



Servicio de
Asistencia

Protocolos. Intervención en los CAD ante la violencia de género



Servicio de
Asistencia

Protocolos. Intervención en los CAD ante la violencia de género

 | **madrid**  **salud**
INSTITUTO DE ADICCIONES

ELABORADO POR:

*Belén Alonso Verdugo
Psicóloga del CAD de Latina*

*Manuela Delgado Muñoz
Trabajadora Social del CAD de Latina*

*M^a José de Antonio de las Heras
Psicóloga del CAD de Hortaleza*

*Belén Orozco Jabato
Psicóloga del CAD de Villaverde*

*Guadalupe López Cerón
Médica del CAD de Tetuán*

*Nieves Lahuerta Galán
Psicóloga y Jefa de Sección del CAD de Hortaleza*

*Ruth Olmos Espinosa
Médica y Jefa de Sección del CAD de Latina*

*Mercedes Díaz de Salazar Martín de Almagro
Psicóloga Clínica*

Sumario

PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN (Justificación)	3
GLOSARIO	6
<hr/>	
OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	10
Objetivo principal	
Objetivos específicos	
<hr/>	
MARCO NORMATIVO Y LEGAL	11
<hr/>	
MARCO TEÓRICO Y METODOLOGIA DE LA INTERVENCIÓN	
Conceptos Generales.	
Concepto de género	16
Perspectiva de género	17
Mujer, adicción y violencia de género	19
Varón Adicción y violencia de género.....	23
La Escalada y el ciclo de la Violencia.....	24
Metodología de la Intervención	
Modelo Transteórico del Cambio.	27
Modelo de Empoderamiento de las Personas y los contextos.....	27
Modelo de Competencia.	28
Modelo de Prevención de Recaídas.....	28
<hr/>	
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
Prevención	29
La intervención en el proceso de atención integral	
Población diana	33
Detección.....	33
Estilo y contexto terapéutico.....	40
Evaluación multidisciplinar de la Violencia de Género	42
Plan de Seguridad	44
Proceso de intervención en violencia de género en los CAD	50
Coordinación y derivación.	59
<hr/>	
ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	60
DERECHOS DE LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA	62
<hr/>	
BIBLIOGRAFIA: FUENTES CONSULTADAS	63
<hr/>	
ANEXOS	
Parte de lesiones	68
Guía de recursos	71
Cuestionarios	76

PRESENTACION

El Instituto de Adicciones desde sus comienzos ha mostrado una especial sensibilidad con respecto a la problemática específica de la mujer adicta, muestra de ello es la publicación en 2005 del monográfico “Mujer y Adicción” que responde a la acción, definida como prioritaria por el Instituto, de mejorar la calidad de atención en los centros, especialmente en aquellos colectivos que presentan características o necesidades específicas.

El “Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016” define, entre sus líneas estratégicas, la intervención desde una perspectiva de género en los diversos ámbitos de actuación para garantizar la adecuación de los programas y servicios a las características diferenciales de mujeres y hombres.

La violencia contra las mujeres fue reconocida como problema de Salud Pública por la Organización Mundial de la Salud en 1996, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene este enorme problema. La magnitud que ha alcanzado en los últimos años, hace que la violencia se encuentre actualmente entre las prioridades en salud. Es preciso por tanto, concentrar los esfuerzos de modo que las intervenciones para la prevención, la detección y la adecuada atención a las mujeres víctimas sean cada vez más efectivas.

En el Instituto de Adicciones se han llevado a cabo dos estudios de prevalencia de violencia de género. En el realizado en 2008 en el CAD de Villaverde se pone de manifiesto que el porcentaje de violencia existente era entre 2,98 y 5,27 más elevado que en otras poblaciones estudiadas. En el realizado en el 2009 en CAD de Latina se obtiene una prevalencia de violencia de género que alcanza el 69% de la muestra estudiada.

El presente Protocolo es el resultado de la especial sensibilidad de los técnicos del Instituto de Adicciones que atienden a estas mujeres y tiene como objetivo ser una herramienta útil para aquellos profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, aumentar la sensibilidad ante esta realidad y proporcionar pautas concretas, consensuadas y homogéneas para la intervención con mujeres drogodependientes víctimas de violencia de género.

La elaboración de este protocolo persigue propiciar el conocimiento, la coordinación y el trabajo en red con los diferentes servicios, instituciones y organizaciones sociales implicados en la atención a las mujeres víctimas de maltrato, promoviendo la articulación de respuestas

ajustadas al carácter complejo y multifactorial tanto de las adicciones como de la violencia de género.

En las páginas de este Protocolo, impregnadas por la cultura interdisciplinar del Instituto de Adicciones que propone un tratamiento integral y personalizado, esperamos que el técnico pueda hallar tanto el encuadre teórico que enmarca la actuación, como las estrategias de intervención a lo largo del proceso terapéutico.



Antonio Prieto Fernández
GERENTE DE MADRID SALUD

INTRODUCCION

La violencia contra las mujeres fue reconocida como problema de Salud Pública por la Organización Mundial de la Salud en 1996, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que conlleva sobre la vida y la salud física y psicológica de sus víctimas.

Por violencia contra la mujer entendemos “una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y se designarán todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada”. El término “mujer” incluye a las niñas menores de 18 años.

Desde entonces se han formado comisiones y grupos de trabajo en distintos países, y han surgido investigaciones con el objetivo de contribuir a visibilizar la violencia, detectar e intervenir eficazmente sobre dicho fenómeno.

En el Estudio de la “Agencia de los Derechos Fundamentales” de la Unión Europea, realizado en el año 2012 y publicado en 2014 con entrevistas a 42.000 mujeres de los 28 estados de la UE, se concluye que el 2% de las mujeres entre 18 y 74 años, sufrieron violencia sexual en los 12 meses previos a la encuesta y un 7% violencia física.

En nuestro país se ha trabajado intensamente desde diversas instancias. Los movimientos y organizaciones feministas han activado la conciencia social y las diversas autoridades sociales y sanitarias, nacionales y autonómicas, han desarrollado estudios y protocolos dirigidos a guiar a los profesionales en el abordaje de la violencia de género

Uno de los referentes más utilizado en relación con la magnitud de la violencia contra la mujer, en España, lo constituyen las macroencuestas promovidas en cuatro ocasiones (1999, 2002, 2006 y 2011) por el Instituto de la Mujer.

Los últimos datos reflejan un aumento muy importante de la proporción de mujeres que declaraban en 2011 haber sufrido malos tratos alguna vez en la vida (10,9%) frente a los años 2006 (6,3%), 2002 (6,2%) y a 1999 (5,1%).

En la macroencuesta del 2015** el número de mujeres que sufren violencia psicológica de control es de 9,2, violencia psicológica emocional 7,9, violencia física 1,8, violencia sexual 1,4, violencia económica 2,5.

En la Comunidad de Madrid en el año 2004 se realizó una encuesta de base poblacional que puso de manifiesto que el 10,1% (IC: 8,9% - 11,5%) de las mujeres que respondieron a la encuesta habían sufrido algún tipo de violencia (psicológica, física o sexual) por parte de su pareja o expareja, en el año anterior a la realización de la encuesta. Estos resultados indican que la violencia de género tiene una prevalencia muy superior a la de las enfermedades más frecuentes en nuestro entorno inmediato.

En abril de 2007 el Ministerio de Sanidad, editó el Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género, como herramienta fundamental para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano. Este protocolo se revisó y se ha actualizado en el año 2012. Los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental. Por lo tanto los servicios sanitarios desempeñan un papel crucial en la atención a las mujeres que son víctimas de violencia de género.

Existen procesos, trayectorias existenciales, situaciones sociales, etapas vitales y condicionantes de salud que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y en particular, la probabilidad de sufrir violencia de género. Es el caso de las mujeres que presentan problemas de abuso de sustancias.

Diversos autores internacionales señalan que las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de población general, además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (Blume, 1994; Swift, 1996; El-Bassel y Witte, 2001; NIDA 2001; Frye et al, 2001; El-Bassel et al 2003.)

Se han realizado diferentes estudios de prevalencia de violencia en mujeres con trastornos asociados al abuso de sustancias tóxicas, a nivel internacional (NIDA, IREFREA) y nacional (ASECEDI, SPIRAL,) confirmando los datos apuntados por los autores.

En el Instituto de Adicciones, se han realizado dos estudios de prevalencia de violencia de pareja en mujeres adictas en tratamiento en dos de los centro de la red municipal. Uno de los

estudios se llevó a cabo en el CAD de Villaverde en el 2008, y el otro se realizó en el CAD de Latina en el año 2009.

En el CAD de Villaverde la prevalencia de violencia de pareja actual o en el último año, era entre 2,98 y 5,27 veces superior a la encontrada en estudios realizados en otras poblaciones. De las 49 mujeres con pareja actual o en el último año, referían haber sufrido violencia 53,1%. Según los resultados, obtenidos mediante el uso del cuestionario para la evaluación de la violencia de pareja diseñado por Zorrilla, B., Pires M., Garcia S., Lasheras ML., et al., el 63,3 % sufrió violencia técnica, y de estas el 76,9% fue violencia grave.

Del total de las 73 mujeres estudiadas, el 91,8% perciben haber sido víctimas de violencia por parte de familiares, otras personas y/o anteriores parejas.

En el CAD de Latina, en una muestra de 67 mujeres, se obtiene una prevalencia de violencia de género que alcanza el 69%. Los cuestionarios utilizados fueron CTS (Conflict Tactics Scale) y La Escala de valoración del abuso físico, psicológico y sexual (Abusive Behavior Inventory), destacando la gravedad de la violencia física recibida, con más de un 40% de actos muy agresivos (palizas, puñetazos, armas blancas, abuso sexual); y el antecedente de abusos sexuales en la infancia y/o adolescencia en un 30% de la muestra.

Lo anteriormente expuesto justifica la creación de un grupo de trabajo en el Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid para la elaboración de este protocolo.

GLOSARIO

Ciclo de la Violencia: La psicóloga norteamericana Leonor Walker en 1978 estableció la teoría que explica la dinámica cíclica de la violencia conyugal y la razón por la cual muchas mujeres se quedan atrapadas en dicha relación violenta de pareja. Este ciclo está compuesto por tres fases distintas que varían en tiempo e intensidad para cada pareja: Fase uno: “Acumulación de tensión”; Fase dos: “Explosión o Incidente Agudo”; Fase tres: “Fase de reconciliación” o también llamada, “Respiro de calma y cariño o Tregua Amorosa”.

Dependencia emocional/afectiva: es la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja. Bajo el constructo de dependencia emocional han sido analizados la excesiva confianza emocional hacia otra persona, la falta de confianza en sí mismo y la falta de autonomía. La ansiedad de separación y el miedo a la soledad, han sido identificados como las principales amenazas percibidas que desatan estrategias interpersonales de control para mantener a la pareja a su lado: expresión afectiva, modificación de planes, búsqueda de atención y expresión emocionales impulsivas.

Escalada de Violencia: Incremento acelerado de la violencia que se da al final de la fase de tensión y al final de la fase de reconciliación. En la dinámica de la relación de violencia, el agresor no se detiene por sí solo. Si la pareja permanece junto a él, el ciclo comenzará una y otra vez, cada vez con más violencia. Identificar la escalada de violencia es de gran utilidad para valorar el peligro de la víctima y adecuar las distintas intervenciones profesionales. Es especialmente importante para ayudar a la víctima a anticipar los hechos y desenmascarar las estrategias de control y manipulación del dominador.

Estereotipos: Idea preconcebida, simplificada y distorsionada sobre conductas y actitudes de género.

Género: Conjunto de **características sociales**, culturales, psicológicas, económicas, políticas, jurídicas asignadas a cada sexo y que conforman la masculinidad y la feminidad. El género define elaboraciones socioculturales que, por tanto, no son innatas sino construidas y, por ende, modificables (importante cuestión en nuestra labor de intervención)

Identidad de género: Identidad subjetiva que se construye sobre el aprendizaje social de la masculinidad y la feminidad. Creaciones culturales que se ofrecen (o se imponen) a los sujetos como modelos ideales que, a su vez, son incorporados por cada uno bajo la forma de un ideal

del yo. Este ideal va a orientar el comportamiento, la imagen de sí y la auto-estima de hombres y mujeres, así como la percepción de sí mismos, las metas y las aspiraciones.

Invisibilidad de la violencia y Naturalización: Proceso por el cual la exposición repetida a cualquier grado de violencia, incluso la más “débil” (actitudes de dominación, abuso y desigualdad), afecta y disminuye la conciencia crítica de percepción y de rechazo a la misma, distorsionando el umbral de tolerancia y constituyendo una especie de anestésico ante la violencia.

Mandatos de género: Imposiciones sociales que se adquieren e interiorizan a lo largo de la vida en relación a la diferenciación y desigualdad de género. Es en sí mismo ya un tipo de violencia. Es el conjunto de deberes, aprobaciones, prohibiciones y expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado.

