

SEMINARIOS DE IMPULSO A LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN VIOLENCIA DE GÉNERO



Seminarios de impulso a la coordinación sociosanitaria en violencia de género.

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (2017)

DL: MU 398-2018



ÍNDICE:

<i>Introducción</i>	<i>4</i>
1. <i>Objetivos.</i>	<i>5</i>
2. <i>Metodología y recomendaciones</i>	<i>5</i>
3. <i>Coordinación con los servicios sanitarios de atención primaria</i>	<i>7</i>
4. <i>Coordinación con servicios sociales de atención primaria</i>	<i>11</i>
5. <i>Coordinación con el área de pediatría</i>	<i>20</i>
6. <i>Coordinación con el área de ginecología</i>	<i>26</i>
7. <i>Coordinación con salud mental</i>	<i>30</i>
8. <i>Coordinación con los servicios de urgencias</i>	<i>33</i>
9. <i>Conclusiones comunes recogidas en todos los seminarios como propuesta de mejora en la coordinación sociosanitaria</i>	<i>42</i>



INTRODUCCIÓN

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades ha llevado a cabo el proyecto ‘Mejora de la coordinación y atención personalizada a mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito sociosanitario’ durante el año 2017. El objetivo general es la mejora de la coordinación entre los recursos del ámbito de sanidad y servicios sociales y la Red Regional de Recursos especializados en Violencia de Género de la Región de Murcia.

El objetivo señalado se estructura en los siguientes objetivos específicos:

- ▲ Establecer mecanismos de gestión coordinada de casos entre profesionales del ámbito sociosanitario y de los recursos de violencia de género de titularidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- ▲ Promover el intercambio y adopción de buenas prácticas de detección e intervención en violencia de género entre profesionales de la sanidad y de servicios sociales.
- ▲ Avanzar en la atención integral y personalizada a mujeres víctimas de violencia de género.

Para ello, se han puesto en marcha distintas acciones, siendo una de las más destacadas la celebración de seis seminarios de mejora de competencias sobre detección, abordaje y coordinación en materia de violencia de género. En ellos han participado 250 profesionales de distintas áreas sanitarias y de servicios sociales, convirtiendo estos seminarios en espacios para el trabajo, la reflexión y el debate.

En ellos, siempre se ha tomado como centro de la actividad profesional la correcta atención a las necesidades de las mujeres y de los hijos menores a su cargo que sufren la violencia de género. Este principio es, de hecho, el que guía este proyecto y bajo el que deben ponerse en marcha las distintas actuaciones por parte de los poderes públicos.

Esta publicación recoge las principales aportaciones y conclusiones de los seis seminarios, con el ánimo de difundir los recursos y buenas prácticas entre profesionales de la Región de Murcia, mejorando su conocimiento y habilidades sobre detección y coordinación de casos. Al mismo tiempo, este manual se ha elaborado pensando en poder ser empleado por otras Comunidades Autónomas, ya sea para replicar seminarios similares o para adoptar las prácticas profesionales que en ellos se han tratado.

Este documento se estructura en distintas secciones, con el fin de ofrecer, en primer lugar, los objetivos, metodología y organización de seminarios para quienes tengan interés en realizar actuaciones similares; a continuación, se presentan los contenidos más relevantes de cada uno de los seis seminarios.



1. OBJETIVOS

En el marco del proyecto ‘Mejora de la coordinación y atención personalizada a mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito sociosanitario’, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha organizado seis seminarios con el objetivo de promover la colaboración y la coordinación entre profesionales de distintas áreas de los servicios sanitarios y sociales con la Red Regional de Recursos de Violencia de Género. De manera concreta, se han perseguido los siguientes objetivos específicos:

- ▲ Mejorar el conocimiento sobre los servicios y el apoyo que los distintos recursos y profesionales ofrecen para mejorar la atención integral y personalizada a mujeres y menores a su cargo víctimas de violencia de género.
- ▲ Realizar un análisis crítico de las dinámicas de coordinación, a través del estudio conjunto de casos prácticos.
- ▲ Difundir buenas prácticas de intervención y coordinación, con el fin de avanzar hacia estándares de atención personalizada en el ámbito municipal.

Precisamente, con el ánimo de reforzar este último propósito, se ha elaborado este material, de manera que el conocimiento generado en los seminarios pueda ser consultado y servir de base para la puesta en marcha de estrategias de coordinación similares. Asimismo, puede ser una referencia en la organización de acciones formativas dentro de esta área.

Esta publicación está disponible, además, en formato electrónico en el Portal de Igualdad y Prevención de Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (<http://ivg.carm.es>).

2. METODOLOGÍA Y RECOMENDACIONES

En este apartado se aborda la metodología y el enfoque con el que la Comunidad Autónoma de la Región ha diseñado, organizado y desarrollado los distintos seminarios.

Selección de las áreas

La planificación de los seminarios se realizó considerando cuáles eran las áreas prioritarias de coordinación en materia de violencia de género en las áreas de sanidad y servicios sociales: ginecología, pediatría, salud mental, servicios sanitarios de atención primaria, urgencias y servicios sociales de atención primaria. Estas áreas se escogieron, además, considerando tanto la coordinación bilateral entre profesionales de esos ámbitos profesionales y los recursos especializados, como la coordinación desde una perspectiva multilateral.

Descentralización y especialización

Seleccionadas las seis áreas de trabajo, se escogieron otros tantos municipios de forma que se garantizara una cobertura geográfica de todo el territorio de la Región de Murcia. De esta forma, se ha garantizado que profesionales de todos los puntos de la región podían acudir a uno de los seminarios y que, además, las personas que acudían ya tenían un conocimiento previo de los recursos de la zona y, en la mayoría de los casos, habían trabajado ya conjuntamente. Además, cada seminario se centró en una de las seis áreas descritas anteriormente, con el objetivo de poder analizar más a fondo la situación específica de cada una de ellas y poder generar conclusiones de mayor utilidad de cara a la elaboración de este material y a la difusión de buenas prácticas.



Selección de participantes

Dado que el objetivo fundamental de los seminarios era fortalecer la relación entre profesionales y mejorar los procesos de coordinación entre sus organizaciones, la convocatoria de estos seminarios fue abierta pero se dirigió información directa a profesionales que, por su especialización, podían mostrar especial interés.

En una primera fase, estas acciones de promoción de los seminarios se acordaron entre la Consejería de Familia e Igualdad y la Consejería de Sanidad, con el fin de poder llegar al personal sanitario de manera eficaz dentro del área geográfica de influencia de cada seminario. El criterio que se marcó desde la Comunidad Autónoma fue el de localizar personas que estuvieran involucradas en las Mesas Locales de Coordinación o en la implantación del Protocolo de Coordinación Interinstitucional, o bien que interactuaran ya con otros/as profesionales a través de mecanismos informales en el área de violencia de género.

Estandarización de los seminarios

Los seminarios replicaron, en lo fundamental, una misma estructura, si bien presentaron pequeñas adaptaciones según la demanda de profesionales y el tipo de audiencia. Todos ellos tuvieron la misma duración (sobre 5 horas de duración) y contaron, al menos, con los siguientes contenidos:

- ▲ Ponencia marco, realizada por una persona del área profesional objeto del seminario. El objetivo de esta ponencia es poner en conocimiento del resto de asistentes, especialmente de aquellos de otros ámbitos diferentes, el trabajo que se realiza desde una institución u organización relevante en materia de intervención y atención a víctimas de violencia de género, señalando además las debilidades, fortalezas y áreas de mejora en materia de coordinación.
- ▲ Ejemplos de buenas prácticas, desarrollados por profesionales de primera línea de intervención que realizan, además, tareas de coordinación con otras entidades en el área de trabajo del seminario.
- ▲ Caso práctico, para cuya realización se forman grupos con profesionales de distintas disciplinas y se expone un caso que requiera de la coordinación de distintos recursos, en especial en la temática concreta del seminario, para garantizar una correcta asistencia integral a la víctima. En cada una de las actividades anteriores, y especialmente en la última de ellas, se genera el debate entre las personas asistentes y se extraen conclusiones, ejemplos de buenas prácticas exportables a otros municipios y propuestas de mejora para la intervención con las víctimas y en materia de coordinación.

Elaboración y difusión de conclusiones

Al cierre de cada seminario se recomienda recapitular cuáles han sido las conclusiones extraídas de las ponencias y de los grupos de trabajo formados en torno a los casos prácticos. En este último caso, se aconseja que sean los propios portavoces quienes compartan con el grupo grande sus propias conclusiones. Posteriormente, la organización de los seminarios recapitulará toda la información anterior, la ordenará y la distribuirá entre quienes hayan participado en ellos. Es recomendable que las conclusiones de todos los seminarios se hagan llegar a todas las personas, con independencia de en qué seminario hayan estado presentes, ya que muchas de ellas realizan labores de coordinación en violencia de género en más de una de las áreas abordadas.



3. COORDINACIÓN CON EL ÁREA DE SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Lugar de celebración: San Javier

Fecha: 17 de octubre de 2017

Colaboración: Equipo CAVI¹ de San Javier - Silvia Velázquez López, Juana Fuentes Martínez y África Escudero Vera.

3.1. EL PROCESO DE SALIDA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA

Ponentes:

Marina Tourné García, Subdirectora Médica de Continuidad Asistencial del Servicio Murciano de Salud

Introducción

La Violencia contra la mujer está reconocida a nivel internacional como un problema social y de Salud Pública. Para poder dar una respuesta integral y que las mujeres y los menores que la sufren se beneficien de los recursos disponibles, es imprescindible la coordinación de profesionales e instituciones implicadas. El objetivo de los servicios sociosanitarios es la detección precoz de la violencia, la recuperación de la salud y de la autonomía de las víctimas.

Tener en cuenta el modelo de cambio descrito por Prochaska y Di Clemente (1983) para entender el proceso de salida de los malos tratos, permitirá personalizar y mejorar las intervenciones, de manera que la mujer pueda disponer de la ayuda cuando realmente la necesite, según la situación concreta y el momento reflexivo en el que se encuentre.

Durante todo el proceso es primordial explorar el peligro en el que pueden encontrarse la mujer, hijos e hijas, de manera que en ocasiones la respuesta del agresor obligará a establecer nuevas estrategias.

Que la mujer se sienta acompañada y apoyada, por profesionales o por su entorno, es importante pero la superación completa de su experiencia depende de la recuperación del poder sobre sí misma, sobre su propia vida.

Fase precontemplativa

En esta fase la mujer no identifica que vive en una relación de maltrato, tanto por el carácter gradual de la violencia, como porque su atención está centrada en su pareja.

A través del maltrato psicológico el agresor consigue hacerla dudar de sus percepciones, dejando de confiar en sí misma. Acaba sintiéndose poco valiosa, confusa y culpable, favoreciendo la permanencia en la relación de maltrato. Pueden perder la capacidad para detectar el peligro.

La socialización diferencial entre hombres y mujeres y el mito del Amor romántico orienta a la mujer a la idealización del amor, de forma que cuando aparece la violencia contra ella su primera respuesta sea buscar explicaciones a la conducta de su agresor y no dañar su imagen pública contándolo. Además la mujer suele creer que con su perseverancia y amor conseguirá que su agresor cambie.

¹ Centro de Atención Especializada a Mujeres Víctimas de Violencia de Género.



