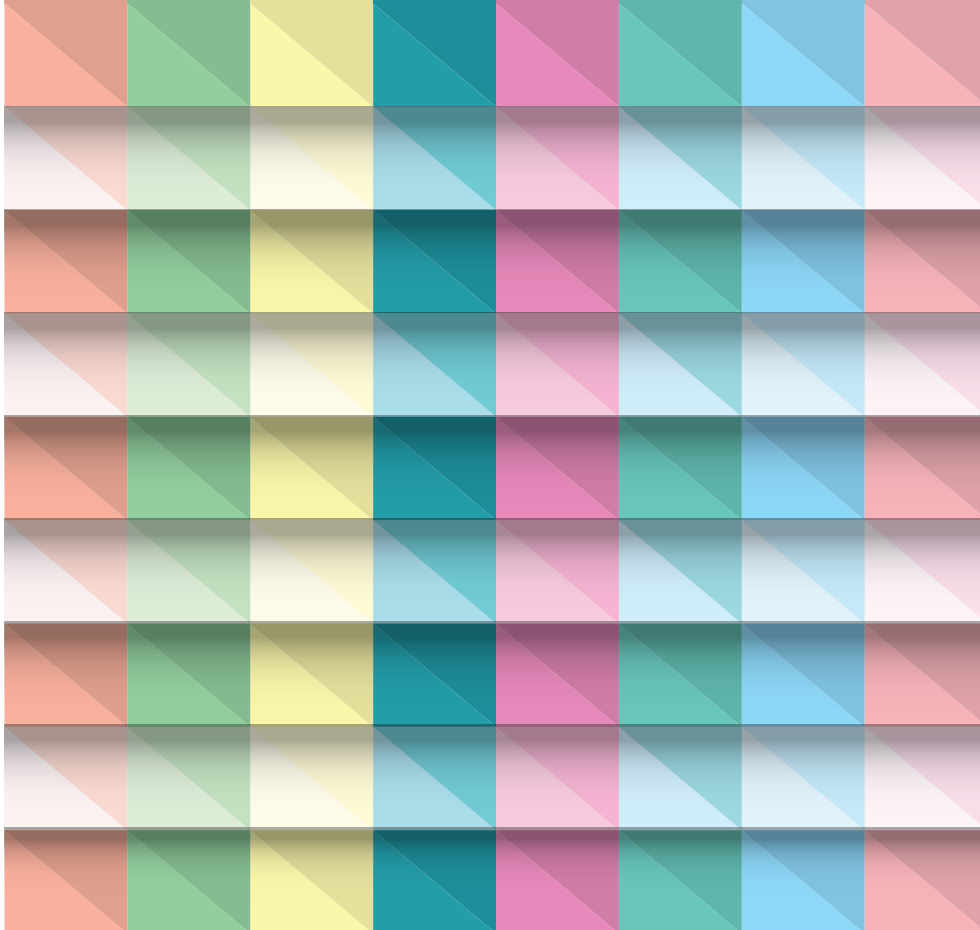


GUÍA BREVE

DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO
EN LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS





GUÍA BREVE

**DERIVADA DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN
EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RED DE ATENCIÓN A
LAS ADICCIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS**



GUÍA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

RESPONSABLES DEL DOCUMENTO

Luz Marina Moreno Ojeda. Jefa de Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.

M^a Lourdes Brito González. Enfermera del Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.

EDITA

Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Servicio Canario de la Salud.

Dirección General de Salud Pública. 2019.

FECHA DE PUBLICACIÓN: agosto 2020

IMPRESIÓN:

Laura J. Julián Gascón

DEPÓSITO LEGAL: GC 199-2020

Este documento se encuentra disponible en formato online. Esta Guía forma parte de un documento más extenso y completo, que es el "**Protocolo de Actuación y Coordinación en Casos de Violencia de Género en la Red de Atención a las Adicciones de la Comunidad Autónoma Canaria**". Ambos documentos están disponibles en:

https://bit.ly/3ccp7ZD_Drogodependencias

EQUIPO DE TRABAJO

REDACCIÓN

Alejandra Rodríguez Alemán

COORDINACIÓN

Alejandra Rodríguez Alemán

M^a Lourdes Brito González

TÉCNICAS COLABORADORAS

Alejandra Rodríguez Alemán

Isabel Benito Gunti

Patricia Martínez Redondo

Pilar Valerón Domínguez

Rosa del Valle Álvarez

Tibisay del Valle Peñate Molina

GRUPO DE TRABAJO

- Ana Granell Aguilar. UAD San Bartolomé de Tirajana. Fundación Canaria Yrichen. Gran Canaria.
- Carima Amaalen Verde. UAD San José. Asociación de Integración Social Calidad de Vida. Gran Canaria.
- Carmen Gloria Sicilia Plasencia. UAD-USM La Gomera. Servicio Canario de Salud. La Gomera.
- Carmen Rosa Pérez Espino. UAD Arucas. Ayuntamiento de Arucas. Gran Canaria.
- Chaxiraxi Aimara Medina Rodríguez. UAD Gáldar. Ayuntamiento de Gáldar. Gran Canaria.
- Davinia Ramírez Santana. UAD Yrichen. Fundación Canaria Yrichen. Gran Canaria.
- Delia M. Perera Tacoronte. UAD Arucas. Ayuntamiento de Arucas. Gran Canaria.
- Esther Lidia Soto Cabrera. USAD Zonzamas. Cabildo de Lanzarote. Lanzarote.
- Guacimara Sánchez Guerra. UAD Lanzarote. Cabildo de Lanzarote. Lanzarote.
- Jesús Serpa Francisco. Centro de Acogida Tenerife. Fundación Canaria-CESICA Proyecto Hombre. Tenerife.
- Juana Lorenza Cabrera Rosa. URAD Zonzamas. Cabildo de Lanzarote. Lanzarote
- Lidia Díaz Santana. UAD San Cristóbal. Fundación Canaria SocioSanitaria. Gran Canaria.
- M^a del Carmen Martínez García. UAD Granadilla. Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD). Tenerife.
- M^a Luisa Martínez Moristerol. URAD Las Crucitas. Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD). Tenerife.
- M^a Soledad Ramírez Bochard. UAD Vecindario. Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana. Gran Canaria.
- M^a Teresa Alonso Rodríguez. UAD Santa Cruz de La Palma. Asociación Palmera para la Prevención y Tratamiento de Toxicomanías. La Palma.



- María Esther Pérez Seoane. Centro de Acogida Gran Canaria. Fundación Canaria-CESICA Proyecto Hombre. Gran Canaria.
- Miryam González Rodríguez. URAD La Fortaleza de Ansite. Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana. Gran Canaria.
- Montserrat Ramírez Sánchez. Servicio de Prevención e Información de Toxicomanías (SPIT). Cabildo de Fuerteventura. Fuerteventura.
- Nayra Rodríguez Díaz. UAD San Andrés y Sauces. Asociación Palmera para la Prevención y Tratamiento de Toxicomanías. La Palma.
- Pilar Pérez Marrero. URAD Proyecto Esperanza-Verol. Cáritas Diocesana de Canarias. Gran Canaria.
- Reneta Monasterio Morell. UAD Proyecto DRAGO de Cáritas. Cáritas Diocesana de Tenerife. Tenerife.
- Sandra Negrín Padrón. UAD Añaza. Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel. Tenerife.
- Teresa de Jesús Mejías Rodríguez. UAD Agüimes. Ayuntamiento de Agüimes. Gran Canaria.
- Yanira González Alemán. UAD Agüimes. Ayuntamiento de Agüimes. Gran Canaria.
- Yolanda Rodríguez Medina. Proyecto Esperanza-Verol. Cáritas Diocesana de Canarias. Gran Canaria.

Nota:

UAD = Unidad de Atención a las Drogodependencias

USRAD = Unidad SemiResidencial de Atención a las Drogodependencias

URAD = Unidad Residencial de Atención a las Drogodependencias



PRESENTACIÓN

Uno de los principios rectores de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, es la “Perspectiva de Género” en referencia a la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (art. 20) que obliga a incorporar la perspectiva de género como marco analítico y a desarrollar las herramientas necesarias que permitan visibilizar, analizar y hacer frente a la diferente presentación y afectación de las adicciones en las mujeres y así poder hacer un mejor diagnóstico de la realidad, así como incorporar las necesidades y realidades de las mismas en todas las acciones e intervenciones estratégicas.

Una de las realidades que sufren las mujeres es sin duda la violencia de género, tal como decreta la Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género, promulgada por el Parlamento Canario, y en el caso de las mujeres con adicciones, es una realidad bastante presente.

No podemos obviar el papel importante que juegan los diferentes sistemas sociosanitarios y sus profesionales en el abordaje de la violencia de género, ocupando además un lugar privilegiado para detectar y actuar ante los casos de mujeres que sufren esta violencia.

El presente documento es una clara expresión del compromiso de esta Dirección General de Salud Pública por trabajar por una sociedad igualitaria y de lucha contra la lacra de la violencia de género, sobre todo, la que afecta a aquellos grupos de mujeres en una situación de especial vulnerabilidad.

El Protocolo ha sido fruto del trabajo de profesionales pertenecientes a los recursos que conforman la Red de Atención a las Adicciones de la Comunidad Autónoma de Canarias, a quienes sin duda les agradecemos el trabajo hecho, su implicación y compromiso para llevar adelante esta tarea tan necesaria.

José Juan Alemán Sánchez
Director General de Salud Pública
Servicio Canario de la Salud



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
I.- ASPECTOS PRELIMINARES	13
1.1.- NECESIDAD DE CONTAR CON UN PROTOCOLO AUTONÓMICO DESDE LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES	13
1.2.- IMPORTANCIA Y COMETIDO DE LAS/LOS PROFESIONALES DE LA RED, EN EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	14
1.3.- DIFICULTADES PROFESIONALES Y PREJUICIOS FRECUENTES HACIAS LAS MUJERES CON ADICCIONES Y VIOLENTADAS	16
1.4.- FACTORES QUE VULNERAN LOS DERECHOS DE LAS MUJERES	17
II.- FASE DE DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN	21
2.1.- INDICADORES Y CRITERIOS QUE PUEDEN AYUDAR A IDENTIFICAR A UNA MUJER QUE SUFRE MALTRATO	21
2.2.- ESTRATEGIAS PARA ABORDAR ESTA REALIDAD	25
2.3.- ESQUEMA O ALGORITMO DE ACTUACIÓN DE ESTA FASE DE DETECCIÓN	29
III.- FASE DE INTERVENCIÓN	31
3.1.- CONSIDERACIONES PREVIAS UNA VEZ CONSTATADA LA EXISTENCIA DE VIOLENCIA	31
3.2.- VALORACIÓN BIOPICOSOCIAL Y DE SEGURIDAD DE LA MUJER	32
3.3.- VALORACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS Y LAS MENORES	34
3.4.- VALORACIÓN DE LA SEGURIDAD Y ESCENARIO DE PROTECCIÓN	35
3.5.- ESQUEMA O ALGORITMO DE ACTUACIÓN DE ESTA FASE DE INTERVENCIÓN	37
3.6.- ACTUACIÓN ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL.....	38
3.7.- PLAN DE INTERVENCIÓN ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE UN CASO DE EXPLOTACIÓN SEXUAL Y TRATA DE MUJERES, INCLUSIÓN DE MATRIMONIOS FORZADOS	39
IV.- FASE DE COORDINACIÓN PREVIA Y POSTERIOR ENTRE REDES	41
V.- DIRECTORIO DE RECURSOS COMUNITARIOS ESPECIALIZADOS EN VIOLENCIA PARA LA ATENCIÓN A MUJERES Y MENORES POR MOTIVOS DE GÉNERO	43
I.- RECURSOS DE EMERGENCIA	43
1.1.-DISPOSITIVO DE EMERGENCIA PARA MUJERES AGREDIDAS (D.E.M.A)	43
1.2.-CENTRO DE ACOGIDA INMEDIATA (C.A.I.).....	43
1.3.-RECURSOS DE FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD	43
II.- RECURSOS DE ACOGIDA.....	44
2.1.- CASA DE ACOGIDA	44
2.2.- PISOS TUTELADOS.....	44
III.- RECURSOS GENERALES.....	44
3.1.- SERVICIO TELEFÓNICO DE INFORMACIÓN Y DE ASESORAMIENTO JURÍDICO EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	44
3.2.- CENTROS DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	44
3.3.- SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES	45



VI.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	47
6.1.- ASPECTOS ÉTICOS.....	47
6.2.- ASPECTOS LEGALES	48
VII.- ANEXOS	51
ANEXO 1.- HOJA DE AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE DATOS DESDE LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES A LA RED DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO, PARA CASOS DE RIESGO NO EXTREMO	53
ANEXO 2.- FICHA DE DERIVACIÓN DESDE LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES A LA RED DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO, PARA CASOS DE RIESGO NO EXTREMO	55
BIBLIOGRAFÍA	57
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA	59



INTRODUCCIÓN

La Violencia de Género o Violencia Contra las Mujeres constituye un grave problema social y de salud que requiere de una respuesta conjunta desde todos los ámbitos de la sociedad. Por ello desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y atendiendo a las directrices del III Plan Canario sobre Drogodependencias, Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias (2010); la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género, se presenta el **primer Protocolo de Actuación y Coordinación en Casos de Violencia de Género, creado desde y para la Red de Atención a las Adicciones de la Comunidad Autónoma de Canarias.**

El presente documento pretende formar parte del Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Canarias (2018), promovido desde el Instituto Canario de Igualdad, Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad, dependiente del Gobierno de Canarias en su punto 8, relativo a la Actuación, Intervención y Coordinación con Mujeres en Situación de Especial Vulnerabilidad. Es necesario incluir la realidad de las mujeres con consumo de sustancias psicoactivas o con conductas adictivas, y que además son o han sido víctimas de Violencia de Género, al igual que se contempla a las mujeres migrantes, mayores o con diversidad funcional.

Esta iniciativa surge como respuesta a la necesidad de las y los propias/os profesionales y de las mismas mujeres que experimentan un problema de adicción, para **facilitar la detección, identificación, valoración, actuación y derivación a los recursos especializados de la Red de Atención Integral a las Víctimas de la Violencia de Género.** Se pretende que este Protocolo sea un documento guía para quienes estén o no formados y tengan o no integrada la perspectiva de género, para que sean capaces de identificar y actuar de forma eficaz, ofreciendo a las mujeres una solución a sus problemas psicosociales, que la posicionan en una situación de mayor vulnerabilidad.