Perspectiva de género: Modelo de análisis del comportamiento en función del género, complementario a otros análisis del comportamiento humano. Permite visibilizar, realidades y dificultades que pueden no ser observables desde otra mirada.

Esta perspectiva se orienta a identificar y atender las desigualdades en la salud que se vinculan con las relaciones de poder entre hombres y mujeres. El logro de este objetivo permitirá obtener mejoras importantes en el terreno de los derechos humanos, de la igualdad y de la salud.

Plan de Seguridad: Conjunto de estrategias para aumentar la protección y reducir al mínimo el riesgo, en función de la situación de la mujer, de sus prioridades y de sus propias decisiones. Es fundamental que se informe a la mujer sobre la necesidad de contar con estrategias de autoprotección frente a posibles agresiones.

Riesgo Vital: Peligro extremo: entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para su vida o la de sus hijos o hijas, incluyendo la posibilidad del suicidio.

Rol: o papel social. Conjunto de **tareas y funciones** asignadas a cada género

Sexo: Aspectos **biológicos**, que se derivan de la diferenciación sexual.

Umbral de tolerancia: Nivel subjetivo de aceptación/rechazo de la violencia recibida.

Umbral de visibilidad: Nivel subjetivo de percepción respecto a la violencia recibida. Perspectiva subjetiva en relación a la violencia, aprendida y condicionada por las experiencias

anteriores vividas en relación a las desigualdades de género y violencia. Evaluación subjetiva que codifica los comportamientos como violentos o no violentos.

Victimización secundaria: Se refiere al hecho de que la mujer maltratada, además de ser víctima de la situación de maltrato, es también culpabilizada de esta situación. Engloba la relación y experiencia personal de la víctima con el sistema policial, judicial o las instituciones que la atienden, que puede llegar a no ser positivo.

Violencia autopercebida: Percepción por parte de la mujer de estar siendo maltratada por su pareja/expareja, familia u otras personas.

Violencia doméstica: Toda agresión en la que tanto víctima como victimario/a son miembros de un mismo núcleo de convivencia, sin componentes propios de la violencia de género. La víctima y victimario/a pueden ser familiares pero no necesariamente. No es relevante el sexo de víctima y victimario/a para la inclusión en esta tipología de violencia.

Violencia familiar: La violencia en el ámbito familiar puede darse de un padre a un hijo/a, de una madre a un hijo/a, de hijo/a a progenitores, hacia ancianos, etc.

Violencia física: Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.

Violencia de género: Toda violencia ejercida sobre la mujer por el hecho de serlo. Sus bases se hallan en el sistema sexo/género como fuente de desigualdad y discriminación hacia el género femenino y las mujeres, yendo desde los niveles más íntimos de las relaciones entre personas hasta el sistema de organización social en que vivimos.

“La violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia” (L.O. 1/2004.)

“La Violencia de Género, manifestación de las relaciones sociales, económicas y culturales históricamente desiguales entre mujeres y hombres, es un fenómeno de enorme calado que afecta no sólo a la integridad física de las mujeres sino al reconocimiento de su dignidad. Conculca sus derechos fundamentales y socava el principio básico de igualdad entre hombres y mujeres consagrado en nuestra Constitución.”(Ley 5/2005 Comunidad de Madrid.)

Violencia psicológica: Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar y, en muchas ocasiones, no es identificada por la víctima como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

Violencia sexual: Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad.

Violencia técnica/evaluada: cuantificación de la violencia mediante la utilización de una prueba objetiva y específica.

Violencia contra la mujer: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (definición contenida en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de Naciones Unidas de 1993). Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión, es que el principal factor de riesgo es el hecho de ser mujer.

“Violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y se designaran todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada”. (Convenio de Estambul).

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

OBJETIVO PRINCIPAL

Ofrecer a los profesionales de los equipos interdisciplinarios de los CADs, pautas de actuación consensuadas y homogéneas, que faciliten la detección, evaluación, intervención biopsicosocial, y prevención de la violencia de género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Sensibilizar a los profesionales de los CADs de la magnitud del problema de violencia de género contra la mujer en la población drogodependiente.
2. Visibilizar, detectar y evaluar las situaciones de violencia de género.
3. Abordar terapéuticamente la problemática de la violencia de género favoreciendo la adherencia al tratamiento.
4. Capacitar a las mujeres que sufren maltrato para reconocer su situación, su relación con el abuso de sustancias y para la búsqueda de soluciones.
5. Potenciar la derivación y coordinación con los recursos especializados.
6. Prevenir situaciones de desigualdad y de violencia de género en los CADs.

MARCO NORMATIVO Y LEGAL

LEYES SOBRE IGUALDAD Y LEYES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

AMBITO INTERNACIONAL

Derechos humanos

Art.2 “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. “

Tratado de la Unión Europea de 7 de febrero de 1992, firmado en Maastricht

Título I Disposiciones comunes

Art.- 2.- “La Unión se fundamenta en los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos de las personas pertenecientes a minorías. Estos valores son comunes a los Estados miembros en una sociedad caracterizada por el pluralismo, la no discriminación, la tolerancia, la justicia, la solidaridad y la igualdad entre mujeres y hombres.”

Art.- 3.3.- “La Unión combatirá la exclusión social y la discriminación y fomentará la justicia y la protección sociales, la igualdad entre hombres y mujeres, la solidaridad entre las generaciones y la protección de los derechos del niño”

Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011 y ratificado por la Jefatura del Estado Español el 6 de junio de 2014.

Los fundamentos del convenio son:

- Prevenir la violencia, proteger a las víctimas y entablar [acciones](#) judiciales contra los agresores.
- Sensibilizar y hacer un llamamiento a toda la sociedad, especialmente a los hombres y niños, para que cambien de actitud y rompan con una cultura de tolerancia y negación que perpetúa la desigualdad de género y la violencia que la causa.
- Destacar la importancia de una actuación coordinada de todos los organismos y servicios oficiales pertinentes y la sociedad civil.

- *La recogida de datos estadísticos y de investigación sobre todas las formas de violencia contra la mujer.*

Directiva 2011/99/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de diciembre

Orden Europea de Protección Facultar a una autoridad competente de otro Estado miembro para mantener la protección de la persona en el territorio de ese otro Estado miembro Unión Europea

Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica. Estambul 11.5.2011. (B.O.E. 06.06.2014)

Convenio de Estambul. Proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia, y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. Contribuir a eliminar toda forma de discriminación contra la mujer y promover la igualdad real entre mujeres y hombres. Concebir un marco global, políticas, medidas de protección y asistencia, prevención, sensibilización, educación y formación de profesionales. Obligación de tipificar distintos tipos de violencia contra la mujer. Creación de medios asistenciales específicos. Promover la cooperación internacional. Creando un mecanismo de seguimiento específico para garantizar una aplicación efectiva de sus disposiciones por las Partes

AMBITO NACIONAL

Constitución Española de 1978.- Capítulo segundo, Derechos y libertades: Art._14.-

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

El art. 15 establece el derecho a la vida y a la integridad física y moral.

El art. 9 regula la obligación de los poderes públicos de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos dichos derechos.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales “IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2003- 2006”

Real Decreto 253/2006, de 3 de marzo, por el que se establecen las funciones, el régimen de funcionamiento y la composición del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, y se modifica el Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

L.O. 10/1995, de 23 de noviembre y modificaciones. **Código Penal** y sus modificaciones posteriores en materia de violencia de género

Código Penal y sus modificaciones posteriores:

L.O. 14/1999, de 9 de junio

L.O. 15/2003, de 25 de noviembre

L.O. 11/2003, de 29 de septiembre

L.O. 5/2010, de 22 de junio

L.O. 13/2003, de 24 de octubre

L.O. 1/2015, de 30 de marzo

Ley 27/2003, de 31 de julio de 2003 **Reguladora de las Órdenes de Protección**

Dar respuesta de forma ágil, coordinada e integral a las necesidades y a la situación en la que se encuentren las víctimas de la violencia de género y sus hijos e hijas. Indica la creación de una Comisión de Seguimiento de la implantación de la Orden de Protección que establece la obligatoriedad de las Comunidades Autónomas de poner en marcha una unidad administrativa que actúe como Punto Coordinador, al cual los Juzgados puedan remitir las Órdenes de Protección y que a la vez garantice la asistencia y protección que la víctima requiere.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre **Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**. Establecer medidas de protección integral, mediante la sensibilización y la prevención ciudadana, consagrando los derechos de las mujeres, reforzando la consecución de los mínimos exigidos por los objetivos de la ley de servicios sociales de información, atención, emergencia, apoyo y recuperación integral y más eficaz coordinación de los servicios existentes a nivel municipal y autonómico, garantizar derechos en el ámbito laboral y económico, así como garantizar el principio de transversalidad de las medidas.

Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre Modifica la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, **sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social**.

Permite que la mujer extranjera víctima de violencia de género pueda solicitar autorización de trabajo y residencia desde que cuente con OP y en reagrupación familiar permite que la cónyuge reagrupada víctima de violencia de género pueda obtener autorización de residencia y trabajo sin acreditar medios económicos independientes para cubrir sus necesidades desde que se dicte OP a su favor.

Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, **por el que se aprueba el Reglamento de la L.O. 4/2000 tras su reforma por L.O. 2/2009**

Respecto a las víctimas de violencia de género en situación irregular, se permite archivar el expediente sancionador (si está iniciado) o no iniciarlo, al menos hasta que haya sentencia en el procedimiento penal. Si la sentencia es condenatoria no se iniciará o se archivará

definitivamente. Se permite solicitar permiso de residencia para los hijos e hijas menores de la mujer víctima de violencia de género que se encuentren en España en el momento de interponer la denuncia. Si hay sentencia condenatoria, el permiso de residencia y trabajo tendrá validez de cinco años.

Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima

Vocación de ser el catálogo general de los derechos procesales y extraprocesales de todas las víctimas de delitos. Con carácter general, destacamos que la ley busca visibilizar como víctimas a los menores que se encuentran en un entorno de violencia de género o violencia doméstica, para garantizarles el acceso a los servicios de asistencia y apoyo, así como la adopción de medidas de protección.

Ley 8/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia. Introduce cambios en la legislación española de protección a la infancia y adolescencia, adaptándola, entre otras situaciones, a la situación de los menores víctimas de violencia. Reconoce como víctimas directas a los hijos e hijas de las mujeres afectadas por la violencia de género. Cuando los menores se encuentren bajo la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de una víctima de violencia de género o maltrato, las actuaciones de los poderes públicos irán encaminadas a garantizar el apoyo necesario para procurar la permanencia de los menores, con independencia de su edad, con aquella, así como su protección, atención especializada y recuperación.

AMBITO AUTONOMICO

- **Plan de acción integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid (2005-2008)**
- **El Observatorio Regional de la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.-** Decálogo de medidas del Gobierno regional destinadas a la prevención y lucha contra la violencia de género.

Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid

Regula las competencias en el ámbito de Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid

Los Municipios de la Comunidad de Madrid ejercerán las competencias en materia de gestión de los equipamientos para la Atención Social Especializada de titularidad municipal, así como la de aquellos del mismo nivel y de titularidad autonómica que se acuerden, en función del principio de territorialidad y subsidiariedad.

Decreto 256/2003, de 27 de noviembre. **Creación del Observatorio Regional de la Violencia de Género.** Órgano integrador de las políticas contra la violencia de género que se lleven a cabo en el ámbito de la Administración Regional. Comunidad de Madrid

Ley 5/2005, de 20 de diciembre, **Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid**-. Colaboración con los municipios de la Comunidad de Madrid para la creación de la Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de género. Desarrollar acciones de carácter preventivo y de sensibilización, así como de atención a las víctimas y asigna al órgano directivo con competencias en materia de Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, la responsabilidad de la gestión de gran parte de las medidas recogidas en esta Ley.

Comunidad de Madrid en colaboración con los municipios

Ley 7/1985, de 2 de abril, **de Bases de Régimen Local**. Confiere a los Ayuntamientos competencias para promover actividades y prestar servicios públicos. Desarrolla acciones en materia de promoción de las mujeres, entre las cuales se encuentran la protección, la asistencia, la atención a víctimas de violencia de género y la observación y estudio de este grave problema social.

La Estrategia Madrileña contra la Violencia de Género 2016/2021. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Dirección General de la Mujer- diciembre 2015.

ÁMBITO MUNICIPAL

CONVENIO ENTRE LA COMUNIDAD DE MADRID Y EL AYTO. DE MADRID

Creación de dos Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género Atención a las víctimas de violencia de género, en el caso de pareja o ex pareja que cuenten con orden de protección. Ayto. de Madrid. Área de Gobierno de Equidad, Derechos Sociales y Empleo

Área de Equidad, Derechos Sociales y Empleo.- Estrategia para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres de la ciudad de Madrid 2011-2015

Pacto Social y Político contra la Violencia de Género que se aprobó en el Pleno de 30 de septiembre de 2015

MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

CONCEPTOS GENERALES

Concepto de género

El concepto de género fue introducido en la teorización feminista en los años setenta.

