

MEMORIA

Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Actuaciones sanitarias frente a la Violencia de Género en el SNS

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Hacia un modelo de cooperación entre equipos de salud mental y de violencia de género.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Región de Murcia
- **Nombre de la entidad:** Gerencia de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ Lorca nº58. El Palmar.Murcia. 30120
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Asunción de Concepción Salesa
 - E-mail: mariaa.deconcepcion@carm.es
 - Teléfonos:
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Ascensión Garriga Puerto
 - E-mail: ascension.garriga@carm.es
 - Teléfonos:968395855/649836383

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Julio César Martín García-Sancho	Julioc.martin@carm.es	968365763	Jefe de Servicio de Programas Asistenciales	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Julián Oñate Gómez	Julian.onate@carm.es	968365813	Jefe de Servicio de Drogodependencias	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
M ^a Jesús Sánchez Recio	avidamurcia@gmail.com	968357243	Abogada. Asociación AVIDA.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
M ^a Dolores Sánchez Juárez	Mdolores.sanchez@carm.es	968357243	Trabajadora Social Técnica D.General de la Mujer e igualdad de Oportunidades	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Juana M ^a González Matas		968361977	Psicóloga Clínica Responsable VG H Psiq. Román Alberca	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Pilar Balanza Martínez	CSMMURCIAESTE.SMS@CARM.ES	968359461	Psicóloga Clínica. Responsable VG. CSM Murcia Este	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud



M ^a Soledad Martín Marzo	CADMURCIA.SMS@CA.RM.ES	968359062	Trabajadora Social, Responsable VG.CAD Murcia	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Maria Dolores García Gonzalez	CSMMOLINASEGURA.SMS@CARM.ES	968641326	Psicóloga Clínica, Responsable VG. CSM Molina de Segura	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Josefina Martínez de Gea	CSMCARAVACA.SMS@carm.es	968 708322	Trabajadora Social, Responsable VG. CSM Carava.	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Ascensión Albacete Belmonte	CSMLORCA.SMS@CAR.M.ES	968 469179	Psicóloga Clínica, Responsable VG. CSM Lorca	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
M ^a Carmen Martínez Sánchez	CSMCARTAGENA.SMS@CARM.ES	968326727	Psicóloga Clínica, Responsable VGCSM Cartagena	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Inmaculada Penalva LLopis	CSMCARTAGENA.SMS@CARM.ES	968326727	Psicóloga Clínica, Responsable VGCSM Cartagena	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
M ^a Carmen Martínez-Artero Martínez	CSMSANANDRES.SMS@CARM.ES	968281569	Psicóloga Clínica, Responsable VG. CSM San Andrés	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Amparo Martínez-Moya Fernández	-	968 369500	Psicóloga Clínica, Responsable VG. CSM Arrixaca	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Rossana López Sabater		968 360900	Psicóloga Clínica, Responsable VG. CSM Morales Meseguer	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Josefa Palazón Rodríguez	CSMINFANTE.SMS@CA.RM.ES	968251466	Psicóloga Clínica, Responsable VG. CSM Infante	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Pilar Galindo Piñana	REHABILITACIONSMCA.RTAGENA.SMS@CARM.ES	968503860	Psicóloga Clínica, Responsable VG. Unidad Rehab. Cartagena	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Berenice Cantó Martínez		968927075	Psiquiatra, Responsable VG Centro Salud Mental Águilas	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Maria Victoria Martí Garnica		968503860	Psiquiatra, Responsable VG Unidad Rehabilitación Cartagena/ETAC	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Cristina Martínez López	CSMCIEZA.SMS@CAR.M.ES	968 453508	Psicóloga Clínica, Responsable VG. CSM Cieza	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Maria Sánchez Muñoz		868107604	Psicóloga Clínica, Responsable VG. CSM Mar Menor	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
M ^a José Campillo Cáscas	CSMAGUILAS.SMS@CARM.ES	968 927075	Psicóloga Clínica, Responsable VG. CSM Águilas	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
M ^a Jesús López Jimenez	CSMYECLA.SMS@carm.es CSMJUMILLA.SMS@CA.RM.ES	968750000 968 782261	Enfermera Salud Mental, Responsable VG. CSM Yecla-Jumilla	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud
Carmen Serra Alemán	CSMALCANTARILLA.SMS@CARM.ES	968 802686	Psicóloga Clínica, Responsable VG CSM Alcantarilla	Gerencia Salud Mental. Servicio Murciano de Salud

