



# LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL TAMBIÉN PUEDE SER FEMINISTA

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION YOU CAN ALSO BE A FEMINIST

Autora:  
Itxaso Martín Jaureguizar  
Psicóloga y directora del Centro de Día y Equipo de Apoyo Social Comunitario Ciudad Lineal dependiente de la  
Consejería de Familia y Juventud y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid y gestionado por la Asociación  
Candelita.

la comunidad y en qué comunidad iban a vivir las personas con enfermedad mental grave. No se explicó que valores tenía esa comunidad, qué se esperaba de las mujeres y hombres que la integran y sobre todo en quién iba a recaer ese cuidado.

Es con perspectiva de género con la que me propongo acometer esta empresa, ya que es la herramienta más útil y que visibiliza con mucha claridad la necesaria justicia social. La perspectiva de género busca examinar el impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otros. Porque si de algo trata la Rehabilitación Psicosocial es de dar a las personas la oportunidad para su rehabilitación, para una vida digna, considerándolas como sujetos plenos de derechos pero sí y siempre sí, en igualdad de condiciones para ellas y para ellos.

Además es importante dar cuenta de otro de los mecanismos que tiene el sistema para perpetuarse que es la generación de cultura y pensamiento androcéntrico es decir “ el enfoque de las diferentes realidades únicamente desde la perspectiva masculina, utilizando posteriormente los resultados como válidos para la generalidad de los individuos (universales), sean hombres o mujeres “. (3) He querido utilizar la perspectiva feminista para repensar y contrarrestar el pensamiento androcéntrico que asumo que existe en la configuración de los principios esenciales que definen la Filosofía de Atención en Rehabilitación Psicosocial.

Considero imprescindible esta reflexión crítica ya que son los principios guía o valores que han orientado las prácticas y suponen un soporte ideológico y ético con una relevancia esencial. Se presupone “que permiten seguir avanzando a pesar de las limitaciones metodológicas o contextuales, posibilita una constante reflexión sobre la realidad y la práctica en rehabilitación y orientan las expectativas, actitudes y valores de los profesionales que trabajan en rehabilitación”. (4)

No me meto tanto en su formulación, que en términos generales es aceptable y pueda abarcar en su nominación una idea universal que no excluye per se a ninguna persona, pero sí considero necesario explicitar en su desarrollo la igualdad.

Al explicitar un desarrollo inclusivo e igualitario teniendo en cuenta las necesidades de toda la población, pudieran cambiar su formulación nominal como principio.

## 2. REVISIÓN DE LOS PRINCIPIOS ESENCIALES DE LA FILOSOFÍA DE LA ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN:

Los principios que incluyo de manera literal para su revisión son los que constan en el “Cuaderno Técnico: Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención”, editado en 2002 por la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (5)

1. La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.

Aquí cabe explicitar con más detenimiento a qué derechos humanos nos estamos refiriendo y hacer hincapié en todas las convenciones, tratados y leyes tanto internacionales, europeas como nacionales que puedan poner en valor la protección de derechos y reconocimiento de los mismos. El Convenio de Estambul, la Conferencia de Beijing, La ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, La ley para la Igualdad efectiva entre hombre y mujeres... también deberían de regir e impregnar nuestra práctica diaria.

El comité de derechos de las personas con discapacidad revisó el cumplimiento de la Convención con el mismo nombre, ratificada por España en 2008, e hizo una llamada de atención a nuestro país en 2019 por el incumplimiento de ciertos derechos que no estaban siendo reconocidos. (6) Hay que incluirlos de manera explícita en guías, hacer programas formativos, llevarlo a conferencias y que formen parte del ideario de todos los profesionales que trabajamos en esta área.

2. Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo en cuenta sus objetivos y planes.

La Rehabilitación Psicosocial consiste en facilitar mediante herramientas, la toma de decisiones consciente acerca de la vida que ellas y ellos consideran más acertada para alcanzar sus propios proyectos de vida. Como profesionales hemos de conocer que la socialización de género ha enseñado a las mujeres a satisfacer las necesidades de los otros, colocándose en un segundo plano. Las mujeres socializadas en el “ser y estar” para los demás tendrán más dificultades para implicarse y desempeñar roles que tengan que ver con proyectos de vida propios.