El género es una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir del sexo.

Habitualmente se entiende que el sexo corresponde al plano biológico. Es el conjunto de características genóticas y fenotípicas, y clasifica a las personas por su papel potencial en la reproducción sexual. Alude a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

El género sin embargo es una construcción socio-cultural por la cual se asigna a las personas de uno y otro sexo determinados roles, funciones, valores o comportamientos diferentes y de desigual valor. Es una construcción social de las relaciones entre mujeres y hombres, así como de las mujeres entre sí y de los hombres entre sí, aprendidas a través de la socialización, cambiantes en el tiempo y diferentes de una cultura a otra. Se crea en muchos casos a partir de roles y estereotipos que las personas van asumiendo en función del grupo al que pertenecen.

El género implica la identidad del sujeto, la percepción de sí mismo, de sus acciones, su intelectualidad y la afectividad, sus valores, las actividades y creaciones del sujeto en el mundo, sus recursos vitales, el poder (relación con los otros, prestigio, status), el sentido de la vida y los límites de la persona.

El sexo va a asignar a las personas a un grupo socio-cultural específico (género), con condiciones de vida predeterminadas, que van a dirigir sus posibilidades y su potencial vital.

Una de sus paradojas más notables es que, a pesar de que género se define fundamentalmente por su oposición a sexo, es frecuente encontrar en textos científicos y periodísticos una simple sustitución del segundo por el primero.

Sexo no es género. Género no es sinónimo de mujer.

ESPACIOS Y ATRIBUTOS ASIGNADOS EN FUNCIÓN DEL ROL DE GÉNERO	
Mujer / Femenino	Hombre / Masculino
Rol reproductivo	Rol productivo
Espacio doméstico	Espacio público
Servicio y cuidados de las personas	Poder y responsabilidad
Sensibilidad	Fortaleza
Comprensión	Competencia
Emotividad	Razón
Mediación - concordia	Autoridad - dominación

Tanto los roles como los estereotipos de género son interiorizados a través de un proceso de aprendizaje que es denominado socialización de Género que hace que las personas se adapten a las expectativas que sobre ellas tiene el resto de la sociedad en función de su sexo.

La socialización de género (formación de la identidad de género y asignación de roles) determina las oportunidades y limitaciones que tendrá cada persona (hombre-mujer) para desarrollarse plenamente.

El género en nuestra sociedad está jerarquizado. Las relaciones entre los sexos son relaciones de poder, en las que lo masculino domina lo femenino y donde se establecen, por lo tanto, relaciones de supeditación. A este sistema se le denomina **Sistema Patriarcal**.

La causa fundamental que origina y perpetúa la violencia de género es el sometimiento y control de las mujeres, aspecto básico del funcionamiento del patriarcado. La violencia se utiliza para mantener las relaciones de poder desiguales.

Perspectiva de género

La vida cotidiana se estructura sobre las normas de género, entre otras. Si algo parece indiscutible para las personas es el significado de ser mujer o ser hombre, los contenidos de las relaciones entre hombres y mujeres y los deberes y prohibiciones para ambos por el hecho de ser mujeres u hombres.

La perspectiva de género está basada en otra forma de enfrentar los mismos temas, en otros valores y en otro sentido ético, y choca con las convicciones más internas de las personas. Revoluciona el orden de poderes entre los géneros, la vida cotidiana, los roles y los estatutos de mujeres y hombres. Abarca cambios en la sociedad, las normas, las creencias, y el estado.

En definitiva exige el compromiso de todo tipo de organizaciones e instituciones para la modificación de la condición y posición de las mujeres, y en trabajar para lograr un sistema sexo género equitativo, justo y solidario.

Se trata pues de:

- Modificar la posición de desigualdad y subordinación de las mujeres en relación a los hombres en los campos económico, político, social, cultural y étnico.
- Abordar también los aspectos referidos a la condición de las mujeres, que tiene que ver con las circunstancias materiales inmediatas en las que vive: ingresos, salud, vivienda, etc., con el fin de mejorar las condiciones de su vida cotidiana.

La perspectiva de género nos permite replantearnos la visión androcéntrica de las estructuras sociales: los conceptos elaborados para analizar el conjunto de la vida social dejan en la oscuridad a las mujeres, ignoradas o implícitamente consideradas como subordinadas, marginales.

Adoptar la perspectiva de género implica una voluntad de conseguir la igualdad real entre hombres y mujeres.

Aplicado al estudio de las drogodependencias, supondría identificar qué representaciones socioculturales y psíquicas están interviniendo en las conductas de las personas para que se den toda una serie de factores de riesgo y permanencia en el consumo específicos por rol de género, más allá de exponerlo como características del sexo femenino (o masculino) en su consumo de sustancias.

Aplicar la perspectiva de género a nuestros programas significa, por tanto, identificar problemáticas que pueden presentarse (y que de hecho se presentan) para así poder incorporarlas en nuestro análisis de la realidad y que sea posible actuar conscientemente sobre ellas.

La incorporación de la perspectiva de género en la intervención con mujeres víctimas de violencia de género, es estrictamente necesaria, pues se trata de una herramienta que permitirá dar respuestas más informadas, adecuadas y equitativas, analizando las causas que generan

desigualdades, evaluando la posibilidad de modificarlas y, fundamentalmente, elaborando propuestas de acción tendentes a modificar esas desigualdades, contribuyendo así a la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Mujer, adicción y violencia de género

Hay pocos estudios en España que hayan tenido en cuenta las características diferenciales de las mujeres en tratamiento. Sin embargo, a nivel internacional, la literatura especializada parece coincidir en que las mujeres drogodependientes tienen más dificultades para acceder y continuar en los tratamientos que los varones, por factores relacionados con los propios programas de tratamiento y por las circunstancias sociales, personales y culturales de las propias usuarias.

Es importante tener en cuenta que la **Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo** para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, estipula que las políticas, estrategias y programas de salud integran en su formulación, desarrollo y evaluación las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

La mayoría de los trabajos que se han realizado sobre el tratamiento de la drogodependencia de las mujeres han destacado que no se estaban ofreciendo servicios adaptados a sus necesidades, y ello ha motivado informes monográficos para orientar intervenciones diferenciales. (Prather y Fidell, 1978; Rosebaum 1981, Reed 1987; Copeland y Hall 1992; Taylor 1993; Amaro y Hardy-Fanta 1995; Covington, 2000; Gordon 2002; Hser y cols 2003).

En julio del 2005, el Instituto de Adicciones de Madrid Salud publica el monográfico: “Mujer y Adicción, aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención” muestra clara de la confluencia de esfuerzos para mejorar la asistencia de las mujeres en tratamiento en los CADs.

Durante los años setenta y ochenta los estudios internacionales sobre las diferencias de género se basaron en estudiar fundamentalmente los patrones de consumo, las consecuencias del consumo en el embarazo, en la maternidad y en la trasgresión de los roles de género que desempeñaban las mujeres adictas. Es a partir de los años noventa cuando comienzan a desarrollarse los estudios que se centran en las necesidades y opciones terapéuticas específicas para las mujeres.

Es difícil establecer un perfil de mujer drogodependiente ya que en los últimos años se está detectando una tendencia de cambio en las sustancias consumidas, pautas de consumo, en el origen socioeconómico de las consumidoras así como en la edad de inicio del consumo y el contexto en el que se produce.

Así nos encontramos ante un grupo heterogéneo de mujeres que, en base a las características personales y las del entorno, viven la adicción de manera diferente aunque manifiestan dinámicas y necesidades muy similares.

Algunas de las características más comunes que encontramos en la población de mujeres drogodependientes que demandan tratamiento:

- Tienen entre 30 y 40
- Cuando acuden a tratamiento tienen una adicción de larga evolución
- La demanda de tratamiento es por adicción a alcohol y/o cocaína
- Mayoritariamente son solteras o separadas
- Con hijas/os tutelados por el sistema de protección de menores o con otros familiares.
- Presentan maltrato por parte de la pareja y/o un familiar varón.

Con frecuencia hay historia de consumo en la familia de origen. Existen en torno al 50% de problemas psiquiátricos, sobre todo problemas de depresión en la figura materna. (*Giménez Manrique, Lorena*).

Se establece como factor determinante en el desarrollo de la adicción el abuso sexual en la infancia.

Las mujeres pueden mostrar mayor motivación para el tratamiento que los varones aunque con índices más bajos de permanencia que estos. También se han encontrado patrones diferenciales en los procesos o episodios de recaídas.

Se han evidenciado diferencias en el funcionamiento psicológico entre varones y mujeres que buscan tratamiento, ya que en las mujeres existe un marcado sentimiento de culpa asociado a los cuidados, más baja autoestima y mayor prevalencia de trastornos psicológicos: ansiedad, depresión, estrés postraumático, intentos de suicidio y trastornos de la alimentación. Tienen mayor probabilidad, que la población de mujeres en general, de presentar maltrato y están en situación de mayor vulnerabilidad. La incidencia de abusos sexuales y malos tratos entre adictas

europeas (69%) es muy superior a los datos de población de mujeres general (20-25%). Además, se ha encontrado una mayor probabilidad de sucesos estresantes directamente relacionados con el inicio en el consumo de drogas.

La mujer adicta sufre una mayor culpabilización y estigmatización por su trasgresión, provoca una mayor decepción que los varones consumidores, poniendo en duda la competencia en su rol como mujer, madre, pareja, etc.

Dependiendo de las distintas sustancias consumidas presentan situaciones de vulnerabilidad diferentes.

Cuando una mujer sufre simultáneamente adicción y maltrato, suele dar mayor importancia a su problemática de consumo, dejando en un segundo plano su historia de maltrato. Aunque, en otras investigaciones, nos encontramos que las mujeres drogodependientes pueden considerar su consumo como un problema secundario debido a que los problemas de violencia que viven requieren una solución inmediata

En lo que sí parece que están todos de acuerdo es que al existir un trastorno por uso de sustancias la capacidad de reacción ante una situación de violencia se reduce y, por tanto, se hace más difícil salir de esta situación de maltrato.

Existen una serie de situaciones socio-sanitarias en mujeres drogodependientes con historia de violencia de género que complican el tratamiento:

- Padecen consecuencias médicas producto del maltrato, peores condiciones de salud por abandono de sus revisiones, pueden padecer dolor crónico, trastornos del sueño y abortos.
- Hay que tener en cuenta el VIH-SIDA y Hepatitis C por las implicaciones personales y de cara al tratamiento. Otras consideraciones a tener en cuenta es el mayor consumo de fármacos, debido a que son diagnosticadas con mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo.
- En sus relaciones de pareja lo central es la pareja. Hay un alto porcentaje de historias de relaciones de pareja conflictivas.
- Suelen tener como pareja a otro consumidor, manteniendo relaciones muy destructivas por los efectos que estos consumos provocan. El inicio del consumo suele estar relacionado con una pareja adicta, quien ha jugado un rol activo en el comienzo y desarrollo de la adicción.

- La droga suele constituir un elemento más de maltrato, ya que en muchas ocasiones la mujer está en tratamiento y su pareja no. En otras, el varón es el que suministra la droga como un modo de mantenerla en la relación y suelen disculpar el maltrato de su pareja por ser consumidor.

Si el consumo de la mujer es anterior al inicio de la relación de pareja, se sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad ante el agresor ya que éste puede justificar la agresión por la adicción de la mujer.

La dependencia afectiva de la mujer hacia la pareja está agravada. Esta dependencia afectiva suele ser factor de inicio y/o mantenimiento de la conducta adictiva, y que se caracteriza por la baja autoestima, la sumisión, el miedo a la soledad, la necesidad del otro para la valoración y el afecto y la falta de seguridad en una misma.

El abuso de sustancias provoca un deterioro de la relación de pareja que puede desencadenar la violencia.

Las mujeres pueden tener responsabilidades familiares no compartidas, así como hijos a su cargo, situación que dificulta el acceso, la permanencia y finalización de los tratamientos.

En muchos casos se oculta el consumo por el temor a perder a sus hijos/as si reconocen su condición de adictas.

Presentan mayor deterioro social, ya que tardan más en llegar a tratamiento; y en general tienen menos apoyo familiar y social frente al tratamiento. Hay ausencia de relaciones sociales debido al consumo y al maltrato. Este aislamiento las hace más vulnerable a la violencia por parte de su pareja.

Tienen peor situación económica o laboral; habiendo estado desocupadas en los meses previos al tratamiento, con una historia laboral caracterizada por la inestabilidad, con trabajos precarios o temporales, poca formación, condiciones de trabajo complicadas para conciliar con el cuidado de las/os hijas/os. Presentan mayor dependencia económica de la familia o pareja.