La **dimensión autonómica del Protocolo** pretende garantizar que se dé respuesta por igual en todo el archipiélago, adecuándose a la realidad de cada isla, su orografía, los recursos disponibles y la idiosincrasia de sus residentes. Para ello es fundamental que se cuente con la capacitación y un documento guía que permita, tanto detectar como orientar, las intervenciones ante una mujer que se encuentre entre estos dos escenarios: consumo y violencia de género.



I.- ASPECTOS PRELIMINARES

1.1.- NECESIDAD DE CONTAR CON UN PROTOCOLO AUTONÓMICO DESDE LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

La **Violencia de Género** es entendida como uno de los principales problemas de salud, según destaca Añón Roig, M.J. (2016) en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que afirma que la violencia contra la mujer es **“un problema de salud global, de proporciones epidémicas”**.

Ante la **situación de las mujeres canarias** con necesidad de abordaje biopsicosocial, se plantea una estrategia de tratamiento dotada de una perspectiva de género integral, que facilite la comprensión por parte del personal sociosanitario de la complejidad sociocultural y económica a la que se enfrentan las mujeres del archipiélago, por el hecho de ser mujeres además de experimentar una adicción, por ser objeto de violencia por parte de sus parejas o ex parejas, y de la propia sociedad patriarcal que las limita, en cuanto a promoción laboral e igualdad de oportunidades. Hablamos pues no solo de la violencia sufrida en el marco de una relación sentimental o al margen de ella, también se alude a la violencia estructural a la que están sometidas y que en gran medida las doblaga a realidades de precariedad y dificultad social, con ello nos referimos al concepto de violencia como continuum.

En la comunidad autónoma canaria se han adoptado instrumentos jurídicos fundamentales como la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres Contra la Violencia de Género, cuya promulgación abrió el camino para el establecimiento y ordenación del sistema canario de prevención y protección integral de las mujeres contra la Violencia de Género, creando entre otros, el **Sistema Canario Integral de Prevención y Protección de las Mujeres** contra este tipo de violencia.

Si se consulta la mencionada ley, en su Capítulo II, artículo 10 que versa sobre la **obligación de los centros y servicios sanitarios y de servicios sociales** punto 1, se concreta:

“...que el personal de los centros y servicios sanitarios y de servicios sociales deberá comunicar a los órganos y servicios municipales y autonómicos competentes, los hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de violencia o riesgo de las mujeres. Específicamente, están obligados a poner en conocimiento de la Administración pública autonómica los hechos y circunstancias que permitan presumir la existencia de malos tratos, siempre y cuando no suponga un riesgo para la vida y la integridad física de la víctima y con el conocimiento de esta. Comunidad Autónoma de Canarias (2013)”.

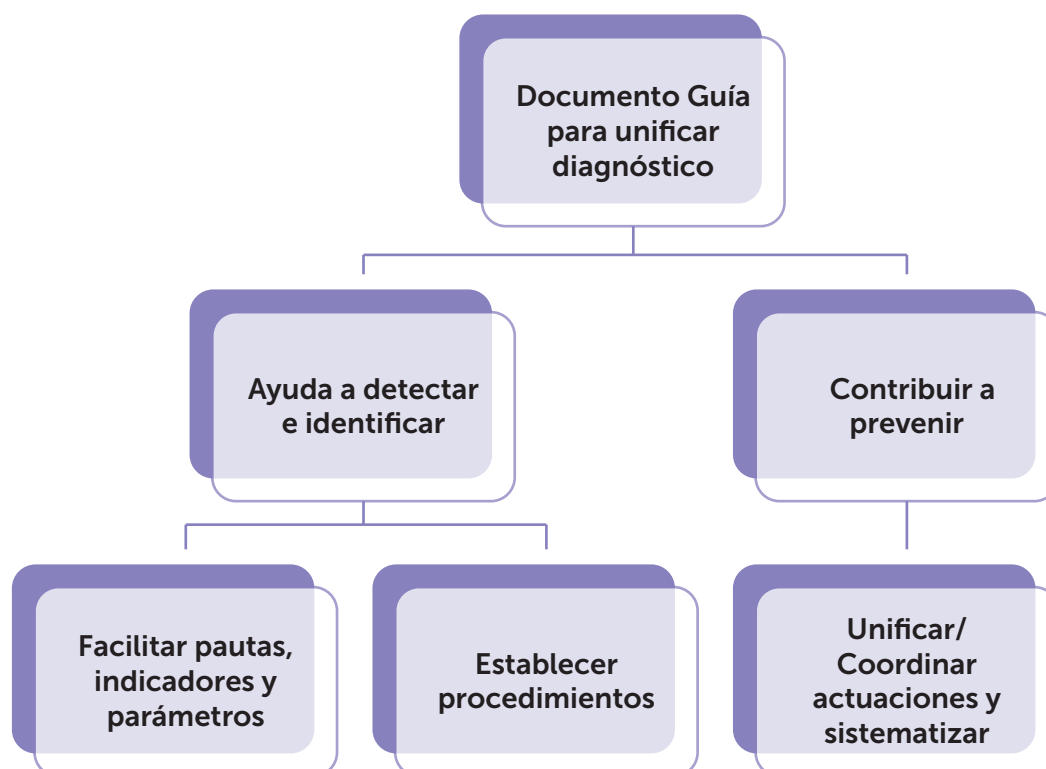
Se pretende que el Protocolo facilite estrategias adecuadas para prestar una atención directa, rápida y efectiva antes de que la situación de vulnerabilidad de la mujer pueda cronificarse, y poner en peligro su integridad y/o la de las personas a su cargo, por ejemplo, hijos y/o hijas; así mismo, se esclarecerá cuáles son las funciones profesionales a asumir por cada miembro del equipo, para de este modo evitar confusiones, dudas, descoordinación y sobreatención de la mujer o lo que se conoce como revictimización, velando por la optimización de recursos y la confidencialidad de la misma.



Teniendo en cuenta la naturaleza insular del archipiélago canario y la desigual distribución de los recursos de la Red de Atención a las Adicciones, así como las particularidades de la población de cada isla, se hace **necesario establecer unos cauces comunes de actuación para guiar la práctica profesional** y cumplir con los preceptos legales, y con la atención específica a la que las mujeres tienen derecho. Es imprescindible manejar una herramienta y un lenguaje común para unificar pautas, y **este Protocolo es la vía**.

Por tanto, el Protocolo debe satisfacer principalmente las siguientes cuestiones:

FUNCIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS



Fuente: Elaboración propia.

1.2.- IMPORTANCIA Y COMETIDO DE LAS/LOS PROFESIONALES DE LA RED, EN EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La **posición** que las y los **profesionales** sociosanitarios representan en sus recursos es **privilegiada**, pues ponen a disposición de la mujer sus servicios en un espacio de respeto y confianza, así como un equipo inter y multiprofesional que cuenta con la virtud de poder ofrecer una atención más directa, rápida y efectiva, de cara a la protección de su integridad, y la reducción de la tasa de abandono del recurso. La aplicación de la perspectiva de género por parte del personal permite detectar desde los primeros contactos, si quien solicita atención es la presunta mujer agredida, o el presunto agresor con problemas de adicción.

Desde esa posición se ha de ser capaz de favorecer con buenas prácticas, la derivación de las mujeres agredidas a centros especializados de atención, según se recoge en el Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Co-



munidad Autónoma de Canarias. Las primeras entrevistas son fundamentales para la **detección de la problemática** (estudio del caso), el establecimiento del vínculo con la persona, la cumplimentación de la historia clínica, así como la posible derivación y coordinación con los recursos especializados anteriormente mencionados, en caso necesario.

La **normalización de la violencia** por parte de las mujeres con problemas de adicción que detectan las y los profesionales que participan en la elaboración de este documento, encuentra su justificación en que no llegan a concebir otro tipo de convivencia por diferentes motivos:

- a) La internalización de valores sociales según los cuales la subordinación femenina es algo "natural".
- b) La aceptación de normas culturales que regulan la vida en pareja.
- c) La idealización de la familia y del matrimonio.
- d) Las presiones sociales que las llevan a cumplir con los mandatos culturales dominantes.
- e) La incapacidad para entender la situación de vulnerabilidad y miedo.
- f) La culpa y repercusiones que lleva aparejado en forma de estigma social ser mujer y tener problemas de adicción.

Todo esto hace necesario el refuerzo profesional para **detectar y apoyar** a las mujeres en esta situación, para que poco a poco se puedan reducir los miedos y estigmas sociales, y superen ambas problemáticas: adicción y /o violencia.

Por tanto y según la OMS (1998) citado en el Protocolo de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico del Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias (2003, p.25), las **funciones** mínimas a desarrollar por las/os **profesionales** y desde cada uno de sus recursos, consisten en:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar atentas/os a los posibles signos y síntomas de maltrato y hacer un seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la Historia de Salud.
- Ayudar a entender su malestar, sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- "Primum non nocere". Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras, ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otras/os profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

La figura de referencia desde la Red de Atención a las Adicciones que supone para la paciente el/a profesional, dentro del marco de la **relación vincular** establecida y el acompañamiento durante el proceso de tratamiento contra la violencia recibida que esta/e pudiera prestar, puede ser **determinante** teniendo en cuenta, que en la mayoría de los casos los lazos derivados del apoyo familiar o de otro tipo, están muy debilitados o son casi inexistentes.



1.3.- DIFICULTADES PROFESIONALES Y PREJUICIOS FRECUENTES HACIAS LAS MUJERES CON ADICCIONES Y VIOLENTADAS

Es determinante que cada profesional sea honesta/o y consciente de sus capacidades y sus limitaciones como persona y como profesional, de cara a poder prestar servicio a mujeres en estas circunstancias, pues en gran número de ocasiones se normalizan posturas o se integran **prejuicios** o puntos de vista, que, si no somos capaces de analizar objetivamente antes de tratar con ellas, las **consecuencias** de la atención pueden llegar a ser **nefastas**. Se recomienda abordar y trabajar en equipo profesional estas debilidades y prejuicios, para poder ofrecer una atención de calidad, a las mujeres que llegan hasta los servicios.

A continuación, se van a relacionar **obstáculos, dificultades, resistencias, mitos, estereotipos, prejuicios** y otras posturas en las que se puede incurrir, a la hora de prestar apoyo. Para ello las/os profesionales de la Red han partido de documentos de referencia para la reflexión como el Protocolo de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico (2003, p. 26). Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias y el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2006, p. 18) del Ministerio de Sanidad y Consumo.

DIFICULTADES Y PREJUICIOS PROFESIONALES FRECUENTES EN LA ATENCIÓN A MUJERES AGREDIDAS

DIFICULTADES PROFESIONALES	PREJUICIOS FRECUENTES
Distancia emocional ocasionada por los prejuicios	Convicción de que la mujer no va a querer cambiar
Normalizar la violencia	Crear el mito que las mujeres son más "conflictivas y más difíciles de tratar"
Derivar inmediatamente a otro recurso sin haber llegado a una toma de decisión conjunta con la mujer	Crear que se trata de una cuestión a solucionar a través de la mediación familiar y/o terapia de pareja
Espacio inadecuado. Falta de privacidad e intimidad	Crear que ella es quien busca situaciones en las que se expone a ser violentada
No considerar la violencia como un problema de Salud Pública	Seguridad de que viene de una familia de origen en la que existía maltrato
Inseguridades y miedos del/a profesional	Minimizar la importancia de su historia personal
Juzgar, ordenar, sermonear, desaprobar, interrogar, ironizar e interpretar	"Es responsabilidad de otros/as profesionales", "No ocurre entre mis pacientes", "Responde a perfiles determinados"
No mantener una actitud empática	Se les juzga por su aspecto
No tener en cuenta que profesionales son muchas veces las únicas redes de apoyo de las que disponen	Creencia en la falta de información del caso, porque las mujeres acuden solas y existe desconfianza profesional
Restar credibilidad o emocionalidad	Deshonestidad por parte de la mujer
Racionalizar la conducta violenta del agresor	Justificar el consentimiento
Obligar o presionar a que las mujeres tomen medidas judiciales o de abandono del hogar, sin tener en cuenta si están preparadas para ello, así como las consecuencias de tomar ciertas medidas	Prejuicios con respecto al nivel formativo, impotencia, frustración por repetición de esquemas, dificulta la empatía
Posibles actitudes machistas que se pudieran desarrollar inconscientemente	Juzgar el abandono familiar y no comprender el problema de la adicción

Fuente: Elaboración propia.



1.4.- FACTORES QUE VULNERAN LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Cuando se conceptualiza la Violencia contra las Mujeres o la Violencia de Género, es necesario ser consciente que engloba todas las manifestaciones de violencia contra la mujer posibles por el hecho de serlo, y la discriminación a la que se ve sometida que es mantenida por el sistema patriarcal de diferenciación sexo/género. Se trata pues de un tipo de violencia sustentada por un contexto general de discriminación sistemática contra la mujer y otras formas de subordinación estructural y cultural.

Con ello nos referimos a mujeres que profesan religiones distintas a las del país en el que residen, a la discriminación y precarización laboral y económica que de ella se deriva, a la diversidad funcional y la fallida inclusión social, a mujeres procedentes de otras culturas, a mujeres en situación de riesgo y exclusión social como son las que viven en la pobreza y el sinhogarismo, las que padecen una enfermedad mental, las que son cuidadoras, prostitutas y víctimas de trata, a las reclusas o a las que tienen una orientación y/o identidad sexual diferente a la binaria y heteronormativa.

Este apartado podría llegar a ser extenso si profundizáramos en cómo afecta cada una de las dimensiones citadas a los procesos de recuperación de la mujer consumidora que sufre maltrato, y cómo la discriminación incide sobre ella y **complejiza su situación**, a medida que se van uniendo un mayor número de condicionantes. Por ello la existencia de la figura del/a profesional consciente de todas las realidades, es fundamental para establecer con ella un **plan de trabajo** que pueda llegar a ser exitoso.

1.4.1.- LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES O VIOLENCIA DE GÉNERO

Una de las virtudes de los **servicios** integrantes en la **Red**, consiste en ser la primera puerta de entrada al sistema sociosanitario, y quizás las/os profesionales, las primeras personas con **capacidad de detectar** la situación de maltrato, debiendo activar las medidas oportunas para orientar a la mujer. A continuación, se citan los tipos de violencia directa, el ciclo que tradicionalmente se experimenta, la importancia de identificar el estadio en la escalada de la violencia y las nuevas formas derivadas de la Era Digital y de la Información.