5. MBITO DE INTERVENCIÓN

<input type="checkbox"/>	Estatal
<input checked="" type="checkbox"/>	Comunidad Autónoma
<input type="checkbox"/>	Provincial
<input type="checkbox"/>	Municipal
<input type="checkbox"/>	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
<input type="checkbox"/>	Zona básica de salud
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Enero 2018
- **Actualmente en activo:** SI
- **Prevista su finalización:** NO

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Prevención y detección precoz de la violencia de género en CONTEXTOS DE MAYOR VULNERABILIDAD: mujeres con trastorno mental y/o drogodependencias
	Implementación y desarrollo de PLANES/PROGRAMAS DE FORMACIÓN en prevención y detección precoz en violencia de género, en Formación Continuada de profesiones sanitarias

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En la atención a la Salud Mental tienen un peso determinante los factores psicosociales, especialmente los condicionantes asociados al género. Un modelo de atención de la salud mental con perspectiva de género es un modelo comprometido con la comprensión del malestar y/o trastornos mentales de las mujeres como una respuesta a sucesos vitales traumáticos y con sensibilidad especial a la violencia de género en cualquiera de sus formas y su impacto sobre la Salud Mental.

La OMS en 1996 ya advirtió de que la violencia contra las mujeres por el mero hecho de ser mujer es un problema de Salud Pública de gran magnitud y con graves consecuencias sobre

su salud y la de sus familias³. Desde entonces hasta ahora distintas legislaciones nacionales^{4,5} y europeas⁶ han instado a las administraciones, y en concreto a las sanitarias, a convertir los centros sanitarios en espacios de detección temprana, atención y derivación, implicándolos activamente en los procesos de valoración de los casos de violencia sobre las mujeres promoviendo la revisión de los protocolos existentes. Igualmente, impulsan la formación de profesionales sanitarios y promueven el seguimiento estadístico de todos los tipos de violencia sobre las mujeres como manera de mejorar la lucha contra los mismos⁷.

La Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del SNS elaboró en 2007 el primer Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género como herramienta fundamental para el personal sanitario⁸. Este protocolo, actualizado en 2012 y vigente en la actualidad, considera que Atención primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental/Adicciones son los servicios a los que acudirán con mayor frecuencia las mujeres que sufren violencia de género. Los servicios de salud mental deben estar especialmente sensibilizados y formados, dado que la relación entre trastorno mental y violencia de género es muy estrecha y bidireccional.

Por un lado, sufrir violencia de género impacta directamente en la salud mental de las mujeres así como en sus hijos e hijas, y puede estar en el origen, mantenimiento y/o mala evolución de los trastornos mentales que sufren con mayor frecuencia, como la depresión y el trastorno por estrés post-traumático.

Y por otro lado, las mujeres con Trastorno Mental Grave y/o Adicciones (TMG/A) tienen mayor riesgo de sufrir violencia de género (VG) y más dificultad para salir del ciclo de la violencia. Sufren una doble vulnerabilidad, sumando a la discriminación por el hecho de ser mujer, la de padecer un TMG/A⁹. El estigma asociado al TMG/A aumenta cuando se trata de mujeres madres o embarazadas, inmigrantes, en situaciones psicosociales que conducen a la exclusión social o al ejercicio de la prostitución y/o con discapacidad física, sensorial o psicológica. Capacidades mermadas para defenderse, dificultades para expresarse y ser creídas en su relato, menor acceso

3 Organización Mundial de la Salud (1996). Violencia contra la mujer: Consulta de la OMS, 5-7 febrero de 1996. Ginebra

4 Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>

5 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE num.222, de 16/9/2006

6 Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Estambul del 11 de mayo de 2011. <https://rm.coe.int/1680462543>