Algunas mujeres utilizan la prostitución como medio de autofinanciación del consumo. Además, en ocasiones, no buscan clientes sino que mantienen relaciones sexuales y/o sentimentales a cambio de droga.

Pueden existir situaciones legales pendientes con la justicia, que dificulta que acudan a presentar denuncias después de haber sido agredidas y, en caso de que la denuncia se haga efectiva, no

suelen acudir a las citaciones judiciales cuando están manteniendo un consumo de sustancias activo.

Merece especial consideración el grupo de mujeres inmigrantes adictas por su situación de mayor vulnerabilidad por la pérdida de redes social y familiar.

Varón, adicción y violencia de género

Según *Fals-Stewart y Kennedy (2005)*, la violencia de un hombre contra una mujer es mucho más probable cuando el agresor ha consumido alcohol, y este porcentaje es mucho mayor cuando el consumo ha sido excesivo. Asimismo, el consumo de alcohol, si bien no causa la violencia dentro del ámbito de la pareja, puede guardar relación con la frecuencia y gravedad de las lesiones en la víctima e incrementar el riesgo de muerte.

La presencia del consumo de alcohol y/o otras drogas entre las personas violentas en general y, más específicamente, entre los agresores a la mujer, está bien documentada. La tasa de agresores que presentan problemas de abuso o dependencia alcohólica puede oscilar entre el 50% y el 60%.

En el caso de otro tipo de drogas ilegales, los datos varían en las diferentes investigaciones pero, como media, en torno al 20% de los hombres agresores presenta un consumo abusivo de drogas. En este sentido, la mayor parte de los estudios se han centrado en el consumo de cocaína y de cannabis. Los resultados específicos indican una fuerte asociación entre el consumo de estas drogas y la gravedad de los episodios violentos.

De todas las drogas parece que el consumo de cocaína (o el consumo de cocaína y alcohol) son las más relacionadas con la violencia. En este sentido, *Lee, Gottheil, Sterling, Weinstein, y Serota (1997)* han encontrado que los consumidores de cocaína que además maltratan a su pareja, a diferencia de los que no maltratan, tienen en mayor medida consumo excesivo de alcohol en el pasado, problemas familiares, susceptibilidad ante pequeñas cosas, dificultades para relajarse, sintomatología depresiva, ideación paranoide, psicoticismo y elevada sensibilidad interpersonal. En otros estudios ha quedado clara la influencia del consumo de sustancias, principalmente alcohol, en el desarrollo y desencadenamiento de episodios violentos contra la pareja.

Aproximadamente entre un 40% y un 60% de los pacientes adictos que viven con sus parejas, presentan episodios violentos contra las mismas durante el año previo al inicio del tratamiento para su adicción.

Unos resultados similares se han observado incluso en pacientes que presentan problemas relacionados con la adicción al juego.

Los estudios llevados a cabo con hombres maltratadores y con pacientes adictos muestran una alta comorbilidad entre ambos fenómenos. Se han llevado a cabo algunos estudios con tratamientos conjuntos de la adicción y de la violencia de pareja. Los resultados obtenidos son esperanzadores y muestran que los programas de intervención con adicciones pueden ser un marco útil para aplicar también, en los casos necesarios, un tratamiento específico para aquellos adictos con un problema asociado de violencia contra la pareja. Los estudios sobre el perfil psicológico de los agresores, tanto nacionales como internacionales, coinciden en sus resultados.

Sin embargo, a pesar de la relación existente entre el consumo de sustancias y la presencia de conductas violentas, hoy por hoy no hay ningún estudio que establezca una relación causal entre ambos fenómenos. Probablemente, el abuso de sustancias constituye un factor precipitante, más que un factor causal, de la violencia contra la pareja.

La escalada y el ciclo de la violencia

La escalada de la violencia se define como un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad y la frecuencia de las agresiones se va incrementando a medida que pasa el tiempo.

Comienza con conductas de abuso psicológico bajo la apariencia de actitudes de cuidado y protección, que van reduciendo la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma y su capacidad de reacción.

Suelen ser conductas controladoras que van a hacer que la autonomía de la mujer disminuya. Ejemplo son los celos, la vigilancia, la censura sobre la ropa, amistades o actividades, el control de los horarios, las salidas fuera de la casa, etc. Estas conductas no se perciben por parte de las mujeres como agresivas, sino como manifestaciones del carácter de la pareja o de rasgos masculinos por excelencia (rol dominante y protector a un tiempo), que se han interiorizado como *normales* a través de los procesos de socialización.

El aumento progresivo de la violencia hasta llegar a las agresiones físicas e incluso a la muerte, puede extenderse a lo largo de un prolongado periodo de tiempo, durante el cual se incrementa la pérdida de la autoestima, de la seguridad personal, se incrementa el aislamiento,

de manera que es más difícil para la mujer víctima percibir y entender el significado y la trascendencia del proceso en el que está inmersa, y del riesgo que corre.

Paralelamente a la escalada de la violencia se produce el ciclo de la violencia, así denominado por Leonor Walker en 1979.

El ciclo de la violencia consta de **tres fases**:

Acumulación de tensión: se caracteriza por una escalada de tensión, la irritabilidad del hombre va en aumento, sin causa aparente ni comprensible para la mujer. Él expresa hostilidad, aunque no de una manera explosiva, ella lo intenta calmar, complacer, o al menos no hacer lo que a él le pueda molestar, con la creencia irreal de que ella puede parar la violencia, llegando en ocasiones a encubrir, excusar, y con frecuencia alejar a aquellos que quieren y que podrían ayudarla. Esta tensión sigue aumentando y se produce la fase siguiente.

Explosión de la violencia: Se produce el estallido de la violencia, dando lugar a malos tratos emocionales o psíquicos, físicos y/o sexuales (pueden ser los tres o solamente emocionales o sexuales, y los físicos mucho más tarde). Esta fase puede durar minutos u horas; algunas mujeres se han sentido atemorizadas durante días y semanas. En esta fase las mujeres suelen experimentar un estado de colapso emocional (síntomas de indiferencia, depresión y sentimientos de impotencia). Tienden a permanecer aisladas y pueden pasar varios días hasta que se decidan a buscar ayuda. Es en esta fase cuando la mujer suele pedir ayuda, o incluso denunciar aunque no suele ser en las primeras agresiones. Suelen iniciar sus procesos de separación y es también cuando el riesgo de muerte a manos de su pareja se incrementa.

Reconciliación o luna de miel: en esta fase la violencia y la tensión desaparecen. Él pide perdón, utiliza estrategias de manipulación afectiva y muestra un comportamiento extremadamente cariñoso, le promete que va a cambiar, y que ella le tiene que ayudar porque la necesita; le hace regalos y le promete que no volverá a ocurrir. Esto supone un refuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación. Además, esta situación le permite ver que la relación tiene su parte buena como ella manifiesta cuando reflexiona sobre sus vivencias, “no todo es agresión y maltrato”. La mujer, si ha puesto denuncia la suele retirar y busca cómo ayudar a su pareja que tiene “problemas”. A medida que aumenta la violencia esta fase puede llegar a desaparecer quedando sólo las fases de tensión y de agresión.

No todas las mujeres experimentan la violencia de esta forma, algunas nunca pasan por la luna de miel, ya que las conductas controladoras de sus parejas son constantes.

La pirámide de la violencia

Una representación gráfica, que puede describir los diferentes estadios que atraviesa la violencia de género, es la pirámide de la violencia, en la que se pueden distinguir varios niveles.

Primer nivel

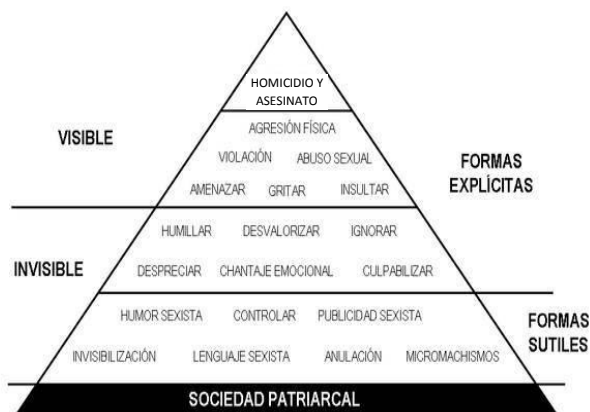
Es la base de la pirámide situaríamos la violencia de baja intensidad, donde se encuentran una serie de comportamientos socialmente tolerados como pueden ser los chistes machistas, comentarios soeces, insultos, menosprecios, control o imposición de actividades, tonos y gestos de intimidación o acciones que invaden la intimidad de la persona.

Segundo nivel

En un segundo escalón se aumenta el grado de control, la manipulación es abierta, y hay limitación del tiempo y las amistades, aislamiento de la familia, coacciones, amenazas e insultos. La violencia además se manifiesta en el abuso de poder, en el chantaje emocional, la privación de la libertad. La violencia física aparece con la rotura de objetos, actos que intimidan a la persona. En este nivel hablamos de violencia psicológica.

Tercer nivel

En esta etapa aparece la violencia física que se expresa en empujones, zarandeos, bofetadas, golpes, abusos sexuales, violación, palizas, mutilación genital.



Cuarto nivel.

En este nivel se encuentra la violencia más grave e irreversible: los homicidios y asesinatos. Esta etapa es la que se conoce a través de los medios de comunicación social e induce a identificar erróneamente violencia de género con víctimas mortales. La pirámide de la violencia nos muestra que esta nunca aparece de forma repentina sino que puede

aparecer con conductas apenas perceptibles, es una escalada, donde la invisibilidad inicial hace difícil identificar el maltrato y, cuando este se hace muy evidente la mujer ha sufrido ya un aislamiento, indefensión y daño considerable.

METODOLOGIA DE LA INTERVENCIÓN

En la prevención e intervención en violencia de género en los centros de tratamiento de trastornos adictivos, proponemos, siempre bajo una perspectiva transversal de género, la utilización de los modelos que a continuación se exponen porque son básicos en la intervención en el proceso adictivo, y a su vez son utilizados y valorados por los y las profesionales que se dedican específicamente a la prevención y tratamiento en víctimas de violencia de género. Estos modelos resaltan la capacidad de la mujer como superviviente y su importante papel activo para protegerse, afrontar las secuelas de la violencia y reconstruir su vida.

Modelo Transteórico del Cambio

El modelo se fundamenta en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. El modelo explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos intervinientes: estadios del cambio, procesos de cambio, balance decisorio, tentación y auto-eficacia (Prochaska & Velicer, 1997).

Modelo de Empoderamiento de las Personas y los contextos.

El empoderamiento es un complejo proceso de intervención que persigue unas metas estratégicas:

1. Facilitar una experiencia de dominio y control sobre la propia vida en la iniciación y sostenimiento de las elecciones, decisiones y acciones que conducen al cambio y en relación con el acceso equitativo al uso de oportunidades y recursos de apoyo personales y del contexto.
2. Potenciar el aprendizaje, desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento y competencias (en contraposición con los modelos centrados en las disfunciones y las deficiencias).
3. Promover factores de protección frente a factores de riesgo y fuentes de estrés, y factores de recuperación de las crisis y la adversidad
4. Potenciar los recursos personales y de los contextos y redes de apoyo social, su disponibilidad, accesibilidad, competencia y validez.

Modelo de competencia

Este Modelo de Competencia implica que la salud, el bienestar o el ajuste de las personas no son estados cuya integridad haya que proteger cuidadosamente para que no se extralimiten hacia lo "patológico", sino más bien repertorios de habilidades susceptibles de ser aprendidas, y cuyo aprendizaje puede y debe ser promocionado.

Asume plenamente el derecho de las personas para desarrollar competencias o habilidades que les capaciten para prevenir y resolver problemas y manejar el stress de una manera adecuada.

De acuerdo con este modelo, el técnico no trata de resolver los problemas , sino que tiene el empeño profesional de facilitar los recursos teóricos y técnicos para el desarrollo de un equipamiento de competencia o "ciencia personal" de habilidades de resolución de problemas (habilidades de observación, de planificación..) para que la persona se convierta en agente activo de su propia salud, y contribuya de manera cooperativa a promocionar la salud en el sector de la comunidad en que vive y sea capaz de resolver problemas, y prevenirlos.

Modelo de Prevención de Recaídas

El uso "adaptado" del modelo, puede resultar útil para la prevención de determinadas pautas de comportamiento (cognitivo, emocional y motor) de la mujer que la hace más vulnerable a entrar en una nueva relación poco igualitaria de sumisión y/o violenta.

A pesar de las graves consecuencias que supone para la mujer el mantener una relación de maltrato, y de lo complejo que le resulta escapar y afrontar las secuelas de la misma, las y los profesionales, observan muchas veces impotentes, el retorno a las pautas previas.

