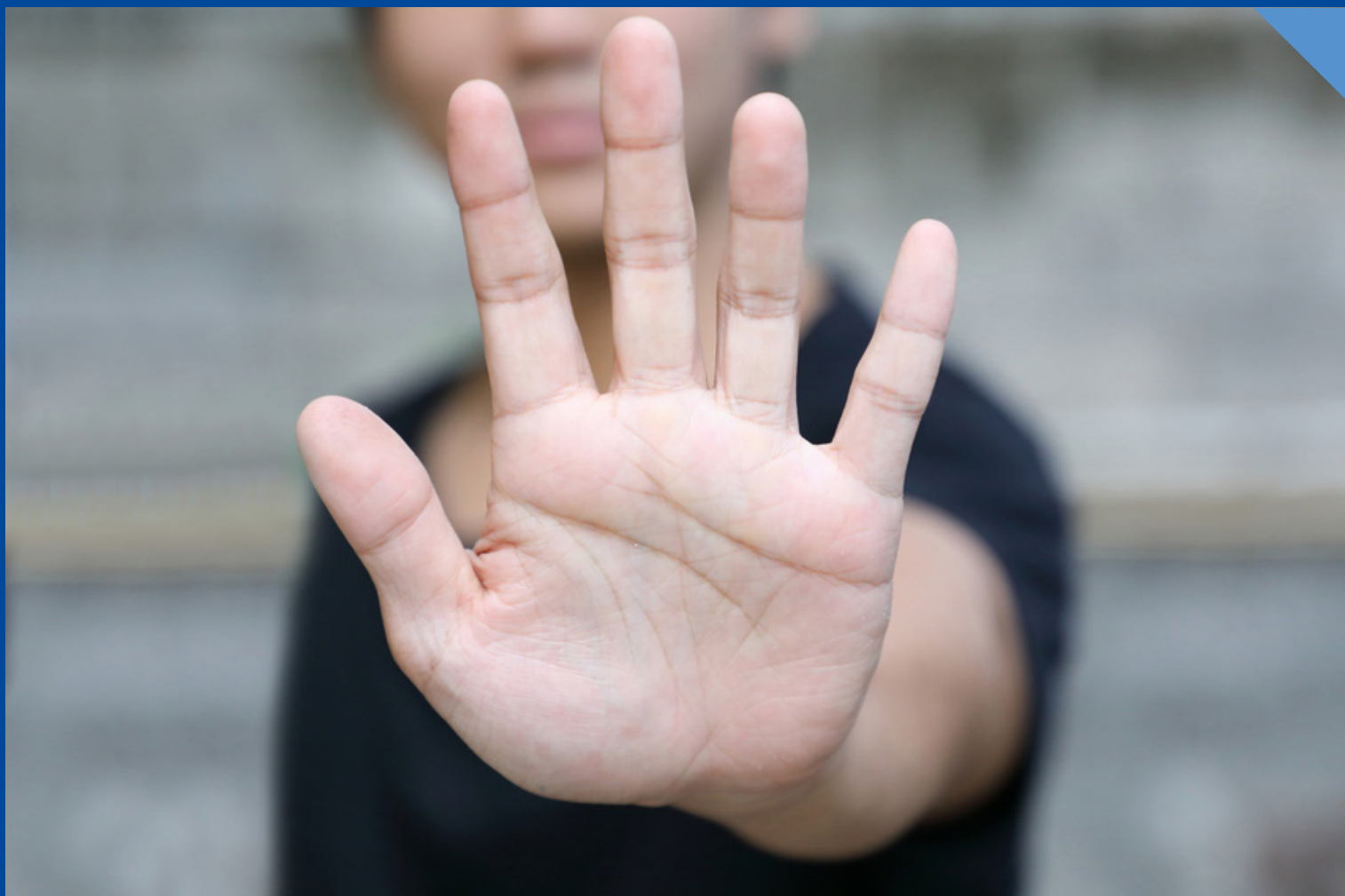




Protocolo de triaje y organización de la atención a la mujer con violencia de género

Servicio de Urgencias. Hospital San Pedro (La Rioja)
2019



Gobierno
de La Rioja



Rioja
Salud

El presente protocolo ha sido redactado por los miembros de la Subcomisión de Urgencias del Hospital San Pedro contra la Violencia de Género integrada por las siguientes personas:

- Pedro Marco Aguilar, Coordinador Servicio Urgencias Hospital San Pedro.
- Elsa Azofra Ramos, Supervisora de Enfermería Servicio Urgencias Hospital San Pedro.
- M^a Teresa Calvo Sáinz, DUE Servicio Urgencias Hospital San Pedro.
- Olga Llaría Soto, DUE Servicio Urgencias Hospital San Pedro.
- Elena Aguas Marrodán, Médica Adjunta Servicio Urgencias Hospital San Pedro.
- M^a José Alarcón Gallardo, Médica Adjunta Servicio Urgencias Hospital San Pedro.
- M^a Soledad León Álvarez Cienfuegos Hospital San Pedro, TCAE Servicio Urgencias Hospital San Pedro.
- Antonia Aretio Romero, Coordinadora de la Comisión Técnica contra la Violencia de Género del Área de Salud de La Rioja.

También ha colaborado Olga Martínez Cañas, Trabajadora Social Sanitaria Hospital San Pedro.

Para la revisión y enriquecimiento del protocolo se ha contado con la ayuda de M^a José Baños Acha, Jefa de Sección de Prevención e Inserción Social del Ayuntamiento de Logroño.

Maquetación: Silvia Malumbres Hernández.

Logroño, Noviembre 2019.

