

REFERENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

JORNADA: LA VIOLENCIA DE GÉNERO: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. ESTRUCTURAS DE ATENCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

Cristina Polo Usaola. Servicio Salud Mental de Hortaleza. Hospital Ramón y Cajal. Comisión Técnica acciones en salud contra la violencia de género
Mercedes Navío Acosta. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Dirección General de Hospitales. Comisión Técnica de acciones en salud contra la violencia de género.

Madrid 31 de enero 2017

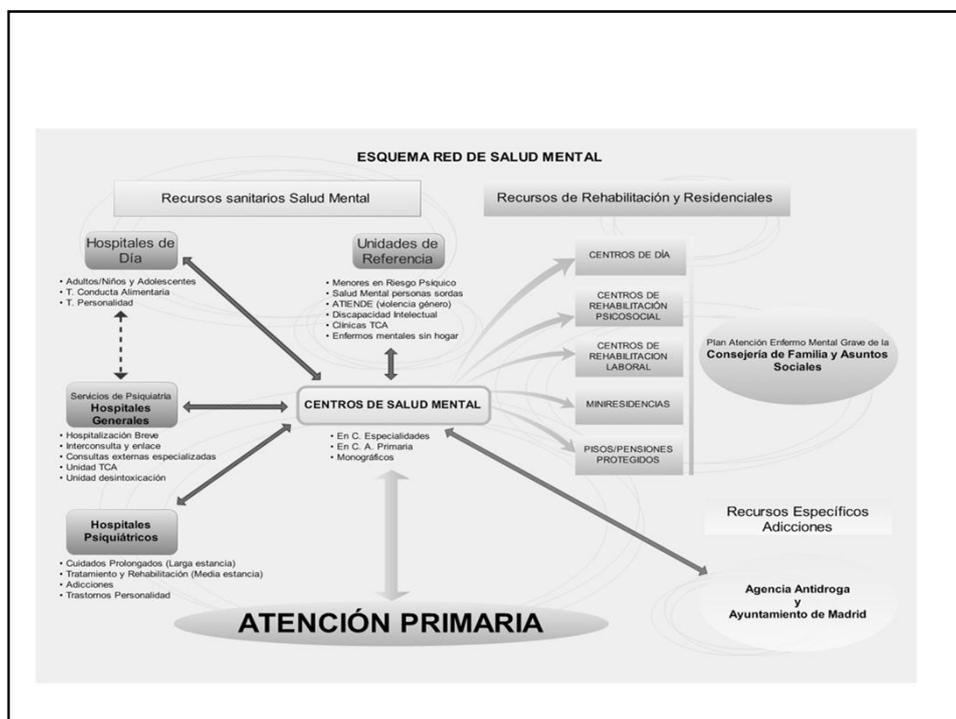


ESQUEMA

- RED RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL
- RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
- REFERENTES PARA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL
- RETOS Y DIFICULTADES

LA RED DE SALUD MENTAL

- **ORÍGENES:**
 - En EEUU: finales años 60 (Ley Kennedy: Prestar igual atención a los factores sociales, psicológicos y físicos como causantes de la enfermedad mental), se introduce prevención en s.mental
 - Europa: Comienzo de salida de pacientes de hospitales psiquiátricos (Ley 180 en Italia, Franco Basaglia, 1978)
- **EN ESPAÑA:**
 - **Ley de Sanidad de 1986**
 - **Modelo comunitario**
 - Desinstitucionalización
 - Creación de Unidades de Hospitalización Breve en Hospitales Generales
 - Creación de los Centros de Salud Mental



RED DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

- Gestionada a través de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales
- Comienza en 1988
- Derivación siempre a través de los Centros de Salud Mental
- Consolidación en el Plan 2008-2013- : Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera.

TIPOLOGIA DE CENTROS Y RECURSOS DE LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL

- Recursos sociales de Apoyo a la Rehabilitación, Integración y soporte social
 - Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
 - Centros de Día de soporte social (CD)
 - Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)
 - Equipos de apoyo social comunitario (EASC)
- Recursos de Atención Residencial
 - MiniResidencias (MR)
 - Pisos supervisados (PS)
 - Plazas en pensiones
- Recursos específicos de apoyo a EMG Sin Hogar
 - Proyecto de rehabilitación e inserción social de enfermos mentales sin hogar (PRISEMI)
 - Centro de Atención Social Apoyo Reinserción EMG SH

ALGUNAS DIFICULTADES EN LA APLICACIÓN DEL MODELO COMUNITARIO

- Sobrecarga de A. Primaria.** Modelo estaba planteado para que AP asumiera gran cantidad de pacientes con patología mental
- Bajo gasto sanitario y social comparado con países de nuestro entorno**
- Aumento de frecuencia en CSM de patología menor** (*“malestares de la vida cotidiana”*)
- Particularidades de la atención en SM**

REFERENTES EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA VIOLENCIA DE GÉNERO

- ANTECEDENTES
- De forma global, aparte de la especificidad de Atiende, representantes de SMental han participado desde el principio en la Comisión Técnica, en las guías de atención primaria y especializada y en guía para mujeres que sufren VG y tienen TMG.
- Participación de Salud Mental en proyectos de Buenas Prácticas
- En los CSM del área metropolitana más relación a través de la coordinación con los puntos municipales.