Se puede enseñar a la mujer a reconocer y detectar dichas pautas personales que aumentan su vulnerabilidad, los factores de riesgo que facilitan su reaparición y las posibles consecuencias que las mantienen, para poder así prevenir su aparición, y aprender nuevas pautas relacionales protectoras y adaptativas.

El análisis funcional de las conductas relacionales de subordinación y dependientes, proporcionará las herramientas necesarias para enseñar a la mujer a entender, escapar y reducir los riesgos de entrar en una nueva espiral de violencia.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

PREVENCIÓN

Se plantea una Intervención Transversal e Integral en violencia de género con un abordaje biopsicosocial e interdisciplinar de la violencia y sus secuelas, por lo que es necesaria la participación y coordinación de todo el equipo, donde la prevención sea un objetivo a lo largo de todo el proceso terapéutico.

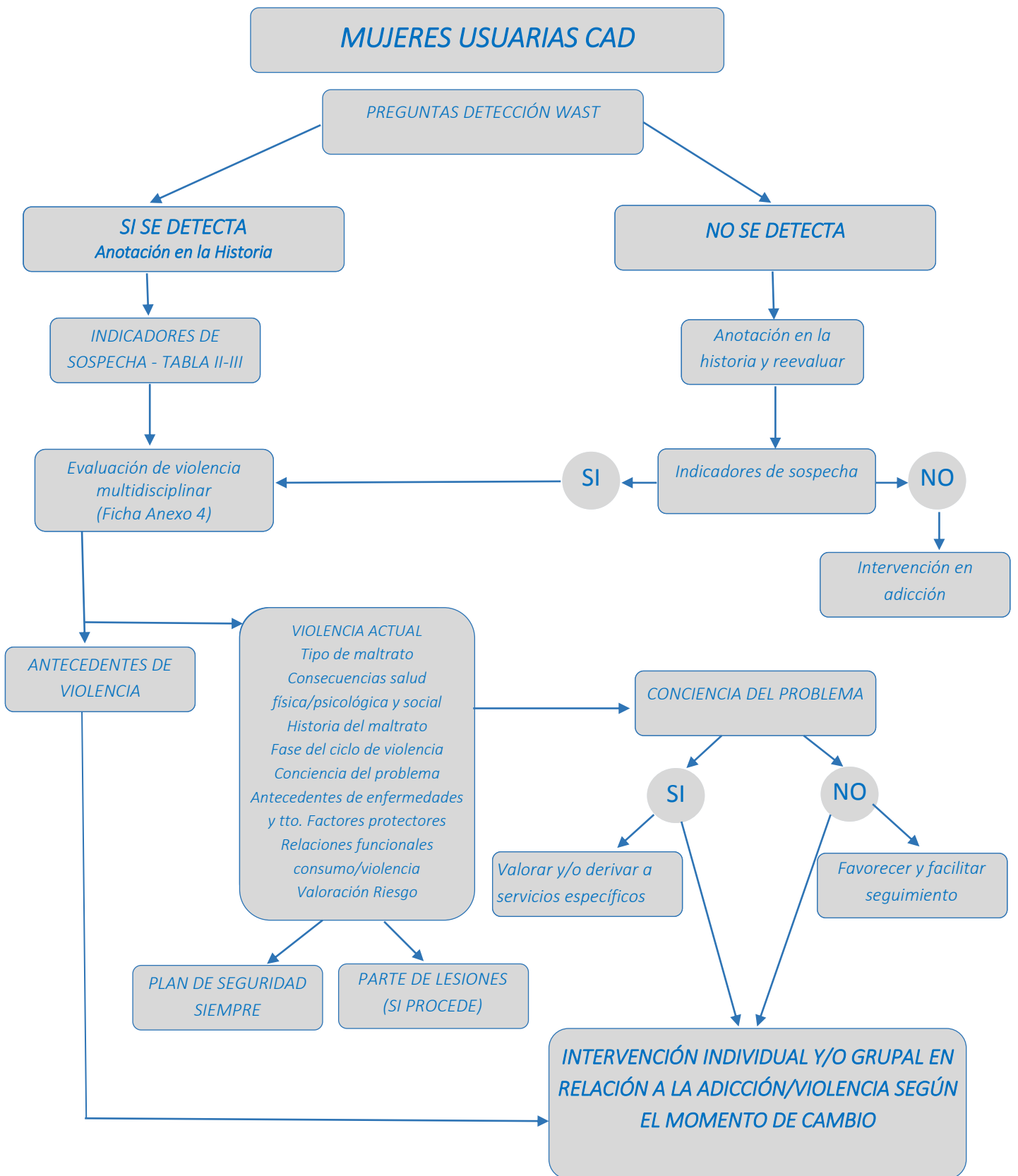
En la tabla I se exponen los objetivos y contenidos específicos de esta intervención preventiva, que resulta imprescindible en los CADs. No debemos olvidar que la violencia de un hombre hacia una mujer es más probable cuando el agresor ha consumido drogas.

TABLA I. INTERVECIÓN PREVENTIVA

OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTUACIONES	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> - Visibilizar y sensibilizar sobre los factores de riesgo y de protección en relación a la violencia de género. - Visibilizar y desestigmatizar la adicción femenina en el núcleo convivencial. - Favorecer relaciones equilibradas, igualitarias y proporcionales. - Reforzar la expresión y la autogestión emocional en los varones así como el control de impulsos. - Reforzar la autonomía y el empoderamiento de la mujer. - Abordar vínculos de dependencia y favorecer conductas que facilitan la autonomía emocional, cognitiva y social. - Favorecer el desarrollo de un ocio autónomo y satisfactorio. - Potenciar sus capacidades laborales y de empleabilidad. 	<p>Identidad de género: Roles asignados, estereotipos, actitudes.</p> <p>Afectividad y sexualidad</p> <p>Género y Adicción. Relación funcional entre el consumo y la violencia.</p> <p>Autoestima y habilidades asertivas.</p> <p>Maternidad y paternidad</p> <p>El género como factor de riesgo y protección para el consumo</p> <p>Señales de violencia y/o agresividad.</p> <p>Naturalización y normalización de la violencia</p> <p>Ciclo de la violencia y escalada de los comportamientos violentos.</p> <p>Relación entre Violencia y Adicción</p>	<p>Intervención individual</p> <p>Intervención grupal</p> <p>Grupo de mujeres</p> <p>Grupos mixtos</p> <p>Intervención familiar</p>	<p>Expresión de emociones</p> <p>Habilidades sociales y asertivas.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Autoreforzamiento y reforzamiento interno</p> <p>Resolución de problemas y manejo de conflictos</p> <p>Psicoeducación</p>

LA INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL

- ALGORITMO DE DECISIÓN.
- POBLACION DIANA: Dificultades para identificar la VG, Situaciones de especial vulnerabilidad, Indicadores de sospecha.
- ESTILO Y CONTEXTO TERAPEUTICO.
- EVALUACION MULTIDISCIPLINAR DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. Valoración del riesgo vital. Tipos de gravedad del maltrato sufrido. El deterioro en la salud física, psicológica y social. Historia del maltrato. Fase del ciclo de la violencia en que se encuentra la mujer. Conciencia del problema y motivación para el cambio.



POBLACIÓN DIANA

Todas las mujeres que acuden a tratamiento al CAD.

Detección

Para el abordaje de la violencia hacia la mujer en los CAD nos planteamos como objetivo prioritario la detección precoz y el tratamiento temprano de las secuelas de la violencia.

Para conseguir una detección temprana es necesario que los profesionales mantengamos una actitud centrada en la paciente y de escucha atenta que nos permita identificar ciertas conductas, síntomas o signos de sospecha y que frente a la detección de dichos indicadores mantengamos la voluntad y capacidad para seguir explorando.

De este modo se facilitaría la salida temprana de la mujer de la escalada y del ciclo de violencia, así como la prevención de recaídas en el consumo de sustancias tóxicas.

Las características específicas de nuestros Centros y tratamientos integrales, la accesibilidad, contacto directo y continuado, y el hecho de contar con equipos multidisciplinares, pueden facilitar de forma significativa esta detección precoz.

Recomendamos la utilización de cuestionarios de screening de forma sistemática a las mujeres que acuden a tratamiento a nuestros centros.

En nuestro medio esta validada la versión corta del **WOMAN ABUSE SCREENING TOOL (WAST)**. (Fogarty y Brown, 2002)

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

Mucha tensión

Alguna tensión

Sin tensión

2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

Mucha dificultad

Alguna dificultad

Sin dificultad

Normas de corrección:

Se asigna una puntuación de “1” a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de “0” a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre “0” y “2” y tanto las puntuaciones “1” como “2” son consideradas resultados positivos en el cribado.

Si el cribado es negativo se anotará en la historia y se reevaluará en momentos posteriores del tratamiento.

Si el cribado es positivo se realizará una evaluación más exhaustiva.

Dificultades para identificar la violencia de género

Por parte de la mujer

- Miedos: a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos o hijas...
- Baja autoestima, culpabilización, vergüenza y humillación, por la doble situación de mujer maltratada y adicta.
- Padecer alguna discapacidad y/o trastorno psiquiátrico.
- Ser inmigrante, vivir en el medio rural o en situación de exclusión social.
- Dependencia afectiva, agravada por el efecto de la violencia ejercida.
- Dependencia económica. Estar fuera del mercado laboral.
- Deseo de proteger a la pareja.
- Resistencia a reconocer lo que le está pasando.
- Desconfianza en el sistema sanitario y judicial (causas pendientes por consumo que dificultan las denuncias).
- Minimización de lo que le ocurre (a veces no son conscientes de su situación y les cuesta identificar el peligro y su deterioro).
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar.

- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también y además se justifica por su consumo).
- Están acostumbradas a ocultarlo.
- El trauma físico y psíquico las mantiene inmobilizadas, desconcertadas, alienadas.
- La situación de consumo/intoxicación resta credibilidad a su historia de maltrato.

Por parte del equipo terapéutico.

Estar inmerso en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad que minimiza, naturaliza o tolera ciertas “dosis de violencia de género”.

- No considerar la violencia como un problema de salud.
- La “normalización” de la violencia como comportamiento habitual del estilo de vida y del entorno de los y las adictas.
- Creencia de que la violencia contra la mujer no es tan frecuente.
- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad.
- Formación insuficiente para el abordaje de este problema.
- Frecuentes actitudes paternalistas.
- Equiparación de la violencia de género con cualquier otro tipo de violencia.
- Dificultad en la comunicación (idioma, discapacidad, etc.).
- Sobrecarga asistencial.
- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos.
- Miedo a la reacción del agresor.
- Impotencia y desconfianza en relación a los sistemas de protección.

Situaciones de especial vulnerabilidad.

Es importante tener en cuenta que ser **mujer y adicta** supone mayor riesgo de sufrir maltrato, pero es preciso considerar otras situaciones que añaden una mayor vulnerabilidad.

Situaciones asociadas al cambio vital:

- Adolescencia y juventud
- Noviazgo.
- Embarazo y puerperio.
- Separación.
- Jubilación propia o de la pareja.

Otras Situaciones que aumentan la vulnerabilidad:

- Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo.
- Mujer con cargas en solitario.
- Aislamiento tanto familiar como social
- Migración, tanto interna como nacional o extranjera
- Enfermedad mental y enfermedad discapacitante
- Dependencia física o económica.
- Dificultades laborales y desempleo.
- Situación de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza).
- Infección por el VIH.
- La pareja consume activamente, recae en el consumo o agrava su problemática de consumo.

Indicadores de sospecha

Existen una serie de signos y comportamientos que podemos encontrar en las mujeres que acuden a tratamiento, que pueden ser indicativos de una situación de maltrato. Los indicadores que aparecen en las siguientes tablas (II, III y IV) nos ayudan a detectar la situación de violencia, y la necesidad de una profundización en la evaluación específica de ésta y sus secuelas.

Dividimos estos indicadores de sospecha en:

- Comportamientos de la mujer en el contexto terapéutico.
- Antecedentes de violencia y consumo.

- Problemas físicos, psicológicos y sociales.

(Ver tablas II, III y IV)

INDICADORES DE SOSPECHA

TABLA II COMPORTAMIENTO DE LA MUJER EN EL CONTEXTO TERAPEUTICO

La paciente acude siempre acompañada. La pareja insiste en entrar en la consulta con la paciente. Siempre contesta él, interrumpe a su pareja constantemente. Se presenta excesivamente preocupado o solícito, y a veces hostil con la paciente o con el profesional.

El comportamiento de la mujer cambia cuando el agresor está presente (inhibición, nerviosismo, irritabilidad, contención...) se muestra temerosa en las respuestas, y busca constantemente su aprobación.

La pareja o la familia hace comentarios críticos y/u hostiles sobre la paciente de forma persistente, y desvaloriza lo que hace o dice. Justifica su comportamiento hostil, la culpabiliza y responsabiliza. Minimiza cualquier aspecto o comportamiento positivo de la paciente. No atiende o minimiza sus quejas. Habla de ella como si no estuviera presente, la "invisibiliza".