Índice de contenidos

Objetivos	4
Circuito de actuación en Urgencias	4
1. En la fase de triaje	4
1.1. Ubicación de las mujeres	6
1.2. Menores o personas dependientes a su cargo	7
1.3. Mujeres en especial situación de vulnerabilidad	8
2. Paciente que no consulta por VG pero se establece la sospecha en el triaje	10
2.1. Signos y señales en la mujer y/o en su pareja que pueden indicar la existencia de VG	10
3. En consulta	12
3.1. Evaluaciones iniciales	12
3.2. Intervención de la Unidad de Trabajo Social Sanitario Hospitalario	13
3.3. Apoyo de otros servicios	13
4. Continuidad asistencial	14
5. Parte de lesiones por VG a efectos de notificación judicial	14
5.1. Si la mujer quiere interponer denuncia	15
5.2. Cuando se valora un riesgo muy alto y cercano en el tiempo	17
5.3. Si no se valora alto riesgo	17
Decálogo “No hacer”	19
Teléfonos y servicios de interés	20
Bibliografía	21

Objetivos

- Optimizar la detección y rápida atención de la mujer víctima de violencia de género, con nivel de asistencia prioritaria.
- Sensibilizar y mejorar la formación del personal en urgencias para realizar un diagnóstico precoz y prestar una atención adecuada según la demanda concreta.
- Establecer un circuito de actuación que permita transmitir a la paciente intimidad, confidencialidad, seguridad
- Garantizar la continuidad asistencial entre la atención hospitalaria y la atención primaria en las situaciones de VG que se detecten
- Establecer circuitos de coordinación entre los servicios sanitarios, sociales y judiciales.

Circuito de actuación en el servicio de Urgencias

La mujer con violencia de género puede acudir sola o acompañada de algún familiar, amistad, profesionales de apoyo y/o por los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado.

Tras la admisión de la paciente, será llamada a triaje donde el servicio de enfermería identificará el suceso como un caso probable de VG y establecerá su priorización.

1. En la fase de triaje

El objetivo es que la paciente que haya sido víctima de una agresión sea atendida lo antes posible, asignándole un nivel de asistencia prioritario. Independientemente del nivel de triaje que resulte del programa, el profesional puede corregir este nivel con criterios propios. A estas mujeres se les asignará habitualmente un nivel II de triaje.

1.- Seleccionar Agresión/negligencia

2.- Valoración estado psíquico

3.- Confirmar clasificación

4.- Ir a motivo de consulta

5.- Seleccionar agresión/negligencia

6.- Seleccionar AGRESIÓN, MALTRATO, NEGLIGENCIA

7.- Seleccionar el tipo de agresión

8.- Valorar otras categorías

9.- Seleccionar criterio de profesional

10.- Corregir nivel según criterio

11.- Volcado criterio profesional

1.1. Ubicación de las mujeres mientras esperan para ser atendidas en consulta

Si acuden acompañadas por personas de confianza, su estado de salud no presenta gravedad ni requiere de medidas adicionales de cuidados y no hay riesgo para su seguridad (que el agresor u otra persona entre al Servicio de Urgencias para hacerle daño), se ubicará a la mujer y a sus acompañantes en la Sala de Reuniones. Esta Sala permite a eventuales profesionales que vengan acompañando a la mujer continuar con las gestiones que su atención requiere. Si esta sala no estuviera disponible, se utilizará la Sala de Información Médica.

Si existe riesgo para su seguridad y acude acompañada y no precisa de medidas adicionales de cuidados, se ubicará a todo el grupo en la consulta 3 de triaje. Si el grupo fuera numeroso, dejar a la mujer con una o dos persona en la consulta 3 y ubicar al resto en la Sala de Espera.

Si acude sola, será ubicada en la consulta 3 de triaje. En estas situaciones, se cuidará especialmente la acogida, la empatía y la cercanía, facilitando una atención más próxima, que pueda incluir el acompañamiento si es posible por personal auxiliar.

En todas las situaciones, (tanto si acude sola como acompañada) se ofrecerá a la mujer el asesoramiento y apoyo de profesionales del trabajo social hospitalario (horario de lunes a viernes de 8 a 15 horas) y, fuera de ese horario, del Servicio de Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Logroño.

Tfnos. contacto Unidad Trabajo Social Hospitalario
Extensiones: 88523-88521-88524
88580 y 78580 (Responsable Atención Sociosanitaria)

Tfno. Servicio Urgencias Sociales Ayto. Logroño
900101555

Si la mujer presenta discapacidad cognitiva se le puede informar y ofrecer el Servicio del Equipo de Apoyo a la Víctima con discapacidad intelectual o del desarrollo (Plena Inclusión La Rioja) (en horario de 9 a 16 horas de lunes a viernes no festivos).

Equipo de Apoyo a la Víctima con discapacidad
intelectual o del desarrollo.
9 a 16 horas de lunes a viernes no festivos.
Tfnos: 634267399 y 679692466

Siempre que exista riesgo para su seguridad (tanto si acude sola como acompañada), se avisará al personal de seguridad, para controlar las visitas y acompañantes y evitar situaciones de riesgo por la presencia del maltratador u otras personas que puedan hacer daño. Si se aprecian indicios de riesgo importante para su seguridad, se avisará a la Policía Local (Servicio Convivencia e Intermediación de la Policía Local).

Las mujeres víctimas de violencia de género serán atendidas en las consultas generales, excepto que por su situación clínica deban ser ubicadas en el área de camas. El personal de enfermería de triaje se pondrá en contacto directo con el personal facultativo adjunto a quien le corresponda atenderla en consulta para informarle de la situación.

Con independencia de que la mujer acuda sola o acompañada se procurará que sea alojada en una sala facilitando un ambiente tranquilo y acogedor.