Las mujeres maltratadas intentan evitar las agresiones de sus parejas pero para ello ponen en marcha comportamientos propios de su rol de género como conductas pacificadoras para evitar el conflicto, de adaptación a los deseos de él, que facilitan su sometimiento.

En esta fase, aunque la mujer no es consciente de su situación, el sufrimiento y el estrés crónico al que se ven sometidas producen malestar biopsicosocial, que con frecuencia resulta diagnosticado como trastornos depresivos, ansiosos y somatizaciones, y tratados sintomáticamente, pudiendo cronificar el cuadro. Si desde los Servicios Socio Sanitarios se va desentrañando, con la mujer, la causa del malestar y su relación con los motivos de consulta por los que acude, se contribuirá a que la mujer se haga más dueña de su propia vida.

Fase contemplativa

Comienza la toma de conciencia sobre el verdadero problema y empiezan a cuestionar su relación de pareja, recuperándose a sí misma como recurso para impulsar el cambio. Es un tiempo lleno de duelos y ambivalencia que la conducen a decisiones frágiles.

Algunos de los motivos que las impulsan a salir del maltrato son los hijos en edades cercanas a la adolescencia y romper el aislamiento.

Los obstáculos que más frecuentemente las mantienen en la relación son el miedo, la culpa, dificultades económicas, y los hijos pequeños. Muchas mujeres viven con miedo permanente y en estado de alerta, de forma cotidiana y persiste tras la separación, lo que puede producir un trastorno por estrés postraumático en las víctimas. Los menores son también víctimas directas de la violencia de género, por el terror y el sufrimiento que instaura el maltratador en su casa.

En la fase contemplativa los Servicios Socio Sanitarios pueden, a través de la relación empática de los profesionales, contribuir a la reparación de la confianza y de las relaciones dañadas. Y es imprescindible crear, a través de la entrevista, un espacio donde la mujer pueda expresarse sin miedo, juicios de valor, ni presiones sobre sus sentimientos y deseos.

Fase de preparación para el cambio

Comprende las primeras ideas firmes de separación de su pareja pero sin fecha. El punto de inflexión es la pérdida de esperanza en la relación y son momentos de riesgo vital para ella y los menores a su cargo. En esta fase uno de los Servicios Públicos más utilizados es el Asesoramiento Legal.

Fase de cambio

La mujer pone en marcha su plan para alejarse de la violencia. El miedo a nuevas agresiones y la rabia le proporcionan la energía y decisiones necesarias para conseguirlo. Muchas mujeres se han encontrado en situaciones límite, como amenazas de muerte o no poder proteger a sus descendientes, tras la que han tomado la decisión de separarse. Al ser un momento de peligro considerable, en esta fase, los Servicios Públicos más utilizados son la Justicia y los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado, y la coordinación entre ellos es de vital importancia.

La familia propia y la familia política juegan un papel fundamental para las mujeres, tanto por lo realizado como por lo omitido. La credibilidad, el respeto y el reconocimiento de la mujer por parte de su entorno y de los profesionales que la atienden son cruciales y disminuyen la victimización secundaria.



Las personas del entorno resultan claves, si su opinión es favorable a que la mujer aguante la situación, el aislamiento y la culpa en ella, aumentan. Si las personas allegadas son críticas con la violencia, favorece a la mujer para salir de los malos tratos, mejorando su credibilidad y disminuyendo la culpabilidad.

Fase de mantenimiento

Implica consolidar los cambios y prevenir las recaídas y para ello es importante conocer sus propias conclusiones acerca de lo vivido.

Las mujeres que tras la separación todavía sienten pena por la misma o por su ex pareja, son las que están más identificadas con su rol de género. Incluso, si llegan a sentir rabia, ésta es más contra sí mismas y no tanto contra su agresor, al que parecen exculpar de todo. Éstas son mujeres que siguen expuestas al abuso.

Por el contrario, las que no mantienen los ideales de género tradicionales tan activos, la pena que sienten es por no haberse separado antes y la rabia va dirigida contra su maltratador al que responsabilizan por lo ocurrido.

El trabajo suele ser un gran aliado de la mujer para superar la situación tanto a nivel económico como a nivel de su salud mental. Ayuda a romper el aislamiento y el desarraigo que produce la violencia.

En la fase de mantenimiento y a través del acompañamiento, desde los servicios sociosanitarios se puede facilitar que la mujer verbalice el maltrato, ya que resulta indispensable para superar la experiencia. La escucha será la herramienta que permitirá establecer una alianza con ella para facilitar que nombre y ponga orden y significado en el relato de la experiencia vivida.

También es relevante que la mujer asuma sus propias limitaciones, como que no podrá controlar la conducta de su pareja, aunque sí puede decidir cómo responder a la violencia.

Fase de recaída

Es una parte del proceso y desde los servicios sociosanitarios es recomendable haber acordado con la mujer qué hacer si se produce. Es una forma de autorizarla a pedir ayuda ante este retroceso, que no debe de sentir culpa ni vergüenza y que puede volver al profesional con la seguridad de ser aceptada para seguir apoyando su proceso de cambio.

Conclusión

El Proceso de salida de la mujer de una vivencia de maltrato, es un recorrido largo y complejo, que exige cambios profundos en su vida. Por ello las mujeres necesitan tiempo para tomar conciencia de su situación, para decidir romper la relación afectiva y posteriormente para llevar a cabo su plan.

La meta al asistir a víctimas de malos tratos es conseguir que recuperen el control de su propia vida, alejadas de la violencia y habiendo superado las consecuencias de la misma.

Salir del maltrato implica un cambio en la mujer, un cambio en las relaciones consigo misma y con los demás, es decir una desidentificación con el rol de género hegemónico.



3.2. CASO PRÁCTICO

Planteamiento del caso

Ana, mujer de 19 años, con expediente en CAVI desde los 16. Accedió al recurso derivada por un IES del municipio por relación tóxica. En la actualidad es víctima de violencia de género.

Como factores de riesgo iniciales se identifican los siguientes:

- ▲ Antecedentes familiares de violencia. Es hija de una mujer usuaria CAVI (violencia no denunciada).
- ▲ Quiere dejar los estudios.
- ▲ Funcionamiento del todo/nada (picos de alto rendimiento y fracaso escolar)

En la actualidad, con 19 años, vive con una nueva pareja distinta a aquella por cuyo maltrato accedió inicialmente al CAVI hace 3 años. Está embarazada y existen sospechas de que pueda estar siendo de nuevo víctima de violencia de género.

Otros datos de interés

En el instituto detectan situaciones que les alertan de que pueda estar manteniendo una relación tóxica y una situación familiar que afecta a la menor.

Es derivada al grupo de adolescentes del CAVI, ya que con la intervención psicológica se detecta que puede repetir la historia de la hermana mayor, (la cual se quedó embarazada siendo menor de edad). Se percibe que Ana quiere escapar de la situación familiar.

Conclusiones

- ▲ Para una buena y efectiva coordinación en este caso deben implicarse el mayor número de recursos, ya sean del ámbito de la sanidad (médico/a de familia, ginecólogo/a, matrona); del ámbito especializado en violencia de género (CAVI), quien debe de estar coordinado con todos los demás profesionales, dado que está acudiendo a él desde hace tiempo y conocen toda la historia vivida por la mujer; como del ámbito educativo (centro de educación).
- ▲ Las gestiones a realizar en este caso, dependerán de los/las profesionales implicados. Cada uno/a desde su ámbito y especialidad, deberá intervenir de forma específica con la mujer para una posterior coordinación y puesta en común con los/las demás profesionales que intervienen; entendiendo esa puesta en común como una comunicación bidireccional entre éstos/as, en donde la mujer no sea la encargada de dar esa información, puesto que sería una carga más para ella. La mujer debe de sentirse apoyada y segura para conseguir sacarla de la situación que está viviendo.
- ▲ Se considera importante y esencial la coordinación multisectorial para la atención integral de la mujer, teniendo conocimiento de los antecedentes y de la situación actual del caso (necesario trabajo en red); si no es así, se corre el peligro de que la mujer continúe en la situación de violencia que está viviendo o que, aunque se consiga que salga de la situación de violencia actual, vuelva a caer en otra como ya le ha pasado; por tanto, este trabajo de coordinación entre profesionales, al igual que el trabajo con la mujer debe de ser a corto, medio y largo plazo.



4. COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Lugar de celebración: Alcantarilla

Fecha: 24 de octubre de 2017

Colaboración: Equipo CAVI Alcantarilla – Patricia Santesteban Martínez, Yolanda Bastida Méndez y María Galián Rosaura.

4.1. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS PROCESOS DE EXCLUSIÓN. LA ATENCIÓN A LA COMPLEJIDAD DE UNA DOBLE VIOLENCIA

Ponentes:

Francisca Navarro Sánchez, Trabajadora Social del Programa de Acompañamiento para la Inclusión Social del Ayuntamiento de Jumilla.

Elena Candela Román, Trabajadora Social del Programa de Acompañamiento para la Inclusión Social del Ayuntamiento de Jumilla.

Introducción y encuadre institucional

Los Ayuntamientos, en materia de servicios sociales, ejercen las competencias de evaluación e información de necesidad social, así como la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social (Ley 27/2013, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Pública). En ese sentido, se establecen dos niveles de intervención:

- ▲ Servicios sociales de atención primaria: prestan atención integrada y polivalente y suponen el primer nivel de atención. Territorialmente, se organizan en Centros de Servicios Sociales.
- ▲ Servicios sociales especializados: segundo nivel de atención según tipo de necesidades.

Centrándonos en los servicios sociales de atención primaria, constituyen el principal instrumento de intervención para atender las necesidades sociales de las personas. En él se encuentran distintos servicios. De entre ellos, nos centraremos en la Unidad de Trabajo Social de zona (UTS), que establece un primer contacto con la ciudadanía, informando, orientando y prestando asesoramiento técnico, así como su canalización, cuando proceda, a los servicios especializados.

Dentro de la UTS, se desarrolla el Programa de Acompañamiento para la Inclusión Social, una estrategia de actuación para promover la incorporación social de personas en situación de exclusión social. Supone una atención integral y personalizada de alta intensidad enfocada al cambio humano.

Encuadre metodológico

Conforme a la definición del Libro Verde sobre la Política Social Europea, el término “exclusión social” hace especial hincapié en el carácter estructural de un proceso que excluye a parte de la población de las oportunidades económicas y sociales. El problema no reside tan sólo en las disparidades entre los más favorecidos y los más desfavorecidos de la escala social, sino también en las que existen entre quienes tienen un lugar en la sociedad y los que están excluidos de ella.

Este carácter estructural de la exclusión social sitúa a la persona como víctima de un proceso que no controla y en cuanto a denegación de opciones y oportunidades para vivir una vida tolerable, se concibe como una forma evidente de violencia que se puede y debe evitar.



Como señaló Joaquín García Roca, “Comprender que la exclusión empieza dentro del sistema, exige un salto cualitativo ya que supone captarla en la relación, y no en la imposición ni en la distancia; supone aceptar otro tipo de intervención social que no esté basada primariamente en el excluido ni en la ayuda para el excluido, sino en la relación misma con él y a través de su propia historia”.