La pareja, familia o personas de su entorno más cercano nunca acuden a consulta, ni se interesan por el estado o tratamiento de la paciente.

La mujer expresa sus reticencias para que la pareja acuda a las citas a pesar de manifestar la existencia de un conflicto o malestar en el contexto de la relación. Se niega a hablar de sus relaciones familiares o emite respuestas escuetas o generales.

La información que proporciona parece poco veraz o incoherente cuando exploramos con ella su malestar asociado a los conflictos en el contexto familiar. Actitud evasiva, de temor, agresividad, culpabilizadora, resistente a ciertas preguntas.

La mujer define a su pareja o familiar como colérico, celoso

La mujer se presenta en la consulta vestida con ropa inadecuada para la época del año (jerséis de cuello alto o manga larga en verano).

La pareja mantiene el consumo y no acude a tratamiento a pesar del intento de la paciente.

INDICADORES DE SOSPECHA

TABLA III. ANTECEDENTES DE VIOLENCIA Y CONSUMO	
VIOLENCIA	<p>Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.</p> <p>Haber vivido otras relaciones de maltrato.</p> <p>Haber mantenido relaciones asimétricas o poco igualitarias y naturalizar dichos comportamientos como habituales en las relaciones afectivas.</p> <p>Referencias del entorno de haber sido víctima de malos tratos.</p>
CONSUMO	<p>Consumos y periodos de abstinencia ligados a los de la pareja.</p> <p>Abstinencia (exigida o voluntaria) en periodos de embarazo, no acompañada por la abstinencia en sus parejas</p> <p>Consumo invisible, oculto, en relación a su pareja o familiar.</p> <p>Incapacidad para consolidar la abstinencia a pesar de la existencia de facilitadores internos que lo posibilitan (capacidad de autocontrol y motivación)</p> <p>Recaídas en el consumo de sustancias, tras periodos de estabilidad en la abstinencia, sin que existan aparentemente factores de riesgo.</p> <p>Agravamiento de la situación de consumo.</p> <p>Uso abusivo de psicofármacos prescritos.</p> <p>Refiere consumo para reducir el malestar, frustración, insatisfacción por su situación familiar o de pareja.</p> <p>Poca adherencia y participación en su tratamiento. Combina periodos de asistencia regular, acción e implicación, con momentos de inasistencia sin justificación aparente, y pasividad.</p>

INDICADORES DE SOSPECHA

TABLA IV –PROBLEMAS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

PROBLEMAS FÍSICOS O DE SALUD	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	PROBLEMAS SOCIALES
<p>Intentan explicar lesiones físicas de forma incoherente</p> <p>Dejan un lapso de tiempo demasiado largo entre el accidente y la consulta u ocultan el origen de las lesiones.</p> <p>Tienen historia de alta accidentabilidad.</p> <p>Huellas de golpes y/o hematomas, en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos.</p> <p>Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal).</p> <p>Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.</p> <p>Lesiones en genitales.</p> <p>Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.</p> <p>Lesión típica: rotura de tímpano.</p> <p>Refiere con frecuencia: cefalea, cervicalgia, dolor crónico en general, mareos, molestias gastrointestinales, dificultades respiratorias, trastornos del sueño y la alimentación.</p> <p>Ausencia de control de la fecundidad, o controles no abordados y compartidos en el contexto de pareja (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).</p> <p>Interrupciones frecuentes del embarazo voluntarias o espontaneas</p> <p>Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.</p> <p>Hijos con bajo peso al nacer.</p> <p>Retraso en la solicitud de atención prenatal.</p> <p>Períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias). Uso repetitivo de los servicios de urgencias.</p> <p>Frecuentes hospitalizaciones. Acude con la pareja cuando antes no lo hacía.</p>	<p>Múltiples diagnósticos psicopatológicos previos. Trastornos de la conducta alimentaria, Síndrome ansioso depresivo. Trastorno de Personalidad,...</p> <p>Antecedentes de intentos autolíticos, y/o ideación autolítica presente.</p> <p>Trastorno del estado de ánimo y Trastornos de ansiedad.</p> <p>Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático.</p> <p>Trastornos del sueño.</p> <p>Apreciación de:</p> <p> Conducta temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa.</p> <p> Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitación de la mirada.</p> <p> Falta de cuidado personal.</p> <p> Actitud de alerta y/o comportamientos excesivamente inhibidos o agresivos ante la comunicación y/ o actitud agresiva con compañeros del grupo terapéutico.</p> <p>Acentuación o reaparición de síntomas depresivos, ansiedad, pánico, ideación suicida, trastorno del sueño y de la alimentación.</p> <p>Agotamiento psíquico. Irritabilidad. Labilidad emocional.</p> <p>Autoestima baja, frágil, dependiente del entorno.</p> <p>Inseguridad</p> <p>Atribuciones internas de los problemas y externas de los éxitos. Culpabilidad</p> <p>Percepción de dificultad para tomar decisiones y manejar los conflictos en solitario. Dependencia afectiva</p> <p>No dispone de un proyecto vital propio sino supeditado a la familia y/o a la pareja</p>	<p>Aislamiento social, pérdida progresiva de contactos sociales y negativa a entablar nuevas relaciones.</p> <p>Contactos escasos o nulos con su familia extensa.</p> <p>Bajas laborales recurrentes.</p> <p>No realiza actividades gratificantes si no es en compañía de la pareja ni dispone de espacio de ocio personal sin control de la pareja.</p> <p>Falta de disponibilidad económica por control de la pareja</p>

ESTILO Y CONTEXTO TERAPÉUTICO

Desde el inicio de la intervención es necesario crear un contexto de trabajo seguro, flexible, accesible, digno y respetuoso con la mujer que favorezca su recuperación. Se debe observar sus actitudes y su estado emocional, a través del lenguaje verbal y no verbal, facilitando la expresión de sentimientos, manteniendo una actitud empática.

Es necesario dejar un espacio propio a la mujer, aunque acuda acompañada por pareja o familiar. La detección la puede realizar cualquier profesional del equipo y en cualquier momento del proceso de tratamiento.

En las entrevistas de evaluación inicial es importante incluir de forma sistemática una primera exploración general sobre la calidad de sus relaciones y grado de satisfacción o insatisfacción de las mismas.

Al evaluar la situación familiar y convivencial actual es pertinente seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas para pasar a otras más concretas y directas con el fin de abordar la posible situación de violencia.

La detección de la violencia se inicia desde los primeros contactos, por ello, es fundamental que la mujer no tenga que repetir la información a cada uno de los miembros del equipo interdisciplinar, y asegurar la intimidad y seguridad de la información recogida, así como el buen uso de la misma.

Es importante que la evaluación de la violencia y del impacto en la mujer sea realizada por el profesional con el que exista una mayor relación de confianza y cercanía.

Otro aspecto a tener en cuenta es la incorporación en el tratamiento con las mujeres víctimas de maltrato, profesionales varones. Es fundamental valorarlo con la paciente. Su participación podría resultar más apropiada en las etapas finales del tratamiento, o en calidad de coterapeutas en los grupos educativos o las sesiones de terapia familiar. Podría facilitar la exposición a modelos masculinos más igualitarios.

En este sentido y con el objeto de ***favorecer la retención y adherencia al tratamiento es importante:***

- Estar atentos a nuestros prejuicios, actitudes y emociones relacionados con el género.
- Mantener una relación terapéutica centrada en la paciente.

- Entrevistas abiertas que dejen espacio para exponer sus preocupaciones y necesidades, recordando siempre que la intervención está centrada en ella y en su demanda.
- Preguntar de forma directa y clara, con preguntas facilitadoras.
- Asegurar la confidencialidad y cuidar el manejo de la información, evitando que la mujer tenga que repetir constantemente hechos dolorosos o traumáticos.
- Mantener una escucha activa, reflexiva y empática, no culpabilizadora. Creer la experiencia que relata la paciente.
- Mantener una actitud de proximidad. Incluir el señalamiento y refuerzo de sus capacidades y fortalezas.
- Entrevistar a la mujer sola, sin familiares.
- Disponer del tiempo necesario para la entrevista. Adaptar los horarios de intervención a las posibilidades reales de la mujer, que en muchos casos asume cargas familiares no compartidas.
- Aceptar y manejar su ambivalencia.
- 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.
- Respetar las decisiones de la mujer y ofrecer acompañamiento durante todo el proceso.
- Identificar y afrontar las dificultades/obstáculos de forma progresiva, facilitando el mantenimiento en el tratamiento.
- Consensuar los objetivos terapéuticos a trabajar y los tiempos o secuencias de proceso.
- Favorecer la toma de decisiones. Comprender sus dificultades.
- Proporcionar un feedback sobre su situación, las consecuencias y los riesgos.
- Ante la detección de posibles signos de violencia priorizar la seguridad de la mujer y el mantenimiento del contacto con el centro.
- Favorecer la búsqueda de apoyos y la implicación de figuras significativas en el tratamiento.

Se deben evitar las siguientes conductas:

- Actitudes de excesivo dramatismo con las que la mujer podría sentirse presionada para tomar una decisión.
- Que la mujer relate el proceso de maltrato a los distintos profesionales, ya que esto supone su revictimización.
- La confrontación.
- Culpabilizar a la mujer y/o criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer.
- Racionalizar, banalizar o justificar la violencia del agresor.
- Infravalorar la sensación de peligro de la mujer.
- Citar al agresor para contrastar la información que proporciona la mujer.
- Hacer terapia de pareja y derivar a mediación familiar cuando existe violencia.
- La derivación como primera intervención (salvo casos de peligro inminente)
- Prescribir de forma excesiva medicamentos sedantes.
- Hacer el parte de lesiones y/o derivar sin el conocimiento de la mujer.

EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Si la mujer reconoce estar en una situación de maltrato y/o presenta indicadores de sospecha, se debe proceder a realizar una valoración integral que incluya:

Valoración del riesgo vital. Plantear la urgencia y el tipo de intervención.

Valorar el riesgo vital es determinar si la mujer víctima de violencia se encuentra en peligro extremo, entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para su vida o la de sus hijos o hijas, incluyendo la posibilidad del suicidio.

Indicadores de peligro extremo:

- Amenazas con armas o el uso de las mismas, o armas en el domicilio.
- Amenazas o intentos de homicidio a ella y sus hijos o hijas.
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.
- Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia.

- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Trastornos paranoides, celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias.
- Aislamiento creciente.
- Consumo de alcohol o drogas por parte de la pareja.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

Si la mujer tiene la percepción de peligro, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar, la situación debe quedar definida directamente como de peligro extremo.

Una vez detectada la situación de riesgo extremo es preciso:

- Favorecer la toma de conciencia sobre las consecuencias de permanecer en la situación de riesgo.
- Informar sobre la legislación existente sobre violencia de género, sus derechos y recursos específicos.
- Elaborar un plan de seguridad y protección para reducir al mínimo el riesgo, en función de la situación de la mujer, de sus prioridades y de sus propias decisiones.
- Valorar la emisión del parte de lesiones (Ver Anexo I).

PLAN DE SEGURIDAD: EN SITUACIÓN DE RIESGO VITAL

Su objetivo es preparar a la mujer para la salida del domicilio en caso de peligro extremo.

Debemos exponerlo en un ambiente de tranquilidad y si fuera posible, en presencia de alguna persona de su confianza para reforzar la información.

Ayudarle a realizar un plan de seguridad y recomendarle que no comente esta conversación con su pareja.

Recomendaciones

Si tuviera que abandonar la casa de forma urgente se le informará sobre los siguientes aspectos:

Dispositivo de Atención Telefónica 24 horas, para mujeres maltratadas-112.

Documentación que debe preparar o tener localizada y de la que puede dejar copia a alguien de su confianza:

Documentos personales y de sus hijos e hijas: DNI, libro de familia, tarjetas sanitarias, permiso de conducir, permiso de residencia, títulos académicos....

Documentos de la casa: hipoteca, seguros, recibos de alquiler, títulos....

Otros documentos: del coche, denuncias previas, sentencias de separación o divorcio, orden de protección....

Agenda con números de teléfono y direcciones útiles.

Informes médicos, partes de lesiones y medicamentos.

Cartilla de ahorro, talonario, tarjetas de crédito, dinero en efectivo....

Tener preparado:

Efectos personales de ella y sus hijos/las: ropa, útiles de aseo y objetos significativos.

Llaves de casa y del coche.

Cuenta en un banco donde ir guardando dinero para ella y sus hijos.

Aconsejable:

No comentar los planes con su pareja.

Mantener adecuada capacidad de atención (no abusar de sedantes u otras sustancias tóxicas).

Salir cuando él no esté en casa.

Escenario de protección:

Acordar señales con vecinos y personas de confianza.

Enseñar a los hijos a pedir ayuda y a protegerse.

