 inforcdlastorres@afesmurcia.org

AFESMO ASOCIACIÓN SALUD MENTAL MOLINA DE SEGURA

C/. Gregorio Miñano nº 52 30500 Molina de Segura

www.afesmo.es

Tel. 968 64 53 87 - Fax. 868 91 33 11 email: info@afesmo.es

ÁPICES ASOCIACIÓN SALUD MENTAL CARTAGENA Y COMARCA

Finca Ventorrillos, ctra. Madrid-Cartagena km. 431 CP 30319 Cartagena

Web: www.apicescartagena.com

Tel. 968 16 92 15 y 678 59 86 64/3 email: apices53@gmail.com

ASOFEM ASOCIACIÓN SALUD MENTAL LORCA Y COMARCA

Dirección: C/Berlín, Parcela SG2. Urbanización Torre del Obispo, Diputación de

Purias. Lorca (Murcia) C.P. 30.813

www.asofem.org

Tel. 968 47 11 80 - Fax. 968 47 11 80 email: asofem2003@hotmail.com

AFEMAC ASOCIACIÓN SALUD MENTAL ÁGUILAS Y COMARCA

Plaza Gutiérrez Mellado, nº 5 bajo 30880 Águilas www.afemac.org

Tel. 968 41 32 05 Móvil. 615 75 56 18 email: afemacaguilas@hotmail.com

AFEMAR ASOCIACIÓN SALUD MENTAL COMARCA DEL MAR MENOR

C/Francisco de Asís, 4 (Lo Pagán) 30730 – San Pedro del Pinatar

Tel. 968 18 19 10 – Móvil 636 20 61 08 email: afemar.menor@hotmail.com

<http://asociacionafemar.blogspot.com.es/>

AFECTAMUR ASOCIACIÓN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Avda. Primo de Rivera nº 10 Entresuelo 12. 30.008 Murcia www.afectamur.es

Tel.: 968 27 05 17 afectamur@afectamur.es

ASAMJU ASOCIACIÓN SALUD MENTAL JUMILLA

C/ Cánovas del Castillo bajo s/n esquina con calle Pósito

Teléfono: 633252505 email: asamju.jumilla@gmail.com

CURAE MENTIS (FUNDACIÓN MURCIANA DE SALUD MENTAL)

C/ Poeta Cano Pato nº 2, 1ºL 30.009 Murcia

www.fusamenmurcia.com

Tel. 968 23 29 19 / 619 02 99 10 info@fusamenmurcia.com

TP CARTAGENA MM (ASOCIACIÓN TRASTORNOS PERSONALIDAD CARTAGENA Y COMARCA DEL MAR MENOR)

C/ Carlos III, 52-5º F 30201 Cartagena Tel. 868 09 02 72 / 687 09 22 89

Web: <http://tpcartagenammtrastornosdepersonalidad.com/>

ARMAI-TLP (FUNDACIÓN REGIONAL MURCIANA DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD)

Avenida Ronda Norte, Nº 27. Edificio Orly.5º D 30009. MURCIA

Tel. 968 967 272 / 651 304 285

Web: <http://www.fundacionarmaitlp.com/>

ISOL (ASOCIACIÓN MURCIANA DE REINSERCIÓN PSICOSOCIAL)

Ctra. del Chorrigo, km.1. 30500 – MOLINA DE SEGURA – Murcia Tel. 618 81 82 02

Web: <http://www.isolmurcia.org/>

RED DE CENTROS DE SALUD MENTAL (SERVICIO MURCIANO DE SALUD)

Se pueden consultar en la web de Murciasalud

Web: https://www.murciasalud.es/salud_mental.php?idsec=898

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILERA, D.C., MESSICK, J.M. (1984). Crisis Intervention: Theory and Methodology, ST. Louis, C.V. Mosby.