3. La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.

Si por comunidad natural entendemos la que está organizada jerárquicamente en base al sexo y de la asignación de un género que conlleva el aprendizaje de comportamientos específicos para la condición de ser hombre o mujer y que además estas prerrogativas en forma de mandatos de género contribuyen a la desigualdad entre los sexos y que tienen como consecuencia peor salud mental para las mujeres, bajo la perspectiva feminista tenemos que integrar a cada persona en su comunidad natural cuando esta comunidad cumpla unos mínimos requisitos, esto es, que sea igualitaria, digna y justa en oportunidades independientemente del sexo de la persona con TMG en cuestión.

No sería ético ejercer nuestra práctica rehabilitadora normalizando una comunidad en la que se ejerce violencia sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas y además que se nos culpabiliza cuando eso pase. Es imprescindible una comunidad que visibilice las violencias y las persiga como formas inaceptables de relación entre los sexos. Una comunidad en la que los cuidados sean una responsabilidad de todas las personas, no solo de las mujeres y así se exija por todos los miembros que la formamos. Es imprescindible definir en el momento actual a qué comunidad pertenecemos e integramos y si con nuestras prácticas perpetuamos que se sigan precarizando la vida de las mujeres.

## RESUMEN

Revisión de los principios de la Rehabilitación Psicosocial utilizando la teoría feminista como categoría de análisis social y política de la realidad para visibilizar los mecanismos del sistema patriarcal que operan en la conformación del modelo de la Rehabilitación Psicosocial, la definición de sus principios y las prácticas profesionales que de ellos se derivan.

Palabras clave: socialización de género, androcentrismo cultural, filosofía de rehabilitación psicosocial, justicia social, mujeres y trastorno mental grave, integración comunitaria, teoría feminista.

## ABSTRACT

This article reviews the principles of Psychosocial Rehabilitation using feminist theory as a category of social and political analysis of reality to make visible the mechanisms of the patriarchal system that operate in the conformation of the Psychosocial Rehabilitation model, the definition of its principles, and the professional practices that derive from them.

Keywords: gender socialization, cultural androcentrism, philosophy of psychosocial rehabilitation, social justice, women and serious mental illness, community integration, feminist theory.

## 1. IMPORTANCIA DE INCORPORAR LA TEORÍA FEMINISTA AL MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Es de interés hacer una revisión de los principios rectores de la Rehabilitación Psicosocial, hija del proceso de reforma psiquiátrica, que conforma en la actualidad un modelo teórico con unos principios que guían unas prácticas específicas y que tiene como fin último la integración en la comunidad de la manera más normalizada y con la mayor calidad de vida posible de las mujeres y hombres con trastorno mental grave.

La revisión de los principios rectores y de las prácticas consecuentes se puede hacer desde diferentes perspectivas. Yo me propongo realizar dicha revisión con perspectiva feminista porque el feminismo es una categoría de análisis social y política de la realidad, con gran influencia cultural, que hace visible lo invisible y crea otra mirada más digna, justa y democrática para todas y todos. El feminismo es “una teoría, un pensamiento y práctica social, política y jurídica que tiene por objetivo hacer evidente y terminar con la situación de opresión que soportan las mujeres y lograr así una sociedad más justa que reconozca y garantice la igualdad plena y efectiva de todos los seres”. (1) De esta manera se visibilizan los procesos y mecanismos por los cuales se mantiene y perpetúa la situación de opresión sobre las mujeres como son la violencia sistemática ejercida sobre ellas, el androcentrismo cultural, los procesos de socialización de género, la educación en el amor, el miedo a la soledad, el control externo sobre el cuerpo estético y sexual...que por un lado explican la situación de subordinación y por otro nos dan algunas claves para la emancipación.