7 Documento refundido de medidas del pacto de estado en materia de violencia de género. Congreso + Senado <http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/ministerio/igualdad/ficheros/PactodeEstado.pdf>

8 Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género (2012) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

9 Alto comisionado de Naciones Unidas para los derechos humanos. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 2012. <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

a información, asesoramiento y a recursos de forma autónoma, mayor dependencia de terceras personas, bajo acceso al trabajo remunerado y a la educación, menor autoestima y menosprecio de su propia imagen, miedo a perder a los hijos/as, a perder los vínculos que le proporcionan cuidados, menor independencia y mayor control económico¹⁰ son factores de riesgo que multiplican las probabilidades de sufrir o haber sufrido VG en cualquiera de sus formas¹¹.

El 25% de las mujeres con TMG ha sufrido violencia sexual en la infancia (frente al 3,5% del resto de mujeres) y hasta un 75% sufrirá violencia en algún momento de su vida en el ámbito familiar o por su pareja. Más del 40% serán víctimas de violencia sexual (porcentajes entre 2 y 4 veces superiores al resto de mujeres)¹². Estos porcentajes son similares en mujeres con problemas de abuso de alcohol u otras adicciones¹³.

Tanto la antigua Subdirección como la actual Gerencia de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud han considerado que la detección precoz y la actuación integral en materia de VG en servicios de Salud Mental debe ser sistemática y obligada. Desde hace ya más de 12 años se viene sensibilizando y formando a los equipos multiprofesionales en la detección y actuación según recomendaciones basadas en evidencias como la implantación de un sistema de cribado universal, el nombramiento de responsables de violencia por centro y el fomento de intervenciones grupales para mujeres como herramienta clave en su tratamiento¹⁴.

Para hacer efectiva la atención integral a estas mujeres, en el marco y con el apoyo de la Comisión Técnica de Coordinación Socio-sanitaria ante la Violencia contra las Mujeres de la Región de Murcia¹⁵, se ha ido evidenciando la necesidad de promocionar la coordinación y colaboración entre servicios sanitarios y sociales (Red Regional de Recursos de Violencia de Género), incluyéndola como indicador de gestión en el Programa de acción para el impulso y mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022¹⁶. Una adecuada coordinación entre equipos mejora la respuesta institucional a todos los niveles, maximizando el uso de los recursos disponibles, promoviendo recursos de apoyo en el ámbito local, perfeccionando los protocolos de

11 Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Estambul del 11 de mayo de 2011. <https://rm.coe.int/1680462543>

12 Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES). (2017) Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Álava. www.fedeafes.org.

13 Instituto de Adicciones (2017). Protocolos. Intervención en los CAD ante la violencia de género. Madrid. http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_ProtocoloViolenciaGeneroCAD.pdf

14 14 Guía de práctica clínica de Actuación en Salud Mental con Mujeres maltratadas por su pareja. (Murcia) http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf (2010)

15 Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria contra la Violencia hacia las Mujeres de la Región de Murcia que potencia la coordinación entre los diferentes profesionales que participan en la atención a las mujeres, con el fin de fomentar la continuidad de cuidados

16 Programa de acción para el impulso y mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022. Gerencia Regional de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. 2018. https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2639&idsec=88

actuación y de comunicación para evitar la victimización secundaria y mejorar la confianza de las víctimas en las instituciones¹⁷

La Región de Murcia cuenta con una red de veinte centros de atención especializada para mujeres víctimas de violencia de género (CAVI) creados en colaboración con los ayuntamientos y coordinados desde la Dirección General de la Mujer e Igualdad de Oportunidades de la Consejería de Familia. En ellos un equipo multidisciplinar de profesionales del trabajo social, psicología y derecho ofrece tratamiento individual y grupal a mujeres víctimas de maltrato¹⁸.