ALLEN, H., FORSTER, P., ZEALBERG, J., CURRIER, G. (2002). Report and Recommendations Regarding Psychiatric Emergency and Crisis Services. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Consultado el 19 de enero de 2019, de:

https://www.agamfec.com/wp/wpcontent/uploads/2014/07/18_4_Act_ABCD_2_Cadernos.pdf

AMARISTA, F. (2004). Urgencias Psiquiátricas. Gaceta Médica de Caracas, 112(3), 204-211. Recuperado en 19 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622004000300006&lng=es&tlng=es.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson

BARD, M. Y ELLISON, K., CIT. EN ROBERTS, A. (1990). Crisis Intervention Handbook, Wadsworth Inc., Belmont., p.8.

BEDOYA, E., MONTAÑO, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. CES Psicología, 9 (2), 179-201.

CAPLAN, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry, N. York, Basic Books. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2017). Plan de atención personalizada para víctimas de violencia de género. Dirección general de mujer de la comunidad autónoma de la región de Murcia.

- CRESPO, A. (2010). Guía de psicoeducación para las familias de las personas diagnosticadas de psicosis. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad, Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria. Recuperado el 17 de enero de 2019, de:
<https://consaludmental.org/centro-documentacion/guia-psicoeducacion-familias-psicosis-3605/>
- GONZÁLEZ DE RIVERA Y REVUELTA, J. L. (2001). Psicoterapia de la crisis. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (79), 35-53. Recuperado el 17 de enero de 2019, de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004&lng=es&tlng=es
- GONZÁLEZ, F., GONZÁLEZ, J., LÓPEZ, M., POLO, C. RULLAS, M. (2010). Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave. Salud Madrid. Consultado en Enero 29, 2019, de Sitio Web:
<http://asaenec.org/wp-content/uploads/2014/02/Gu%C3%ADa-de-atencion-a-mujeres-maltratadas-con-trastorno-mental-grave.pdf>
- LAMELA, M. (2005). Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con TLP. Consejería de sanidad y consumo de Madrid. Consultado el 29 de enero de 2019, del Sitio Web:
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009289.pdf>
- LORENTE, M. (2006). Suicidio y violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MOLINA, A. (2015). Vulnerabilidad y daño psíquico en las mujeres víctimas de violencia en el medio familiar. Universidad de Granada. Consultado el 29 de enero de 2019, del Sitio Web:
<https://hera.ugr.es/tesisugr/26083267.pdf>

O.M.S. (2002). Informe mundial sobre violencia. Publicado en Español por la Organización Panamericana de la Salud. Washington. Consultado el 26 de enero de 2019, del Sitio Web:

<http://www.redfeminista.org/documentosA/oms%20resumen.pdf>

RODRÍGUEZ, M. ET AL. (2016). Actividad motivada y patología dual. UUID: e01b906d-fa91-4b3b-96b2-4d1e6ac04c73. Málaga. Consultado el 29 de enero de 2019, del Sitio Web:

<http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/ACTIVIDAD-MOTIVADA-Y-PATOLOGIA-DUAL1.pdf>

SERRANO, C. (2012). Efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres. Consultado el 26 de enero de 2019, de Deusto Sitio web: www.terapiaygenero.org

SIMÓN, A., MUNILLA, R., BERNABEU, A. (2015). Violencia intrafamiliar en personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera. Documentos de Trabajo Social · nº55 · ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