Interrelación entre procesos de exclusión social y violencia de género

Laparra y Pérez (2010) entienden que el hecho de experimentar violencia de género constituye por sí mismo un elemento de exclusión, en cuanto da lugar a una relación tanto intensa como perversa, que limita la capacidad de la mujer de satisfacer sus necesidades personales. Otros autores como Espinar (2003) entienden que se trata de una relación bidireccional, donde en algunos casos la violencia de género desemboca en procesos de exclusión y, en otros, una situación de exclusión social preexistente actúa como factor de riesgo de la violencia de género.

En cuanto al eje relacional (social/familiar) de la exclusión, el aislamiento, la falta de apoyos, la desintegración de las redes sociales y familiares, así como también las conflictivas con la familia de origen son marcadores de la exclusión y, en consecuencia, la relación entre este eje y el maltrato a la mujer por parte de la pareja es directo y multiplicador del nivel de desarraigo.

En lo referente al eje subjetivo, cabe destacar lo que se conoce como la indefensión aprendida. Esta indefensión viene derivada de la percepción de sus vivencias con la pobreza, los mismos fracasos, el desempleo y otros factores, que llevan a estas mujeres a aceptar esta situación como su única realidad. Esta situación, sumada a los intentos por contener la agresión machista, prevenirla, evitarla o alejarse de ella y en un contexto de baja autoestima -reforzado día a día por la incapacidad por acabar con esa situación-, hace que las víctimas asuman lo que les pasa como un destino inevitable o como un castigo.

Aproximación a través de un caso

Se ofrece a continuación la descripción de un caso abordado por la UTS. Antecedentes:

- ▲ Hija única, menor de 5 hermanos fallecidos en el parto: sobreprotección del padre y de la madre.
- ▲ El padre es trabajador de la agricultura y la madre, ama de casa.
- ▲ Relación estrecha con su padre y abuela. Madre ausente.
- ▲ Ausencia de relaciones sociales. Sin relaciones de amistad con otras niñas. Ayudaba a su padre y en verano a las monjas del convento (vecinas del campo y Referentes junto a su padre). Aprende de ellos agricultura, pintura, mecánica, albañilería, cosido..
- ▲ Estudios hasta 2.º Bachiller, abandonando los estudios cuando su padre cae enfermo. Se hace cargo de las tierras.
- ▲ Sentimiento de soledad desde niña. Lloraba a escondidas. Nunca manifiesta a su padre su necesidad de establecer contacto con otras compañeras. “No quería darle problemas”.
- ▲ Aficiones solitarias: caza, la mecánica, motos...nunca ha salido de vacaciones, al cine, a bailar.
- ▲ No piensa en formar una familia. Contrae matrimonio con el que era vecino del campo, 15 años mayor que ella. “Mi padre me dijo que era lo mejor.”. Huida de la soledad.
- ▲ El día después de la boda “fue a trabajar al campo” porque era época de cosecha.
- ▲ Nace su primera hija.



- ▲ Comienzan los malos tratos: físicos (agresión con cuchillo y escopeta), psicológicos, económico (su marido se gasta toda su herencia, le obliga a firmar préstamos avalando su vivienda y propiedades agrícolas) y sexual (naciendo sus otras dos hijas gemelas).
- ▲ El padre enferma de Alzheimer y fallece. A los pocos meses su madre enferma de cáncer y fallece también.
- ▲ Malos tratos de su esposo hacia la hija mayor.

A continuación, de forma esquemática, se presentan las notas orientativas en cuanto al abordaje del caso:





DERIVACIÓN AL PAIS : HERRAMIENTA H1
(VALORACIÓN DE SITUACIONES DE EXCLUSIÓN)

RECURSOS ECONÓMICOS

- Ingresos insuficientes.
- Irregularidad de ingresos
- Ausencia de actividad normalizada

SALUD

- Limitaciones para actividades cotidianas consecuencia de discapacidad psíquica.
- Limitación para acceso a los recursos consecuencia de discapacidad psíquica

COMPETENCIAS LABORALES Y SOCIALES

- Cualificación laboral insuficiente u obsoleta.
- Dificultad para adquirir cualificación.
- Habilidades insuficientes para el acceso a los recursos



BREVE APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO.

FAMILIA (UNIDAD DE CONVIVENCIA)

- Familia "desestructurada"
- Déficit familiar en la funciones de cuidado
- Violencia familiar.

INTEGRACIÓN /APOYO SOCIAL

- Falta de apoyo social.

PERCEPCIÓN DE SU SITUACIÓN PERSONAL

- No es consciente de su situación.
- Carencia de alternativas vitales
- Baja autovaloración y autoestima
- Escasa motivación para el cambio.



Región de Murcia

BREVE APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO.

SITUACIONES DE CRISIS SOBREVENIDAS EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

- Perdida** de los terrenos donde se crió: pérdida de su modo de vida en el sentido más amplio, su elemento de regulación y contención. Desempleo. Duelo
- Intento de suicidio hija mayor.
- Situación de violencia de género en la hija mayor. Le supone revivir su propio proceso.
- Salida de prisión de su ex marido tras 5 años.
- Perdida del empleo protegido (Apis). Desempleo de nuevo.
- Nueva relación sentimental de la hija mayor a la que se opone(ex recluso).
- Abusos sexuales hijas menores: grooming. -.



Región de Murcia

BREVE APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO.

COYUNTURAS

La justicia no es preventiva:

¿Qué pasa si el agresor sale de prisión tras 5 años?. ¿Se ha rehabilitado? ¿Con que intenciones sale?
¿Qué pasa si su ex marido no verbaliza las amenazas estando en prisión, como en este caso?

Tras cinco años las medidas de protección , orden de alejamiento ..han caducado

La protección y dispositivos de seguridad (Cometa) son para la mujer ¿y la hija? (También amenazas de muerte) ¿y las hijas menores?

APRENDIENDO A ESTAR EN LA INCERTIDUMBRE DEL PROCESO QUE CADA VEZ APORTA NECESIDADES Y ELEMENTOS EMERGENTES A LOS QUE HAY QUE ATENDER DE FORMA PRIORITARIA.



Región de Murcia

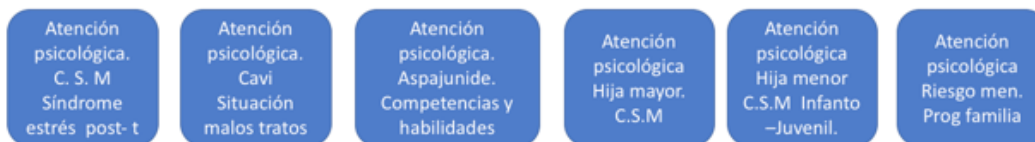


BREVE APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO.

COMPLEJIDAD DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Los referentes con los que M cuenta son los profesionales de los distintos recursos que la atienden y los programas y/o profesionales de cada uno de estos:

Dispersión y autosuficiencia de los recursos —————> Desconcierto en M. ¿Dónde ir para conseguir que?



Las demandas de M son puntuales; NO consolida una asistencia regular a los recursos.
El VINCULO con los servicios es complejo y difícil.



En este proceso, la existencia de un/a profesional de referencia es clave. Se trata de un/a profesional que asume la atención a una persona y/o familia y canaliza los distintos servicios y prestaciones que necesitan, asegurando una atención sistemática, integral y continuada, garantizando la coherencia de los itinerarios y la coordinación con los demás sistemas de protección social. Entre sus funciones destacan las siguientes:

- ▲ Marca el ritmo, soporta y sostiene el proceso, como puente, mediador, hilo,.. Coordinando la implementación de los apoyos multiprofesionales y las respuestas que se ofrecen.
- ▲ “Tutor/a” entendido como función pedagógica que ayuda a encontrar opciones y valorar sus consecuencias.
- ▲ “Gestor/a” entendiendo como el que ayuda, orienta y apoya a la movilización de recursos personales y sociales, para llevar a término unas determinadas metas y objetivos.
- ▲ Interlocutor/a principal y referente estable para la persona, familia y profesionales del sistema de servicios sociales y de otros sistemas de protección social.
- ▲ Crea los canales que facilitan el flujo de información entre la persona de atendida y el resto de los dispositivos.

Fortalezas y debilidades

A raíz del caso anterior, pueden señalarse las siguientes **fortalezas**:

- ▲ Voluntad de los/as profesionales de trabajo conjunto.
- ▲ Conocimiento mutuo de los/as profesionales.
- ▲ Establecimiento en el municipio de los Equipos base de coordinación sociosanitaria de TMG-D
- ▲ Los/as profesionales tienen una visión de conflicto como herramienta de aprendizaje.
- ▲ Actitud abierta de los/as profesionales.
- ▲ Necesidades compartidas de los/as profesionales: deseo de mejora de la calidad asistencial, de reducción de la presión, de compartir angustias, de salir del rol de salvadores...



Y también una serie de **dificultades**:

- ▲ El foco en los acontecimientos remueve a los/as profesionales y nos desorienta del proceso. Sucumbimos a la vorágine de los sucesos y a las implicaciones emocionales.
- ▲ Discrepancias profundas en la intervención entre profesionales de distintos dispositivos (salud –servicios sociales). ¿Ingreso en una casa de acogida como medida protectora a las menores? ¿Tiene capacidad para tomar decisiones en este estado post traumático?
- ▲ Posición defensiva de los/las profesionales. El temor puede condicionar la práctica. Angustia y presión. Se rebaja la implicación de los/las profesionales en función del protocolo o el temor a responsabilidades profesionales. Se incorporan discursos y prácticas institucionales fiscalizadoras o responsabilizadoras.
- ▲ Tendencia en los/las profesionales a la sobreprotección. Prácticas paternalistas.
- ▲ Desconocimiento de los procesos de inclusión – exclusión de los/las profesionales.

Estas dificultades pudieron afrontarse asumiendo que el verdadero reto era aceptar que no existe “la solución” del caso como una salida preestablecida y única, sino varias vías que decidirá, principalmente, la propia mujer. Para ello se establecieron reuniones con los distintos dispositivos para compartir información, elaborar un diagnóstico, fijar objetivos, prioridades y estrategias. Se efectuaron las reuniones de seguimiento requeridas y todo el proceso se mantuvo bajo la coordinación y supervisión de la profesional de referencia.

4.2. UNA EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE EL CAVI Y LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS DE ALCANTARILLA

Ponentes:

Equipo CAVI Alcantarilla – Huerta de Murcia II: Patricia Santesteban Martínez, Yolanda Bastida Méndez y María Galián Rosaura

Objetivos

El objetivo general de esta ponencia es trasladar las pautas de coordinación y derivación bidireccional entre el CAVI de Alcantarilla y Servicios Sociosanitarios de Alcantarilla. De forma concreta, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- ▲ Mejorar la detección y atención de casos.
- ▲ Fomentar la coordinación de agentes, actuaciones y recursos.
- ▲ Ofrecer una atención y respuesta ágiles a las víctimas.
- ▲ Mejorar la protección a víctimas de alto riesgo.
- ▲ Informar y sensibilizar a profesionales.

Procedimiento de coordinación entre CAVI y SS.SS.

- ⊗ Caso de violencia que llega a SS.SS². sin expediente previo:
 - a) Es referido directamente por la víctima
 - b) Es detectado en los SS.SS.