- ✓ **Tipos de violencia directa hacia la mujer** reconocidos según la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de Canarias en su artículo 3:

Violencia física	"Comprende cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de una mujer, con el resultado o el riesgo de producirle una lesión física o un daño"
Violencia psicológica	"Comprende toda conducta u omisión intencional que produzca en una mujer una desvalorización o un sufrimiento, mediante amenazas, humillación, vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción verbal, insultos, aislamiento o cualquier otra limitación de su ámbito de libertad"
Violencia económica	"Consiste en la privación intencionada de recursos para el bienestar físico o psicológico de una mujer y, si procede, de sus hijas o hijos, y la limitación en la disposición de los recursos propios o compartidos en el ámbito familiar o de pareja"



Violencia patrimonial	Referido al hecho o supresión con ilegitimidad que implique daño a la supervivencia económica de la víctima de sus bienes, instrumentos de trabajo...
Violencia sexual, tráfico, prostitución y mutilación genital femenina	Consultar el punto 3.4 de este Protocolo referido al Plan de Intervención ante la Identificación de Violencia Sexual

Fuente: Elaboración propia.

- ✓ **Ciclo de la violencia.** – Según Carandell Jager, E. (2009, p. 19) en el documento titulado Recomendaciones para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Illes Balears que a su vez cita a Walker, L. (1979), describe las tres fases:

Fase de acumulación de la tensión	"Esta suele caracterizarse por un incremento de la tensión e irritabilidad del maltratador y por cambios súbitos del estado de ánimo con tirantez e incidentes menores (miradas, actitud hostil, gestos amenazadores). Normalmente, la mujer intenta no hacer aquello que pueda molestar, en la creencia irreal de que podrá evitar la agresión"
Fase de explosión de la violencia	"Se produce una descarga a través de conductas de violencia física, psicológica o sexual. Es una fase de máximo peligro para la víctima y, en general, es breve. Suele ser el momento en que la mujer denuncia o busca ayuda"
Fase de arrepentimiento o "luna de miel"	"El agresor se disculpa o justifica la violencia por una pérdida de control que no se repetirá. Puede llamar a familiares para que intercedan ante la mujer, se muestra dispuesto a hacer algún tipo de terapia, se vuelve afectuoso en un intento de evitar la ruptura".

Fuente: Elaboración propia.

El ciclo se da en procesos más cortos de tiempo a medida que se repiten estas conductas. El proceso de arrepentimiento solo se dará en las primeras ocasiones que se haya producido una agresión. Según se haya ido aceptando el juego, se irá acortando hasta diluirse. En este momento la impunidad será total y el **RIESGO** para la integridad de la mujer será **MÁXIMO**. Los ataques cada vez se sucederán con más frecuencia, serán intensos y peligrosos, y el ciclo imparabile.

CICLOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO



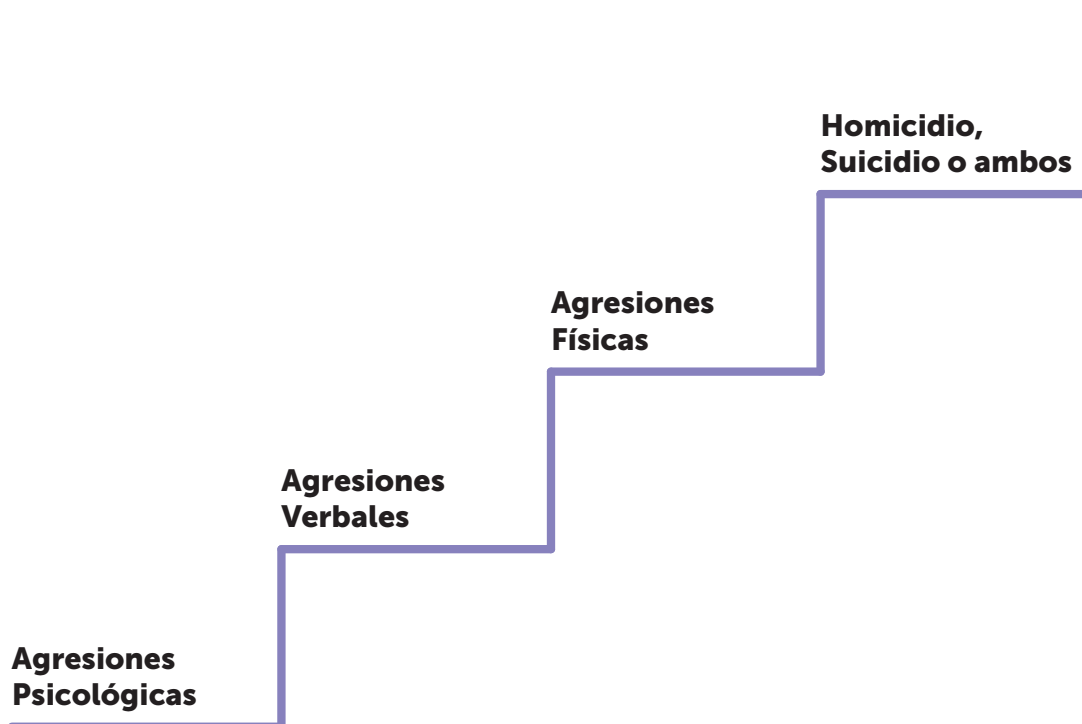
FUENTE: Walker, L. (1979)



- ✓ **Escalada de la violencia.** – Tal y como se indica en el Protocolo de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico del Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias (2003, p. 21-22).

El maltrato suele comenzar con conductas de abuso psicológico más difíciles de percibir por su apariencia amorosa. Son conductas restrictivas y controladoras (agresiones psicológicas y verbales) que van minando la propia capacidad de decisión y autonomía, a la vez que van produciendo dependencia y aislamiento. Ejemplo de ello son los celos, el control y censura sobre la ropa, las amistades, las actividades, los horarios y las salidas de casa. En muchos casos, estas conductas no son percibidas como agresivas, por lo que, aquellas mujeres que las admiten y minimizan van desarrollando una situación de indefensión y vulnerabilidad. Frecuentemente, esto representa la etapa anterior a la agresión física. El aumento progresivo de la violencia puede extenderse a lo largo de un prolongado periodo de tiempo, de manera que es difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa. A menudo, sólo con el paso del tiempo, la víctima constata que existe esta escalada que puede conducirle hasta la muerte. Es importante que la mujer sea consciente del peligro que corre y de la necesidad de protegerse a sí misma y a sus hijos/as, así como de su imposibilidad para controlar y corregir la conducta del agresor.

ESCALADA GENERAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

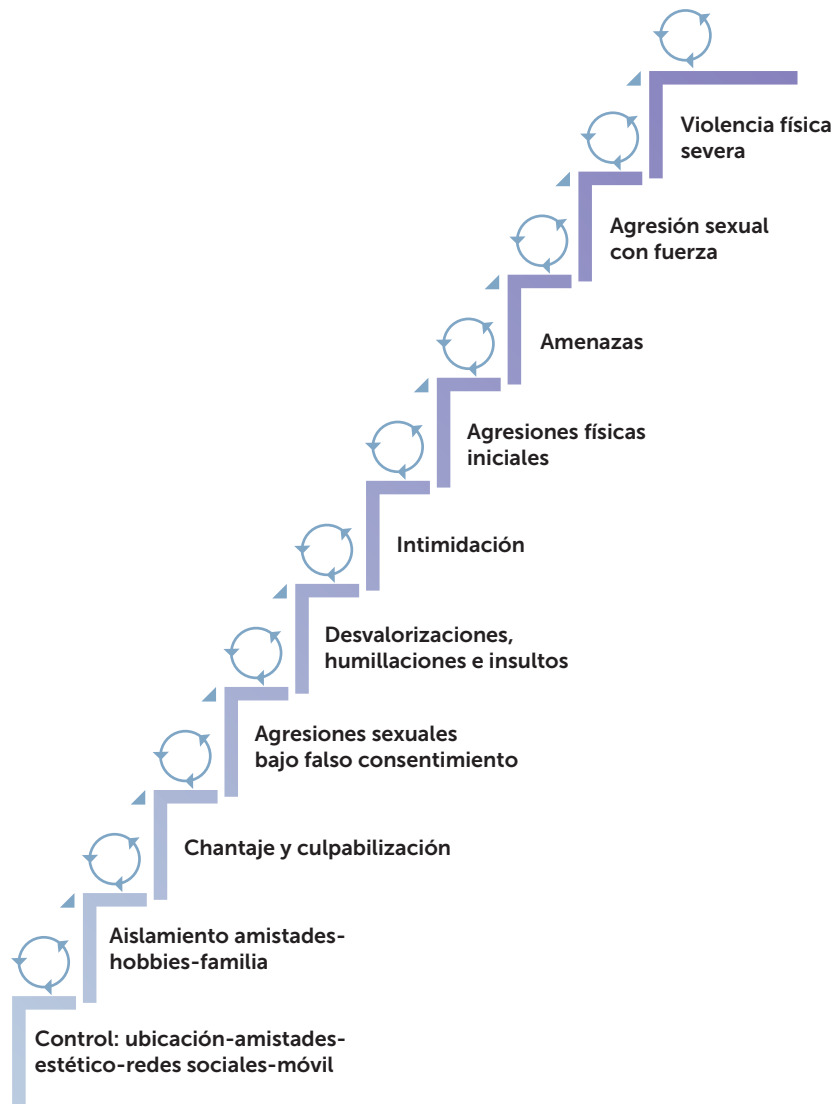


FUENTE: Larouche, 1987.

Viviendo en la **Era de la Digitalización y la Información**, las/os adolescentes han desarrollado **nuevas formas de agredir** a su respectiva compañera o ex compañera sentimental a través del uso y manejo de las redes sociales y otras vías de comunicación, por ello no solo se evidenciará cuál es la escalada normal de la violencia de género en la población general, sino también se ejemplificará cómo se materializa en las relaciones que mantienen las/os jóvenes, según el estudio de la socióloga Ruíz Repullo, C. y el Instituto Andaluz de la Mujer (2017).



ESCALERA CÍCLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA



FUENTE: Ruíz Repullo, C. & Instituto Andaluz de la Mujer (2017)



II.- FASE DE DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN

2.1.- INDICADORES Y CRITERIOS QUE PUEDEN AYUDAR A IDENTIFICAR A UNA MUJER QUE SUFRE MALTRATO

La Organización Mundial de la Salud recomienda el **cribado universal** a todas las mujeres mediante la inclusión acerca de **preguntas** sobre la existencia del maltrato en el transcurso de las entrevistas terapéuticas, esto nos permite como profesionales contribuir a la **detección precoz** de este fenómeno. Investigar solo cuando se perciben signos evidentes de malos tratos físicos no es suficiente, además no existe un perfil determinado de mujer que permita avanzar en la detección de casos, por lo que es necesario integrar la idea de que hablamos de un problema de salud, y como tal se abordará en las consultas terapéuticas. (Fernández & Herero, 2003).

Independientemente de la edad, perfil, nivel educativo, situación laboral, etc., será **objeto de nuestra atención cualquier mujer que acuda a consulta, a pesar de que no manifieste abiertamente sufrir violencia de género o mostrar signos de maltrato** por esta causa. Se tendrá especial consideración a las mujeres embarazadas, las que tengan hijos e hijas, las que vivan en entornos rurales, las que presenten diversidad funcional y las migrantes, principalmente ya que pueden experimentar una situación de mayor vulnerabilidad.

Tal y como se cita en el Protocolo de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico creado por el Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias ((2003, p.36), es **imprescindible aclarar** que los indicadores que se presentan de cara a poder identificar a una mujer que está siendo agredida por motivos de género sean los únicos, que unos tengan mayor peso sobre otros, o bien que un caso sea más grave que otro, por la asociación de un mayor número de indicadores.

Cada caso es único e irrepetible y se debe analizar desde la parcialidad que le es inherente, recae en la formación, conocimiento del caso y la propia práctica clínica, lo que le permitirá a cada profesional determinar si se encuentra o no ante un caso de esta naturaleza.

Los indicadores que se van a exponer a continuación atienden a la línea de detección que establece el Protocolo de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico, elaborado por el Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias ((2003, pp.34-35) habiendo sido ampliado y adaptado por el grupo de trabajo de las/os profesionales adscritos a la Red de Atención a la Adicciones de la Comunidad Autónoma de Canarias.

A) INDICADORES DE SOSPECHA ENTRE LOS ANTECEDENTES DE LA MUJER

- **Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en el pasado:** Haber presenciado o sufrido malos tratos, abusos y/o agresiones sexuales en la infancia. Normalización de la violencia en la pareja. Haber vivido otras relaciones de maltrato. Haber mantenido relaciones asimétricas o poco igualitarias, naturalizando comportamientos violentos como legítimos.



- **Antecedentes personales y hábitos de vida:** Conductas de huida o evasión como uso y abuso del alcohol y otras sustancias. Abuso de medicamentos del tipo psicofármacos. Trastorno de conducta alimentaria. Múltiples accidentes domésticos, caídas, “propensión a accidentes”. Depresión y ansiedad. Intentos de suicidio. Crisis de fobia y pánico. Alteraciones de conducta.
- **Antecedentes gineco-obstétricos:** Ausencia de control de fecundidad (muchos embarazos, no deseados y/o no aceptados), historia de abortos de repetición, falta o retraso en la atención prenatal, lesiones en genitales, abdomen o mamas durante el embarazo. Hijos/as con poco peso al nacer. Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición.
- **Motivo/s de consulta/s:** Quejas somáticas repetitivas, cefaleas, cervicalgia, dolor crónico en general, dolor torácico, trastornos digestivos, etc. Insomnio, depresión, ansiedad, baja autoestima, agotamiento psíquico y/o irritabilidad.
- **Utilización de servicios sanitarios:** Hiper frecuentación y periodos de abandono o largas ausencias. Uso inadecuado de los servicios médicos. Hospitalizaciones frecuentes.
- **Aspectos sociales:** Aislamiento familiar como social, vigila la conducta de su acompañante en consulta, dificultades laborales y alta tasa de desempleo, ausencia de habilidades sociales, obtención de información a través de familiares, amistades y/u otros profesionales e instituciones.

B) INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA

(Para consultar mayor número de indicadores, acudir al documento del Protocolo)

B.1.- INDICADORES FÍSICOS

Cuando no coincide, no es coherente o no concuerda la lesión detectada con la explicación
Lesiones en brazos, antebrazos, muñecas y/o cara palmar de dedos (signos de defensa o lucha)
Lesiones en distintos estadios de curación, violencia a lo largo del tiempo
Falta de cuidado personal
Historia de alta accidentalidad
Lapsus de tiempo entre accidente y consulta (ocultación de lesiones)
Justifica lesiones o resta importancia a las mismas
Lesiones durante el embarazo / Historia de abortos repetidos
Dolencias frecuentes (dolores de cabeza, mareos...)
Llevar gafas de sol para ocultar indicios físicos
Recurrir al uso desproporcionado del maquillaje para ocultar posibles hematomas
Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evita mirar a la cara del/a profesional
Trastornos de la conducta alimentaria, delgadez / Trastornos del sueño, insomnio
Utiliza el pelo para ocultar tirones y falta de cabello, así como para ocultar golpes



B.2.- INDICADORES SANITARIOS

Abuso de medicamentos del grupo de las benzodiazepinas, psicofármacos
Frecuentes problemas de salud física, lesiones con características atípicas de las mismas, problemas ginecológicos y obstétricos
Infecciones de transmisión sexual (ITS)
Falta de atención y/o concentración
Hiper frecuentación de servicios médicos como vínculo de apoyo, o abandono, retrasos, olvidos de cita, no justificación de ausencias
Intentos de autolisis como intento de huida
Respecto a la salud mental, las mujeres que consumen y sufren violencia llegan con trastornos mentales, muchas veces el consumo viene derivado de hechos traumáticos
Si ha estado hospitalizada y el motivo
Somatización a través de la ansiedad, cansancio, sobrecarga, dolores músculo esqueléticos, fibromialgia vinculada a violencia psicológica y sexual
Propensión a "accidentes", justifica lesiones o resta importancia a las mismas

B.3.- INDICADORES RELATIVOS A LA ADICCIÓN

Consumos y periodos de abstinencia ligados a los de la pareja
Agravamiento de la situación de consumo
Agresor vendedor y pareja embarazada, chantaje emocional con la posibilidad de perder la custodia del/a menor, siendo él mismo quien le suministra la sustancia
Consumo invisible, oculto en relación a su pareja y/o familia
Desarrollo de otras conductas compulsivas como compras compulsivas, comer compulsivamente – trastornos alimentarios, juego – ludopatía. Utilización de redes sociales como búsqueda de atención – vínculos y sexo, de forma compulsiva
Es incitada a consumir para anular su voluntad
Forma de adquisición de la sustancia y vincular el consumo al entorno en el que se mueve la mujer, por ejemplo, si son prostitutas o se encuentran en situación de trata con fines de explotación sexual
Fracaso en tratamiento de deshabitación del consumo por parte de la mujer, por manipulación del hombre
Justifica a la pareja cuando es agredida, aunque los dos consuman
Muchas veces son las parejas quienes son los atendidos por su terapeuta y son los maltratadores. La pareja que acompaña suele consumir benzodiazepinas y/o alcohol, entre otras sustancias
Otorga mayor importancia al consumo, dejando en segundo plano la situación de violencia a la que está expuesta
Parejas consumidoras y/o que tengan algún tipo de patología mental
Recaída en el consumo de sustancias tras periodos de estabilidad en la abstinencia, sin que existan aparentes factores de riesgo
Venir acompañada del maltratador, él va para asegurarse de que no se desintoxique, de que fracasa en el tratamiento



B.4.- INDICADORES PSICOLÓGICOS

Acentuación o reaparición de síntomas depresivos, ansiedad, pánico, ideación suicida
Actitud de alerta y/o comportamiento excesivamente inhibido o agresivo
Aislamiento, control
Busca constantemente su aprobación cuando él está presente ante el/a profesional
Aunque ambos consuman, ella se culpabiliza, "me lo merezco", lo justifica y disculpa
Descuido de higiene y cuidado personal en general
Dependencia afectivo-emocional hacia su pareja
Énfasis en la confidencialidad respecto al presunto maltratador y sentimientos de culpa y vergüenza
Evita contacto visual con el/a profesional, se le observa temerosa y/o avergonzada
Indefensión, inseguridad, desesperanza de la mujer
Múltiples diagnósticos psicopatológicos previos: trastorno de la conducta alimentaria, síndrome ansioso-depresivo, trastorno de la personalidad...
Percepción de dificultad para tomar decisiones y manejar conflictos en solitario
Ropa inapropiada para la época estacional. Cuidado con no confundir con periodo de desintoxicación
Si pareja está presente en consulta, ella busca constantemente su aprobación

B.5.- INDICADORES SOCIALES

Conflictos de familia extensa de ella que él se ha encargado de generar. Ella manifiesta que no recurriría a su familia para solicitar apoyo
Dependencia económica de su pareja, control económico
Evitar que ella trabaje y justificación interiorizada de ella
Lenguaje no verbal que dice más que el verbal, de ella sola en consulta, de ella con él delante en consulta, entre la pareja y/o con las/os profesionales
Relato de terceros, familiares, amistades, otras/os profesionales, entre otros
Atención a personas en situación de especial vulnerabilidad como las trans*, con diversidad funcional (discapacidad intelectual...), mujer rural, prostitución, en situación de trata, migrantes, LGT-BIQ+, sin hogar y salud mental, entre otras
Repetición del mismo estereotipo de pareja maltratadora
Indicadores en el terreno laboral del tipo, si trabaja, él le va a buscar siempre
Bajas laborales recurrentes
Activación por parte de otros recursos – servicios de atención comunitaria
Venir siempre acompañada por su pareja



B.6.- COMÚN A TODOS LOS INDICADORES

ACTITUD DEL PRESUNTO AGRESOR EN CONSULTA	ACTITUD-TESTIMONIO DE LA PRESUNTA MUJER MALTRATADA
A veces colérico u hostil con ella y/o con profesional en consulta	Agresor critica su vestimenta y amistades
Aparenta estar excesivamente preocupado o solícito con ella	Ejerce sobre ella manipulación, presión y control
Él la acompaña, la desvirtúa, comenta que ella no sabe, la apariencia es que la cuida, pero es todo lo contrario	El agresor le acusa de coquetear con otros hombres.
Establece barreras a la comunicación con la paciente	El agresor pretende dar lástima y llega a adoptar comportamiento de víctima
La interrumpe para rectificar, precisar o decir a su manera el relato de ella	Él conoce sus claves de acceso al móvil y/o a sus redes sociales
La presencia del hombre desvirtúa, boicotea, cuestiona, anula a la mujer y se muestra hostil hacia las/os profesionales en las citas	Ella tiene conciencia del problema y motivación para el cambio
Muy controlador, siempre contesta él	La aísla, amenaza y culpabiliza
Solicita estar presente en toda la entrevista	La descalifica y desvaloriza
Misoginia del maltratador con pareja o expareja y/o contra profesionales femeninas	Celos, posesión, obsesión

Es importante tener en cuenta que, **aunque la mujer no manifieste y/o reconozca** estar viviendo violencia en la actualidad, hay que valorar si la situación en la que se encuentra es consecuencia del maltrato recibido.

2.2.- ESTRATEGIAS PARA ABORDAR ESTA REALIDAD

El/a profesional ocupa una posición privilegiada ante la detección precoz de este tipo de situaciones por la naturaleza de **relación de ayuda** que se genera con la paciente, logrando crear dentro del proceso de tratamiento que implica una intervención continuada, la confianza que permite detectar las etapas de cambio en la que se puede encontrar la persona, y **trabajar** con ella **desde la interdisciplinariedad** de los equipos.

El cometido principal que desde los equipos de la Red se debe tener presente, parte de la **detección y prevención** del maltrato a la mujer, promoviendo información general sobre el fenómeno de la Violencia de Género, aplicando la mirada diferenciada sobre la mujer, por si pudieran existir indicios que hicieran sospechar que estuviera sumida en una situación de este tipo. Sensibilizando y trabajando desde los equipos profesionales la violencia hacia las mujeres de manera transversal, fomentando la conciencia y el empoderamiento en las agredidas, y derivando con los recursos de atención especializados. Manteniendo el compromiso de una coordinación continuada, velando por el **seguimiento y protección** de la integridad de la mujer.

El papel que se desempeña desde la Red es importante a la hora de detectar, valorar, actuar y saber derivar cada caso en concreto, si hay un Protocolo diseñado, el/a profesional tendrá más claro cómo actuar ante una situación de riesgo y sabrá derivar a los recursos dependiendo del



perfil de la mujer y el tipo de caso, proporcionándole una mejor **intervención** a nivel **preventivo o asistencial**.

2.2.1.- ¿CÓMO PRESENTAR EL TEMA COMO UN PROBLEMA DE SALUD?

- ✓ A través de la psicoeducación, esto es, aportándole datos estadísticos para que la mujer sea capaz de manejar el problema, reforzando fortalezas, recursos y habilidades propias, así como se le informa del apoyo institucional con el que cuenta.
- ✓ Aludiendo a noticias diarias sobre violencia de género como problema presente y grave en la actual sociedad en el ámbito de la salud.
- ✓ Exponer situaciones o casos similares... en España se producen muchos casos similares ¿Cree ud. que puede estar viviendo una situación familiar de este tipo?
- ✓ Sensibilizando y concienciando para que la mujer entienda que la violencia de género o maltrato, produce síntomas de enfermedad mental, física y/o social.

EJEMPLOS DE CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA Y LA COACCIÓN SEXUALES PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo ginecológico • Embarazo no planeado • Aborto inseguro • Disfunción sexual • Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH • Fístula traumática
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Trastorno por estrés postraumático • Ansiedad • Dificultades del sueño • Síntomas somáticos • Comportamiento suicida • Trastorno de pánico
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas) • Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente
Resultados mortales	<p>Muerte por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suicidio • complicaciones del embarazo • aborto inseguro • sida • asesinato durante la violación en defensa del "honor" • infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación

FUENTE: Organización Mundial de la Salud (2013)



2.2.2.- ESTRATEGIAS DE ACERCAMIENTO Y TIPOLOGÍA DE PREGUNTAS, SEGÚN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

Cuando el/a **profesional sospecha** que puede encontrarse ante un caso de una mujer que sufre maltrato por motivos de género, debe tener claro qué **tipo de preguntas**, en qué momento de la interacción y qué tono debe emplear, para que ésta sea capaz de depositar su confianza y compartir su experiencia. Por tanto, se deberá comenzar por preguntas generales e indirectas, para posteriormente ahondar en preguntas más específicas y directas; así mismo, se detalla una serie de **estrategias** que se pueden tener en cuenta, según los momentos en los que transcurre una entrevista con una mujer en su **fase inicial, durante su desarrollo y al final** de la misma, según se establece en el Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos "Violencia Contra las Mujeres" de la Consejería de Sanidad del Gobierno Cántabro (2007, pp. 28-29) y aconsejan las/os profesionales que han participado en la elaboración de este documento.

2.2.2.1.- FASE INICIAL DE LA ENTREVISTA

(Para consultar mayor número de indicadores, acudir al documento del Protocolo)

ESTRATEGIAS	TIPOS DE PREGUNTAS GENERALES E INTRODUCTORIAS
Acercamiento a través de preguntas generales a modo introductorio del tipo sociales, familiares, médico, laborales... e ir a las más específicas relacionadas siempre con la sospecha de maltrato, contextualizarlas y tener en cuenta nivel de empatía y momento en el que se encuentra la mujer	¿Cómo se organizan en casa con los/as menores, tareas del hogar, lo económico? De forma transversal y paralela preguntar, evitando cuestiones de cierre y ver qué manifiesta la mujer.
Atender a la mujer sin su pareja	¿Crees que necesitas ayuda por algo que te esté pasando?
Utilizar técnicas de escucha reflexiva, evitando juicios de valor	¿Cómo van las cosas en casa? ¿Tienes algún problema importante en estos momentos? ¿Tienes algún conflicto familiar?
Espacio debe ser adecuado y seguro	Si existe un problema en casa con tu pareja ¿Discuten mucho, llegan a acuerdos?
Adaptar horarios de atención a las posibilidades reales de la mujer	¿Cuentas con el apoyo de tu pareja en este proceso? ¿Tienes otro tipo de apoyo/s?
Asegurar confidencialidad de la información	Parece que te encontraras asustada ¿Qué temas?
Evitar sobrecarga emocional que se puede crear si se sobre atiende a la señora por varios/as profesionales	¿Cómo describiría/s la relación de pareja? ¿Cómo es tu relación de pareja?
No dar por sentado que no hay violencia	Preguntar por trayectoria de parejas contraídas en el pasado
Ser consciente y cuidar la manera de utilizar el lenguaje verbal y no verbal	¿Ha sucedido últimamente algo en tu vida que te tenga preocupada o triste?
Utilizar genograma, cronograma y/o historia de vida	Ante discusión y/o discrepancia, ¿cómo lo suelen resolver?



2.2.2.2.- DURANTE EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

ESTRATEGIAS	TIPOS DE PREGUNTAS MÁS ESPECÍFICAS Y DIRIGIDAS
Acompañamiento en el proceso, tanto si se deriva a recursos especializados, como mientras no se dé	¿Ha sufrido o está sufriendo alguna situación que se pueda considerar como violenta?
Identificar en qué etapa del ciclo de violencia se encuentra para trabajar la ambivalencia	¿Qué problemas ha ocasionado tu consumo en casa? ¿Cómo se revuelven?
Apoyo emocional sin dar falsas esperanzas sobre resolución de situación	¿Sientes preocupación o temor por tus hijas/os?
Contribuir a la reflexión y ayudar a ordenar sus ideas para la toma de decisiones	¿Tu pareja es consumidora? Si la respuesta es sí, ¿Cómo se comporta con contigo? ¿Cómo te trata?
Dejar claro a la mujer que ella NO tiene la CULPA de la conducta de su pareja o expareja	¿Las relaciones de pareja son a veces violentas? ¿Qué ocurre cuando tienes una pelea en casa?
En casos de violencia de género, las VISITAS domiciliarias preavisadas o no, están DESACONSEJADAS porque podemos poner a la mujer en una situación de peligro	¿Te has llegado a sentir amenazada en alguna ocasión por parte de tu pareja, expareja y/o familiar?, en caso afirmativo, ¿podrías detallar lo ocurrido?
Explorar los factores de protección y/o redes de apoyo con los que cuenta la mujer	¿Tienes miedo o has tenido miedo de tu pareja o expareja?
Implicar en la intervención a figuras significativas y que simbolizan un apoyo real para la mujer (familiares, amistades)	¿Tienes alguna dificultad para ver a tus amistades y/o familiares? ¿Qué te impide hacerlo?
Intentar no prescribir fármacos que disminuyan su capacidad de reacción y/o provoquen aturdimiento mental, para no mermar su capacidad de alerta ante situaciones de peligro	¿Eres o has sido víctima de violencia de género? Adaptar la pregunta al contexto y momento de la intervención.
NO cabe MEDIACIÓN en casos de violencia de género	¿Tu pareja utiliza la fuerza contigo? ¿Cómo? ¿Desde cuándo?
No imponer criterios de actuación	¿Se producen situaciones violentas?