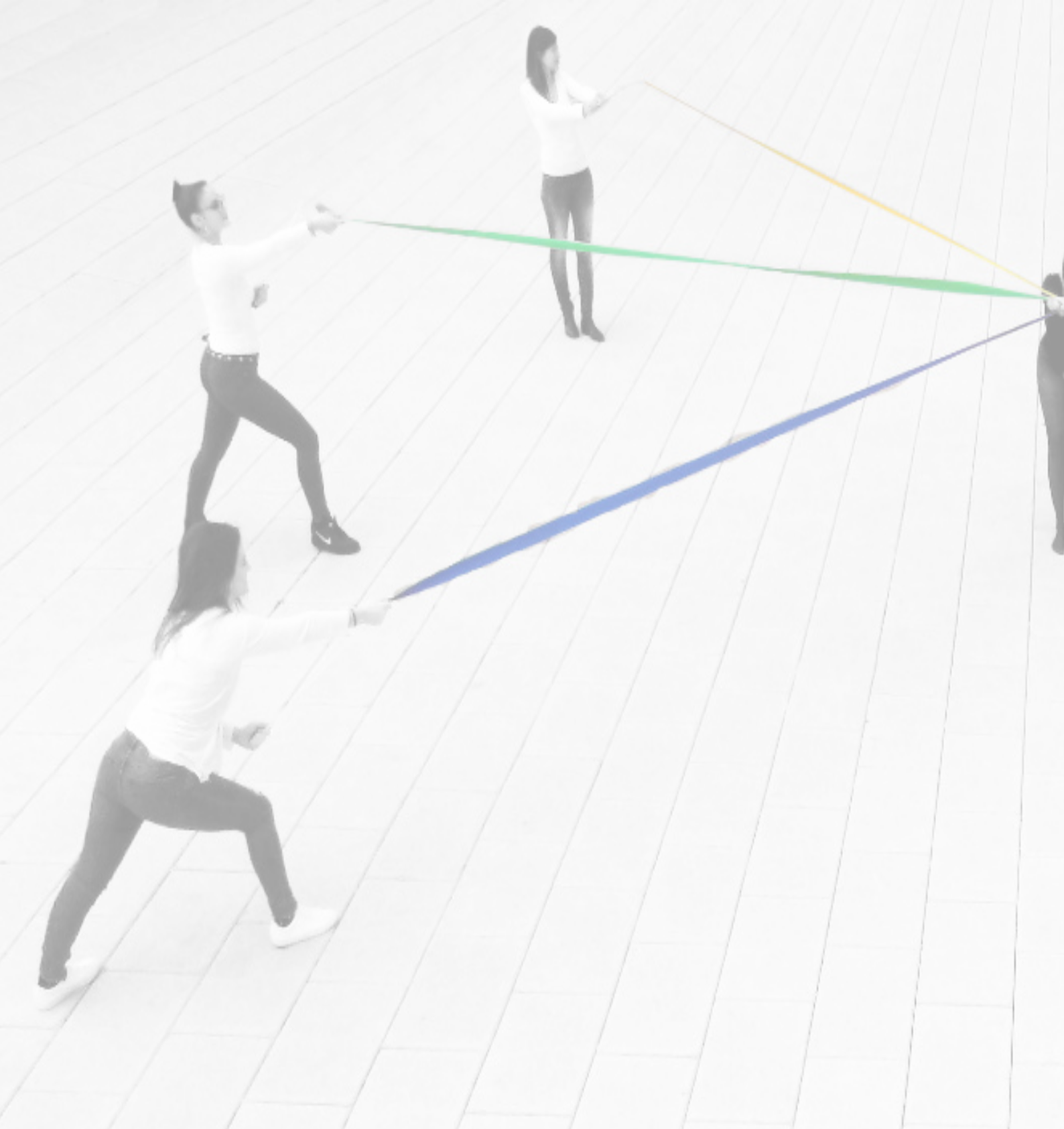
SLAIKEU, K. A. (1996). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México, D.F.: Manual Moderno.

TESTA, A. ET AL (2013). Psychiatric emergencies (part I): psychiatric disorders causing organic symptoms. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 17 (Suppl 1): 55-64

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH (2010). Enfermedad mental y suicidio: guía para la familia para encarar y reducir los riesgos. Woodbridge: Federación Mundial para la Salud Mental.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/43390>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2006). Prevención de suicidios: recurso para consejeros. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf



Con la colaboración: FEAFES
(Federación Salud Mental de la Región de Murcia)



federación
SALUD MENTAL
región de murcia