2 Servicios Sociales.



- ▲ Se le informa del servicio CAVI.
- ▲ El/la trabajador/a social de zona se pondrá en contacto con los/as profesionales del CAVI para solicitar una cita con el servicio.
- ▲ El/la trabajador/a social de UTS³ abre expediente en SIUSS⁴.
- ▲ Reunión previa de canalización entre profesionales del CAVI y SS.SS para evitar la victimización secundaria.
- ⊗ Caso de violencia que llega a los SS.SS. con expediente ya abierto:
 - ▲ Se le informa del servicio CAVI a la usuaria.
 - ▲ El trabajador/a social de zona se pondrá en contacto con la trabajadora social del CAVI para solicitar una cita con el servicio.
 - ▲ Reunión previa de canalización entre profesionales del CAVI y SS.SS. para evitar la victimización secundaria.
- ⊗ Casos de violencia que están en intervención en Programas de SS.SS.:

Se valorará en la reunión mantenida entre profesionales de ambos programas, la conveniencia de intervención puntual por las profesionales del CAVI.

- ▲ No existirá duplicidad en cuanto a intervención psicológica.
- ▲ La psicóloga del CAVI realizara la derivación de menores al SAPMEX⁵.
- ▲ La intervención por parte de las otras dos profesionales del cavi se centrara en el asesoramiento en materia legal y social en materia de violencia de género.
- ⊗ Usuaria que acude al CAVI y presenta alguna de estas circunstancias familiares:
 - ▲ Familias en las cuales los y las menores presentan conductas agresivas, hacia el entorno escolar, hacia la familia, hacia el entorno social, etc....
 - ▲ Familias en las cuales los y las menores, presentan un alto grado de absentismo escolar, no escolarización y/o abandono de estudios.
 - ▲ Familias en las cuales los y las menores, presentan conductas delictivas; consumo precoz de drogas, alcohol; o cualquier otra conducta vandálica.
 - ▲ Familias en las que los hijos e hijas no estén atendidos adecuadamente en cuanto a sus necesidades básicas y se observe un retraso en el proceso madurativo como consecuencia de una falta de atención a nivel emocional, educativo...
 - ▲ Casos en los cuales se observa que la víctima, además de tener hijos e hijas menores, tiene un riesgo de exclusión social por distintos factores.
 - ▲ Casos en los que se da la violencia de género y también violencia hacia los/las menores por parte de algún progenitor o guardador.

En cualquiera de los casos anteriores, el procedimiento de actuación en estos casos consiste en abrir expediente en SIGUE⁶ y en SIUSS. Se valorará en reunión de equipo técnico la canalización a Programas de SS.SS.

3 Unidades de Trabajo Social.

4 Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales.

5 Servicio de Atención Psicológica para Menores Hijos e Hijas de Víctimas de Violencia de Género.

6 Sistema Integral de Gestión Unificada de Expedientes de Mujeres Víctimas de Violencia de Género.



⚙ Usuaría que acude al CAVI y NO PRESENTA NINGUNA de las circunstancias anteriores:

1. Se abre expediente en SIGUE y en SIUSS.
2. La TS del CAVI valorará el derivar a la usuaria a la UTS de zona.
3. Se informa a la UTS de zona de la derivación.

Puntos fuertes

- ⬆ Registro y notificación de casos detectados con finalidad de seguimiento.
- ⬆ Evitar la victimización secundaria de la mujer.
- ⬆ Evitar la duplicidad y solapamiento en las intervenciones y/o los recursos.
- ⬆ Mejora de la detección de casos en el ámbito sociosanitario.

Puntos débiles

- ⬆ El Servicios de Urgencias, no puede derivar a través de la trabajadora social del Centro de Salud, debido a la falta de informatización del servicio y debido a la rotación por turnos.
- ⬆ Ausencia de TS, en Salud Mental, dificulta la coordinación con este Servicio.
- ⬆ Duplicidad en el registro de la base de datos por parte de SS.SS. (SIUSS) y CAVI (SIGUE).
- ⬆ Ausencia de un espacio para reuniones de seguimientos de casos derivados al CAVI en el Centro de SS.SS.
- ⬆ La TS no gestiona ayudas económicas (salvo la RAI⁷), por lo que lo hace la UTS de zona asume esta función.

Propuestas de mejora

- ⬆ Acceso a la base de datos del Servicio Murciano de Salud por parte del personal de urgencias.
- ⬆ Campaña de sensibilización en el personal facultativo sanitario.
- ⬆ Inclusión en la Historia Clínica de la paciente su derivación al CAVI.
- ⬆ Crear un espacio de reuniones periódicas con la UTS de zona y/o Programas de SS.SS.
- ⬆ Informes sociales que afecten a diferentes servicios que se hagan de forma multidisciplinar conjunta.

4.3 CASO PRÁCTICO

Descripción del caso

Situación actual: Betty de 36 años, nacionalizada de origen ecuatoriano, que reside en Alcantarilla. Casada legalmente con dos menores de 12 y 2 años a su cargo. Acude a la UTS de zona, demandando ayuda económica, ya que estaba desempleada y sin cobro de prestaciones.

Durante esta entrevista manifiesta que necesita trabajar pero que dadas las cargas familiares que tiene con su hijo de dos años y los problemas de mala conducta que presenta su hija de 12 años, no puede obtener un trabajo estable y realiza trabajos esporádicos de economía sumergida, mientras que su marido se queda con los menores en la vivienda.

7 Renta Activa de Inserción.



Refiere sentirse muy angustiada por la salud mental de su hija, que oye voces, confunde la realidad y refiere sentirse abusada, cuando alguien tiene un acercamiento con ella. Entra en crisis, cuando manifiesta que tiene sospechas de estar embarazada. Tiene expediente en el CAVI de Alcantarilla desde 2009, ya que sufría malos tratos habituales por parte de su actual esposo.

Conclusiones

- ▲ Para una buena y efectiva coordinación en este caso deben implicarse el mayor número de recursos, ya sean del ámbito de la sanidad (médico/a de familia, pediatra, salud mental infantojuvenil, servicios sociales del centro de salud), del ámbito especializado en violencia de género (CAVI), como del ámbito educativo (centro de educación).
- ▲ Las gestiones a realizar en este caso, dependerán de los/las profesionales implicados. Cada uno/a desde su ámbito y especialidad, deberá intervenir de forma específica con la mujer para una posterior coordinación y puesta en común con los/las demás profesionales que intervienen; entendiendo esa puesta en común como una comunicación bidireccional entre estos/as, en donde la mujer no sea la encargada de dar esa información.
- ▲ Se considera importante y esencial la coordinación multisectorial para la atención integral de la mujer, teniendo conocimiento de los antecedentes y de la situación actual del caso (necesario trabajo en red).



5. COORDINACIÓN CON EL ÁREA DE PEDIATRÍA

Lugar de celebración: Yecla

Fecha: 27 de octubre de 2017

Colaboración: Equipo CAVI de Yecla - Laura Díaz Escudero, Mari Eugenia López botella y María Concepción Marco Soriano.

5.1. ABORDAJE Y COORDINACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA

Ponente:

Manuel Alcaraz Quiñonero, Pediatra de Equipo de Atención Primaria

Objetivos e indicadores

En el marco de la consulta de pediatría, existen varios objetivos en torno a la detección de la violencia de género:

1. **Generar un ambiente de confianza** en el entorno sanitario que pueda facilitar que la paciente maltratada tenga la libertad para contar su problema, dentro de un contexto de confidencialidad.
2. **Identificar determinados motivos de consulta** en pediatría que pueden hacernos sospechar un problema de violencia de género y el efecto que puede tener sobre la salud infantil.
3. **Conocer los mecanismos de coordinación** y colaboración con otras entidades que intervienen en la asistencia integral a la víctima de violencia de género.

Existen varios indicadores que pueden revelarnos que estamos ante uno de estos casos:

- ▲ Daños o lesiones corporales.
- ▲ Retraso del crecimiento, retraso o dificultades en cualquier área del desarrollo: psicomotricidad, lenguaje, bajo rendimiento escolar.
- ▲ Enfermedades psicosomáticas de repetición.
- ▲ Trastornos del sueño y la alimentación.
- ▲ Trastornos del control de esfínteres.
- ▲ Accidentes frecuentes.
- ▲ Trastornos del comportamiento.
- ▲ Dificultades en las relaciones (relaciones violentas con sus iguales, conductas de inhibición y aislamiento).
- ▲ Depresión, ansiedad.
- ▲ Intentos de suicidio, autolesiones.

Malos tratos a la infancia

Centrándonos en los malos tratos, y conforme a la Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1989), se entienden como tales cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental,



que prive al niño o a la niña de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Existen varios tipos de maltrato infantil:

- ▲ Maltrato físico: toda acción de carácter físico realizada de manera voluntaria, que provoque o pueda provocar lesiones en menores, o le coloque en grave riesgo de padecerla.
- ▲ Psicológico: insultos, vejaciones, intimidar, humillaciones, ridiculizaciones, mofarse, menospreciar capacidades, manipular, coaccionar, ...
- ▲ Negligencia física: no tener control sobre las rutinas del menor, no imponer ningún tipo de restricción ni límites en horarios, comidas, ...
- ▲ Negligencia emocional: supone abandono emocional del menor en cuanto a no mostrar interés por sus capacidades, no facilitar resonancias afectivas, negar el contacto afectivo,...
- ▲ Abuso sexual: todo comportamiento en que un o una menor es utilizada por una persona adulta como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

Consecuencias de la Violencia de Género en la salud de las hijas e hijos

Consecuencias fatales

- ▲ Muerte por homicidio, o como resultado de interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia.

Consecuencias en la salud física

- ▲ Daños y lesiones
- ▲ Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso de crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos.
- ▲ Alteraciones del sueño y la alimentación.
- ▲ Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.
- ▲ Consecuencias en la salud psicosocial
- ▲ Ansiedad, depresión, baja autoestima.
- ▲ Trastorno de stress postraumático.
- ▲ Déficit de atención y concentración, hiperactividad.
- ▲ Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar.
- ▲ Problemas de conducta social: adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.
- ▲ Comportamientos de riesgo.
- ▲ Adicciones.
- ▲ Parentalización. Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre.
- ▲ Trastornos psicopatológicos.



Consecuencias a largo plazo o violencia transgeneracional

Si no se ha producido un proceso de elaboración de las experiencias vividas a través de una intervención profesional o de otras formas, la evidencia científica disponible señala que hay mayor probabilidad de:

- ▲ Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar.
- ▲ Maltrato a sus parejas en las edades adultas en los varones.
- ▲ Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

Los niños, en definitiva, aprenden que es legítimo hacer uso de la violencia para resolver conflictos. Hay menores que desarrollan factores de resiliencia que les permiten adoptar modelos basados en la resolución de conflictos y en el uso de la no violencia. Veamos algunos ejemplos (Bancroft y Silverman, 2002):

- ▲ 7,5%: huidas del hogar.
- ▲ 10%: problemas de conflictividad en la escuela.
- ▲ 22,5%: violencia hacia sus madres.
- ▲ 25%: bajo rendimiento escolar.
- ▲ 27,5%: miedo al maltratador.
- ▲ 30%: sentimientos de tristeza y aislamiento.
- ▲ 32,5%: síntomas de ansiedad.
- ▲ 53%: comportamiento violento hacia sus iguales.

Procedimientos de coordinación

Ante una mujer con sospecha fundada de violencia de género (la mujer no refiere violencia)

- ⊗ Información y apoyo (interconsulta con la TS del centro).
- ⊗ Asistencia sanitaria: tratamiento de los problemas físicos y psíquicos, interconsulta a otros niveles asistenciales (salud mental, etc).
- ⊗ Establecimiento de un plan de seguimiento.
 - ▲ consultas individuales de seguimiento.
 - ▲ actividades grupales.
 - ▲ otros recursos especializados: CAVIS.
- ⊗ Notificación al juzgado.
- ⊗ Registro.