No aceptar comunicarse con el agresor.

Procurar no estar a solas en ningún sitio.

Si sospecha que la agresión es inminente, no alejarse de la puerta de salida.

Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible, protegerse con los brazos la cabeza y la cara. Hacer todo el ruido posible

Los tipos y gravedad del maltrato sufrido.

La violencia de género se clasifica en:

Violencia física: agresiones corporales (empujones, golpes, ataques con armas, mordeduras, quemaduras, estrangulamientos, mutilaciones).

Violencia sexual: cualquier actividad sexual no consentida, desde las relaciones sexuales obligadas y la explotación sexual a los insultos y vejaciones durante las relaciones sexuales.

Violencia psicológica: agresiones de tipo intelectual o moral (amenazas, aislamiento, desprecio, intimidación, insultos en público, etc.).

Control económico: Gasta solo en si mismo, oculta ganancias y gastos, le obliga a pedir dinero, le exige explicaciones sobre todos los gastos, hace la compra él para no darle dinero, toma decisiones unilaterales sobre los gastos, no cumple con la pensión de alimentos, etc.

Control social: Registra sus pertenencias, el teléfono, no le permite trabajar o estudiar, le prohíbe ver amigos/as o familiares, control de vestimenta y maquillaje, va siempre a buscarla al trabajo, la interroga con quién, dónde está, a qué hora llegará.

Violencia ambiental: Rompe cosas, tira objetos, y rompe o tira objetos personales de ella, golpea muebles y puertas, sabotea el coche de ella, escande las cosas de ella o las cambia de lugar.

Se pueden utilizar escalas y cuestionarios. Recomendamos el uso del Cuestionario diseñado por Zorrilla B, Pires M, Garcia S. Las Heras ML et al., incluido en el anexo.

El deterioro en la salud física, psicológica y social

Diversos estudios ponen de manifiesto que las mujeres que sufren malos tratos utilizan los servicios sanitarios con mayor frecuencia, pueden llegar a padecer más enfermedades que aquellas que no son víctimas de tal violencia. Podemos afirmar que estar sometida a la violencia es un factor de riesgo para padecer enfermedades.

La violencia produce un gran deterioro de la autoestima e induce a un menor cuidado personal, favorece el descuido hacia una misma y la realización de conductas perjudiciales para la salud.

Las consecuencias sobre la salud física, psicológica y social están recogidas en la tabla IV

Historia de maltrato.

Valoraremos los antecedentes de maltrato y la cronicidad de la violencia actual teniendo en cuenta, según describe la literatura sobre este tema que la duración media del maltrato en las mujeres víctimas de violencia es de unos 13 años, y habría que destacar que casi una cuarta parte de ellas ha estado expuesta a este tipo de violencia durante más de 20 años. Esta larga duración, sin duda, está relacionada con la cronicidad de los problemas psicológicos que sufren estas mujeres, La violencia contra las mujeres tiende a ser repetitiva, con una media de seis incidentes por año. El primer episodio ocurre en el primer año de matrimonio en casi la mitad de los casos y en muchos de ellos en el primer embarazo.

Para la mayoría de mujeres pasan entre 5 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que se denuncia el hecho.

Fase del ciclo de la violencia en que se encuentra la mujer.

Valorar la fase del ciclo de violencia en que se encuentra la mujer según el modelo descrito por Leonor Walker al que se hace referencia en la página 21 de este protocolo.

Conciencia de problema y motivación para el cambio.

Es importante conocer el proceso interno por el que atraviesan las mujeres en relación a su situación de violencia en cada una de las etapas de cambio. Cabe resaltar que este proceso no es lineal, por lo que se pueden esperar tanto avances como retrocesos.

En la Tabla V se describen los diferentes estadios de la mujer en el proceso de cambio
En Anexo IV Ficha de evaluación.

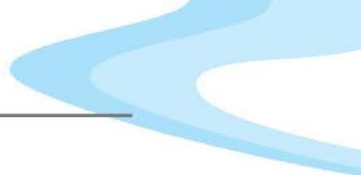


TABLA V.- EVALUACIÓN DE LOS ESTADIOS DE CAMBIO

<p>Precontemplación</p> <p>INVISIBILIZACIÓN / NATURALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA</p>	<p>Contemplación</p> <p>AMBIVALENCIA COGNITIVA, EMOCIONAL, CONDUCTUAL, RELACIONAL...</p>	<p>Preparación</p> <p>LA MUJER COMIENZA EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES PERCIBIENDOSE CAPAZ DE INICIAR CAMBIOS</p>
<p>La mujer no es consciente de que en la dinámica de su relación exista un problema de violencia.</p> <p>La mujer no reconoce sufrir violencia, lo plantea como un conflicto en la relación con la persona que ejerce el maltrato.</p> <p>Niega el problema, o lo minimiza. Se culpabiliza de lo sucedido, y defiende al agresor/a. Piensa que ella puede controlar y reducir la agresividad de la persona que ejerce el maltrato.</p> <p>Valora mayores beneficios por mantenerse en este tipo de relación que por abandonarla</p> <p>Muy resistente a hablar de violencia, o de la calidad de la relación.</p> <p>Podría haber un reconocimiento interno que no exterioriza por encontrarse en situación de total desesperanza, de imposibilidad de cambio, de dependencia.</p> <p><i>Esta situación probablemente dificulta la consecución y/o el mantenimiento de la abstinencia a sustancias.</i></p>	<p>La mujer se muestra abierta para hablar de sus relaciones y emociones en el contexto afectivo.</p> <p>Empieza a verbalizar su preocupación por cómo es tratada. Percepción ambivalente en relación al maltrato y al “buentrato”.</p> <p>Empieza a valorar las consecuencias negativas del maltrato para ella y para otros miembros de la familia que dependen de ella. Pero sigue percibiendo beneficios por el mantenimiento de la relación.</p> <p>Empieza a visibilizar otras alternativas en su relación violenta, aunque se encuentra muy insegura o incapaz, y empieza a preguntarse ¿por qué no puedo pedirle que cambie?¿qué puedo hacer para salir de esta situación?</p> <p>Escucha y está dispuesta a recibir información sobre alternativas para prevenir, enfrentar o escapar de su situación.</p> <p>En otros momentos parece regresar al estadio precontemplativo.</p> <p>Le cuesta pasar a la acción, siente inseguridad, miedo, esperanza de cambio...</p> <p><i>Al conectar emocionalmente con su situación de violencia, de fracaso, impotencia, la mujer puede estar más expuesta a posibles recaídas en el consumo.</i></p>	<p>Se permite espacios propios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ cuida sus espacios grupales y citas ○ se atreve a realizar alguna actividad fuera de casa ○ deja de pedir permiso y empieza a expresar su opinión <p>Pide información acerca de recursos legales, convivenciales, de violencia.</p> <p>Anticipa las dificultades y obstáculos y empieza a pedir ayuda para generar alternativas</p> <p>Cuida más su imagen externa</p> <p>Se anima a compartir el problema con la familia o entorno cercano, va dejando su aislamiento contactando con más redes sociales</p> <p>Sigue manifestando no obstante cierta ambivalencia.</p> <p>Las dificultades que se presentan para que la mujer adicta pueda acceder a una autonomía económica, de vivienda, acceso a pisos de acogida... funcionan como desmotivadores y barreras que facilitan la regresión en el estadio de cambio.</p> <p><i>La autoafirmación en la mujer puede facilitar una agudización en la tensión en la pareja y conllevar la explosión de comportamientos violentos por parte del agresor. Esta situación puede facilitar el avance hacia el estadio de acción o un retroceso en el proceso de cambio producido por las mismas secuelas de la violencia.</i></p> <p>Puede facilitar la recaída en el consumo de sustancias</p>

<p>Acción</p> <p>LA MUJER MANIFIESTA SU CLARA VOLUNTAD Y COMPROMISO PARA SALIR DE UNA RELACIÓN VIOLENTA O POR MANTENER COMPORTAMIENTOS DE INDEPENDENCIA, AUTONOMÍA Y EMPODERAMIENTO</p>	<p>Mantenimiento</p> <p>LA MUJER CONTINUA CON SU PROCESO DE CAMBIO INICIADO EN LAS ETAPAS ANTERIORES</p>	<p>Recaída</p> <p>LA MUJER PIERDE EMPODERAMIENTO Y RETOMA LOS PATRONES RELACIONALES PREVIOS</p>
<p>Los comportamientos iniciados en la fase anterior los mantiene y garantiza.</p> <p>Se siente más positiva y optimista en cuanto a la resolución de problemas y más receptiva y creativa para generar nuevas alternativas.</p> <p>Puede tomar una decisión firme de separarse de la relación violenta y buscar o solicitar apoyos para salir y protegerse del riesgo vital que conlleva.</p> <p>Accede a las alternativas residenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De la red de atención a drogodependencias. ○ De la red específica de violencia ○ O residencia de otros familiares que quieran y pueden acogerla <p>El empoderamiento de la mujer es un factor protector para el mantenimiento de la abstinencia.</p>	<p>Presenta episodios de ambivalencia en cuanto a su relación con el varón agresor.</p> <p>Afronta e intenta prevenir retrocesos en el proceso de cambio.</p> <p>El refuerzo del empoderamiento en la mujer es un factor protector de la recaída en el consumo</p>	<p>La mujer no es capaz de afrontar adecuadamente sus deseos, sentimientos de pérdida, ambivalencia, dependencia afectiva y/o la presión ejercida por el maltratador y retoma la relación.</p> <p>Es importante tener en cuenta que la recaída es parte del proceso. Las mujeres maltratadas hacen una media de 7 a 8 intentos antes de conseguir separarse completamente.</p> <p>La recaída en el ciclo de la violencia puede aumentar la probabilidad de recaída en la Adicción y viceversa</p>

Los factores protectores de la mujer (recursos personales, red de apoyos sociales)

Se trata de identificar y promocionar aquellos factores que reducen o inhiben la probabilidad de sufrir situaciones continuadas de violencia, así como las capacidades que las mujeres han puesto en marcha para revertir circunstancias potencialmente negativas para conseguir “sobreponerse” y continuar su proceso vital (Resiliencia).

Factores protectores:

- Estabilidad en la abstinencia a sustancias.
- Estabilidad en relación a posibles trastornos psicológicos comórbidos.
- Disponer de una familia capaz de responder o intervenir en caso de violencia.
- Pertenencia a un grupo. Redes de apoyo social “bien tratantes”: familias, amigos, vecinos, asociaciones, recursos sociales sanitarios...
- Capacidad para establecer vínculos afectivos saludables, autónomos e igualitarios.
- Autonomía e independencia: adecuado equilibrio entre la autogestión de las propias necesidades y la búsqueda de relaciones y apoyos.
- Capacidad para organizar un espacio de ocio personal.
- Nivel educativo y formativo medio. Capacitación laboral.
- Actividad laboral. Independencia económica.
- Capacidad para reconocer el riesgo de violencia, evitarlo, y contrarrestarlo.
- Habilidad para la resolución de conflictos y toma de decisiones.
- Autoestima y habilidades asertivas.
- Capacidad para convertir el sufrimiento en una experiencia menos dañina, sin dejar de reconocer y conectar con ese dolor (humor).
- Capacidad para la gestión de las emociones tanto negativas como positivas.
- Capacidad para el auto-refuerzo y manejo de frustraciones.
- Capacidad para el autocuidado de su salud.

PROCESO DE INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS CAD

LA RELACIÓN ENTRE EL MALTRATO Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Es importante analizar la relación funcional que el consumo de sustancias ha tenido con respecto a la situación de violencia. Que la mujer conozca y reflexione sobre este condicionamiento favorecerá una visión más integrada de su problemática, una conciencia más clara de su problema de adicción y permitirá establecer las claves para el cambio.

1. El consumo de sustancias como antecedente de la violencia

La mujer adicta se expone a más situaciones y conductas de riesgo, discrimina con mayor dificultad las señales de peligro, tiene una menor capacidad perceptiva del riesgo y por tanto de la protección frente a la violencia. Del mismo modo, tiene una menor capacidad de autocuidado. Estas circunstancias colocan a la mujer en situaciones de mayor riesgo para sufrir abusos por parte de los varones (prostitución, acudir sola al poblado...)

El consumo de drogas por parte de la mujer o de su pareja puede incrementar la irritabilidad, dañar las interacciones sociales junto con la capacidad para manejar conflictos, y, por tanto, incrementar la probabilidad de que haya violencia.

Además pueden darse conflictos de pareja por cuestiones tales como el consumo de drogas, el dinero, etc.

También las parejas en las que ambos son consumidores abusivos de drogas pueden tener un estilo de vida más arriesgado, con conflictos o dificultades para manejar el estrés, conductas antisociales para conseguir las drogas, etc. En este contexto de relación se puede producir un intercambio de violencia caracterizado por agresiones psicológicas, en una proporción “similar” y maltrato físico y lesiones probablemente asimétrico. La mujer puede agredir debido a múltiples factores; en defensa propia tras una larga historia de violencia sufrida por parte de su pareja, por una victimización previa, o por su grado de agresividad.