El contacto con el servicio de Urgencias constituye en muchas ocasiones el primer contacto profesional (o uno de los primeros) tras un incidente violento que provoca en la mujer mucho impacto emocional, temor, inseguridad. Si la mujer decide interponer denuncia, el proceso de atención en otras instituciones (Comisaría de Policía Nacional y Juzgado) se va a alargar durante horas. Por ello es muy importante cuidar la acogida de la mujer, su seguridad, la confidencialidad, defender su derecho a vivir sin violencia y su autonomía. También, en la medida de lo posible, favorecer su recuperación y refuerzo para continuar con el resto del largo itinerario asistencial que le espera hasta terminar las declaraciones.

Si la situación de la mujer lo precisa, se puede ofrecer una infusión calmante, bebida similar o alimento. Esta tarea la asumirá, en coordinación con el personal de enfermería, el personal TCAE asignado a la zona de consultas.

1.2. Menores o personas dependientes a su cargo

Otro de los elementos importantes a tener en cuenta desde el principio es preguntar a la mujer si están a su cargo menores o personas dependientes, si se han quedado solo/as y/o si corren riesgo de daño inminente por parte del agresor u otras personas próximas al agresor. En el caso de que se encuentren solo/as y nadie del entorno familiar o social de la mujer pueda hacerse cargo de la situación, hay que llamar inmediatamente al Servicio de Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Logroño (900101555). Si además hay riesgo de su

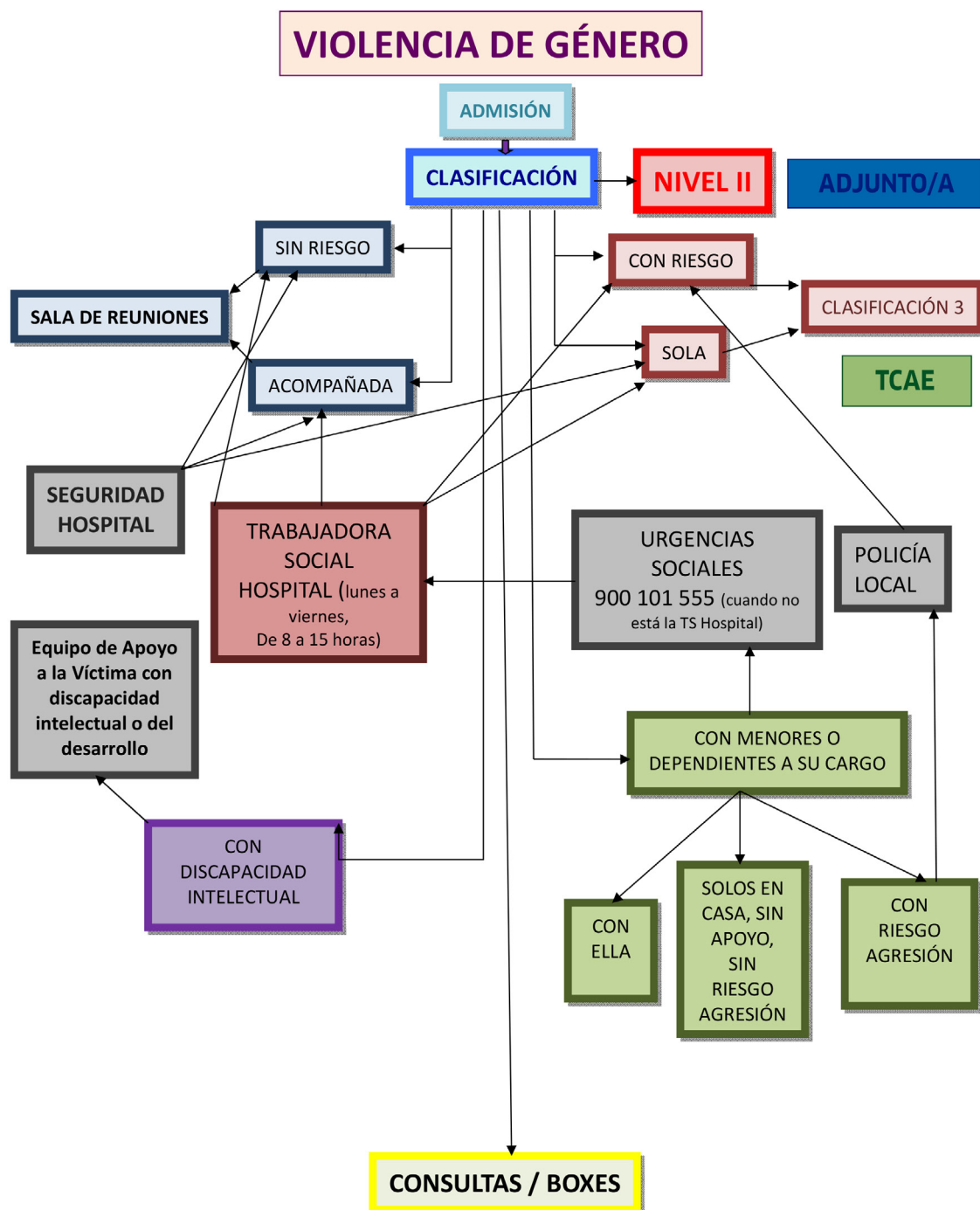
seguridad, a la Policía Local si residen en Logroño o a la Guardia Civil si residen fuera de la capital. También puede darse la situación de que la mujer acuda acompañada por sus descendientes menores porque no tenga con quien dejarles (ni familiares ni amistades). Si la mujer va a interponer denuncia y no estuviera ya acompañada por profesionales del Servicio de Urgencias Sociales, se le propondrá el apoyo de este Servicio para mejorar el bienestar de sus descendientes y facilitar en mejores condiciones la atención a la mujer.

1.3. Mujeres en especial situación de vulnerabilidad

La existencia de situaciones de vulnerabilidad en las mujeres ocasiona mayores dificultades y sufrimiento para hacer frente a la VG. Algunas de estas situaciones son: migrantes, mujeres empobrecidas, en situación de exclusión social, con adicciones, con diversidad funcional, residentes en núcleos rurales pequeños, mujeres de edad avanzada, pertenecientes a minorías étnicas, víctimas de trata de personas, mujeres prostituidas. Otras situaciones de cambio vital también aumentan la vulnerabilidad, como el embarazo.