Ante una mujer víctima de VG⁸ sin peligro extremo.

- ⊗ Información y apoyo (interconsulta con la TS del centro, MFC⁹).
- ⊗ Asistencia sanitaria: tratamiento de los problemas físicos y psíquicos, interconsulta a otros niveles asistenciales (salud mental, etc).

8 Violencia de Género.

9 Médico/a de Familia y Comunitaria.



- ✿ Elaboración de un Plan de Seguridad (112).
- ✿ Establecimiento de un plan de seguimiento.
 - ▲ consultas individuales de seguimiento.
 - ▲ actividades grupales.
 - ▲ otros recursos especializados: CAVIS.
- ✿ Notificación al juzgado.
- ✿ Registro.

Ante una mujer víctima de VG con peligro extremo: Víctima de forma no aguda, con peligro extremo.

- ✿ Información y apoyo (interconsulta con la TS del centro, MFC).
- ✿ Asistencia sanitaria: tratamiento de los problemas físicos y psíquicos, interconsulta a otros niveles asistenciales (salud mental, etc).
- ✿ Elaboración de un Plan de Seguridad (112).
- ✿ Establecimiento de un plan de seguimiento.
 - ▲ consultas individuales de seguimiento.
 - ▲ actividades grupales.
 - ▲ otros recursos especializados: CAVIS.
- ✿ Notificación al juzgado.
- ✿ Registro.

Ante una mujer víctima de VG con peligro extremo: Víctima de forma aguda, con peligro extremo.

- ✿ Información y apoyo.
 - ▲ Derecho a solicitar Orden de Protección.
 - ▲ Dispositivo de Atención Telefónica 24 horas, para mujeres maltratadas-112.
 - ▲ Valorando los recursos familiares, personales y sociales.
 - ▲ Comunicar el caso al trabajador/a social del centro y al MFC.
- ✿ Asistencia sanitaria (derivar al hospital si es necesario).
- ✿ Un plan de seguimiento desde Atención Primaria (consultas individuales o grupales).
- ✿ Notificación al juzgado.
- ✿ Registro.

Puntos fuertes, débiles y propuestas de mejora

Puntos fuertes

- ▲ Red de recursos sólida en la Región.
- ▲ Gran accesibilidad en atención primaria.



Puntos débiles

- ▲ Escasa sensibilización entre el personal sanitario.
- ▲ Escasa formación del personal sanitario.
- ▲ Falta de contacto entre los distintos ámbitos.
- ▲ Flujos de información poco ágiles.
- ▲ Gran rotación de profesionales en atención primaria.
- ▲ Escaso desarrollo de intervenciones grupales.

Propuestas de mejora

- ▲ Incorporar acciones formativas en programa de formación continuada de las áreas sanitarias y en la programación de sesiones de los centros y servicios.
- ▲ Reuniones presenciales periódicas a nivel local.
- ▲ Mejorar coordinación entre profesionales sanitarios y entre niveles asistenciales.
- ▲ Posibilitar comunicación directa entre profesionales, preservando confidencialidad.

5.2. CASO PRÁCTICO

Redactado por: Servicio de Atención Psicológica a Menores Expuestos a la Violencia de Género

Descripción del caso

Niña de 5 años que es derivada junto a su hermana mayor al Servicio de Atención Psicológica a Hijos/as de Mujeres Víctimas de Violencia de Género desde el CAVI de Murcia, en el que es atendida su madre. La mujer ha sido víctima de maltrato psicológico grave durante los 21 años de relación con el padre de las menores, cesando la convivencia hace 2 meses, cuando interpone una denuncia. Según la médico forense existe un riesgo moderado, precisando tanto la mujer como las menores atención psiquiátrica y psicológica urgente por gran afectación. Se establece una orden de protección del maltratador hacia la madre y sus hijas.

La niña presenta frecuentes dolores de cabeza y estómago, problemas de sueño, reserva afectiva y tristeza. Es consciente de los episodios de conflicto del padre hacia la madre, en los que se involucra verbalmente.

Se retoma el contacto entre las menores con su padre por decisión judicial, primero por vía telefónica y después de forma tutelada en el Punto de Encuentro Familiar Viogen¹⁰. La sintomatología clínica de la hija pequeña se agudiza, con varias visitas al pediatra y a urgencias por problemas físicos sin causa médica, siendo derivada a salud mental.

Se evidencia en la niña un mecanismo de negación, rehusando a hablar de su progenitor, ya que le resulta intensamente doloroso. Desde el servicio se envían informes mensuales al juzgado de la situación emocional de las menores y se realiza coordinación con el Instituto de Medicina Legal y Forense, con el Centro de Salud Mental y con el PEF¹¹ Viogen.

¹⁰ Violencia de Género.

¹¹ Punto de Encuentro Familiar.



Conclusiones

- ▲ Para una buena y efectiva coordinación en este caso deben implicarse los recursos que van a intervenir tanto con la mujer como con sus hijas, concretamente, el CAVI, el colegio de las hijas, el/la pediatra, centro de salud mental, el SAPMEX, el PEF Viogen y, en la manera de lo posible, el juzgado encargado del caso.
- ▲ Las gestiones a realizar en este caso estarán encaminadas a la recogida y traspaso de información a los distintos operadores implicados para que sea compartida, previo consentimiento, sin necesidad de cargar a la mujer con esta responsabilidad. Los/las profesionales intervinientes deberán de acordar la realización de contactos de forma temporalizada para un seguimiento del caso.
- ▲ Se considera fundamental la coordinación entre los/las diferentes profesionales de las diferentes áreas implicadas para el abordaje y la consecución de objetivos.



6. COORDINACIÓN CON EL ÁREA DE GINECOLOGÍA

Lugar de celebración: Lorca

Fecha: 31 de octubre de 2017

Colaboración: Equipo CAVI de Lorca - Ana Isabel García Ruiz, María Dolores Valera Vergel y María Ángeles Aragón Aguirre.

6.1. ABORDAJE Y COORDINACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA

Ponente:

Magdalena Molina Oller, ginecóloga. Jefa de Estudios del Hospital Rafael Méndez y Coordinadora de Formación y Docencia del Área III del Servicio Murciano de Salud.

El Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM)

En el Servicio Murciano de Salud existe, desde el año 2012, el Programa Integral de Atención a la Mujer que atiende las siguientes áreas:

- ▲ Atención al malestar biopsicosocial de la mujer.
- ▲ Prevención del cáncer ginecológico.
- ▲ Promoción de la salud sexual. Anticoncepción: información y seguimiento de métodos anticonceptivos.
- ▲ Atención al embarazo, parto y puerperio.
- ▲ Atención a la interrupción voluntaria del embarazo.
- ▲ Atención al climaterio.

De forma específica, en el Área III, se llevan a cabo las siguientes acciones formativas y de coordinación:

- ⊗ Formación ÁREA III
 - ▲ Curso anual sobre violencia de género.
 - ▲ Curso en los distintos Centros de Salud sobre coordinación sociosanitaria, junto con el CAVI.
 - ▲ Formación sobre mutilación genital femenina en hospital y centros de salud.
- ⊗ Formación en Universidad (enfermería).
- ⊗ Cursos del Ministerio.
- ⊗ Mesa Local de Coordinación contra la Violencia de Género.
- ⊗ Coordinación con Salud Mental, Hospital y AP.

Puntos fuertes, débiles y áreas de mejora

El principal punto fuerte es la existencia e implantación del PIAM en los centros sanitarios de la Región de Murcia. Sin embargo, existen determinados puntos débiles del sistema de detección y coordinación:



- ✿ Solo se ha abordado la sintomatología, es decir, cuando la violencia de género ya es una realidad.
- ✿ Gran peso de los recursos en Justicia (juzgados específicos,...), siendo necesaria mayor especialización en Sanidad y Educación.
- ✿ Se insiste demasiado en que la mujer denuncie, pero no tanto en los servicios de apoyo.
- ✿ El trabajo sobre las causas (desigualdad, medios de comunicación,...) es aún insuficiente.
- ✿ Es necesario incrementar los recursos económicos, profesionales y mejorar la coordinación.
- ✿ En lo que respecta a la formación, sería deseable:
 - ▲ Mayor compromiso institucional que coloque la violencia de género como una prioridad formativa
 - ▲ No sólo debe centrarse en conocer los protocolos, sino insistir en el abordaje psicosocial (habilidades y entrevista)
 - ▲ Debe ser obligatoria y en todos los niveles

Conclusiones

A modo de conclusiones, se ofrecen las siguientes reflexiones:

1. La sociedad tiene que trabajar para que la igualdad entre hombres y mujeres sea una realidad y esto se debe transmitir desde la educación más temprana en colegios e institutos.
2. Detectar la violencia de género en mujeres en la esfera de salud sexual y reproductiva requiere formación obligatoria de los profesionales implicados y aportar herramientas necesarias (tiempo y recursos humanos).
3. Considerar el embarazo como factor de vulnerabilidad, así como de IVE de repetición.
4. La anticoncepción se puede considerar como protección a la mujer de esa vulnerabilidad, especial interés tienen los LARC por lo que habría que valorar su financiación.
5. La violencia sexual se está incrementando en muchos niveles de la sociedad, especialmente entre los jóvenes, con nuevos patrones que habría que analizar y ver cómo eliminarla.
6. El cribado de la violencia de género podría aumentar la detección precoz. Dado que, en la mayoría de ocasiones, las víctimas no hablan, debe romperse ese silencio. Por ello, en caso de sospecha, debe conducirse una entrevista clínica específica (basada, por ejemplo, en el Women Abuse Screening Tool, WAST). Estas prácticas aumentan la detección y la mayoría de estudios muestran la conveniencia de aplicarlo, al menos, a las embarazadas.
7. Implicación de todos nosotros en el cambio, dejar de mirar para otro lado.

6.2. CASO PRÁCTICO

Descripción del caso

María tiene 32 años. Acude a la consulta de su médico de familia porque cree que está embarazada. En este momento no está su médico, sino que hay un sustituto que no conoce a María, así que procede a repasar la Historia Clínica que está recogida en el ordenador y le va preguntando a María para confirmar los datos que allí aparecen. Confirma que tiene un hijo (Antonio) de 7 años, y una hija (María) de 3 años. En el primer caso fue un embarazo y parto normal y el segundo fue un parto prematuro.



Como antecedentes, también consta que se sometió a dos Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) al quedar embarazada en dos ocasiones entre el primer y el segundo embarazo, sin ser embarazos planificados. También consta una fractura del hueso del brazo derecho (húmero) por caída por las escaleras, según refirió María. Por esta razón, acude en numerosas ocasiones a la consulta para que le prescriban analgésicos para mejorar el dolor crónico que presenta y ansiolíticos, ya que no puede dormir bien y siempre está muy ansiosa o depresiva y sólo tenía ganas de llorar.

Al preguntarle por el método anticonceptivo que utiliza con su pareja, le dice que el Preservativo. Al insistir en preguntarle si siempre lo utilizaba, dice que no, cambiando inmediatamente de tema.