A finales de 2017 la colaboración de los equipos de salud mental con los CAVI de su zona de influencia se estaba realizando de forma heterogénea y desigual, con un desconocimiento mutuo sobre la forma de trabajar. La detección cada vez más frecuente de casos y la respuesta sociosanitaria que requerían dada su complejidad, motivaron en algunos casos unar esfuerzos por parte de ambas instituciones para ofrecer una continuidad de cuidados y una complementariedad de actuaciones que facilitaron un aprendizaje mutuo y un enriquecimiento entre profesionales, servicios y usuarias.

Parecía claro que poner en contacto los equipos de ambas administraciones que actúan en un mismo territorio (área de salud) era un primer paso que podía favorecer el conocimiento mutuo y el establecimiento de pautas de comunicación que, teniendo en cuenta la protección de datos, permitieran reflexionar conjuntamente sobre qué se puede hacer, en qué momento y cómo ofrecer una atención compartida que redunde en respuestas coherentes y pertinentes.

¹⁷ Documento refundido de medidas del pacto de estado en materia de violencia de género. Congreso + Senado Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las cortes e igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Gobierno de España 2019.

<http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/ministerio/igualdad/ficheros/PactodeEstado.pdf>

¹⁸ Alcantarilla, Águilas, Alhama de Murcia, Archena, Caravaca de la Cruz, Cartagena, Cieza, Fuente Álamo, Las Torres de Cotillas, Lorca, Mazarrón, Molina de Segura, Mula, Murcia, Puerto Lumbreras, San Javier, Santomera, Torre Pacheco, Totana, Yecla.

9. OBJETIVOS

Objetivo general:

Mejorar la coordinación entre centros de salud mental (CSM) y dispositivos específicos de violencia de género por áreas sanitarias con el fin de proporcionar una atención integral, continuada y de calidad a las mujeres con trastorno mental que sufren violencia de género.

Objetivos específicos:

- 1.- Conocer la red de dispositivos específicos de violencia de género de la Región de Murcia, especialmente en la comarca del área sanitaria de referencia.
- 2.- Conocer el funcionamiento de los Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia (CAVI), su equipo y sus profesionales, funciones y actividades que realizan.
- 3.- Reflexionar conjuntamente sobre el papel de la violencia de género en el origen y/o efecto de los trastornos mentales
- 4.- Tener en cuenta el marco legal en España ante la violencia de género.
- 5.- Analizar la actuación de los distintos colectivos profesionales ante el caso de una mujer con TMG/A y VG, incluyendo las mujeres embarazadas.
- 7.- Potenciar la coordinación y el trabajo en red entre ambos dispositivos.
- 8.- Establecer la coordinación entre recursos implicados, intercambiando datos de contacto y definiendo modos y vías fluidas de comunicación para futuras intervenciones.

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Profesionales de los equipos de la red Salud Mental (SM) y de los recursos específicos de atención a la violencia de género de la Región de Murcia que atienden a mujeres mayores de 16 años que tienen problemas de salud mental y sufren violencia de género.

11. METODOLOGÍA

1ª FASE (enero 2018)

Análisis de situación de partida. Recogida de información a través de los responsables de violencia de los CSM sobre el conocimiento de los recursos específicos de VG y su coordinación con ellos en cada equipo/centro. Se corrobora un desarrollo desigual y heterogéneo por CSM.

Reunión entre representantes de la Gerencia Regional de Salud Mental y de la Dirección General de Familia e Igualdad de oportunidades

Con objeto de mejorar la coordinación entre dispositivos se acuerda, independientemente de la situación de partida, realizar la experiencia en todos los CSM y en sus distintos programas (Adultos, Infantil, Drogodependencias/Adicciones, Rehabilitación), implicando igualmente a todos los CAVIs de la Región de Murcia. Se propone un formato y un cronograma de actuaciones.

2ªFASE (febrero-marzo 2018)

Diseño del taller de encuentro.

Se diseña un espacio de encuentro presencial en el CSM con el/los equipos del CAVI correspondiente, aprovechando los periodos de reunión establecidos, favoreciendo así la asistencia del mayor número de profesionales.