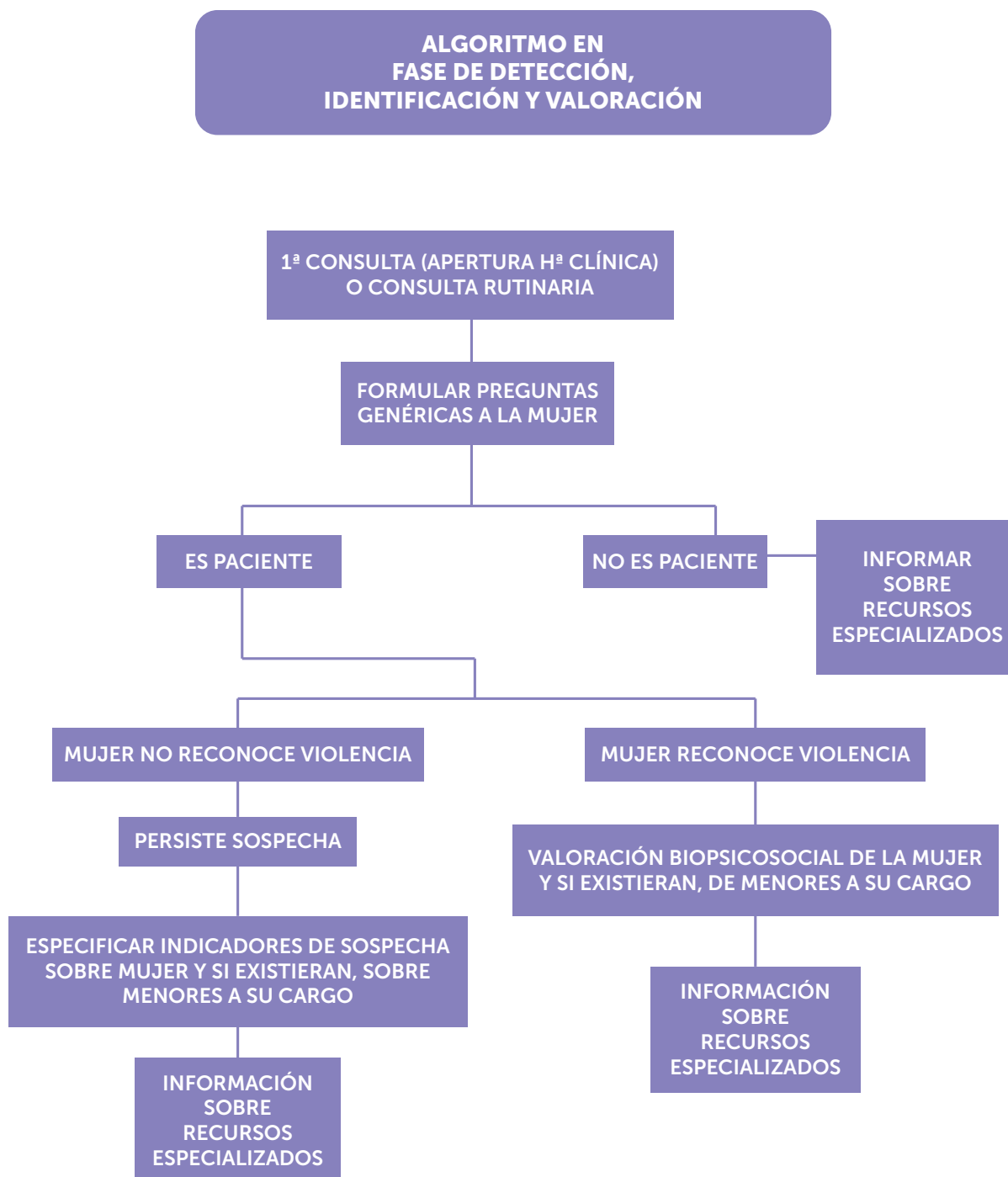
Las preguntas deberían **adaptarse a las estructuras de los recursos de la RED** (UAD, CD, URAD y UDH), abordando cuestiones que pertenecen al área profesional (médica, psicológica y/o social). Teniendo que encontrarse protocolizadas estas preguntas en la entrevista y posteriormente hacer una puesta en común en las sesiones clínicas, para valorar la situación de violencia de la mujer, qué tipo de intervención se llevará a cabo desde el equipo, y/o posible derivación – acompañamiento - seguimiento a otros recursos específicos.

2.2.2.3.- FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

ESTRATEGIAS
Informar sobre los números de emergencia ante situaciones de riesgo (112-DEMA), de consulta gratuita y anónima (016) y de la Red de Atención Especializada en Violencia de Género.
Proporcionar un feedback sobre la situación, consecuencias y riesgos
Cómo utilizar el lenguaje verbal y no verbal (acompañamiento a la puerta, despedida)
No dar falsas esperanzas o transmitir que el proceso de superación de la adicción y de la violencia será fácil
Reforzar autonomía y empoderamiento de la mujer, incidiendo en sus capacidades y fortalezas
Respetar la decisión de la mujer y ofrecer acompañamiento en todo el proceso dependiendo del nivel de riesgo valorado



2.3.- ESQUEMA O ALGORITMO DE ACTUACIÓN DE ESTA FASE DE DETECCIÓN



Cuando recibimos a una mujer en consulta puede ocurrir que sea por primera vez o que la consulta sea de seguimiento, hay que PREGUNTAR de manera rutinaria y con cierta periodicidad sobre si se encuentra expuesta a una situación de violencia. Se puede dar el caso que la mujer sea paciente o acompañante del paciente masculino. En ambos escenarios, **la valoración de posibles indicios se debe llevar a cabo**, y siempre debe quedar toda la **información** significativa **registrada en la historia clínica**.

- ✓ **Si la mujer acompañara al paciente**, habría que estar pendientes de detectar si existen indicadores de sospecha que nos lleven a deducir que se puede estar sucediendo una situación de violencia en la pareja, expareja o hacia la mujer por cuestiones de género. En



este caso, sería conveniente encontrar un momento de privacidad para poder informarle del número de asesoramiento gratuito y confidencial (016), del número de emergencias ante situación de peligro (112-DEMA) y de la Red de Servicios de Atención Especializada en Violencia de Género.

- ✓ **Si la mujer es paciente y RECONOCE VIOLENCIA**, habría que pasar a realizar la valoración biopsicosocial de ella y de menores que pudieran existir a su cargo, al tiempo que se le informa de los mismos recursos. Número de asesoramiento gratuito y confidencial (016), del número de emergencias ante situación de peligro (112-DEMA) y de la Red de Servicios de Atención Especializada en Violencia de Género.

- ✓ **Si la mujer es paciente pero NO RECONOCE VIOLENCIA Y PERSISTE LA SOSPECHA PROFESIONAL**. Identificar cuáles son los indicadores detectados, registrarlos en su historia clínica e informar a la mujer de la existencia del número de asesoramiento gratuito y confidencial (016), del número de emergencias ante situación de peligro (112-DEMA) y de la Red de Servicios de Atención Especializada en Violencia de Género.



III.- FASE DE INTERVENCIÓN

3.1.- CONSIDERACIONES PREVIAS UNA VEZ CONSTATADA LA EXISTENCIA DE VIOLENCIA

Existen una serie de recomendaciones y orientaciones sobre una serie de aspectos que se deben evitar, para no dañar o romper la relación vincular. Para esta fase de intervención, se ha recurrido a la consulta de dos documentos como son el Protocolo de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico, elaborado por el Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias (2003, pp. 49-50) y el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (2006, p. 25) y a las aportaciones realizadas por las/os profesionales de la Red de Atención a las Adicciones de la Comunidad Autónoma Canaria.

CUESTIONES A TENERSE EN CUENTA	CUESTIONES A EVITARSE
Ante la detección de posibles signos de violencia, priorizar la seguridad de la mujer y menores, así como el mantenimiento del contacto con el centro especializado	No habla quien no es escuchada/o, se debe de escuchar de forma asertiva, es el instrumento transformador por excelencia
¿Qué escuchar? Ideas, no datos, la esencia de todo el mensaje es el contenido, la forma es secundaria	No dar fármacos que limiten excesivamente la capacidad de reacción de la mujer
INFORMAR LA ENTREVISTA, es determinante dejar constancia, incluir el análisis y la intervención profesional realizada en la HISTORIA CLÍNICA	Estar alerta de prejuicios propios y ajenos. Prejuicios personales son también profesionales
Puede ser la primera entrevista o la única. Se deben de tener en cuenta los problemas concretos, variados pueden ser los objetivos por los cuales la mujer se decide acercarse a un/a profesional (compañía, conocer disponibilidad o interés profesional para asegurarse de que en caso de tomar una decisión, cuenta con algo o con alguien)	Derivación como primera intervención, salvo en casos de peligro extremo
Ritmo de la entrevista, debe comenzar en el punto en el cual se encuentre la mujer, poner en práctica la escucha y esperar a que discrimine la demanda para poder intervenir	Actitudes de excesivo dramatismo en presencia de la mujer que podría hacerle sentir presionada para tomar una decisión
Sobre la indisposición de la mujer a ser atendida por miedo, desconfianza o sentimiento fatalista, pueden ser obstáculos para recibir ayuda profesional. El hecho de pedir apoyo, no significa que se esté en condiciones de recibirla	Interponer denuncia y/o derivar sin el conocimiento de la mujer
Ser precavida/o si la mujer viene acompañada	Confrontación del testimonio de la mujer



RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Conocer e informarle de los recursos disponibles en la zona, sanitarios, sociales, psicológicos y legales
Consensuar los objetivos terapéuticos a trabajar y los tiempos conjuntamente con las secuencias del proceso de violencia
La mujer es quien debe tomar las decisiones, salvo en situación de riesgo extremo
Favorecer la búsqueda de apoyos y la implicación de figuras significativas en el tratamiento
Proporcionar un feedback sobre su situación, las consecuencias y los riesgos
Identificar el estado motivacional en el que se encuentra, con el fin de reducir resistencias y favorecer los procesos de cambio en relación a la violencia
Identificar y afrontar las dificultades/obstáculos de forma progresiva, facilitando el mantenimiento en el tratamiento
La única protagonista es la mujer entrevistada, se deben detectar los obstáculos a los que se enfrenta
Mostrar y expresar apoyo profesional, sea cual sea la decisión que tome la mujer
El proceso de cada mujer lleva su tiempo, a veces años, se debe comprender las dificultades a las que se enfrenta
Una de las emociones principales que está presente en las mujeres violentadas es la vergüenza, hacerla sentir que se trata de una situación "frecuente" y que sus emociones también lo son. Hablarle de las emociones y su normalización en su circunstancia, hace que la persona se sienta comprendida y fluya mejor en su expresión emocional
Establecer y mantener contacto con los recursos que intervienen con la mujer

En lo que, a la **temporalidad** para aplicar **preguntas de sondeo** a la mujer, dependerá del caso, así como de:

- ✓ Si su actitud es más o menos receptiva, si hay más o menos miedo, si existe una situación declarada.
- ✓ Exista o no sospecha de violencia de género, cada vez que acuda a consulta.
- ✓ Cada semana igual que se pregunta por la evolución relativa al tratamiento sobre su adicción.
- ✓ "Dejar la puerta abierta" para cualquier consulta, si no se valora riesgo.

3.2.- VALORACIÓN BIOPSIICOSOCIAL Y DE SEGURIDAD DE LA MUJER

Cuando el/a **profesional constata** que la mujer a la que está prestando servicio por su problema de adicción, se encuentra en una **situación de maltrato por motivos de género**, es fundamental abordar el tema con ella de una forma muy sutil, para que deposite la confianza y ofrezca una mayor cantidad de información, que permita realizar un análisis y seguimiento más exhaustivo sobre la situación de violencia.

Para ello a continuación se detallan aunando la valoración recogida en varios protocolos ya existentes como son, el de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico, elaborado por el Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias (2003, pp.43-44); las Recomen-



daciones para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Illes Balears (2009, pp.40-41) y el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2006, p. 28); así como otras apreciaciones consideradas por las/os profesionales de la Red de Atención a las Adicciones de la Comunidad Autónoma de Canarias.

3.2.1.- VALORACIÓN FÍSICA

Ausencia de cabello resultado de tirones
Contusiones, hematomas, lesiones, erupciones
Dolor crónico en general / Frecuentes problemas de salud física
Lesiones durante el embarazo
Lesiones en distintos estadios de curación: violencia a lo largo del tiempo
Lesiones incoherentes con explicación de la mujer
Lesiones por agresión sexual
Quejas somáticas
Presencia de lesiones y características atípicas de las mismas
Secuelas físicas: cicatrices, limitaciones funcionales, incapacidades

3.2.2.- VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Respuesta psíquica inmediata <i>(Pierde intensidad con desaparición del hecho puntual)</i>	Abatimiento
	Confusión
	Descripción de acontecimientos vitales que han supuesto algo significativo (positivo/negativo y por franjas de edad)
	Negación de lo sucedido
	Reacciones de shock emocional
	Sensación de culpabilidad y vergüenza
	Temor o abatimiento ante una nueva agresión
Respuesta psíquica tardía o trastorno psicológico reactivo <i>(Relacionado con situación de vulnerabilidad de la mujer)</i>	Abuso de medicamentos sedantes y ansiolíticos, con alcohol y otras drogas
	Ansiedad, fobias, trastorno por estrés postraumático
	Baja autoestima, desesperanza, dificultad para tomar decisiones. Depresión
	Consumo para reducir insatisfacción familiar y/o de pareja
	Dependencia emocional del agresor
	Ideas y/o intentos de suicidio
	Trastornos psicopatológicos relacionados con el estado de ánimo, alimentación y síntomas del trastorno por estrés postraumático



3.2.3. - VALORACIÓN SOCIAL

Aislamiento socio familiar y/o conflictos con familia extensa
Comportamientos agresivos en espacios formales y/o informales
Existencia de menores, personas dependientes y/o mascotas
Historia laboral (Especial atención a bajas laborales)
Falta de cuidado personal
No hace uso de recursos de ocio y tiempo libre sin la compañía y el control de su pareja
Patrón relacional anómalo y/o ambivalencia con los servicios sociosanitarios
Exceso de presencia de la pareja a la hora de acudir a las consultas
Haber sufrido y/o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales
Si ha puesto en marcha alguna estrategia de actuación
Control económico de su pareja
Sustancia de consumo, frecuencia y forma (sola o acompañada, en grupo)
Tipo de vivienda y número de convivientes
Sin lugar alternativo para vivir

**(Para consultar mayor número de indicadores, acudir al documento del Protocolo)*

3.3.- VALORACIÓN PSICOSOCIAL DE LAS/OS MENORES

El Pacto de Estado Contra la Violencia de Género, en vigor desde finales del año 2017, incide en que las/os hijas/os de las mujeres que reciben malos tratos, **víctimas directas o indirectas** de este fenómeno también son **objeto de protección**, por lo que cuando existen, se debe llevar a cabo la valoración psicosocial las/os mismas/os.