La salud mental comunitaria, tras el proceso de reforma psiquiátrica, se apoyó en la nueva articulación de los servicios, desde lo ambulatorio, apoyándose en un sistema sanitario de carácter universal y bien coordinado con el sistema de servicios sociales. No se trataba de atender a lo meramente clínico, si no que era necesario atender la vulnerabilidad psicosocial asociada a la enfermedad mental grave que en ocasiones y a falta de servicios públicos y universales en algunos países líderes de la reforma como fue EE.UU, dieron cuenta organizaciones sociales y civiles lideradas por mujeres. (2)

Fue necesario entonces crear una red coordinada de servicios, recursos, programas y profesionales formados para potenciar y hacer efectiva lo que Ley promovía, esto es, que las personas pudieran mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado posible.

Sin embargo, no se profundizó y abordó como era necesario uno de los fundamentos imprescindibles para que la integración comunitaria sea exitosa. No se contó con la comunidad en su conjunto. No contó con quién iba a empezar a cuidar en

**4. Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.**

La crítica a este principio en relación a las pautas de vida lo más normalizadas posibles no tiene que ver con hábitos saludables y mínimos comportamientos de autocuidado así como normas básicas de comportamiento civil imprescindibles para el mantenimiento de una convivencia y orden social mínimo de respeto y relaciones cordiales entre vecinas y vecinos. Por ejemplo, no puede ser que una persona con un gran déficit en funciones cognitivas superiores y gran desinhibición social tenga una conducta realmente inapropiada, como hacer sus necesidades en la puerta de un establecimiento. Esto no es aceptable para una buena convivencia, ni para la persona que regenta el establecimiento en cuestión y menos para la persona con las dificultades mencionadas, porque es indigno y denigrante para ella. Pensar en todas las consecuencias sociales que tiene el realizar este acto en su autoestima, integración en la comunidad y mirada social es imprescindible. No me estoy refiriendo a esos comportamientos que sí hay que atender para recuperar la dignidad de esa persona. Me refiero a cuestionar los propios juicios de valor de las y los profesionales en base al desempeño “natural” de roles sociales apropiados a las características de cada persona en relación al sexo.

**5. La rehabilitación debe buscar la autonomía e independencia basándose en las capacidades, competencias y sistemas de apoyo y soporte de cada sujeto y de su entorno.**

Este principio es especialmente ambicioso y muy significativo si se consigue en la vida de las mujeres con TMG. El proceso por el que tiene que pasar un hombre y una mujer para alcanzar el máximo nivel de autonomía posible no es el mismo en ambos. En el caso de las mujeres sería recomendable hacer una revisión de sus relatos de vida, para cuestionarse en la medida que ellas quieran y puedan, qué impedimentos han tenido para su desarrollo, previo y posterior al debut de la enfermedad, sus propias capacidades. En base a esta revisión poder generar la autoconfianza y fortaleza necesaria para modificar las dinámicas que afectan tanto al trato hacia sí mismas como al trato con el resto de personas.

**6. Debe ofrecer apoyo durante todo el tiempo que necesite.**

**7. La rehabilitación debe partir del principio de individualización teniendo en cuenta las características únicas de cada individuo y basándose en una evaluación individualizada de sus necesidades que abarque de un modo global todos los aspectos del sujeto y de su entorno.**

Este principio es especialmente relevante por cuanto se traduce directamente en una práctica diaria en Rehabilitación Psicosocial, en cuanto que es parte de un proceso armado y ya sistematizado como es la evaluación inicial y continua que realizamos en los dispositivos. El modo global de todas las personas atendidas, si está especificado en nuestros manuales y guías, no así está explicitado como norma la evaluación de las necesidades específicas de las mujeres. Es imprescindible incluir de manera sistemática en los procedimientos de todos los recursos de atención de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera unas indicaciones técnicas de obligado cumplimiento que giren en torno a las necesidades específicas de las mujeres. Hay una propuesta de protocolos específicos de evaluación que ha de ser aceptada e incluida formalmente como parte de la evaluación y la planificación de la intervención en la práctica de la rehabilitación psicosocial.<sup>(7)</sup>

Estas necesidades específicas tienen que ver con áreas como la historia biográfica y la evolución de la enfermedad. Incluir en el caso de ser mujer las revisiones ginecológicas, embarazo, revisiones obstétricas, climaterio... En el área del afrontamiento personal y social, el abordaje de la sexualidad explorando ideas sexuales erróneas acerca de la sexualidad y relaciones igualitarias, en el área de autonomía básica explorar mandatos de género e ideas irracionales en torno a la administración y manejo del dinero, cooperación en tareas domésticas, cuidado de personas dependientes y en el área familiar explorar posibilidad de existencia de violencia de género.<sup>(8)</sup>