En todas estas situaciones la atención es necesaria que sea todavía más adaptada a las circunstancias específicas de cada mujer y se presten lo antes posible los apoyos necesarios. Si en general en todas las situaciones en las que se detecte VG en el sistema sanitario es necesaria la intervención del trabajo social sanitario, en éstas es más apremiante, por lo que es preciso contactar cuanto antes desde el Servicio de Urgencias con la Unidad de Trabajo Social Hospitalario o, en su defecto, con el Servicio de Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Logroño (o Equipo de Apoyo a la Víctima con discapacidad intelectual o del desarrollo si fuera el caso).

Protocolo específico de triaje



2. Paciente que no consulta por violencia, pero se establece la sospecha en el triaje

Las mujeres que viven VG a manos de su pareja o expareja padecen numerosos problemas de salud por los que con frecuencia acuden a servicios sanitarios, incluyendo los de Urgencias. En estos casos la demanda explícita no será la VG, sino muchos otros síntomas asociados a la misma: trastorno de ansiedad, crisis de pánico, cefaleas, traumatismos, dolores del sistema digestivo y musculoesquelético, intentos autolíticos, depresión, dificultades respiratorias, molestias pélvicas, insomnio, trastornos de la alimentación, abortos, lesiones genitales, complicaciones del embarazo, abuso de alcohol y otras drogas,...

La observación y actitud facilitadora del personal de enfermería durante el proceso del triaje puede ayudar a sospechar de una situación de VG en ese momento. Según cada circunstancia y teniendo en cuenta el contexto de la urgencia, puede ser aconsejable realizar alguna pregunta primero indirecta y después más directa para indagar en ese posible diagnóstico (se puede utilizar para ello el cuestionario de cribado de la VG). Si las respuestas y antecedentes de la mujer apuntan en la dirección de la VG, se comunicará verbalmente al personal facultativo adjunto que vaya atenderle y la mujer será ubicada en la sala de espera de urgencias con la prioridad que resulte del proceso de salud por el que acuda a consulta en ese momento.

2.1. Signos y señales en la mujer y/o en su pareja que pueden indicar la existencia de VG

Estos se recogen aquí porque es importante tenerlos en cuenta desde el inicio de la entrada de la mujer al Servicio de Urgencias pero hay que tenerlos en cuenta a lo largo de todo el itinerario asistencial en el Servicio.

ACTITUD DE LA MUJER

- Ansiosa, evasiva, incómoda, distraída, se altera con facilidad. Temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento.
- Tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejar se explorar, incapacidad para tomar decisiones.
- Sintomatología ansiosa: ansiedad, angustia, sensación de ahogo, palpitaciones, dolor precordial, parestesias...
- Sintomatología depresiva: tristeza, depresión, miedo a morir, intento de suicidio, labilidad emocional, llanto fácil, insomnio, somatización, desilusionada, sin esperanza.
- Sentimiento de vergüenza, culpa o humillación, comunicación difícil, evita el contacto visual.
- Autoestima baja.
- Falta de cuidado personal.
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.
- Justifica las lesiones o les quita importancia.
- Si la pareja está presente: actitud sumisa, busca su aprobación. Contradicción entre su versión y la de su pareja. Temor a hablar delante de su pareja.

ACTITUD DE LA PAREJA

- No quiere dejarla sola en la consulta con el personal sanitario.

- Controlador, habla por ella o, por el contrario, intenta banalizar las lesiones.
- Actitud paternalista, “sabe lo que es mejor para ella”.
- En ocasiones, irritado con ella y el personal sanitario.

USO DE SERVICIOS SANITARIOS

- Períodos de hiperfrecuentación / largas ausencias.
- Incumplimiento de citas / tratamientos.
- Uso repetitivo del servicio de Urgencias.
- Frecuentes hospitalizaciones.
- Acudir con pareja cuando antes no lo hacía.

INDICADORES DE LESIONES FÍSICAS

- Retraso en la demanda de asistencia.
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
- Accidentes frecuentes.
- Varias lesiones no típicas, en cortos períodos de tiempo.
- Lesiones en diferentes estadios de curación, o no atendidas, heridas sin curar, infectadas...
- Contusiones, hematomas y heridas en cara, cuello, espalda, cara interna de muslos y brazos.
- Lesiones que indican una postura defensiva: equimosis o fracturas de los antebrazos, hematomas en región dorsal que obedecen a la postura de defensa que adopta la víctima al proteger su cara o tórax.
- Fracturas de huesos por mecanismos atípicos.
- Fractura de cráneo, nariz o mandíbula.
- Quemaduras con forma de algún objeto (cigarrillos, plancha...), quemaduras en zonas poco accesibles.
- Cortes, pinchazos, mordeduras.
- Arrancamiento de pelo.
- Lesiones típicas: rotura de tímpano, lesiones por defensa en cara interna del antebrazo.

MUJERES EMBARAZADAS

- Abortos repetidos. Abortos provocados.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción de movimientos del bebé.
- Sangrado en el embarazo.
- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- Embarazo en la adolescencia.

Durante el puerperio:

- Desgarros y deshiscencia de la episiotomía.
- Mala o lenta recuperación post parto.
- Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.
- Depresión post parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé.
- Depresión post parto que no remite, con retraso en la visita neonatal.

OTROS SIGNOS Y SEÑALES DE MALTRATO

- Quejas crónicas de mala salud, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, hiperfrecuentación, absentismo laboral, fatiga crónica, uso frecuente o prolongado de psicofármacos o consumo de sustancias.