REFERENTES EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA VIOLENCIA DE GÉNERO

- En primavera del 2016, a propuesta de la Comisión Técnica de Acciones contra la VG en el sistema sanitario, la Oficina Regional de Coordinación Salud Mental solicitó a los Jefes de Servicios de Salud Mental que designara un referente por Centro de Salud Mental en Violencia de Género
- Octubre 2016: 1ª Jornadas para referentes de VG en CSM

PROPUESTA DE FUNCIONES

- *1-En formación:*
 - Detectar necesidades específicas (básicas y de segundo nivel) de formación en VG de profesionales de los CSM
 - Canalizar actividades formativas procedentes de diferentes ámbitos
 - Se plantea que es necesario que todas las personas referentes de VG tengan formación específica y devuelvan esta formación al resto del equipo

PROPUESTA DE FUNCIONES

- *2-En coordinación:*

-Teniendo en cuenta la multiplicidad de profesionales e instituciones que en ocasiones intervienen en mujeres y menores que sufren VG, se cree oportuno que la persona designada sea referente para una mejor coordinación con puntos de violencia municipales, responsables de VG en atención primaria, programa ATIENDE, fiscalía de VG y otros recursos sanitarios y comunitarios.

-No se trata de que la persona referente tenga que coordinarse con todos los recursos citados sino que sirva de apoyo para información de profesionales de los CSM sobre el funcionamiento de estos recursos

PROPUESTA DE FUNCIONES

- *3-Espacio de apoyo entre profesionales*

Dada la complejidad del trabajo con mujeres y menores víctimas de VG y los efectos que produce en profesionales, se plantea que este espacio sirva para compartir dificultades y pensar estrategias comunes de actuación

DIFICULTADES

- Dificultad de detección e intervención en mujeres con trastorno mental
- Diferenciar secuelas psicopatológicas con factores de vulnerabilidad previos
- Duplicar atención: ¿Qué mujeres deben atenderse en cada dispositivo? ¿Cuándo derivar desde A. Primaria a Salud Mental? ¿Cuándo a recursos específicos de VG?
- ¿Cómo mejorar coordinación?

FACTORES QUE INFLUYEN EN DERIVACIÓN DESDE A. PRIMARIA A SALUD MENTAL

- No todas las mujeres que sufren VG necesitan actuación específica en Salud Mental
- **INFLUYE:**
- **Tipo de secuelas**
- Asociación de abuso de sustancias.
- Persistencia prolongada de incapacidad funcional y laboral.
- Casos en los que, aunque las alteraciones psicopatológicas sean leves, las circunstancias del entorno hacen que la intervención en Salud Mental pueda tener además un carácter preventivo.
- **Situaciones en las que la falta de tratamiento en Salud Mental implique consecuencias importantes en el entorno (ejemplo: repercusión en menores, riesgo de deterioro social...)**

VULNERABILIDAD DE SUFRIR VPM EN MUJERES CON TMG

- Doble victimización: Enfermedad mental y ser mujer
- Menor credibilidad a su relato por parte de profesionales
- Tendencia a psicopatologización
- Miedo en profesionales de no saber que “respuesta ofrecer”, ¿recursos específicos para mujeres maltratadas?
- En ocasiones la asistencia y cumplimiento del tratamiento se mantiene por la pareja a la que vemos como “cuidadora”
- Mayores dificultades de acceso a la información y servicios en parte relacionadas con el estigma asociado

VG EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE Trastorno límite de Personalidad

- Muchas secuelas psicopatológicas de la VG pueden confundirse con síntomas de TLP
- Mujeres con diagnóstico de TLP tienen con más frecuencia conflictos de pareja (no siempre VG)
- En los dos casos son frecuentes antecedentes de trauma infantil lo que incrementa la vulnerabilidad a otros factores de riesgo en edad adulta (Van der Kolk 2006, Kingdon, 2010) ¿POR NO DISCRIMINAR RELACIONES ABUSIVAS?
- Se ha descrito que existe relación entre abuso infantil y TEPT en edad adulta
- La literatura pone cada vez mayor énfasis en la disociación como característica principal de la traumatización
- A veces los síntomas interpretados como manifestaciones límite pueden ser explicados mejor como pertenecientes a un trastorno disociativo complejo

RECOMENDACIONES

- Evaluar siempre la posibilidad de que la mujer con TMG sufra VPM
- La evaluación adecuada es también una intervención
- No intervenir es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres con TMG empeore, incrementando probablemente el número de ingresos, mayor gravedad en el trastorno o el riesgo de suicidio.
- Reto: conseguir plan de continuidad de cuidados para mujeres que sufren VG: mejorar la coordinación y trabajo en red