**8. Debe implicar una actitud de esperanza, expectativa positiva sobre el individuo y sobre sus potencialidades de desarrollo y mejora.**

Esta actitud de esperanza es más fácil de lograr con la aplicación de las nuevas estrategias de intervención psicosocial generadas desde el campo de la psicología del aprendizaje, la modificación de conducta, la terapia cognitiva. No es de extrañar que estas terapias funcionen significativamente bien, ya que se aplican sobre personas con historias de aprendizaje diversas, dispuestas a mejorar si se entiende y explica sus conductas actuales, no en base a comportamientos regidos por una psique en mal

funcionamiento mejorada con psicofármacos, si no en base a respuestas aprendidas. Sería interesante valorar cuántas de las etiquetas diagnósticas y síntomas que padecen muchas de las mujeres que atendemos comparten manifestaciones clínicas con el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. La exploración de abusos sexuales en la infancia y experiencias de violencia machista en el ámbito de la pareja o fuera de ella es fundamental ya que es causa o detonante de gran parte del sufrimiento vivido por muchas mujeres que atendemos.<sup>(9)</sup> Es importante incorporar esta perspectiva, entendiendo sus historias de vida con perspectiva de género, entender la sintomatología que pueda estar presentando como una respuesta a la violencia sufrida y entender que la perspectiva diagnóstica puede inducir a un tratamiento erróneo. Al tratar el sufrimiento y la incapacidad funcional desde la evaluación en profundidad y teniendo en cuenta posibles situaciones de violencia vivida pasada y/o presente, visibiliza y modifica con su explicitación la normalización de la violencia.

La actitud de esperanza se puede aplicar a estas personas llamadas nuevos crónicos. Son personas que sin haber estado institucionalizadas previamente durante largos años, parecen usar los recursos asistenciales de manera frecuente, saliendo y entrando de las urgencias como un fenómeno de “puerta giratoria” como dice en el capítulo V del libro “La Reforma

Psiquiátrica” de Manuel Desviat.<sup>(2)</sup>

Podríamos encontrar diferencias en los motivos que hacen ingresar de manera constante a las mujeres y a los hombres, independientemente de su psicopatología de base y qué causas psicosociales están afectando seriamente a su salud para que esto ocurra. Como hemos apuntado antes, la socialización ha pre condicionado a las mujeres a ser más vulnerables y además solo por ser mujeres sufrimos más estrés psicosocial asociado a nuestra condición de género.<sup>(10)</sup>

*9. Debe promover la evaluación de resultados, en ténos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de usuarios como de la eficacia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación. Esta evaluación de resultados ha de ser con datos y estadísticas desagregadas por sexos como así lo hace constar la Ley para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (2007) de en el artículo 20.<sup>(11)</sup>*

Adecuación de las estadísticas y estudios en la que establece que se deberá:

*“Incluir sistemáticamente la variable de sexo en las estadísticas, encuestas y recogida de datos que lleven a cabo “así como “Establecer e incluir en las operaciones estadísticas nuevos indicadores que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, su manifestación e interacción en la realidad que se vaya a analizar”*

Me gustaría detenerme en la escala breve de discapacidad de la OMS (WHO-DAS-I) ampliamente utilizada en nuestros dispositivos y de obligado cumplimiento por parte de las profesionales el rellenarla al inicio de la intervención, todos los años una vez al año, para cada una de las personas que ya están en atención en el centro y al finalizar la atención. Se utiliza para valorar las diferentes áreas del funcionamiento social que están descritas en el mismo que son: higiene y cuidado personal, ocupación, área de familia y hogar y ejecución esperada en el contexto social. Al valorar exclusivamente estas áreas y de la manera en la que propone en el cuestionario, incluyendo por ejemplo las palabras ejecución esperada, está implícita una mirada cultural normativa y no igualitaria. Los diferentes ítems son áreas típicamente desarrolladas en el ámbito femenino, por lo que los criterios que se utilizan para valorar la discapacidad tienen sesgos androcéntricos y los resultados no reflejan la realidad de las mujeres. Así los hombres están “mejor valorados en discapacidad” (puntuán más alto) por lo tanto son considerados como sujetos que necesitan de más atención psicosocial que las mujeres.