SÍNTOMAS EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS (puede indicar una sospecha de maltrato en el hogar)

- Accidentes frecuentes.
- Alteraciones del desarrollo.
- Fobias, ansiedad, trastorno disociativo.
- Síntomas depresivos e intentos de suicidio.
- Trastornos del sueño y la alimentación.

ADEMÁS:

En la zona de boxes es el personal TCAE quien se ocupa de desnudar a las pacientes. Es buen momento para fijarse en las zonas más comunes de lesiones por V.G y comunicarlo al equipo de enfermería.

3. En consulta

Una vez llamada a consulta, y salvo que la paciente desee lo contrario, la entrevista clínica se desarrollará en condiciones de intimidad, entre el/la personal facultativo adjunto/a y la mujer, sin otras personas presentes. A lo largo del tiempo que dure la entrevista es deseable que no haya interrupciones ni telefónicas ni presenciales de otras personas del Servicio.

La actuación inicial básica incluye:

- La escucha activa y empática. Es en sí misma una herramienta terapéutica de primer nivel. Dedicar un tiempo a la escucha en un lugar adecuado prestando atención a lo que dice y a cómo lo dice.
- Asegurando la confidencialidad.
- Reconociendo sus preocupaciones, sus necesidades y sus expectativas en este momento del proceso.
- También se deben explorar mínimamente los apoyos familiares, materiales y sociales que la persona tiene y que valora como un recurso para poder solicitar ayuda si la necesitara.

El personal sanitario debe manifestar su rechazo a todo tipo de VG. Asimismo, ayudará al proceso de desculpabilización de la mujer, ofreciendo argumentos contra aquellas justificaciones que la mujer exprese para excusar al agresor y para asumir ella la mayor parte de la responsabilidad ante la violencia recibida.

La entrevista, preguntas y áreas a explorar se harán siguiendo el Protocolo riojano de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres

No obstante, se recuerda que, como en toda situación de VG, es preciso hacer estas.

3.1. Evaluaciones iniciales

- Biopsicosocial.
- De la violencia.
- De la situación de menores y personas dependientes.
- Del riesgo y seguridad.

Todo ello se hará siguiendo y registrando en el **Formulario específico de VG** de la Historia Clínica (es el que se despliega desde el icono con la mano morada abierta).

Es muy importante que en esa entrevista inicial se valore si la mujer, sus descendientes o personas dependientes a su cargo se encuentran en situación de peligro extremo, incluyendo el riesgo de suicidio de la mujer. En función de dicha evaluación (tal y como se recoge en el Formulario de VG) se hará interconsulta urgente con la Unidad de Trabajo Social Sanitario Hospitalario (si no se hubiera hecho ya antes en el Triaje).

Además se tomarán las medidas de protección adecuadas y proporcionadas, pudiendo llegar a solicitar el auxilio de la Policía Nacional.

3.2. Intervención de la Unidad de Trabajo Social Sanitario Hospitalario

Se solicitará el apoyo de la Unidad de Trabajo Social Sanitario Hospitalario en todas las situaciones de VG que se atiendan desde el Servicio de Urgencias. Como el horario del personal de esta Unidad es reducido (lunes a viernes de 8 a 15 horas), fuera de ese horario se hará la derivación de la situación a través de la Solicitud de Valoración de Riesgo Social (icono de la “bola del mundo”), con el objeto de garantizar la continuidad asistencial, como se describe más abajo.

Tfnos. contacto Unidad Trabajo Social Hospitalario
Extensiones: 88523-88521-88524
88580 y 78580 (Responsable Atención Sociosanitaria)

3.3. Apoyo de otros servicios

Si por motivos de horario de la Unidad de Trabajo Social Hospitalario no hubiera no estuviera disponible este personal, se activará el

Servicio Urgencias Sociales Ayto. Logroño
900101555

Si la mujer presenta discapacidad cognitiva se le puede informar y ofrecer el Servicio del

Equipo de Apoyo a la Víctima con discapacidad intelectual o del desarrollo.
9 a 16 horas de lunes a viernes no festivos.
Tfnos: 634267399 y 679692466

Se puede considerar el ingreso hospitalario (UCE) para la custodia de la mujer si se cree conveniente para garantizar su seguridad. En este caso es especialmente importante respetar la confidencialidad, de forma que nadie debe dar información a terceros sobre la ubicación de la paciente, salvo que ésta dé su consentimiento expreso.

Concluidas las evaluaciones y la atención sanitaria a la demanda inicial de asistencia de la mujer, se hablará con la mujer de dos temas relevantes:

- continuidad asistencial,
- emisión o no del Parte de Lesiones por VG.

Si por cualquier circunstancia la paciente debe estar un tiempo prolongado en el servicio, para la espera (para interconsultas con trabajadora social, etc.) se puede utilizar la Sala de Reuniones del servicio si está acompañada. Si no lo está, usar la Consulta de Clasificación 3.

4. Continuidad asistencial

Es imprescindible en todas las situaciones detectadas de VG (o en las que se tengan sospechas de la existencia posible de una situación de VG) establecer un circuito de continuidad asistencial con la Atención Primaria, en concreto con las y los profesionales de referencia de la mujer.

Se le explicará a la mujer la importancia de seguir trabajando sobre la situación desde su centro de salud, siempre garantizando la confidencialidad, su seguridad, su autonomía y respeto a su proceso. Para ello se le informará (y pedirá su consentimiento oral) que se trasladará la información de lo ocurrido a la trabajadora social sanitaria de su centro de salud. Ella valorará cuál de sus profesionales del centro de salud tiene un vínculo más adecuado para continuar con el abordaje de este problema de salud. Si no hubiera ninguno con esas condiciones, será la propia trabajadora social sanitaria de primaria la que contactará con la mujer (habitualmente por teléfono, para lo cual es preciso comprobar que el número de teléfono que figura en la Hª Cla. sea el operativo y que no esté controlado por el agresor) para seguir con la continuidad de la atención según lo que requiera cada situación.