El encuentro se formaliza como un taller de *dos horas y media* acreditada con 0,2 créditos/edición por el Sistema Acreditador del Sistema Nacional de Salud, las profesionales del CAVI acuden a los CSM correspondientes y dan información básica sobre la Red CAVI, su composición, actividades y funciones. A partir de la presentación de un caso con problemas de SM y VG, se propone un espacio de reflexión conjunta y se establecen acuerdos de coordinación/colaboración para el futuro (Anexo I: Guión taller de coordinación SM-CAVI)

3º FASE (abril- noviembre 2018)

Organización de los encuentros.

Planificación en el cronograma priorizando la coincidencia de las reuniones de equipo de CSM y disponibilidad de los equipos CAVI. Intervienen responsables de violencia de cada centro, coordinadores y profesionales de los CAVI. (Anexo II: Talleres Coordinación SM-CAVI)

Se incluye cada taller en el aplicativo del Plan de formación Continuada del Servicio Murciano de Salud, se difunde el enlace para proceder a la inscripción de los asistentes. En todos los talleres se recogieron las firmas para control de la asistencia e inmediatamente después se les envió una encuesta de satisfacción sobre la actividad (Anexo III: Modelo de Encuesta de Evaluación Satisfacción).

4ª FASE (noviembre 2018 a mayo 2019)

Valoración de la transferencia de la actividad en el lugar de trabajo.

Seis meses después de la realización de los últimos talleres (mayo de 2019) se envía por correo electrónico a los participantes de SM un cuestionario sobre la atención a la VG y la coordinación con dispositivos específicos de violencia de género de su área de referencia en el momento actual y comparándolo con la situación previa al taller realizado en su centro (Anexo IV: Cuestionario acerca de la coordinación SM y CAVI)

5ª FASE (junio-septiembre 2019)

Análisis de resultados.

Se recogen los cuestionarios y se analizan los resultados con el SPSS 15.0.

Realización de memoria y difusión

Prevista para septiembre de 2019

12. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se recogen los siguientes indicadores según fases descritas previamente:

3ªFASE

A partir de la base de datos recogida en el Sistema Informático del Plan de Formación Continuada del Servicio Murciano de Salud:

- Número de Centros de Salud Mental donde se realiza el taller.
- Número de CAVIs que participan
- Número de talleres realizados.
- Número de participantes: discentes/docentes; mujeres/hombres; profesión
- Nivel de satisfacción general con la actividad
- Porcentaje de profesionales que recomiendan la actividad
- Nivel de conocimientos y capacidad comunicativa de docentes

4ªFASE

A partir de los datos recogidos en el cuestionario de seguimiento:

- Valoración de la situación actual respecto a los siguientes indicadores dicotómicos:
 - Tener presente que las mujeres que acuden a SM pueden estar sufriendo violencia de género
 - Derivaciones al CAVI
 - Contactos con profesionales del CAVI cuando el caso lo requiere
 - Profesionales del CAVI que contactan con SM
 - Conocimiento del teléfono de contacto del CAVI de referencia
 - Recomendación del 112 cuando se precisa
 - Reuniones periódicas programadas SM-CAVI
 - Propuesta de reunión cuando hay un caso
 - Existencia de un modelo de coordinación definido
 - Conocimiento del nombre y/o datos de contacto de profesionales del CAVI
- Valoración de cambio de los indicadores previamente señalados respecto a la situación previa al taller, en la actualidad se hace:

- Más que antes
- Menos que antes
- Igual que antes

• RESULTADOS.

Presentamos resultados según la fase de realización:

3ª FASE

Se llegó al total de recursos ambulatorios de SM de la región de Murcia (CSM de adultos, Programas de SM Infanto-Juvenil, Centros/Programas de Atención a Drogodependencias, Unidades de Rehabilitación), y al Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA), excepto a un CSM monográfico de Infanto-Juvenil y a las unidades de hospitalización psiquiátrica breve. Finalmente fueron un total de 20 ediciones en 19 dispositivos (un dispositivo realizó dos ediciones, una por cada CAVI del área).