Para detallar esta relación de indicadores, se ha recurrido al Protocolo de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico, elaborado por el Servicio Canario de la Salud (2003, p. 45), a las Recomendaciones para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Illes Balears (2009, p. 42), al Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2006, p. 15), y al Manual de Indicadores de Violencia de Género para Profesionales del Ámbito Sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2017, p.9); así mismo, se han incluido las aportaciones de las/os profesionales de la Red de Atención a las Adicciones de la Comunidad Autónoma Canaria.

3.3.1. - VALORACIÓN FÍSICA

Antecedentes de lesiones, accidentes...
Autolesiones, intentos de suicidio
Consumo de drogas
Dificultad respiratoria
Frecuentes enfermedades psicosomáticas: Cefaleas, mareos, dolor de barriga, dolor crónico general...
Menor busca estabilidad emocional en otro miembro de la familia
Molestias gastrointestinales
Presenta lesiones físicas (Hematomas, cortes...)



3.3.2. - VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Actitud sobreprotectora hacia su madre
Carencia de hábitos y/o rutinas
Conducta que puede adoptar, muy retraída/o (falta de sociabilidad con el grupo de iguales), con exceso de protección hacia su madre o maltratador/a de la misma
Conductas ansiosas y/o depresivas.
Inicio de consumo temprano
Miedo, sentimientos de amenaza
Presencia de conducta disruptiva del/a menor
Presentan mayor autosuficiencia que la que les corresponde a lo esperado a su edad
Trastornos del sueño y/o alimenticios / Trastorno en el control de esfínteres
Minimiza la adicción de su madre "este es un problema más"
Respuesta emocional desproporcionada como reacción a la afectación física – labilidad emocional
Baja autoestima
Trastornos depresivos: apatía, tristeza, irritabilidad, entre otros
Variación notable en el rendimiento escolar, absentismo

3.3.3. - VALORACIÓN SOCIAL

Dificultades en la socialización
Dependiendo de la edad, la manera en que trata a su madre: tono de voz, desprecio, repetición de patrones violentos
Aspecto físico, dejadez en los cuidados sanitarios
Presenta dificultades de aprendizaje en cualquier área del desarrollo: psicomotricidad, lenguaje y/o bajo rendimiento escolar
Proyecciones de agresividad en relaciones de pareja
Absentismo escolar
Reproducción de violencia-agresividad por imitación de lo vivido en el hogar
Presencia en calle por motivos de evasión del entorno familiar conflictivo

**(Para consultar mayor número de indicadores, acudir al documento del Protocolo)*

3.4.- VALORACIÓN DE LA SEGURIDAD Y ESCENARIO DE PROTECCIÓN

Una vez se haya concretado la situación de violencia que vivencia la mujer y las/os menores si existieran, se llevará a cabo y de forma conjunta con la misma, la **valoración del riesgo** existente; será determinante plantear la **urgencia** y el **tipo de intervención** que se podría desarrollar ante el escenario descrito por ella.

Para la valoración de estos parámetros también se ha recurrido a los protocolos anteriormente reseñados, Protocolo de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico, creado por el Servicio Canario de la Salud, Gobierno de Canarias (2003, pp. 45-46), a las Recomendaciones para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Illes Balears (2009, p. 42), y al Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2006, p. 28); así mismo, se han incluido



las aportaciones de las/os profesionales integrantes de la Red de Atención a las Adicciones de la Comunidad Autónoma Canaria.

Será **importante aclarar** si es la primera vez que la mujer sufre un episodio de violencia de género o no, si ha llegado a interponer previamente denuncia por este motivo, y si se le ha llegado a otorgar orden de alejamiento. Así mismo, será necesario indagar sobre el tipo de violencia manifiesta, la frecuencia e intensidad y la fase del ciclo de violencia en el que se encuentra la relación, como los mecanismos adaptativos desarrollados por la mujer.

Es necesario aclarar que **el SENTIMIENTO EXPRESO de la mujer a través del que manifieste que corre peligro, será un factor determinante para considerar la situación de PELIGRO O RIESGO EXTREMO.**

Si no lo verbalizara, **dos** serán los **niveles** de riesgo posibles a tener en cuenta, **sin riesgo y con riesgo extremo**. Se entenderá por peligro o riesgo extremo, la posibilidad de que se suceda un acontecimiento inminente con amenaza para la vida de la mujer, hijas/os y otras personas dependientes, por tanto, los indicadores recomendados para la valoración del riesgo son:

INDICADORES DE RIESGO EXTREMO

Implica riesgo inminente para la vida de la mujer y de la de sus hijas/as

Acosos, persecución y amenazas tras ruptura de relación y/o separación sentimental
Agresiones durante el embarazo
Agresor amenaza con suicidarse, matarla y/o matar a las/os hijas/os
Agresor dispone de armas en casa
Amenaza a familiares, amistades de la mujer y/o terceras personas
Amenazas o acoso a pesar de estar separados
Amenazas e intimidación, también a través de terceros y/o anónimos
Aumento de episodios, tipo de violencia e intensidad y no arrepentimiento del hombre
Celos extremos, control obsesivo de las actividades de la mujer
Amenazas y/o intentos de homicidio a ellas y/o a sus hijas/os
Agresiones sexuales repetidas
Ha solicitado ayuda exterior para terminar con la situación de violencia y el agresor lo sabe
Ella ha planteado la separación próximamente
Forzar a la mujer a ejercer la prostitución mediante amenazas

Respecto al **Plan de Seguridad y Escenario de Protección** y según la (Guía de Actuación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios de la Comunidad de Madrid para los casos de violencia de pareja hacia las mujeres, s.f. pp. 25-26), si la señora decide regresar a su domicilio se le ayudará a:

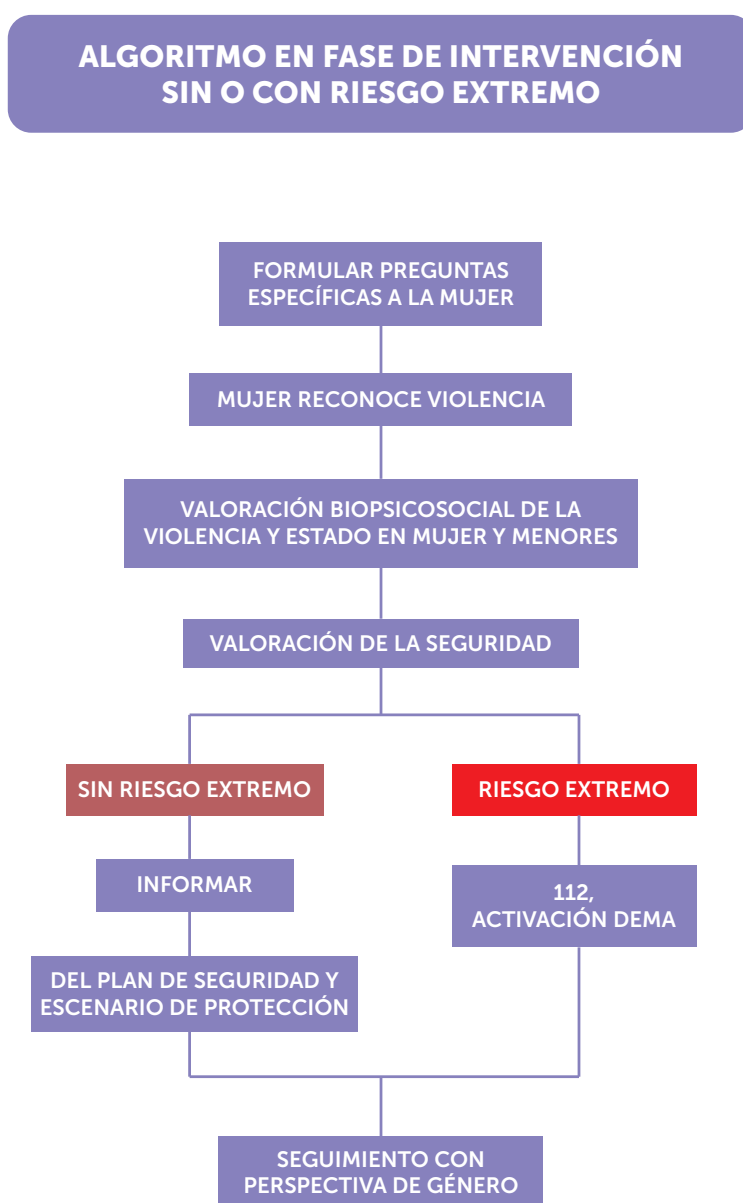
- ✓ Construir con ella una simulación de un episodio violento, para que pueda ponerse a salvo si lo llega a experimentar. Indicar que debe encerrarse bajo llave, tener móvil encima, llamar a números de emergencia (112 – DEMA), enseñar a sus hijas/os a protegerse y hacer todo el ruido que pueda, entre otros; y si, el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible protegiéndose.



- ✓ Debemos ayudarle a idear ese plan de escape, planeando por dónde saldría/a, qué debería llevarse, cómo pediría ayuda a recursos especializados y/o amistades y a dónde iría para estar a salvo. Debemos recordarle que debe tener preparado:
 - o Un juego adicional de llaves de la vivienda, listado de teléfonos importantes, documentos legales (tarjeta sanitaria de ella y menores, DNI, escrituras, informes médicos, denuncias si las hubiere y otras pruebas que haya podido recopilar).
 - o Ropa, medicación y lo que considere imprescindible para el diario de ella y los menores.
 - o Una cuenta corriente propia que solo conozca ella para que vaya ingresando dinero cada vez que sea posible; así como hacer una provisión de dinero en metálico.

- ✓ Debe intentar abandonar el domicilio cuando no esté el agresor, no ofreciéndole información, ni dejando indicios sobre sus planes de huida y acudir a las personas o servicios con los que había contactado de forma previa.

3.5.- ESQUEMA O ALGORITMO DE ACTUACIÓN DE ESTA FASE DE INTERVENCIÓN



Superada la fase de detección y cuando la mujer confirme la existencia de violencia, según el nivel de riesgo estimado, recordando que una situación valorada “sin riesgo extremo” puede pasar a ser considerada como de “riesgo extremo” de un momento a otro.

El/a profesional deberá de aplicar la valoración biopsicosocial tanto a ella como a su/s hijas/os si existieran para poder conocer cuál es la situación de violencia y el riesgo que entraña. En este punto existen dos variantes.

- o Se valora que **NO EXISTE RIESGO EXTREMO**, se debe informar a la señora de los recursos a su disposición, el 016 y el 112; así como la existencia de servicios especializados de atención integral; así mismo, se debe establecer de forma conjunta con ella un plan de seguridad y un escenario de protección, por si se sucediera un estallido de violencia en el que tuviera que protegerse. El seguimiento profesional y en coordinación directa con los servicios integrales debe ser fluido en pos de la protección de la mujer y su descendencia.
- o Se determina que **EXISTE RIESGO EXTREMO**, en este caso el/a profesional deberá informar a la mujer de que por su seguridad se va a proceder a activar a los servicios de emergencias a través del 112 – DEMA. Se deberá procurar que la mujer no se vaya del espacio en el que se le presta atención hasta que no lleguen los recursos activados. Una vez transcurrida y encauzada esta situación, se deberá de realizar seguimiento profesional de la mujer en coordinación con los servicios de atención integral.

3.6.- ACTUACIÓN ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual es una de las manifestaciones más claras y estadísticamente relevantes de la violencia de género consustancial al sistema sexo/género. Recordemos qué se entiende y qué formas puede adoptar la violencia sexual. Según la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género, en su artículo 3, se entiende la **violencia sexual y los abusos sexuales** como “cualquier acto de naturaleza sexual no consentido por las mujeres, incluida la exhibición, la observación y la imposición, mediante violencia, intimidación, prevalencia o manipulación emocional, de relaciones sexuales, con independencia de que la persona agresora pueda tener con la mujer una relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco”; así mismo se entiende por violencia sexual, “la violencia sexual contra mujeres y niñas, incluye la agresión sexual, el abuso sexual, y el acoso sexual”.

Una mujer que es agredida sexualmente por su condición de mujer se expone a sufrir un episodio traumático con graves consecuencias para su salud física, psicológica, sexual y social; además, en el caso de las mujeres con problemas de adicción, la presencia de violencia sexual se triplica. Este tipo de violencia **no siempre resulta fácilmente identificable o es verbalizada** por parte de la mujer que ha sido objeto de ella. Por ello es determinante que el/a **profesional** mantenga una **actitud de atención** ante la posible identificación de indicios, que puedan hacer creer que se está ante un caso de esta naturaleza.

Una vez que se confirmen las sospechas, la información de la mujer es crucial. Importante será no saturarla sino ser prácticas/os en los datos que se le ofrecen sobre la **necesidad de ser derivada al hospital** correspondiente, el tipo de pruebas que se le van a practicar (ginecológicas - médicas) y el curso que ese parte de lesiones va a llevar.



Ante este tipo de situaciones, la **inmediatez**, una vez que se ha entrevistado a la mujer es **determinante**, pues el tiempo puede jugar en contra de las pruebas que existen en su cuerpo y vestimenta, para poder ser valoradas por el/a profesional sanitario/a pertinente. Por ello la derivación al hospital, previa activación de ambulancia y sin que la agredida se asee, cambie de ropa, ni tome líquidos o alimentos tal y como se recoge en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España (2007, p. 35), es fundamental.

Hemos de saber y según indica la Guía de Actuación para Profesionales de la Salud ante Violencia de Género y Agresiones Sexuales en Euskadi, Comunidad Autónoma del País Vasco Osakidetza (2019, p. 75), que la agresión sexual puede haber sucedido de forma reciente, esto es, cuando han transcurrido menos de 120 horas (5 días) o que no haya sido reciente, esto es, cuando hayan pasado más de 120 horas (5 días), aunque recientemente se ha recogido el testimonio de profesionales relacionados con esta materia, que alegan haber podido recoger muestras ginecológicas válidas, hasta 20 días después de que se haya sucedido la agresión sexual. Será el/a médica/a competente, quien decida si se recogen o no muestras de interés legal, tras la valoración del caso.