A efectos prácticos el proceso interno para garantizar esta continuidad es el siguiente.

Una vez hayamos informado a la mujer, haremos la derivación a través de la Unidad de Trabajo Social Sanitario Hospitalario (a través del icono de “la bola del mundo”). Desde esta Unidad, harán la derivación a la trabajadora social sanitaria de atención primaria del centro de salud de la mujer.

5. Parte de lesiones por VG a efectos de notificación judicial

La obligación legal de denunciar (emitiendo un parte de lesiones por violencia de género) no es absoluta. Sin embargo es absoluta la obligación legal y moral de asistir a las víctimas y de prevenir la violencia.

La intervención debe ir en la línea de trabajar con la mujer y para ella, nunca en contra. Las excepciones estarán marcadas por la gravedad de los riesgos del mantenimiento de dicha situación, por la afectación grave de terceros en situación de dependencia (menores u otros) y por la incompetencia de la mujer -que habrá que probar- para tomar la decisión.

En el Protocolo riojano de actuación sanitaria contra la violencia contra las mujeres hay apartados que recogen tanto los dilemas éticos como los aspectos concretos de la cumplimentación de este Informe. No obstante, se recogen aquí los elementos más significativos.

Con carácter general, el parte de Lesiones (Informe Médico específico) se emite:

- Siempre que la mujer lo solicite o lo consienta.
- Cuando se valora un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia.
- Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo.

5.1. Si la mujer quiere interponer denuncia (o consiente en la remisión al Juzgado del Parte de Lesiones)

El Parte de Lesiones en situaciones de VG se realiza a través del Informe específico por VG que se deriva del Formulario de VG (modelo Parte de lesiones ante situaciones agudas) cumplimentando al menos todos los campos obligatorios del mismo. Es importante ser conscientes como personal facultativo de la gran relevancia que tiene este Informe de cara a la protección de la mujer y sus descendientes y/o dependientes si los hubiera, por lo que se aconseja cumplimentarlo además en la mayor parte de los campos optativos que sea posible.

The screenshot shows a web-based medical form for domestic violence cases. The title bar indicates it's for 'Nueva Toma - Violencia de género - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - AGRESION FISICA INTRAFAMILIAR CONVUG'. The main header identifies the case as 'C4 - ALERGIA METAMIZOL (D.O.E)'. The form is organized into several sections: 'Botones de Acción' at the top, followed by 'DATOS SOCIOECONÓMICOS' which includes a dropdown for 'Necesita parte de lesiones' (set to 'SI'). Below this is 'Mujer y personas a su cargo' with fields for 'Ambito', 'Nacionalidad de la mujer', 'Barra idiomática', 'Embarazo actual', 'Discapacidad actual', 'Reconocimiento de dependencia', 'Otras situaciones de vulnerabilidad', 'Hijos propios/as', 'Otras personas a su cargo', and 'Personas adultas dependientes a su cargo'. The 'HOSPITALIZACION' section has a dropdown for 'España'. The 'DATOS DE LA AGRESION' section includes 'Causante de las lesiones', 'Edad del causante de las lesiones', 'Nacionalidad del agresor', and 'Parentesco-relación con el causante'. The 'DATOS DE LA VÍCTIMA' section includes 'Parentesco-relación con el causante'. The form uses various input types: dropdown menus, checkboxes, and text boxes.

Es muy recomendable adjuntar fotografías, para lo que hay que obtener el permiso verbal de la paciente. Para realizarlas se utilizarán las Tablet del Servicio que están en la Consulta 6 y en Observación. Las fotografías son de gran utilidad para el juzgado a la hora de tomar decisiones. Se incluirán como prueba dentro del Informe Médico por VG que se emita y se imprimirán también en el Informe Médico que se entregue a la mujer y se remita al Juzgado de Guardia.

Es necesario leer el Informe a la mujer para que pueda corregir o puntualizar la información que se recoge en el mismo y para que dé su conformidad.

Siempre se le debe informar sobre:

- Los pasos que sigue el parte de lesiones y las consecuencias del mismo.
- Que en el caso en que se hubiera solicitado una orden de protección, el juzgado de guardia puede convocarla a una audiencia urgente, que se celebrará en un periodo máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud, tras la cual, el órgano judicial resolverá si concede la orden de protección.
- Que el agresor también será llamado a declarar y, en caso de peligro, puede ser detenido para ser trasladado ante el/la juez/a.

- Si la mujer no declara o no confirma los hechos relatados en el parte de lesiones, el juez puede archivar la causa o puede instruir el procedimiento más oportuno en su caso si hay sospechas consistentes de VG y hay ocultación por la mujer por miedo u otras causas.
- Si los confirma, el juzgado puede ordenar la continuación del procedimiento y acordar en su caso una orden de protección con medidas penales y civiles, pudiendo llegar a celebrarse juicio y dictarse sentencia.

De este informe:

- se dará una copia a la mujer (siempre y cuando esto no suponga aumentar el riesgo de violencia contra ella si el agresor pudiera acceder a él directamente antes de que se adopten las medidas de protección necesarias),
- otra se cursará al juzgado de guardia
- y quedará registro del mismo en la Historia Clínica.

En el mismo informe se documentan los recursos de apoyo que dispone La Rioja como apoyo a mujeres con VG.

Una vez cumplimentado el parte de lesiones, debe salir por la vía más rápida posible para ser presentado en el Juzgado de Guardia. Hay que remitirlo por Fax y enviar también copia en papel por correo ordinario. Para asegurarse que ha llegado el fax, se recomienda confirmar mediante llamada de teléfono.