Por ejemplo en cuidado personal e higiene, las mujeres estamos especialmente socializadas para ir bien vestidas y cuidar la comida que comemos. Aquí está operando el mandato que recae sobre los cuerpos de las mujeres para su control estético y sexual, por lo tanto, las mujeres puntuarán con menos discapacidad éste área.

En el área de ocupación se refiere a trabajos pagados, estudios y labores del hogar. Un señor que no trabaja ni estudia, es muy probable por socialización, que tampoco se ocupe de su casa, por lo tanto puntuará más alto en esta escala. La mujer aunque ni estudie ni trabaje es probable que haga alguna tarea del hogar mínima, que por socialización le enseñaron bien a realizarla, por lo tanto puntuará menos en esta escala. (Estoy generalizando en base al marco de socialización patriarcal y normalidad esperada en la comunidad.) En el área de familia y hogar somos las reinas, puntuando bajo en discapacidad, porque nos han enseñado que somos las responsables del buen funcionamiento familiar, por lo tanto el desempeño esperado siempre será mejor. Puntuamos menos también en esta escala. Y para terminar, el ítem relacionado con el funcionamiento en el contexto social se refiere a la ejecución esperada. ¿Cómo se espera que funcione una mujer en la participación en actividades de ocio y sociales?

La construcción simbólica de la mujer en la sociedad y por lo tanto la aprendida de manera prioritaria por todas las personas, es la de la mujer poco partícipe de las actividades sociales y de ocio ya que dedica la mayor parte de su tiempo a trabajar para el cuidado de otros.<sup>(10)</sup> Por el contrario ellos ocupan y pueden (ilegítimamente) ocupar más espacios públicos que ellas. Por lo tanto la puntuación estará condicionada según el sexo porque el propio enunciado invita a contestar en base a lo esperado. La puntuación en las mujeres probablemente siempre sea mayor.

Sería interesante contrastar la hipótesis de si los resultados de este cuestionario en términos de grado de discapacidad psicosocial afectan y de qué manera a la atención prestada a hombres y mujeres en los recursos de rehabilitación.

Como conclusión a este apartado y para un mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles, si los procesos de rehabilitación son posibilitadores de adquisición y recuperación de habilidades, es necesaria atender el déficit de funcionamiento con perspectiva de género.

Considero que las y los profesionales estamos obligados a ser críticos con el principio de normalización en los aspectos que no sean acordes con una integración en la sociedad de manera igualitaria, que cumpla los principios de la justicia social y que favorezca la integración y el acceso a los recursos públicos específicos para las mujeres.

**3. LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO. PROPUESTA DE MEJORA DEL MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN 2023.**

Llegadas al año 2023 después de 37 años del inicio de la reforma psiquiátrica es necesario reconocer las aportaciones que se han estado realizando en la última década en entorno al cuestionamiento de las prácticas, metodologías, instrumentos, acciones específicas que se han llevado a cabo, iniciativas cada vez más mayoritarias de creación de grupos de mujeres en los centros, así como estudios de investigación en torno a las derivaciones o aprovechamiento del recurso, todo con perspectiva de género.

Ya desde el 2010, con la publicación de la Guía de atención a mujeres maltratadas con TMG. Instrumento fundamental

para entender, acompañar y guiar a las profesionales en la detección, tratamiento y derivación de mujeres con TMG víctimas de violencia de género.

En 2013 aparecen varios artículos de interés como “Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género” con autoras y autores como Margarita Rullas Trincado, Sonia Panadero Herrero, Mar Cendoya, y Cristina Nespral. En el mismo año se publica “Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave” por Francisco González Aguado, Juan González Cases, Marisa López Gironés, Daniel Olivares Zarco, Cristina Polo Usaola, Margarita Rullas Trincado. En 2016 se publica “Análisis de la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, atendiendo específicamente a variables de género.”