En el supuesto de que la **agresión o abuso sexual no haya sido reciente**, la actuación será distinta. Será necesario sobre todo velar por la atención psicosocial y sanitaria correspondiente, estableciendo vías de coordinación con los recursos especializados en la atención de estos casos, como es la Red de Atención a Mujer y Menores Víctimas de Violencia de Género, si en el ámbito competencial no existiera un recurso específico para la atención de este tipo de situaciones.

3.7.- PLAN DE INTERVENCIÓN ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE UN CASO DE EXPLOTACIÓN SEXUAL Y TRATA DE MUJERES, INCLUSIÓN DE MATRIMONIOS FORZADOS

Se considera **trata de seres humanos** conforme a lo dispuesto en el Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, artículo 177 “la captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas incluido el intercambio o la transferencia de control sobre esas personas cuando se emplee violencia, intimidación o engaño o abuse de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de una víctima, ya sea nacional o extranjera, o cuando medie la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de la persona que posea el control sobre la víctima con alguna de las finalidades siguientes”, tal y como se cita en la Guía de Actuación para Profesionales de la Salud ante Violencia de Género y Agresiones Sexuales en Euskadi, Comunidad Autónoma del País Vasco Osakidetza (2019, p. 56)

- a) Imposición de trabajo o servicios forzados, esclavitud o prácticas similares
- b) Explotación sexual incluida la pornografía
- c) Explotación para realizar actividades delictivas
- d) Explotación de sus órganos corporales
- e) Celebración de matrimonios forzados

Ante este tipo de situaciones, el personal socio sanitario adherido a la Red de Atención a las Adicciones, debe prestar especial atención y aplicar una **mirada diferencial** desde la perspectiva de género, para poder detectar si la mujer a la que se está prestando atención, puede encontrarse en una situación de este tipo.



Será imprescindible que ante la sospecha o constatación de este hecho, nos aseguremos de atenderla sin que sea acompañada por nadie, para que pueda llegar a darse el espacio y el momento para que nos pueda trasladar o confirmar los indicios que estamos creyendo identificar; así mismo, será conveniente informar a la mujer e intentar derivarla acompañándola y establecer posterior coordinación con los Recursos de Atención Especializada de Atención Integral a Mujeres y Menores Víctima de Violencia de Género, y más concretamente a aquellos que en la propia Red intervengan con casos de trata con fines de explotación sexual e incluso de matrimonios forzados.



IV.- FASE DE COORDINACIÓN PREVIA Y POSTERIOR ENTRE REDES

(TRATAMIENTO DE ADICCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA)

El fenómeno de la violencia de género tiene una dimensión bastante compleja y requiere de un compromiso firme por parte de todos los agentes comunitarios intervinientes. Por ello, se hace necesario establecer una **comunicación bidireccional y continua** entre los agentes sociales, entidades, instituciones y/ o asociaciones que participan de forma activa en el tratamiento de la violencia de género. Resulta fundamental que dichos agentes conozcan los servicios que ofrecen otras entidades e instituciones, a través de acciones de coordinación previa y posterior a la derivación; así mismo, es prioritario determinar una misma línea de actuación, protocolizando las acciones ante casos de violencia de género.

Entre las principales **ventajas** del proceso de coordinación previo y posterior a la acción de derivación figuran:

- a) Comunicación interdisciplinar.
- b) Respuesta integral y eficiente.
- c) Plan de trabajo guiado con la mujer establecido entre los distintos recursos intervinientes con la misma.
- d) Evitación de duplicación de la intervención.
- e) Reducción del proceso burocrático.
- f) Se evita el maltrato institucional por el estigma de adicción.
- g) Se comparten visiones sobre el binomio adicción- violencia de género y otras variables que puedan confluir.

La coordinación ante una situación de violencia es fundamental para garantizar la seguridad de la mujer, ofreciendo una atención rápida y adaptada a las necesidades de la misma. Con la optimización de estos canales, se pretende que exista una homogeneidad de criterios para la detección, atención y seguimiento de los casos de violencia; así como sensibilizar a los/as distintos/as profesionales de la gravedad de la violencia y la necesidad de ponerle fin.

Una vez **detectado y valorado el nivel de riesgo** del caso, si procediera la derivación a otros recursos, los y las profesionales que acompañen a la mujer en el proceso, deberían establecer unos objetivos claros y explicarle a esta de forma comprensible, cuáles son las condiciones de los recursos que se van a activar y el motivo, en relación a la solución de su situación.

Los mismos servicios que se encarguen de ofrecerle a la mujer el apoyo y la derivación a determinados recursos especializados, deberían facilitarle el **acompañamiento** con el fin de minimizar el riesgo de que vuelva a la situación de violencia, mediante el conveniente seguimiento y empoderamiento.

Es importante y necesario tener en cuenta el estadio de violencia en el que se encuentra la relación entre la mujer y el presunto maltratador, así como la predisposición de la mujer a implicarse en su proceso, pues si se halla en una **situación de riesgo extremo**, habrá que actuar de inmediato; pero si está en una situación de **riesgo no extremo**, quizás intervenir sin tener en cuenta la toma de decisiones de la misma, puede llegar a ser contraproducente y peligroso para ella.



Es fundamental la derivación y coordinación con otras instituciones, servicios, entidades... para trabajar las diferentes dificultades y/o problemáticas que presentan las mujeres de la Red (patología dual, retirada de guarda y custodia de hijas/os, escasos recursos económicos, haber sufrido y/o estar sufriendo violencia de género...).

Consultar el **modelo de ficha de derivación** previsto para los casos de riesgo no extremo entre la Red de Atención a las Adicciones y la Red de Atención a la Violencia de Género en el **ANEXO 2 (pág. 55)** de esta guía.

Recordar, que para la implementación de esta ficha de derivación es necesario que la mujer otorgue su **CONSENTIMIENTO**. Para ello debe firmar un documento en donde quede constancia de ello, **ANEXO 1 (pág. 53)**, que debe ser adaptado por cada entidad en función de qué administración o empresa es la responsable del tratamiento de los datos.



V.- DIRECTORIO DE RECURSOS COMUNITARIOS

ESPECIALIZADOS EN VIOLENCIA PARA LA ATENCIÓN A MUJERES Y MENORES POR MOTIVOS DE GÉNERO

I.- RECURSOS DE EMERGENCIA

1.1.-DISPOSITIVO DE EMERGENCIA PARA MUJERES AGREDIDAS (D.E.M.A)

- Acceso: puede ser activado a través del Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia en el teléfono único de urgencias 112 por cualquier persona.
- Finalidad: salvaguardar la vida de las mujeres mayores de edad o en situación jurídica asimilable que han sufrido una agresión o que están en riesgo cierto de sufrirla, y cuya vida se encuentra en peligro.
- Horario: 24 horas, todos los días del año.
- Funciones: desplazamiento hasta el lugar donde se encuentra la mujer. Acompañamiento al reconocimiento médico inmediato en los servicios sanitarios adecuados, si fuera necesario. Acompañar y asistir a la mujer para que ésta realice todos los trámites que en ese momento sean precisos para una correcta actuación judicial y policial; y alojamiento, si procede, en un Centro de Acogida Inmediata (C.A.I.)

1.2.-CENTRO DE ACOGIDA INMEDIATA (C.A.I.)

- Acceso: se realiza a través del D.E.M.A.
- Finalidad: alojamiento y manutención temporal para la mujer y los hijos/os menores de 18 años.
- Funciones: durante la permanencia en él le prestará: Asesoramiento jurídico, apoyo psicológico, realización de gestiones para el acogimiento en otros centros, asesoramiento laboral y de prestaciones sociales.

1.3.-RECURSOS DE FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

- Acceso: directo de cualquier persona.
- Finalidad: recepción de denuncias e intervención en relación con la seguridad de la persona.
- Horario: 24 horas.
- Lugar: comisarías de policía o cuarteles de la Guardia Civil. Servicios especializados: No existen en todas las comisarías y/o cuarteles, ni en todos los municipios.

- U.F.A.M. (Unidad de la Familia y Mujer) de la Policía Nacional.
- E.M.U.ME. (Equipo de Mujer y Menores) de la Guardia Civil.
- S.E.A.M.M. (Servicio de Atención a Mujeres y Menores) de la Policía Local.

Finalidad. Recepción de denuncias, intervención en relación con la seguridad y asesoramiento específico en materia de violencia de género.



II.- RECURSOS DE ACOGIDA

2.1.- CASA DE ACOGIDA

- Finalidad: salvaguardar la vida de las mujeres y la de las/os hijas/os menores a su cargo, ofreciendo alojamiento por un periodo limitado y con un programa de apoyo social y psicológico, paralelo para que puedan restablecer las condiciones de autonomía.
- Acceso: a través de la derivación de un recurso de emergencia o de la oficina de información de la mujer de cada Cabildo u ONG (según la dependencia del centro), y tras la valoración de la situación de la mujer por la trabajadora social de referencia.
- Funciones: asistencia integral, apoyo psicológico, apoyo educativo y formativo (para la mujer y las/os hijas/os), asesoramiento jurídico, orientación para la búsqueda de empleo, alojamiento y manutención temporal, y gestiones con otros centros o servicios de las administraciones públicas competentes, para la prestación y utilización de los servicios de guardería, asistencia sanitaria, enseñanza, etc.

2.2.- PISOS TUTELADOS

- Finalidad: ofrecer un alojamiento de transición hasta que las mujeres alcancen el nivel de autonomía.
- Acceso: a través de la derivación de otros recursos.

III.- RECURSOS GENERALES

3.1.- SERVICIO TELEFÓNICO DE INFORMACIÓN Y DE ASESORAMIENTO JURÍDICO EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Teléfono: 016 (no deja huella en la factura telefónica, aunque sí en el registro de llamadas del dispositivo telefónico fijo o móvil)

Horario de atención: 24 horas. 365 días al año.

Forma de acceso: vía telefónica.

Sector población al que va dirigido: mujeres víctimas de violencia de género.

Importante: las personas con discapacidad auditiva y/ o del habla pueden comunicarse con el 016 a través de los siguientes medios: teléfono de texto (DTS) a través del número 900 116 016; Servicio Telesor a través de la propia página web de Telesor. En este caso se precisa conexión a Internet. <https://www.telesor.es> Teléfono móvil o PDA. En ambos casos se necesita instalar una aplicación gratuita siguiendo los pasos que se indican en la página web de Telesor. <https://www.telesor.es> ; Servicio de videointerpretación SVIsual a través de la página <http://www.svisual.org>

3.2.- CENTROS DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

- Finalidad: atención integral a la mujer.
- Funciones: asesoramiento sociolaboral, asesoramiento jurídico, apoyo psicológico y actividades grupales de crecimiento personal, habilidades sociales, ...



- Personal: equipo multiprofesional formado por: psicólogas, trabajadoras sociales, abogados/as...
- Acceso: puede acudir la mujer directamente o por derivación en horario de mañana y/o tarde dependiendo de la organización del recurso.

IMPORTANTE, el Instituto Canario de Igualdad (ICI) dependiente del Gobierno de Canarias, ha creado recientemente una nueva web en la cual se encuentran todos los datos de contacto e información específica de este tipo de **servicios por islas y municipios**. Por ello, se recomienda la consulta del recurso más cercano a través del siguiente link <http://dalaalarma.com/>

3.3.- SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES

Ofrecen con carácter general los siguientes servicios de información, valoración y orientación (I.V.O.); los de alojamiento y convivencia y los de apoyo a la unidad convivencial. Están dirigidos a toda la población. Existen ayuntamientos que desarrollan además otros servicios y actividades dirigidas a las mujeres en general como son:

- Cursos específicos para mujeres.
- Programas de inserción laboral para mujeres.
- Fortalecimiento del asociacionismo en mujeres.
- Gestión de prestaciones sociales.

Acceso: puede acudir la mujer directamente o por derivación en horario de mañana y/o tarde dependiendo del ayuntamiento.



VI.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

6.1.- ASPECTOS ÉTICOS

Las/os profesionales que integran la Red de Atención a las Adicciones de la Comunidad Autónoma de Canarias, resaltan el gran debate moral que suscita en el ámbito sanitario y/o sociosanitario los aspectos éticos-legales relativos a la violencia de género, siendo conscientes de que el **Sistema Sanitario** conforma un **espacio privilegiado para la detección y/o abordaje** de esta problemática social.

Entienden la difícil situación que pueden llegar a afrontar el/a profesional al tener que enfrentarse a un dilema donde confronte la legalidad de su proceder frente a la ética de respetar la confidencialidad para con su paciente. Por un lado, la ley obliga a informar a la justicia, Real Decreto 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal, art 355, pero al mismo tiempo establece que hay que respetar la autonomía de la mujer, Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género; además, la ley explicita que hay que comunicar las lesiones, y a la vez obliga a asistir a las mujeres, entendida la asistencia desde el punto de vista de la información y el asesoramiento. A veces el tiempo de la asistencia (información-asesoramiento de la mujer) y el de la justicia, no son los mismos y se deben cumplir con ambos, sin poner en riesgo a la mujer. Es por ello que se debe **huir de actuaciones precipitadas y valorar el riesgo de cualquier tipo de decisión antes de actuar**.

Estamos totalmente de acuerdo en que la relación entre el/a profesional y la mujer se torna fundamental e incluso determinante. El hecho de impulsar la toma de decisiones de la mujer sin que esta haya recuperado una auténtica capacidad de decisión (desvictimización), es decir sin que la persona sea parte activa de la construcción de su nuevo proceso social, emocional y personal, erosiona aún más la autonomía de la mujer, en lugar de reforzarla.

No debemos cegarnos únicamente en acatar los deseos de la paciente, sino priorizar las necesidades, **dar toda la información y herramientas** necesarias que la pongan en posición de tomar una decisión más objetiva; devolviéndole la autoridad sobre su propia vida (empoderándola), para que así tome conciencia de la problemática que padece y **asuma las riendas de la situación**. No tener en cuenta la voluntad de la mujer la perjudica ya que el **empoderamiento** es a la vez la estrategia y la finalidad. Entonces, apostar por una decisión autónoma equivale a procurar las condiciones necesarias para recuperar la autonomía y trabajar en ello activamente.

En conclusión, aunque no debemos olvidar la parte legal, la denuncia, la cual en ocasiones puede ser la solución en sí misma, en muchas otras situaciones proceder prioritariamente en esta línea desencadenaría un fatal desenlace. Ceñirnos a actuar sin **conocer, valorar y capacitar** a la mujer a través del factor humano, la calidad profesional y la **dotación de habilidades y herramientas**, constituiría dejar en un segundo plano a las verdaderas protagonistas de esta historia.