Ahora consulta porque tiene un retraso de dos meses y está muy preocupada por si está embarazada. Su médico la había enviado a la Consulta de Ginecología para que le dieran algún anti-conceptivo, pero perdió la cita y no había tenido tiempo de volverla a pedir.

El médico le solicita un test de embarazo urgente y es positivo. Vuelve a hablar con ella para comunicárselo y María se echa a llorar. Es imposible dialogar con ella y la cita otro día con la matrona.

A los dos días, acude a la cita de la matrona que inicia el proceso de control del embarazo. Durante el embarazo la matrona sospecha de riesgo de violencia de género e inicia la coordinación y activación de recursos para atenderla.

Al final del embarazo, la matrona le informa sobre otros métodos anticonceptivos que le pueden venir mejor que el preservativo.

Cuando está a término de su embarazo acude al Hospital tras sufrir una caída por las escaleras (es la segunda vez que acude por este motivo durante el embarazo). Se ingresa en planta para observación y, ante la sospecha de una ginecóloga de riesgo de violencia de género, se activan los recursos para atender adecuadamente a María.

Conclusiones

- ▲ La detección de la violencia de género en el ámbito sanitario no es fácil por diferentes motivos como son, en primer lugar, la falta de tiempo de personal sanitario en la atención del paciente, falta de formación y desconocimiento del cómo actuar; en segundo lugar, la atención sanitaria es muy fragmentada, entender la violencia de género contiene un factor subjetivo y existe cierto miedo a involucrarse; y, por último lugar, hay desconocimiento de los recursos específicos en violencia de género y escasa coordinación. La detección no es nada fácil, más bien lo que a veces ocurre es la sospecha. En este caso, existen varios indicadores de sospecha de la situación de violencia de género que está sufriendo la mujer, como son varias caídas por las escaleras, lesiones, parto prematuro, interrupciones voluntarias de embarazo, etc. todo en su conjunto es una clara alarma, el problema es la falta de coordinación tanto dentro del propio ámbito sanitario como con servicios especializados en violencia de género para actuar, sería necesario un sistema de conexión (plataforma común).
- ▲ Para una buena y efectiva coordinación en este caso deben implicarse distintos profesionales del ámbito de salud (ginecólogo/a, matronas, médico/a de familia, TS del centro de salud) y coordinarse con el CAVI; además de con el 112 y/o 016 y Fuerzas y Cuerpo de Seguridad del Estado ante las situaciones de riesgo que se puedan presentar.
- ▲ Se considera fundamental la coordinación entre los/las diferentes profesionales de las diferentes áreas implicadas para el abordaje y la consecución de objetivos, siendo uno de éstos la salida de la situación de violencia de género que está viviendo la mujer.



7. COORDINACIÓN CON EL ÁREA DE SALUD MENTAL

Lugar de celebración: Archena

Fecha: 7 de noviembre de 2017

Colaboración: Equipo CAVI de Archena - Salvadora Espín Fuentes, Concepción Sánchez Luzón y María José Fernández Torres.

7.1. ABORDAJE Y COORDINACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

Ponentes:

Rossana López Sabater, Psicóloga Clínica del Centro de Salud Mental del Hospital Universitario Morales Meseguer

Ascensión Garriga Puerto, psicóloga Clínica. Unidad de Docencia Investigación y Formación de Salud Mental. Coordinadora Responsable de Violencia de Género en Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.

Trastorno mental y violencia de género

En el trastorno mental grave (TMG) el riesgo de sufrir Violencia de Género es de dos a tres veces mayor. El 30% de mujeres con TMG que han estado en pareja han sufrido violencia psicológica, sexual o física. El evidente incremento de la vulnerabilidad de estas mujeres a sufrir Violencia de Género es el estigma de la enfermedad mental (EM). En esta situación, existen distintos mitos en torno a la violencia y a la inventiva de la mujer sobre esa violencia. La realidad es que se puede tender a la criminalización, la medicalización y la dudosa veracidad de los relatos.

De esta forma, el estigma de la EM provoca soledad, bajo nivel de autoestima, aislamiento, carencias emocionales y especialmente la **menor credibilidad que se concede a su relato**. Las consecuencias de este estigma social son tan graves, que resulta frecuentemente **más dañino** que la propia EM, porque las pacientes acaban creyéndoselo, lo que provoca un *sentimiento de culpa* y sufrimiento y provoca una relativización de la violencia.

La menor autoestima y las dificultades para encontrar pareja, pueden propiciar el establecimiento de relaciones inadecuadas, ya que es fácil que ellas se culpabilicen unilateralmente de los fracasos amorosos. Por tanto, las características de la mujer con Trastorno Mental favorece y hace **mayor el poder de los abusadores para manipular la percepción de las víctimas**. Tanto la violencia física y psicológica, como únicamente la psicológica, deterioran la salud mental de las víctimas y ponen en peligro sus vidas y su salud mental de muchas maneras, incluyendo el suicidio.

La *violencia* de género empeora un trastorno mental y puede **desencadenarlo**. EL 60% de mujeres no habían consultado servicios de SM antes de tener la relación de violencia. Por otro lado, la violencia de género hace que las mujeres sean dos veces más propensas a sufrir depresión. Si han tenido antecedentes de abusos en la infancia, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar síntomas psicóticos. Por su parte, si han tenido antecedentes de abusos en la infancia, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar síntomas psicóticos. El reto actual más importante de la investigación es conocer el peso específico de estos factores, así como establecer programas de prevención eficaces.

En cuanto a las demandas más habituales de las mujeres maltratadas en los Servicios de Salud Mental se encuentran: la depresión, la ansiedad, los trastornos somatoformes y la fibromialgia,



pero no piden ayuda por sufrir violencia de género, ya que esta violencia sigue estando naturalizada y el trastorno no se vincula con la relación de sometimiento que se mantiene.

El psiquismo de la mujer.

Vemos dos esferas escindidas en el psiquismo de la mujer: lo que pasa en su casa y su depresión. ¿A quién culpabiliza en estas situaciones la mujer con TM?

- ▲ El 40% a la pareja
- ▲ El 15% entiende que la responsabilidad era compartida.
- ▲ Del 37% al 50% aproximadamente piensan que ellas son las responsables del maltrato.

Para poder trabajar con esta conflictividad psicológica tendremos que poder hacer comprensión emocional para entender que es lo que mantiene esa relación, una comprensión intelectual es insuficiente y poco operativa.

La mujer maltratada se suele identificar de forma extrema con un modelo de feminidad que corresponde a un ideal de género muy polarizado, como un ser de naturaleza emocional, identificada con los valores de género más hegemónicos y a partir de los cuales se construye la identidad.

La psicoterapia

El objetivo es que las mujeres reconozcan la relación de causalidad entre su salud y la relación de maltrato. Es un cambio psíquico en la mujer que consiste en superar y liberarse de esos automatismos en el modo de relacionarse que se adquirieron en la infancia, desde una perspectiva en que la relación de sometimiento, en la gran mayoría de casos, no sólo es con el maltratador.

El proceso grupal pretende que la mujer se sienta valorada, escuchada, respetada y validada como un sujeto. Se trata de devolverle una imagen de ella misma totalmente diferente a la que le devuelve el maltratador. La evolución, entre otros factores, dependerá de la capacidad de producir cambios psíquicos en su ideal de feminidad, de ser una mujer y del apoyo externo. Tendrá que conseguir un entorno social favorable con un apoyo externo que sea crítico con la Violencia de Género, que no justifique la situación y favorezca el aislamiento. Asimismo, deberá crear nuevos vínculos con los demás y con ella misma. En definitiva, tendrá que recorrer un camino para lograr una desidentificación con los valores de género polarizados: un cambio en la subjetividad de mujer.

La actitud de los profesionales

Conforme a lo investigado por la literatura, las mujeres agredidas esperan de los profesionales una serie de características y conductas:

- ▲ Actitud no directiva.
- ▲ Atención personalizada.
- ▲ Apreciación de la complejidad de la situación.
- ▲ Comportamiento sin prejuicios sobre su actitud.
- ▲ Crear una atmósfera de seguridad y apoyo

Desde los Servicios de Salud Mental Mantenemos las directrices de Actitud no directiva por parte de las terapeutas, lo que implica que no es objetivo de la terapia conseguir que abandonen al maltratador, aunque sea deseable para el terapeuta. Esa será una decisión de la mujer, que puede o no darse. Además, la terapia se realiza en grupo, que siempre queda abierto.



7.2. CASO PRÁCTICO

Descripción del caso

Lola llega al CAVI el 15/01/2014. Se trata de una mujer de 42 años, casada y sin hijos. Viene diagnosticada de Trastorno Afectivo Bipolar, que comienza en 2003 y por el que ha sufrido tres ingresos. En el momento que acude al CAVI, está en seguimiento en Salud Mental de Molina de Segura, donde continúa en la actualidad. En la primera entrevista refiere haber denunciado a su marido en tres ocasiones por Violencia de Género, relata el maltrato psicológico al que se ha visto sometida en los 15 años de matrimonio, afirma que la relación con su marido siempre ha sido difícil con episodios de violencia, generalmente, cuando bebe. Además, insiste en que su marido no muestra interés por el tratamiento psiquiátrico que ella debe seguir.

Conclusiones

- ▲ Para una buena y efectiva coordinación en este caso deben implicarse los siguientes recursos: el CAVI, Centro de Salud Mental, CAD¹²(problemas de alcoholismo), las/os TS de SSSS (para saber la historia familiar) y el médico/a de familia que le esté tratando.
- ▲ Las gestiones a realizar en este caso estarán encaminadas a la recogida y traspaso de información de los/las distintos profesionales implicados para que sea compartida. Desde Salud Mental informar al médico/a de familia y al CAVI; en los encuentros que se realizan en Salud Mental se tendría que recoger toda la información poniéndose en contacto con Atención Primaria y transmitirle dicha información para la toma de decisiones conjuntas. Desde Salud Mental, la TS es la que canalizaría la información con los Centros de Salud y Centros de SS.SS
- ▲ Se considera fundamental la coordinación entre los/las diferentes profesionales de las diferentes áreas implicadas para mejorar la atención tanto desde el punto de vista sanitario como asesoramiento jurídico, social e intervención psicológica. Es importante dicha coordinación para poder trabajar en la misma línea, en red y, así mejorar la atención integral a la mujer.

12 Centro de Atención a Drogodependientes.



8. COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Lugar de celebración: Caravaca de la Cruz

Fecha: 10 de noviembre de 2017

Colaboración: Equipo CAVI de Caravaca de la Cruz – Ana Rosa Andreu Herrera, Carolina Pérez Endrino y Juana Martínez Sánchez.

8.1. UNA EXPERIENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE EL CAVI Y EL SERVICIO DE URGENCIAS

Ponentes:

Equipo CAVI de Caravaca de la Cruz- Ana Rosa Andreu Herrera, Carolina Pérez Endrino y Juana Martínez Sánchez.

Los/las profesionales de atención primaria y especializada tienen un papel importante ante la búsqueda activa, la detección precoz y la atención integral a las mujeres, que pueden ser víctimas de violencia de género.

Desde el CAVI, como servicio especializado en la atención a mujeres víctimas de violencia de género estamos en coordinación con el personal sanitario de nuestra zona a través de las trabajadoras sociales de los servicios de salud (hospital, centro de salud, centro de salud mental).