Estos son sólo algunos ejemplos del interés de profesionales que en base a la práctica, quieren visibilizar y mostrar en el ámbito académico la necesidad de cambio y revisión manteniendo una continua reciprocidad entre teoría y práctica necesaria para seguir avanzando en conocimiento.

En 2019 se conforma el Grupo de Trabajo de Género de la Red liderado por Marga Rullas, María Amores y Teresa Ruiz a raíz de la ponencia y publicación posterior del trabajo realizado por María Amores para la aplicación de la perspectiva de género en Rehabilitación Psicosocial<sup>(8)</sup> y tras la recogida de información preliminar mediante cuestionario al 80 % de los recursos de la Red.

De los resultados de dicho estudio derivaron los siguientes objetivos de trabajo del Grupo de Género de la Red. En 2023 el grupo sentó mejores bases organizativas y ampliaron las personas que lo conformaban, pudiendo de esta manera ser más sistemáticas y poder llegar mejor a los objetivos propuestos.

De las conclusiones de este estudio preliminar se concluyó que había que mejorar el nivel de formación, había que aumentar el número de acciones de lucha contra la violencia de género, atender mejor la salud de las mujeres con TMG, mejorar el conocimiento y la coordinación con recursos específicos de atención a la mujer y sobre todo mejorar la aplicación transversal de la perspectiva de género en todas y cada una de las intervenciones y programas de rehabilitación psicosocial en los recursos de la Red.<sup>(12)</sup>

Esta transversalidad solo se logrará establecer cuando se critiquen constructivamente y restablezcan los principios esenciales de la rehabilitación psicosocial, en los que al igual que la violencia y desigualdad entre hombres y mujeres son algo sistémico y estructural, estos principios también están impregnados de dicha desigualdad. Por lo tanto sólo atacando la problemática desde la raíz y en sus orígenes será posible el cambio necesario para conseguir la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De las Heras Aguilera, S. Una aproximación a las teorías feministas. Revista de Filosofía, Derecho y Política 2009; (9): 45-82.
2. Desviat, M. La reforma psiquiátrica. 1ª ed. España: La revolución delirante; 2020
3. Escuela ESEN [Internet]. Madrid: Escuela ESEN; 2019 [citado 28 Enero 2024] Disponible en : <https://www.escuelaesen.org/AULAESEN/wp-content/uploads/2019/08/GLOSARIO-BASICO-DEL-CURSO-MALESTARES-4P.pdf>
4. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuaderno técnico 6. Madrid: AEN; 2002.
5. Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Cuaderno técnico de Servicios Sociales 17. Madrid : B.O.C.M; 2002
6. ONU.OHCHR[Internet] España: ONU; 2019 [citado el 28 Enero 2024] Disponible en : <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPrICAqhKb7yhslxq2MulDp%2FqMKQ6SGOn0%2FM2iqPHauvLINGLuCsnFfZ4vRELH5%2FNh4FYriSa2QosgWlomBNf3l-idy8dmP2sajaD4jyCm5OYfQAamFv1l%2F5o>
7. González Aguado, F. González Cases, J. López Gironés, M<sup>o</sup>L. Polo Usaola, C. Rullas Trincado, M. Guía de atención a mujeres maltratadas con TMG. Madrid: Madrid Salud; 2010.
8. Amores González, M. Incorporación de la perspectiva de género a la rehabilitación psicosocial. Boletín de la AMRP. 2019;(32):6-17.
9. González Aguado, F. González Cases, J.C. López-Gironés, M<sup>o</sup>L. Olivares Zarco, D. Polo Usaola, C. Rullas Trincado, M. Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. Norte de Salud Mental. 2013;11(45):23-32.
10. Muruaga López de Guereñu, S. Pascual Pastor, P. La salud mental de las mujeres: La Psicoterapia de Equidad Feminista. Reedición. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud; 2019.
11. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
12. Amores González, M. Ruiz Jiménez, M<sup>o</sup>T. Rullas Trincado, M. Análisis de la implantación de la perspectiva de género en los recursos de la red de atención social de personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. Boletín AMRP. 2022;(39):4-19.