La realización del taller en el propio lugar de trabajo facilitó que acudieran un total de 301 profesionales de la red ambulatoria de salud mental (excepcionalmente algunos/as de medicina de familia o de CAVI) lo que supone prácticamente el **93%** de los/las profesionales de los recursos ambulatorios de SM (n: 325). El número total de personas que realizaron el total fue de 327 (incluidos datos del HPRA), siendo el **73% mujeres y 27% hombres**. Porcentajes similares a los del colectivo representado que son 72% y 28% respectivamente.

Por colectivos profesionales fueron 206 preferentemente de psiquiatría y psicología clínica, 101 de enfermería de salud mental, trabajo social y terapeutas ocupacionales, y 21 de administración y auxiliares de enfermería y de administración (Anexo II)

A cada edición acudía el/los equipos CAVI de las comarcas incluidas en el área sanitaria de referencia. Participaron en la experiencia el total de CAVIs de la Región (20) y fueron 41 profesionales las responsables de presentar la red de recursos, su dispositivo específico y el caso clínico que motivaba el debate y la reflexión conjunta.

En la encuesta de satisfacción realizada (Anexo III), en una escala de 0 a 5, la satisfacción general con la actividad fue de notable alto (**3,78**). Destacando con una valoración de excelente tanto las habilidades de comunicación de las/los docentes (**4,33**) como el dominio de la materia (**4,44**).

El **95%** de las/los asistentes marcaron la casilla de recomendarían esta actividad a otras personas.

A nivel cualitativo se recogieron además algunas cuestiones de interés:

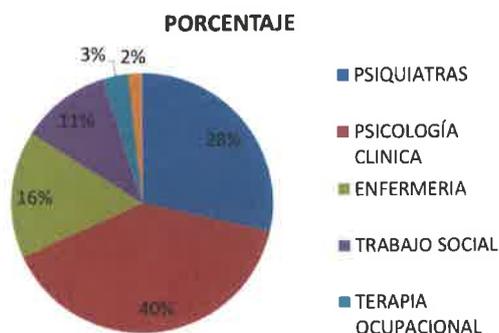
- El respeto a las decisiones de la mujer y la confidencialidad de los datos estuvo muy presente en los encuentros, lo que motivó que se decidiera solicitar su consentimiento en todos los casos, siempre que fuera posible. Igualmente, primaría la comunicación directa en persona y/o telefónica, evitando el intercambio de información por escrito.
- Con posterioridad y por solicitud de todas las partes se ha facilitado un listado de correos impersonales por centro que facilite la comunicación entre ambos dispositivos.
- Quedó manifiesta la relación bidireccional estrecha entre VG y SM. Sufrir VG puede provocar trastornos mentales y sufrir un trastorno mental aumenta las probabilidades de sufrir VG. Pero, no todas las mujeres que sufren VG van a sufrir un problema de salud mental que requiera la atención en SM, ni todas las mujeres con trastorno mental que sufren violencia de género quieren/deben acudir a un dispositivo específico de VG.
- Es importante incidir en la coordinación sociosanitaria en mujeres con trastorno mental moderado/grave que sufren VG. Es necesario considerar en los PAC para mujeres (Planes de Actuación Coordinada de SM) la valoración de posibles situaciones de VG y la implicación de los dispositivos específicos de VG de su zona e incorporarlos a los equipos de coordinación sociosanitaria cuando se requiera.
- Quedó patente la falta de recursos de residencia para las mujeres con TMG/A y VG, dado que los existentes tenían estos diagnósticos como criterio de exclusión en ese momento. Desde entonces hasta ahora se ha trabajado y conseguido adecuar un centro-piso terapéutico para mujeres víctimas de VG con trastorno mental.
- Se recoge la necesidad de incidir en la inclusión, en el abordaje integral y coordinado, la atención a hijos/hijas de las mujeres con TMG/A y VG y poder ofertar algún tipo de apoyo al cuidado del/la menor en estos casos.

4ªFASE

Se recibieron un total de 64 cuestionarios de todos los CSM participantes (Anexo IV). Algunos de los cuestionarios fueron enviados por la responsable de violencia del centro en representación de sus compañeros/as y la mayoría eran respondiendo con carácter individual.