JUZGADO DE GUARDIA
Tfno: 941 296373
Fax: 941 296374
Horario:
- lunes a sábados: 9-14 y 17-20 horas
- domingos y festivos: 10-14 horas.
Fuera de ese horario, llamar al Secretario Judicial de
Guardia: 609350963

Fuera del horario del Juzgado de Guardia, y si la situación por su gravedad requiriera de comunicación inmediata al Juzgado para la adopción de medidas de protección, hay que llamar al Letrado de la Administración de Justicia del Juzgado de Instrucción de Guardia (Secretario Judicial de Guardia) para poder acceder al Juez de Guardia.

El Juzgado de Violencia sobre la Mujer, específico para la atención a la VG, tiene un horario de lunes a viernes de 9 a 14 horas. En caso de duda ante alguna situación se puede llamar directamente: 941 296431.

El envío del parte de lesiones al juzgado supone un registro de entrada, una vez tiene lugar este registro de entrada del parte de lesiones en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por parte de la mujer o por personas cercanas a la misma.

5.2. Cuando se valora un riesgo muy alto y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia que ponga en riesgo su integridad física y/o psíquica o la de otras personas

Muchas veces las mujeres incluso estando en situaciones graves de VG son reacias (por muchos motivos comprensibles) a interponer denuncia o a que se emita el Informe desde los servicios sanitarios. En estos casos hay que intentar conseguir su consentimiento motivando desde la importancia y necesidad de proteger su vida y la de otras personas (menores, dependientes si se diera el caso), enmarcando esta medida dentro del conjunto de actuaciones sanitarias, sociales y judiciales que se van a hacer con ellas (explicando toda la continuidad asistencial que se va a realizar).

Si a pesar de todos los intentos la mujer insiste en su negativa pero desde la parte profesional se estima que existe un riesgo de gravedad alta para su vida y/o la de otras personas si no se toman medidas de protección, se emitirá el Parte de Lesiones y se le explicará todo el proceso a seguir, como en el apartado anterior.

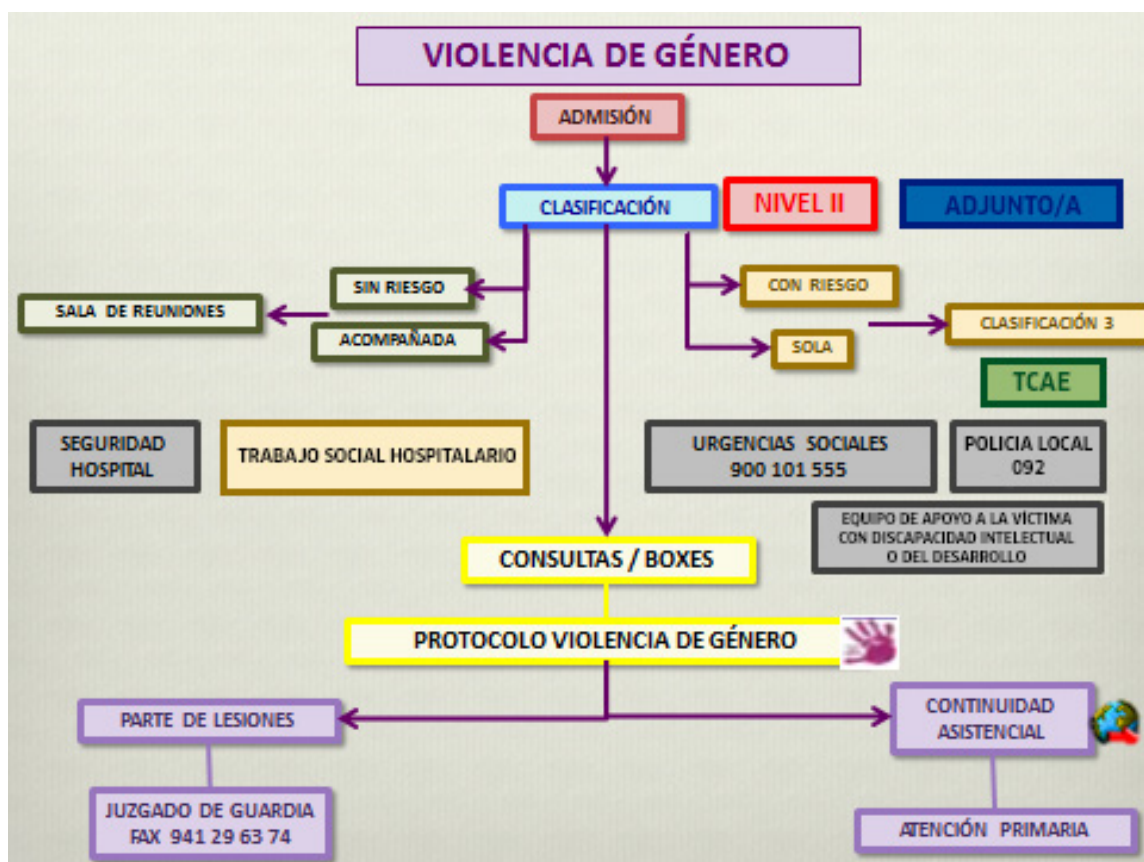
En este caso, en el Parte de Lesiones es muy importante anotar que se emite sin el consentimiento de la mujer.

5.3. Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo

Es decir, cuando se encuentre en un proceso de recuperación personal, haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y tenga una estrategia preparada para comenzar a modificar su situación vital. La emisión de este Parte de Lesiones se hará desde la atención primaria en el momento que se estime más adecuado atendiendo a las necesidades de la mujer (y sus descendientes o personas dependientes si las hubiera).

Por ello es muy importante en estas situaciones registrar en el Formulario de VG toda la información relevante que la mujer haya expresado o se haya detectado, para garantizar la continuidad asistencial así como la elaboración más adelante de un Informe completo que integre tanto la información recogida desde el Servicio de Urgencias como en el centro de salud.