6.2.- ASPECTOS LEGALES

Se abordaron las principales incertidumbres y dudas legales planteadas desde los equipos integrantes en la Red de Atención a las Adicciones, respecto a cómo intervenir con mujeres agredidas que experimentan una adicción. Siete fueron los grandes temas que requerían de un asesoramiento jurídico.

- 1.- Obligación de denunciar de las/los profesionales.
- 2.- El deber de comunicación como una función del personal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias.
- 3.- El deber de secreto profesional y obligación de denunciar.
- 4.- La protección de datos de carácter personal.
- 5.- La consideración de las/os menores como víctimas directas de violencia de género.
- 6.- El interés superior del/a menor.
- 7.- De los derechos de las víctimas de violencia de género.

Ante la naturaleza de las temáticas planteadas, la Abogada colaboradora aclara que la información que se relaciona en el documento del Protocolo a consultar para profundizar en la materia, no pretende ser una respuesta sino una mera referencia a las diversas y complejas dudas trasladadas, ya que la solución a cada uno de los planteamientos que surjan, deberán ser analizados ponderadamente para ofrecer una **respuesta apropiada a cada caso**.

En el preámbulo de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se contemplan en el ámbito sanitario actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas, así como la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones derivadas de la violencia objeto de esta Ley, que se remitirán a los Tribunales correspondientes con objeto de agilizar el procedimiento judicial. En el ámbito profesional ha estado presente el debate sobre la obligación de denunciar y el deber de confidencialidad, cuando estamos ante unos hechos que pueden constituir un delito de violencia de género, máxime cuando las **propias víctimas expresan su deseo de no denunciar**.

Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los/as menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, quienes son considerados víctimas directas de esta violencia y por tanto susceptibles de protección, no solo para la tutela de sus derechos, sino para garantizar de forma efectiva las medidas de protección adoptadas respecto de la mujer. Hemos de tener presente que el **objetivo principal** de la intervención del personal sanitario es la **protección de la vida y la salud de las víctimas**, debiendo valorar la urgencia para la presentación de la denuncia de acuerdo a su situación personal, circunstancias, necesidades, nivel de riesgo o peligro en que se encuentran, estableciendo en su caso, un plan de seguridad que permita proporcionar su protección.

En todos los casos se debe elaborar un **plan de intervención** en el que se lleve a cabo la coordinación y/o derivación a los recursos especializados de la Red de Atención Integral a las Víctimas



de la Violencia de Género en todos los niveles de atención, para garantizar una **atención integral y multidisciplinar** con la finalidad de que las mismas puedan poner fin a la relación violenta y recuperar su proyecto de vida.

La **decisión de denunciar** debe estar amparada bajo unos cánones de individualización del caso y siempre con el **conocimiento e información de la/as víctimas** de sus derechos, de las medidas de protección que pueden solicitar y de las características de los procedimientos judiciales que se inician con la denuncia.

El trabajo en red y el apoyo entre las/os profesionales que conforman la Red de Recursos Especializados de Violencia de Género, es de vital importancia a quienes podemos y debemos acudir en caso de duda, para llevar a cabo la coordinación y en su caso derivación de cada caso en particular.



VII.- ANEXOS

ANEXO 1.- HOJA DE AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE DATOS DESDE LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES A LA RED DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO, PARA CASOS DE RIESGO NO EXTREMO

Logo de la entidad que deriva y sus datos:
nombre, dirección, teléfono/fax/correo electrónico, y CIF

AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS

Yo, Dña....., mayor de edad y con DNI: por la presente autorizo de manera expresa a NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE DERIVA, para la cesión de los datos personales que figuran en mi informe de derivación a NOMBRE DE LA ENTIDAD TITULAR DEL RECURSO AL QUE SE DERIVA, con la única finalidad de que se me preste asistencia en NOMBRE DEL RECURSO ESPECIALIZADO AL QUE SE DERIVA A LA MUJER.

Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud de la cesión efectuada hasta ese momento.

En....., a de de 20.....

Fdo.:

⁽⁴⁾ Información sobre protección de datos: (Este apartado lo tienen que rellenar cada entidad en función de su vinculación o dependencia administrativa, jurídica y orgánica)

- Responsable del tratamiento: poner el nombre de la entidad/institución/administración responsable del tratamiento de los datos.
- Finalidad del tratamiento: poner lo que establece la entidad responsable del tratamiento de los datos al respecto.
- Ejercicio de derechos: poner lo que establece la entidad responsable del tratamiento de los datos al respecto.
- Información adicional (*): poner la web, en donde la mujer pueda acceder a buscar información sobre el tratamiento que hacen de los datos personales. En caso de que no se disponga de una web informativa, deberá adjuntarse o informarse a la persona donde la puede obtener.



(*) Esta información adicional, de no existir una web en donde se recoja, se puede poner en el reservo de la hoja de cesión de datos a modo informativo, o bien tener una hoja aparte para entregársela a la mujer. Esta información adicional es la siguiente:

- La identidad y los datos de contacto de la persona responsable y, en su caso, de su representante.
- Los datos de contacto del/de la delegado/a de protección de datos, en su caso.
- Comunicaciones-cesiones-previstas.
- Transferencias internacionales, en su caso.
- Plazo de conservación de los datos.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

⁽⁴⁾A modo de ejemplo, sobre el apartado anterior, estas son dos webs en donde se recoge toda la información referida, en estos casos, a la historia clínica de atención especializada y a la de la historia clínica de atención primaria del Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad, respectivamente:

<http://www.gobiernodecanarias.org/cpj/dgmcs/temas/proteccion/tratamientos/cs/scs/direccion-scs/hcae/>

<https://www.gobiernodecanarias.org/administracionespublicas/tratamientodedatos/tratamientos/cs/scs/direccion-scs/hcap/>



ANEXO 2.- FICHA DE DERIVACIÓN DESDE LA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES A LA RED DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO, PARA CASOS DE RIESGO NO EXTREMO

FICHA DE DERIVACIÓN

INICIALES MUJER.....

PROFESIONAL QUE DERIVA.....

FECHA DERIVACIÓN

INSTITUCIÓN/SERVICIO/ RECURSO QUE DERIVA

PROFESIONAL DESTINATARIA/O

INSTITUCIÓN/RECURSO/ SERVICIO AL QUE SE DERIVA.....

- TIPO DE VIOLENCIA DETECTADA:
- FÍSICA
 - PSICOLÓGICA
 - SEXUAL
 - SOCIAL
 - ECONÓMICA
 - OTRAS

OBSERVACIONES:

NOTA: Para la elaboración de esta herramienta o ficha de derivación, se hace necesario que la mujer dé su **CONSENTIMIENTO**, para ello debe firmar un documento en donde quede constancia de ello. Se propone un documento o hoja de cesión de datos (Anexo 1), que debe ser adaptada por cada entidad en función de qué administración o empresa es la responsable del tratamiento de los datos.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Osakidetza. (2019). *Guía de Actuación para Profesionales de la Salud ante la Violencia de Género y las Agresiones Sexuales en Euskadi*. Recuperado de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia_violencia_genero/es_def/adjuntos/guia_vg_es.pdf
- Añón Roig, M.J. (22.06.2016). Violencia de Género. A propósito del concepto y la concepción de la violencia contra las mujeres. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*. Recuperado de <https://ojs.uv.es/index.php/CEFD/article/view/8257>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (20.12.1993) *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer*. [A/RES/48/104]. Recuperado de http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/archivos/declaracion_sobre_la_eliminacion_de_la_violencia_contra_la_mujer.pdf
- Blas, R. (8.03.2019) Los números de la discriminación. *Canarias 7*, P. [3].
- Carandell Jager, E. (2009) *Recomendaciones para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Illes Balears*. Recuperado de http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Violencia_genero.pdf
- Comunidad Autónoma de Canarias (7.05.2003) Ley de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género. [16/2003, de 8 de abril]. DO: [BOC núm. 86] Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-13618-consolidado.pdf>
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. (2017). *Manual de Indicadores de Violencia de Género para Profesionales del Ámbito Sanitario*. Recuperado de <https://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/11037946/Manual+de+indicadores+de+V+G/5bbe7301-d19f-4620-b307-a19fa96d208d>
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Dirección General de Política Social. (2015). *Guía de la comunidad autónoma de la Región de Murcia orientada hacia el "Impulso y funcionamiento de las mesas locales de coordinación contra la violencia de género"*. Recuperado de https://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/1335356/CORE_guia_MLC.pdf/1cd85ee9-2f45-4275-b9c8-f2ca1c08d940
- Comunidad de Madrid. Violencia de pareja hacia las Mujeres. *Guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios*. (s.f) Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017382.pdf>
- Defensoras de derechos de mujeres. Al filo de la violencia. (2015). Recuperado de http://www.hablamederespeto.org/defensoras_detalle.php?idCaso=21



- Europa Press (16.10.2018). El riesgo de pobreza en canarias es del 40,2%, el segundo más alto de España. Canarias 7. Recuperado de <https://www.canarias7.es/sociedad/el-riesgo-de-pobreza-en-canarias-es-del-40-2-el-segundo-mas-alto-de-espana-FY5706667>
- Fernández Alonso, M. & Herrero Velázquez, S. (2003) *De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica*. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. Núm. 12. Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a2.pdf
- Fernández de Juan, T. & Hernández Pita, I. (2016). *Arteterapia. ¿Quién soy?: análisis de los estereotipos de género entre distintas culturas a través de la exploración de sus dibujos e historias*. Núm. 11. Pp. [111-126] Recuperado de <file:///C:/Users/User/Downloads/54119-Texto%20del%20art%C3%ADculo-103662-2-10-20170216.pdf>
- Galtung, J. (2016). Dialnet. *La violencia cultural, estructural y directa*. Núm. 183. Pp. [147-168]. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5832797>
- Generalidad de Cataluña (30.05.2008) Ley del Derecho a las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista. [5/2008, de 24 de abril]. DO: [BOE núm. 131] Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2008/05/30/pdfs/A25174-25194.pdf>
- Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad (2010) III Plan Canario sobre Drogodependencias. Recuperado de https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3d774d7b-460b-11e3-a0f5-65699e4ff786/III%20Plan%20_Canario%20_sobre_%20Drogodependencias.pdf
- Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de Salud. (2003). *Protocolo de Actuación Ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico*. Recuperado de http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_sanitario_Canarias.pdf
- Gobierno de Canarias. Instituto Canario de Igualdad. (2018) *Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma Canaria*. Recuperado de http://www.gobiernodecanarias.org/cpji/docs/ici/Ediciones/Protocolo_In_VG_2018.pdf
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. (2007). *Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos "Violencia Contra las Mujeres"*. Recuperado de <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloViolencia.pdf>
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
- Gobierno de Canarias. Instituto Canario de Igualdad (5.03.2010) Ley Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres. [1/2010, de 26 de febrero]. DO: [BOE núm. 67] Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-4518>



- Guerra Verdeja, J.A. (2014) ¿Qué hay detrás de la muerte a manos de sus parejas masculinas? Hacia un análisis del concepto ``violencia de género´´. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. Núm. 28, mayo-agosto, 2014, p.133. DOI: 10.5944/empiria.28.12124
- Jefatura del Estado (21.03.1984) Instrumento de ratificación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979. [34/180, de 18 de diciembre de 1979]. DO: [BOE núm. 69] Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-6749>
- Jefatura del Estado (24.11.1995) Ley Orgánica del Código Penal. [10/1995, de 23 de noviembre]. DO: [BOE núm. 281] Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
- Jefatura del Estado (14.12.1999) Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. [15/1999, de 13 de diciembre]. DO: [BOE núm. 298] Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Jefatura del Estado (29.12.2004) Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [1/2004, de 28 de diciembre]. DO: [BOE núm.313] Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
- Jefatura del Estado (11.05.2011). *Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica*. [11 de mayo de 2011]. DO: [BOE Núm. 137]. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2014/06/06/pdfs/BOE-A-2014-5947.pdf>
- Jefatura del Estado (28.04.2015) Ley del Estatuto de la víctima del delito. [4/2015, de 27 de abril]. DO: [BOE núm. 101] Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-4606-consolidado.pdf>
- Jefatura del Estado (23.07.2015) Ley Orgánica de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. [8/2015, de 22 de julio]. DO: [BOE núm. 175] Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf>
- Jefatura del Estado (29.07.2015) Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia. [26/2015, de 28 de julio]. DO: [BOE núm. 180] Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>
- Lerner, G. (1990). *La creación del Patriarcado*. [Traducido al castellano de The creation or patriarchy]. Oxford University Press, Inc., Nueva York
- M.I. Ayuntamiento de Villena. (2017). *Protocolo de Coordinación para la Detección, Atención y Erradicación de la Violencia de Género en el Municipio de Villena*. Recuperado de <http://www.villena.es/wp-content/uploads/2017/12/Protocolo-VG-Villena.pdf>
- Méndez, L.B. (1996) *Micromachismos: La violencia invisible en la pareja*. Primeras Jornadas de género en la sociedad actual. Valencia: Generalitat Valenciana, p. 14. Recuperado de https://www.joaquimmontaner.net/Saco/dipity_mens/micromachismos_0.pdf



- Ministerio de Gracia y Justicia (17.09.1982) Real Decreto por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. [14 de septiembre de 1882]. DO: [Gaceta de Madrid núm. 260] Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1882/BOE-A-1882-6036-consolidado.pdf>
- Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Gobierno de España (4.11.2019). Por una sociedad libre de violencia de género. Recuperado de <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (16.11.2016). *Real Decreto por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud*. [1030/2006, de 15 de septiembre]. DO: [BOE núm. 222]. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
- Naciones Unidas. (4-15.09.1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. [A/CONF.177/20]. DO: [A/CONF.177/20/Rev.1] Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2006/4654.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez Porto, J. & Merino, M. (2010). Recuperado de <https://definicion.de/violencia-intrafamiliar/>
- Peris Vidal, M. (2015). Oñati Socio-legal Series. *La Importancia de la Terminología en la Conceptualización de la Violencia de Género*, V. (5), n. 2, P. [733]. Recuperado de <http://opo.iisj.net/index.php/osls/article/view/385>
- Ruiz Repullo, C. & Instituto Andaluz de la Mujer. (2017). *Escalera cíclica de la violencia de género en los adolescentes*. Estudio 'Voces tras los datos: una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescentes'. Recuperado de https://www.observatoriodelainfancia.es/fichersoia/documentos/4879_d_VocesDatos.pdf
- Sánchez, A., Castro, J. & Domingo, A. (3.03.2019) Breve diccionario de feminismo para el siglo XXI. Canarias7, P.[8].