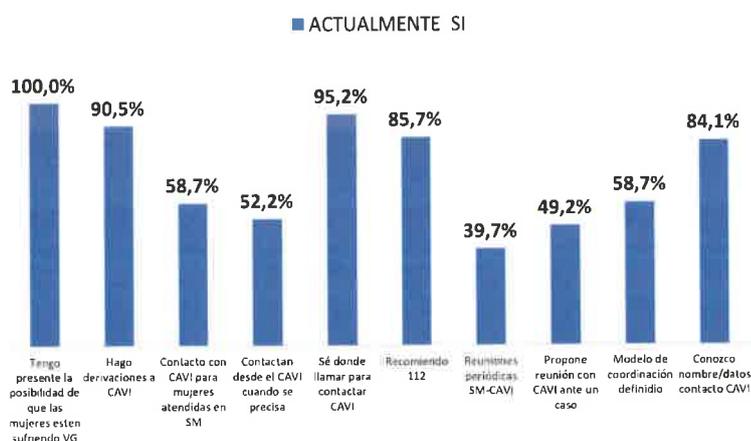
De los/las profesionales que contestan el cuestionario el **69%** eran mujeres y el **31%** hombres, con una edad media de 44 y 50 años respectivamente. En la gráfica 1, podemos ver la distribución por profesiones

Gráfica 1: Participantes que realizan el cuestionario. Porcentajes



En el momento de la recogida de cuestionarios el **100%** tiene presente la detección de VG en la atención a mujeres que acuden a SM, hacen derivaciones al CAVI (**90,5%**), saben cómo contactar con ellas (**95,2%**) e incluso conoce a alguna de las componentes del equipo de referencia (**84,1%**). Algo más de la mitad dicen que su centro tiene un modelo de coordinación con el CAVI definido, contacta con él (**58%**) o el equipo CAVI contacta con SM (**52,2%**) cuándo se requiere. Se realizan reuniones puntuales en menos de la mitad de los casos y la modalidad menos frecuente es la de programadas periódicas (**39,7%**) (Gráfica 2).

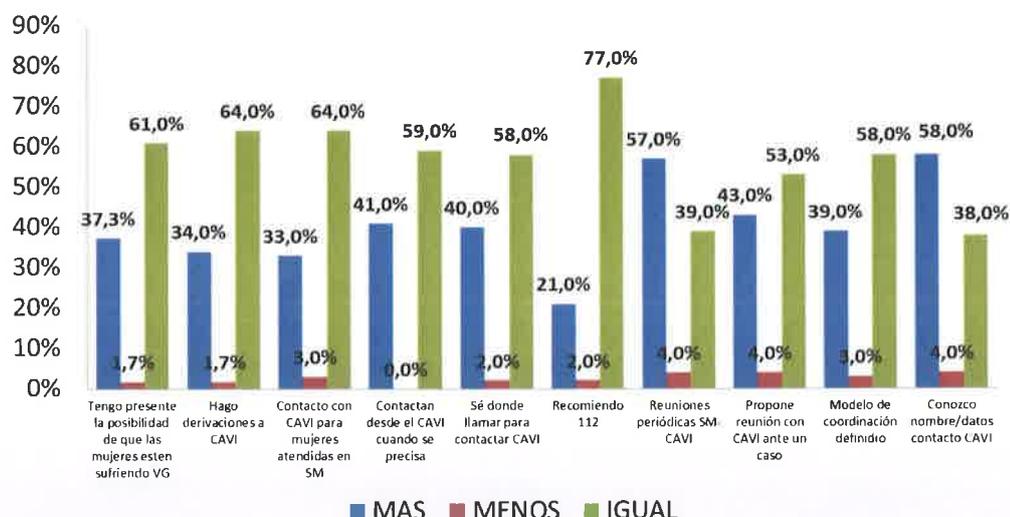
Gráfica 2. Actividades de coordinación con dispositivos CAVI que se realizan. Porcentajes.



Aunque algunos de los CSM ya tenían establecidas formas de comunicación y mantenían reuniones de coordinación más o menos regladas, a partir del taller aumentó en un **39%** los que definieron un modelo de coordinación, en un **57%** los que establecieron reuniones periódicas y en un **43%** los que proponían una reunión cuando fuera necesario. (Gráfica 3).