En este caso es muy relevante asegurar la continuidad asistencial: no emitir el Parte no implica “dejar apartado” el problema, sino trabajarlo con la mujer desde sus profesionales de referencia en el centro de salud para ayudar a la mujer para que logre la ruptura con la relación violenta de la mejor manera posible y planificada.



Qué no hacer en Atención a la VG

1. Minimizar

Considerar que se trata de un problema de ámbito personal, familiar, privado, etc. que no afecta a la salud de la mujer. Dejar pasar el problema suponiendo su resolución espontánea.

2. Considerar que no es responsabilidad mía

Cualquier profesional, sea de la especialidad que sea y en el contexto clínico que sea (urgencia, consulta, hospitalización...), debe hacer una Intervención Inicial Básica y asegurar la continuidad asistencial con su profesional de referencia para poder hacer un seguimiento de la situación de violencia.

3. Justificar la violencia

Manifestar la situación como normal, como posible o como justificable. Banalizar o dar explicación a la actitud del agresor frente a la mujer. Hay que manifestar que la violencia nunca es justificable ni tolerable en una situación de pareja y que constituye un atentado a los derechos humanos.

4. Infravalorar el riesgo

Hay que asegurar en todo momento la protección de la mujer y establecer un clima de confianza.

5. Mantener una actitud paternalista

Indicar a la mujer lo que tiene que hacer para solucionar esta situación. El complejo problema de la VG precisa de una valoración detallada de la situación que exige acompañamiento para que la mujer pueda tomar decisiones de lo que quiere y hasta dónde quiere (o puede) hacer. Valorar con detenimiento y apoyar sus decisiones es la actitud necesaria para este tipo de acompañamiento.

6. Prescribir fármacos

Como norma general, no se trata de prescribir ansiolíticos (o antidepresivos) ante este tipo de situaciones. Estos fármacos disminuyen la capacidad de reacción y nunca son la solución a la situación de violencia. Pueden estar indicados ante situaciones de ansiedad extrema y deben ser prescritos cuando el/la profesional y la mujer tengan un objetivo claro de su indicación y siempre por un periodo de tiempo limitado.

7. Indicar terapia de pareja

Siempre se debe entrevistar a la mujer sola. Asegurar confidencialidad y un tiempo adecuado. Nunca contrastar la información con el agresor ni hacerle partícipe de lo que la mujer nos ha confiado. La terapia de pareja o la mediación familiar está contraindicada en este tipo de situaciones. La situación de partida es de tanta desigualdad que precisa de un tratamiento individual.

8. No valorar a los hijos e hijas como víctimas de la violencia

Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los y las menores que se encuentran en su entorno familiar. Los estudios indican graves consecuencias para los hijos e hijas que son víctimas de esta violencia. Es necesario hacer siempre una valoración de las y los menores, asegurar su protección y establecer un proceso de ayuda para abordar las consecuencias de esta situación vivida y restaurar la condición psicológica de los y las menores. Así se contempla también en la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

9. Derivar como primera y única medida

No se trata de derivar a otro u otra profesional de forma inmediata cuando la mujer nos ha confiado una situación así. La intervención mínima inicial y las consultas de apoyo siempre serán necesarias. La coordinación interprofesional e interinstitucional, cuando sea necesaria, se realizará con unos objetivos claros y consensuados, asegurando la confidencialidad y el respeto, nunca para eludir responsabilidades sino para buscar aquellos o aquellas profesionales que mejor puedan ofrecer los recursos para salir de esta situación de violencia.

10. No registrar ni valorar la necesidad de comunicación judicial

No registrar ni comunicar esta situación colabora con la invisibilización del problema y hace que no quede constancia del trabajo para asegurar la continuidad asistencial y prevenir situaciones de mayor riesgo. Las situaciones de violencia son complejas y están sujetas a múltiples condicionantes que él o la profesional (junto con la mujer) tendrá que valorar con detalle para registrar, comunicar y actuar con prudencia. Lo deseable no es el registro ni la comunicación sistemática sino la valoración de cada caso que asegure una asistencia de ayuda, un registro adecuado y una comunicación judicial correcta.

Teléfonos y Servicios de interés

Servicio de Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Logroño.

Atiende físicamente las 24 horas todos los días del año a mujeres residentes en Logroño o que estén en Logroño en el momento de la atención. La atención es telefónica para mujeres residentes fuera de la ciudad de Logroño (o que estén fuera de la ciudad en ese momento). Atendido por trabajadoras sociales expertas en VG. Tfno: 900 101555.

Servicio del Equipo de Apoyo a la Víctima con discapacidad intelectual o del desarrollo (Plena Inclusión La Rioja). Atienden en horario de 9 a 16 horas de lunes a viernes no festivos. Atendido por trabajadoras sociales y psicólogas expertas en atención a personas con discapacidad intelectual. Tfnos: 634267399 y 679692466.

Administración de Justicia:

- Juzgado de Guardia de Logroño: Tfno: 941 296373. Fax: 941 296374.
- Letrado de la Administración de Justicia del Juzgado de Instrucción de Guardia (Secretario Judicial de Guardia) 609350963.
- Juzgado de Violencia sobre la Mujer: Tfno: 941 296431. Fax: 941 296430.

Policía Local: 092.

Policía Nacional: 091.

Guardia Civil: 062.

Servicio ERIE Psicológica: 112.

Bibliografía

- Aretio Romero, M^a Antonia. (2007). Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, nº 21(4). (273-7).
- Gobierno de La Rioja. (2010). Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres.
- Grupo de Violencia de género y Atención Primaria de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) y Grupo de Ética de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). (2013). Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la atención primaria de salud.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.
- Osakidetza. Gobierno vasco. (2019). Guía rápida de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y agresiones sexuales en Euskadi.
- Sacyl. Junta de Castilla y León. (2017). Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género.



riojasalud.es