A través de esta ponencia se persigue:

- ▲ Sensibilizar a los/las profesionales sanitarios/as sobre la magnitud de la violencia de género como problema de salud.
- ▲ Incidir en la importancia de la derivación de casos de violencia de género desde el ámbito sanitario.
- ▲ Informar sobre las actuaciones de coordinación entre el personal sanitario del Noroeste y el CAVI.

La principal barrera que nos podemos encontrar para detectar un posible caso de violencia de género en un servicio de urgencias está relacionada con los miedos de la mujer que incluyen, entre los más habituales, los siguientes:

- ▲ A la respuesta de su pareja, si va acompañada por ella.
- ▲ A no ser entendida y ser culpabilizada.
- ▲ A las dificultades económicas, judiciales, sociales.
- ▲ A que no se respete la confidencialidad.
- ▲ A lo que ocurra con sus hijos/as, etc.

Además, nos encontramos con otra serie de obstáculos que pueden dificultar la identificación de una situación de violencia de género por parte de profesionales de la sanidad:

- ▲ Baja autoestima, sentirse culpable por la situación.
- ▲ Vergüenza y humillación.
- ▲ Deseo de proteger a la pareja.
- ▲ Resistencia a reconocer lo que le está pasando.
- ▲ Están acostumbradas a ocultarlo.



Con el fin de **mejorar la capacitación y el conocimiento de los profesionales de la sanidad** del área del Noroeste, así como la coordinación con los servicios sanitarios, especialmente, los referidos a urgencias, se han desarrollado distintas actuaciones desde el CAVI de Caravaca de la Cruz:

- ▲ Reuniones de trabajo con la trabajadora social del Hospital Comarcal del Noroeste.
- ▲ Coordinación telefónica sobre posibles casos de violencia de género con médicos/as de atención primaria y trabajadoras sociales de los distintos municipios.
- ▲ Realización de un taller para informar al personal sanitario sobre la existencia y funcionamiento de los CAVIS y el resto de recursos en materia de violencia de género en la región.
- ▲ Difusión de folletos informativos en el Hospital, Servicio de Urgencias y Centros de salud sobre los recursos de atención a víctimas de violencia de género.
- ▲ Realización de un taller informativo al personal sanitario del Centro de Salud Mental de Caravaca.
- ▲ Sensibilización a través de programas para la TV local y la radio donde ha participado personal sanitario (médica y el director del servicio de urgencias del Hospital del Noroeste), donde también participó el equipo CAVI.

En cuanto a los **puntos fuertes** detectados en materia de coordinación con los servicios de urgencias, cabe destacar los siguientes:

- ▲ Buena disposición por parte de la TS¹³ responsable de violencia de género en el Hospital para colaborar con el CAVI.
- ▲ Buena coordinación telefónica en general con personal médico y social de atención primaria a la hora de dar información sobre casos o derivar mujeres.
- ▲ En la Mesa Local de Coordinación de Caravaca contamos con la participación directa de todas las trabajadoras sociales del ámbito sanitario (Centro de Salud, Centro de Salud Mental y Hospital Comarcal).

Igualmente, destacamos una serie de **puntos débiles** a considerar:

- ▲ Escasa participación del personal sanitario en los talleres realizados.
- ▲ Desconocimiento de los CAVIS entre el personal sanitario.
- ▲ Desconocimiento notable del procedimiento de actuación en casos de violencia de género.

Además, se proponen como **mejoras** en el futuro que los organismos competentes en materia de violencia de género proporcionen más y mejor información a profesionales de la sanidad sobre cómo detectar y actuar ante un posible caso de violencia de género. Asimismo, se recomienda que estos profesionales den una información adecuada acerca de los recursos disponibles para las mujeres que la sufren, especialmente sobre el CAVI de referencia.

13 Trabajador/a Social.



8.2. ABORDAJE Y COORDINACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Ponentes:

Concepción Flores Abellán, Médica Coordinadora del Servicio de Urgencia Murcia Infante perteneciente al 061

Antonia Ortiz Llor, Enfermera Responsable del Servicio de Urgencias Murcia Infante.

En esta presentación pretendemos comunicar nuestra experiencia como profesionales de los servicios de urgencia extrahospitalarios en relación a la violencia contra la mujer.

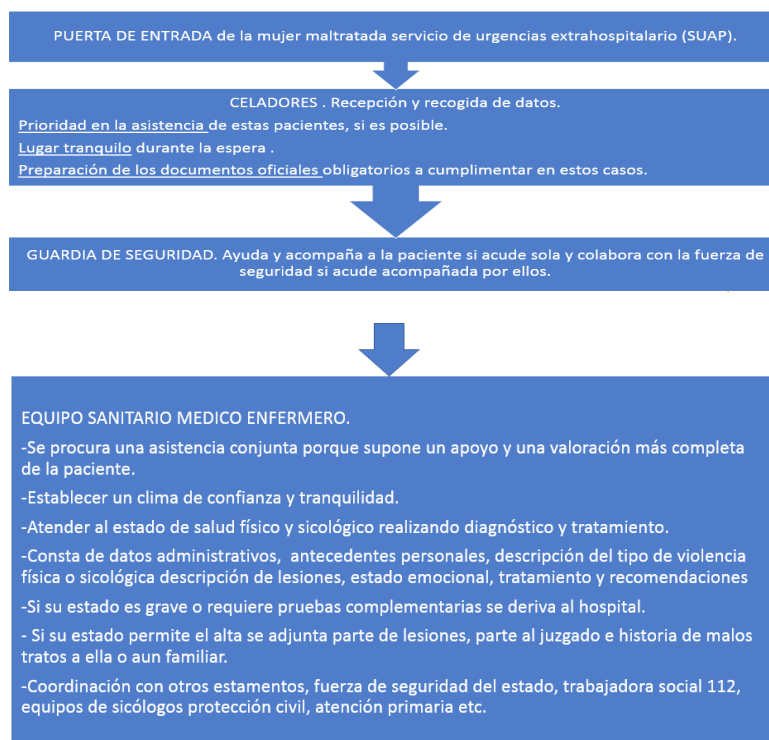
En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, los servicios de urgencia extrahospitalarios disponen de 27 Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) y 17 Unidades Médicas de Emergencias (UME) distribuidas por toda la región.

Los SUAP se encargan de realizar urgencias domiciliarias y la atención primaria continuada. Por tanto, constituyen una puerta de entrada al sistema de mujeres con esta problemática muy importante y es frecuente que las lesiones y síntomas sean más graves que las que se detectan o acuden a atención primaria.

Desde esa perspectiva, los objetivos de esta ponencia son:

- ▲ Establecer una coordinación con otros/as profesionales e instituciones.
- ▲ Colaborar en la investigación y dimensión del problema registrando correctamente los casos que se asisten.
- ▲ Ofrecer orientaciones al personal de los servicios de urgencia para la atención integral, física, psíquica y emocional a las mujeres que acuden por violencia y malos tratos a estos servicios.
- ▲ Sensibilizar al personal de estos servicios de la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud.

Comenzaremos explicando el procedimiento de actuación que hoy se lleva a la práctica en los servicios de urgencias:





A continuación se ofrecen imágenes de las plantillas de los documentos referidos anteriormente:

Informe clínico por malos tratos



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

INFORME CLÍNICO POR MALOS TRATOS*



1- DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA	
NOMBRE Y APELLIDOS.....	
MUJER ☐ HOMBRE ☐	
FECHA DE NACIMIENTO:...../...../.....	
ESTADO CIVIL:.....	
DIRECCIÓN:.....	
TELÉFONO DE CONTACTO.....	
2- EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA: (Reflejar fecha, hora y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie).	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
3- ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: (En relación con las lesiones).	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
4- EXPLORACIÓN FÍSICA: (Descripción de las lesiones, sin olvidar data aproximada).	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

CAP1 - 70

* Este informe debe adjuntarse al "Parte al Juzgado" (Sedu-34).



5- ESTADO EMOCIONAL ACTUAL
6- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: (Si las hubiera)
7- DIAGNÓSTICO
8- TRATAMIENTO
9- PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES
Datos del Facultativo (Nombre, Apellidos y N.º de Colegiado) Fecha y firma:

Ejemplar para el Juzgado



Historia clínica



HISTORIA CLÍNICA



GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DEL 061 DE MURCIA

I. IDENTIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA

Fecha / /		N.º Registro		U.M.E. N.º	
HORA LLAMADA	HORA IN SITU	HORA HOSPITAL	N.º AVISO	CÓDIGOS	Técnico Conductor
Motivo Llamada (CCU)					
Nombre y Apellidos			Edad	Sexo V M	C.I.P. D.N.I.
Domicilio		Teléfono		Localidad	Municipio
Centro de Salud o ZBS		Lugar de Asistencia			

II. ALERGIAS, ANTECEDENTES Y ANAMNESIS

1. ALERGIAS ☐ Sí ☐ No
2. ANTECEDENTES DE INTERÉS
3. ANAMNESIS - HORA INICIO SÍNTOMAS

III. EXPLORACIÓN FÍSICA

A VÍA AÉREA Permeable ☐ Sí ☐ No ☐ Lengua ☐ Trauma laringo-traqueal ☐ Cuerpo extraño ☐ Quemadura vía aérea ☐ Trauma maxilofacial ☐ Edema de glotis	C CIRCULACIÓN <table border="1"> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">PULSOS</th> <th colspan="2">RELLENO CAPILAR</th> </tr> <tr> <th>Radial</th> <th>Femoral</th> <th>Carotídeo</th> <th>< 2 sg</th> <th>> 2 sg</th> </tr> <tr> <td>Inicial</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> N - Normal D - Débil A - Ausente		PULSOS			RELLENO CAPILAR		Radial	Femoral	Carotídeo	< 2 sg	> 2 sg	Inicial						Final						PIEL ☐ Normal ☐ Fría ☐ Pálida ☐ Sudorosa ☐ Cianosis periférica ☐ Rubicunda ☐ Seca Ingurgitación yugular ☐ Hemorragias:				
	PULSOS			RELLENO CAPILAR																									
	Radial	Femoral	Carotídeo	< 2 sg	> 2 sg																								
Inicial																													
Final																													
B VENTILACIÓN Permeable ☐ Sí ☐ No Patrón respiratorio: Movilidad torácica: ☐ Cianosis Central ☐ Normal ☐ Desviación Traqueal ☐ Asimétrica ☐ Esfisema Subcután. ☐ Paradójica Auscultación respiratoria: ☐ Normal ☐ Anormal	D NEUROLÓGICO ☐ Consciente ☐ Obnubilado ☐ Estuporoso ☐ Coma - Inconsciencia ☐ Amnesia episodio ☐ Inconsciencia previa min	Auscultación cardíaca <table border="1"> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">PUPILAS</th> <th colspan="2">Glasgow</th> </tr> <tr> <th>Derecha</th> <th>Izquierda</th> <th>React.</th> <th>React.</th> <th>Ocular</th> <th>Verbal</th> </tr> <tr> <td>Inicial</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Focalidad neurológica ☐ Sí ☐ No		PUPILAS				Glasgow		Derecha	Izquierda	React.	React.	Ocular	Verbal	Inicial							Final						
	PUPILAS				Glasgow																								
	Derecha	Izquierda	React.	React.	Ocular	Verbal																							
Inicial																													
Final																													

TRAUMATOLOGÍA

Tipo de incidente:

Mecanismo:

Posición en el vehículo:

☐ Atrapamiento: Tiempo minutos

☐ Gran deformidad en vehículo

☐ Otras víctimas fallecidas o graves:

☐ Movilización previa

☐ Desincarceración por:

LESIONES TRAUMÁTICAS (Cruzar con una X)

	Cáneo	Cara	Cuello	C. Vent.	M.S.D	M.S.I	Tórax	Abdom.	Pelvis	M.D	M.I
Dolor											
Contusión											
Herida											
Luxación											
Fx Cerrada											
Fx Abierta											
Aplastamiento											
Sección											

QUEMADURAS

Localización	%	Superficie	Grado
CABEZA Y CUELLO	9%		
M.S.D	9%		
M.S.I.	9%		
TRONCO ANT.	18%		
TRONCO POST.	18%		
GENITALES	1%		
M.I.D.	18%		
M.I.I.	18%		
INHALACIÓN			

G. 061-33



IV. JUICIO CLÍNICO

CÓDIGO:

V. EVOLUCIÓN, OBSERVACIONES y TRATAMIENTO

HORA							MEDICACIÓN Y FLUIDOTERAPIA
RESPIRACIÓN E-A-C							
Frecuencia Respiratoria							
Oxígeno FIO ₂							
Saturación O ₂							
Pulso (F.C.)							
Tensión Arterial							
G C S							
Pupilas							
Glucemia							
Temperatura							
Diuresis							
Monitorización							

EVOLUCIÓN Y OBSERVACIONES:

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

A. VÍA AÉREA ☐ Extracc. cuerpo extraño ☐ Aspiración secreciones ☐ Cánula orofaríngea ☐ Intubación ☐ Orotraqueal ☐ Nasotraqueal ☐ Retrógrada ☐ Mascara laringea ☐ Punción cricotiroidia ☐ Cricotiroidotomía ☐ Traqueostomía	B. VENTILACIÓN ☐ Mascara ☐ FIO ₂ : _____ l/min. ☐ Ventilación manual ☐ Ventilación mecánica ☐ Controlada ☐ Asistida FIO₂: _____ Peep _____ F. resp. _____ Ti T.e _____ Vol./min. _____ Vol. Tidal _____ ☐ Sellado herida torácica ☐ Punción o drenaje torácico	C. CARDIOCIRCULATORIO ☐ Vía central: _____ ☐ Vía periférica: _____ ☐ Masaje cardiaco Duración: _____ min. ☐ Hemostasia externa ☐ Hemostasia quirúrgica	D. TERAPIA ELÉCTRICA ☐ Marcapasos externo ☐ Frec./min.: _____ Inten. _____ mA ☐ Cardioversión ☐ Desfibrilación Máx. intensidad _____ Jul. N.º choques _____
E. INMOVILIZACIÓN ☐ Movilización rápida de emergencia ☐ Collarín cervical ☐ Camilla de tijeras ☐ Corsé espinal ☐ Inmovilización de cabeza ☐ Tabla espinal corta o larga ☐ Férula miembros ☐ Colchón de vacío ☐ Retirada casco por E.E.		F. OTROS ☐ Vendaje ☐ Limpieza de heridas ☐ Sonda nasogástrica ☐ Sonda uretral ☐ Lavado gástrico ☐ Ttº postural: Grados _____ ☐ Otros	

REMITIDO A: ☐ HOSPITAL ☐ DOMICILIO ☐ MÉDICO DE ZONA ☐ OTROS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">MÉDICO</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">ASISTIDO POR:</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">ENFERMERO</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">HORA, NOMBRE, NÚMERO DE COLEGIADO Y FIRMA DEL MÉDICO RECEPTOR</td> </tr> </table>	MÉDICO	ASISTIDO POR:	ENFERMERO				HORA, NOMBRE, NÚMERO DE COLEGIADO Y FIRMA DEL MÉDICO RECEPTOR		
MÉDICO	ASISTIDO POR:	ENFERMERO								
HORA, NOMBRE, NÚMERO DE COLEGIADO Y FIRMA DEL MÉDICO RECEPTOR										

Los datos de carácter personal que Vd. facilita serán objeto de tratamiento automatizado en el fichero de la Gerencia de Emergencias 061, registrado en la Agencia de Protección de Datos con el Nombre "Historia Clínica" y que tienen por finalidad "registrar los datos sobre el estado de salud del usuario". Con arreglo a lo ya Registra 15 de 13 de Diciembre de 1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación en relación con sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, dirigiéndose a: **Gerencia de Emergencias 061 SMS- Director Gerente - C. Escultor Sánchez Llozan, n.º 7 - 1.º Tel. 968 398.48.11 30005 Múrdia.**



Parte al juzgado



Región de Murcia
Consejería de Salud

PARTE AL JUZGADO



D./D. ^a	Médico ☐	SERV. URG. A.P.:
	☐	CENTRO SALUD:

INFORMO: Que a las horas del día haber atendido a:

D./D. ^a	D.N.I.	Edad
Domicilio	Localidad	
*Hijo/a de	D.N.I.	

Por hechos estimados según manifiesta:

FORTUITOS ☐	TRABAJO ☐	TRÁFICO ☐	AGRESIÓN ☐	INTOXICACIÓN ☐	OTROS
NATURALEZA DE LAS LESIONES EN EL MOMENTO DE SER ATENDIDO/A:					
.....					
.....					
.....					
Pasa a: DOMICILIO ☐ HOSPITAL ☐ MÉDICO DE ZONA ☐					
PRONÓSTICO (Salvo complicaciones): LEVE ☐ MENOS GRAVE ☐ GRAVE ☐ FALLECIDO ☐					

Y para que conste doy el presente en, a de de 20

EL MÉDICO DEL SERVICIO

SEÑOR JUEZ DE INSTRUCCIÓN DE GUARDIA

- * Cumplimentar en caso de ser menor de edad
- En caso de VIOLENCIA DOMÉSTICA, adjuntar INFORME (CAP. 1 - 70).

Fdo.

Coleg. n.º

Como **puntos fuertes** del servicio y la coordinación, se destacan los siguientes:

- ▲ Accesibilidad.
- ▲ Contacto directo.
- ▲ Sistemática de trabajo en equipo.
- ▲ Profesionales acostumbrados/as al trabajo con población vulnerable.

También se han detectado las **debilidades principales**:

- ▲ Desconocimiento de los recursos disponibles especializados en violencia de género.
- ▲ Déficit de informatización de parte de los servicios, lo que dificulta la coordinación y colaboración intersectorial.
- ▲ Desconocimiento de parte del personal de los protocolos de actuación en estos casos, con una deficiente formación en violencia de género.
- ▲ Sobrecarga asistencial.

Las mejoras propuestas, por **ámbitos de actuación**, son:

- ▲ Profesionales: Cursos de formación continuada en violencia para el personal sanitario y sesiones clínicas de casos junto con otros/as profesionales o instituciones.



- ▲ Centros sanitarios: Carteles y folletos informativos; información de actividades especializadas que se estén realizando por parte de distintos organismos o entidades.
- ▲ Informatización: Para poder realizar una atención integral de estas pacientes con atención primaria, trabajadora social etc.

8.3. CASO PRÁCTICO

Descripción del caso

Esperanza, de 38 años, llega a urgencias por tercera vez en dos meses. En una primera ocasión acude por un ataque de ansiedad, refiere haber sufrido un gran disgusto y no encontrarse bien; en la segunda ocasión, asiste acompañada de su pareja y la sintomatología es un dedo fracturado de la mano, argumenta haberse pillado con una puerta; por tercera vez acude por otro ataque de ansiedad y contusiones en los brazos, al preguntarle por los motivos, se viene abajo y relata una situación de violencia con su pareja desde hace meses.

Conclusiones

Para una buena y efectiva coordinación en este caso deben implicarse los siguientes recursos: los Servicios de Urgencias, el 112 y/o el 016, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Abogado de Oficio, el CAVI y Médico/a de Familia. Son muchos los profesionales que deberían implicarse en una coordinación por la sospecha en primer lugar, con detección de la situación de violencia que está viviendo esta mujer. Este sería el “ideal”, la posible coordinación entre los profesionales específicamente mencionados, pero la realidad es que en el servicio de urgencias es difícil con el poco tiempo que tienen para atender que se pueda realizar dicha coordinación ante una sospecha; por tanto, ante sospecha, se entiende que el mejor actuar sería informar del CAVI y derivación de éste; y en caso de la detección clara y manifestación de la agresión por parte de la mujer, 112.

Se considera fundamental la coordinación entre los/las diferentes profesionales de las diferentes áreas implicadas para mejorar la atención tanto desde el punto de vista sanitario como asesoramiento jurídico, social e intervención psicológica. Es importante dicha coordinación para poder trabajar en la misma línea, en red, utilizando bien los recursos disponibles, y así mejorar la atención integral a la mujer.



9. CONCLUSIONES COMUNES RECOGIDAS EN TODOS LOS SEMINARIOS COMO PROPUESTA DE MEJORA EN LA COORDINACION SOCIO SANITARIA

En cada seminario, en la resolución del caso práctico, se han sacado propuestas concretas para la mejora de la Coordinación Sociosanitaria en el área específica a tratar; pero en todos ellos, dada la variedad de profesionales y diferentes especialidades de los/as asistentes, que no siempre coincidía con la especialidad de la temática del seminario, se acababa hablando de la coordinación en general desde las diferentes áreas y especialidades.

Propuestas de mejora:

- ▲ Más formación y sensibilización de los profesionales para la detección de mujeres víctimas de violencia de género.
- ▲ Que dicha formación y sensibilización sea obligatoria y parte del trabajo, inculcando dicha obligatoriedad tanto a los profesionales que deben recibirla como a sus superiores que deben de promoverla y facilitarla.
- ▲ Mayor divulgación y conocimiento de los protocolos existentes en esta materia. Antes de la creación de más protocolos, revisar los existentes, adaptarlos y darlos a conocer.
- ▲ Creación de espacios comunes entre los distintos profesionales de los distintos ámbitos donde poder tratar casos, así como, conocerse entre ellos y poder establecer una coordinación más directa.
- ▲ Necesidad de que la derivación de una mujer por parte de un profesional de un ámbito a otro, sea contestada. Comunicación bidireccional.
- ▲ Importancia de las/os Trabajadoras/es Sociales en los centros de salud y hospitales, no todos tienen y son el mejor nexo que puede existir en la coordinación socio sanitaria en violencia de género.
- ▲ En el ámbito sanitario específicamente, necesidad de mayor comunicación y coordinación con las distintas especialidades que pueden verse implicadas en el tratamiento de una mujer y de sus hijos/as en caso de tenerlos.
- ▲ Simplificar los sistemas de coordinación en cada una de las áreas y servicios especializados.
- ▲ Necesidad de dotar de medios materiales adecuados, que faciliten el acceso directo entre profesionales.
- ▲ Determinar documentos de consentimiento de uso de datos comunes.
- ▲ Creación de un sistema informatizado único en el que se pueda consultar la situación y trayectoria de la mujer. Se establece como una idea un tanto utópica en todos los seminarios, dado que todos los profesionales son conscientes de su dificultad y problemática, entre muchos factores, por la protección de datos.
- ▲ Necesidad de reactivar la figura del responsable en violencia de género, con la definición clara de funciones, reconocimiento y entidad, así como de tiempo para desarrollar estas actuaciones (como elemento bisagra en la coordinación).

Financiado por