Se pusieron caras a nombres conocidos, aumentando el conocimiento personal de profesionales del CAVI en un **58%**. Se compartieron teléfonos y correos para facilitar la coordinación futura, lo que aumentó el establecimiento de contacto en ambos sentidos (de SM a CAVI o de CAVI a SM) en un **33%** y **41%**, respectivamente. Ver gráfica 3.

Gráfica 3: Resultados respecto a "antes del taller" por ítem entre los cuestionarios que contestaron "SI" en la realización de los mismos. Porcentajes.



13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

La necesidad de la coordinación entre profesionales de SM y de los Servicios Especializado en VG es incuestionable dado que va a redundar en una mejor intervención, evitando actuaciones paralelas, dobles y en ocasiones contradictorias.

Es destacable que el 100% de los/las profesionales que contestan tengan presente que cualquier mujer que acude a SM puede estar sufriendo violencia de género, cosa que no sucedía hace sólo algunos años. Tener previsto que la complejidad de estos casos puede requerir intervenciones específicas propias de los CAVI y saber cómo y a quién llamar, e incluso cuándo acordar una reunión conjunta, tiene sin duda beneficios directos en la mejor atención que se le puede ofrecer a las mujeres.

De los resultados de los talleres se desprende que ambos equipos han considerado crear espacios reales de coordinación con la finalidad de establecer cauces de comunicación estables

para ofrecer a las mujeres actuaciones complementarias y, lo más importante, evitando intervenciones contradictorias. No sólo esto, el hecho de que los dos equipos se conozcan y reflexionen conjuntamente sobre casos reales, permite crear los mimbres para establecer un verdadero trabajo en red.

Fue una preocupación común en todos los talleres el respeto a las decisiones de las mujeres en su tratamiento y la toma de medidas necesarias para la protección de datos. Quedó como una medida pendiente de solución. Por parte de los CAVI se creó un modelo de consentimiento informado, como resultado de los talleres. Desde Salud Mental se consideró hacer uso del consentimiento que se utiliza en coordinación sociosanitaria.

Podemos considerar un éxito que la experiencia haya podido llegar prácticamente al 100% del colectivo de SM, con una participación de casi el 100% de profesionales y equipos CAVI, obteniendo las mejoras descritas y sin coste añadido.

Próximamente, tras el análisis de los resultados recogidos se prevé la devolución a las/los participantes, lo que sin duda ayudará a mantener vivos y reforzar los logros conseguidos.

Como retos futuros están el poder obtener indicadores de resultado en la atención de las mujeres, número de casos con atención coordinada, mejoras en la evolución, evaluación por parte de la mujer acerca de la atención recibida, etc. Otro reto será trabajar con la definición de un modelo de coordinación unificado para todas las áreas sanitarias que asegure la protección de datos, que tenga en cuenta a sus hijas e hijas y la opinión de las usuarias. Y, por último, incorporar en el trabajo en red a los centros de Atención Primaria en próximas ediciones conjuntas.

Lecciones aprendidas:

1. Integrar la perspectiva de género en la comprensión de los factores psicosociales causantes del sufrimiento psíquico favorece una manera de acompañar a las mujeres promoviendo un entorno contenedor, nutritivo, no clínico y poco normativo. Un personal consciente de su poder en la relación que no se quede con el síntoma o no medicalice por sistema, va a procurar una comunicación respetuosa, validadora, que cuida y respeta la narrativa de cada mujer sobre sus dificultades en cada momento.

2. Es importante romper la lógica de la derivación para crear espacios programados comunes que formen parte de las dinámicas de trabajo habituales y que favorezcan el trabajo en red. Esta dinámica preserva a la mujer de una nueva revictimización al permitir que diferentes equipos construyan una visión compartida sobre cuál es la mejor respuesta a las necesidades que plantea en cada caso y según las circunstancias cambiantes de su vida.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y su adaptación a la Normativa Europea en materia de protección de datos personales, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.