2. El consumo de sustancias como factor de mantenimiento o agravamiento de la situación de violencia.

La mujer puede utilizar el consumo de sustancias en las diferentes *fases del ciclo de la violencia* en la relación con la pareja, dificultando la salida de la situación y reduciendo su capacidad de empoderamiento:

En la fase de acumulación de tensión podría utilizar las sustancias para reducir la ansiedad anticipatoria ante la inminente explosión de agresividad, o como estrategia disfuncional para reducir la tensión en la relación (aunque está demostrado que el consumo en el varón agrava el comportamiento agresivo).

En la fase de explosión, en la que ha recibido la agresión (momento en que las mujeres pueden decidirse a buscar ayuda), el consumo puede reducir su dolor emocional, facilitando la pasividad y el mantenimiento en la situación de violencia. Y si se decide a acudir puede ser culpabilizada por su consumo.

En la fase posterior de luna de miel, en numerosas ocasiones se producen consumos en el contexto de la relación, con el objetivo de retomar y mantener el vínculo a pesar del dolor. Muchas mujeres refieren este hecho de forma consciente.

3. Victimización Secundaria

El consumo de drogas por parte de las mujeres víctimas de violencia de género incrementa la probabilidad de sufrir victimización secundaria. Es frecuente que ante las denuncias puedan ser culpadas por los episodios de violencia, por lo que es muy probable que ante estas circunstancias muchas víctimas no denuncien su caso. Además, pueden ser maltratadas desde las instituciones sociales y sanitarias cuando acuden en situación de emergencia por diferentes motivos (sobredosis, intentos de suicidio, maltrato, etc.). También la sociedad victimiza a las mujeres que abusan de sustancias, al sancionarlas y enjuiciarlas socialmente en función de múltiples estereotipos.

Según relatan las mujeres las consecuencias de este tipo de violencia son aún más devastadoras que la violencia recibida por sus agresores primarios.

4. El consumo de sustancias como consecuencia de la situación de violencia.

Son factores de riesgo del abuso de sustancias en las mujeres, el abuso sexual en la infancia y la violencia de género en la edad adulta.

En la mujer que es víctima de violencia el consumo de drogas produce un alivio del dolor emocional a corto plazo, pero agrava su vulnerabilidad para sufrir violencia y padecer un trastorno adictivo de forma crónica.

INTERVENCIÓN EN MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA DE GÉNERO.

OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTUACIONES	INSTRUMENTOS
<p>Visibilizar las conductas violentas y evitar la naturalización de la violencia.</p> <p>Evitar la victimización secundaria.</p> <p>Analizar la función del consumo en las situaciones de violencia.</p> <p>Favorecer el afrontamiento de la situación de violencia y motivar el proceso de cambio para propiciar la salida de la mujer de la situación de violencia.</p> <p>Favorecer el Empoderamiento de la mujer frente a la violencia.</p> <p>Disminuir el daño sobre la mujer y evitar la progresión a situaciones de violencia más graves.</p> <p>Valorar el riesgo vital y si existe elaborar un plan de seguridad.</p> <p>Evaluar el riesgo de desprotección del menor y valorar las medidas a adoptar.</p> <p>Abordaje de los trastornos físicos, psicológicos y sociales asociados a la violencia sufrida y derivación a servicios específicos</p>	<p>Conciencia del problema de violencia, comprensión de los factores facilitadores y mantenedores: Pirámide de violencia, ciclo de violencia.</p> <p>Autoanálisis e introspección de los sentimientos de culpa, victimización, fracaso, frustración e impotencia.</p> <p>Detección de antecedentes y facilitadores personales (externos e internos) y consecuencias de la violencia.</p> <p>Reconocer las secuelas biopsicosociales (quejas somáticas, escaso autocuidado, excesiva atención del otro, aislamiento social...)</p> <p>Información sobre los derechos y defensa de los mismos, así como de los servicios de apoyo disponibles en la comunidad.</p> <p>Mitos e ideas irracionales en las relaciones amorosas favoreciendo comportamientos igualitarios y asertivos.</p> <p>Entender las relaciones funcionales entre las conductas adictivas y la violencia.</p> <p>Análisis de las competencias maternas en relación a la educación y cuidado de los hijos.</p> <p>Conocimientos relacionados con las habilidades y estrategias de afrontamiento frente al problema.</p> <p>Salud sexual.</p>	<p>Intervención individual</p> <p>Intervención grupal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo mujeres: Potenciar los grupos de mujeres, ya que en los grupos mixtos los hombres suelen marcar la dinámica de la intervención, dificultando el tratar temas como la sexualidad, la maternidad la imagen corporal o los malos tratos que son importantes para las mujeres • Grupos mixtos <p>Intervención familiar individual y grupal</p> <p>Derivación y coordinación con recursos específicos</p>	<p>Expresión de emociones.</p> <p>Habilidades sociales y asertivas.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Autoreforzamiento y reforzamiento externo.</p> <p>Resolución de problemas y manejo de conflictos</p>

INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL EN VIOLENCIA/ADICCIÓN

PRECONTEMPLACIÓN Y CONTEMPLACIÓN

OBJETIVOS	TÉCNICAS y RECURSOS TERAPÉUTICOS
Facilitar la comunicación y la expresión de su situación	<i>Favorecer un espacio adecuado de escucha, intimidad, seguridad y confianza</i>
Mejorar la visibilidad de la violencia:	<i>Validación emocional</i>
Reestructurar los pensamientos erróneos en relación a las relación afectiva (“mitos del amor romántico”)	<i>Reestructuración cognitiva. Autoreevaluación</i>
Evitar la naturalización y normalización de la violencia	<i>Pirámide de la Violencia</i>
Facilitar un umbral más bajo de tolerancia y visibilización de la violencia	<i>Refuerzo de comportamientos protectores y de autonomía</i>
Dar información sobre las consecuencias que la violencia está ocasionando en su salud biopsicosocial y en la de sus hijos/as.	<i>Psicoeducación</i>
✓ Reducir su aislamiento y facilitarle nuevos espacios de apoyo	<i>Feedback</i>
✓ Facilitar una expectativa positiva y realista del cambio	<i>Análisis funcional</i>
Identificar las barreras internas y externas y buscar soluciones alternativas	<i>Grupo de Mujeres</i>
	<i>Recursos de apoyo de ingreso o convivenciales</i>
	<i>Técnicas de Resolución de problemas</i>
	<i>Información sobre sus derechos, los recursos legales, convivenciales, de protección</i>
	<i>Derivación y coordinación con recursos específicos.</i>

PREPARACIÓN

OBJETIVOS	TÉCNICAS Y RECURSOS TERAPEUTICOS
Fortalecer la conciencia y percepción funcional de la situación de violencia	<i>Balance Decisional</i>
Facilitar el mantenimiento y progreso de los nuevos comportamiento de cuidado y protección	<i>Refuerzo y Autorrefuerzo de nuevas capacidades</i>
Potenciar su motivación por el autocuidado	<i>Reforzar sus derechos orientados al buen trato</i>
Detectar y analizar la relación del consumo en la relación de maltrato	<i>Entrenamiento en asertividad</i>
Facilitar el pensamiento reflexivo y la toma de decisiones	<i>Análisis funcional, señalamiento</i>
Retomar o ampliar su red de apoyo natural	<i>Prevención de recaídas adicción-violencia</i>
Potenciar un tiempo de ocio saludable	<i>Autoliberación</i>
Reforzar sus capacidades de afrontamiento y manejo de conflictos	<i>Liberación Social</i>
Favorecer su Autonomía e independencia afectiva	<i>Grupo de Mujeres</i>
Potenciar su capacitación laboral	<i>Ampliar la información y facilitar el acceso a los recursos de apoyo de las redes específicas de mujer y otros recursos sociales, de salud...</i>
Favorecer dinámicas familiares de apoyo e igualitarias	<i>Derivación y coordinación con recursos específicos</i>

ACCIÓN Y MANTENIMIENTO

OBJETIVOS	TÉCNICAS Y RECURSOS TERAPÉUTICOS
<p>Reforzar sus decisiones y cambios facilitando su continuidad.</p> <p>Reforzar las relaciones igualitarias y su autonomía.</p> <p>Ajustar y equilibrar su capacidad para el cuidado de otros.</p> <p>Prevención, protección y manejo de posibles conflictos en relación a la pareja o expareja maltratadora.</p> <p>Mejorar sus habilidades de autoobservación y de prevención de recaídas en pautas de comportamiento sumisas o dependientes.</p> <p>Anticipar y prevenir la aparición de pensamientos irracionales (minimizadores, justificativos...) de las relaciones de dominancia, asimétricas o de maltrato y el impacto en sus acciones y emociones.</p>	<p><i>Facilitar el acceso a los dispositivos de apoyo necesarios (sociales, judiciales, infancia, salud...).</i></p> <p><i>Grupos de Familia.</i></p> <p><i>Citas individuales de intervención familiar.</i></p> <p><i>Valorar pertinencia de incorporarse a grupos mixtos (Aula de Actividades, Prevención de Recaídas, Educación para la Salud...)</i></p> <p><i>Planificar la reestructuración de espacios y la organización de sus tiempos.</i></p> <p><i>Pirámide de la violencia.</i></p> <p><i>Ciclo de la Violencia.</i></p> <p><i>Escalada de la violencia.</i></p> <p><i>Grupo de Mujeres.</i></p> <p><i>Derivación y coordinación con recursos específicos</i></p>

RECAÍDA

OBJETIVOS	TÉCNICAS Y RECURSOS TERAPÉUTICOS
<p>Acompañar. Respetar decisiones.</p> <p>Facilitar la expresión.</p> <p>Resolver la ambivalencia afectiva y cognitiva.</p> <p>Prevenir el aislamiento, favoreciendo la continuidad en el tratamiento.</p> <p>Valorar impacto en problema adictivo.</p> <p>Establecimiento de límites y consecuencias por transgredirlos</p> <p>Reforzar el mantenimiento de comportamientos igualitarios y de autonomía.</p> <p>Reajustar el Plan de Seguridad y retomar la atención especializada en violencia en cualquier momento.</p>	<p><i>Refuerzo de actividades grupales e individuales</i></p> <p><i>Validación emocional</i></p> <p><i>Empatía</i></p> <p><i>Proporcionar feedback</i></p> <p><i>Reestructuración cognitiva</i></p> <p><i>Reevaluación ambiental</i></p> <p><i>Alivio por dramatización</i></p> <p><i>Autoreevaluación</i></p> <p><i>Balance decisional</i></p> <p><i>Ciclo de la violencia</i></p> <p><i>Cambios en el umbral de tolerancia</i></p> <p><i>Favorecer un plan de contingencias si reaparecen las conductas violentas</i></p> <p><i>Derivación y coordinación con recursos específicos</i></p>

INTERVENCION EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD Existen situaciones que deberían tener un abordaje específico con discriminación positiva debido a la mayor vulnerabilidad que estas mujeres presentan:

- Patología Dual
- Menores
- Sin Hogar
- Otras situaciones de exclusión social.

Intervención con mujeres cuando se emite parte de lesiones/denuncia

PARTE DE LESIONES

El parte de lesiones es un documento simple y sencillo, pero de una extraordinaria importancia, que emite el personal facultativo. Su emisión y cumplimentación constituye el punto de partida de unas diligencias previas o de un sumario Penal por muerte o lesiones (ver punto 8).

Aquellas personas que por su cargo, profesión u oficio tuvieran conocimiento de algún delito público, tendrán la obligación de denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez competente, y en su defecto, al personal funcionario o municipal más próximo al lugar donde se encuentre

El parte de lesiones estará disponible en todos los CADs y CCADs..

Modelo de parte de lesiones y recomendaciones para su cumplimentación (anexo 2)

En el caso de haber emitido parte de lesiones o tramitado la denuncia habrá que informar a la mujer de:

- Que dicho parte será remitido al Juzgado que corresponda
- Que será llamada a declarar para corroborar los hechos expuestos en el parte de lesiones y formular una denuncia si lo desea.
- En un plazo máximo de 72 horas se realizará un juicio rápido, donde se tomarán las medidas oportunas para su protección.
- Que el presunto agresor también será llamado a declarar y, en caso de peligro, puede ser detenido para ser trasladado ante el/la juez/a. En 48 horas las fuerzas de seguridad acudirán a su domicilio para proceder a la detención de su pareja.
- La juez ó el juez impondrá si procede medidas de alejamiento, el ingreso en prisión del agresor u otras medidas que se consideren oportunas.
- Si la mujer no declara o no confirma los hechos relatados en el parte de lesiones, el juez puede archivar la causa o puede instruir el procedimiento más oportuno en su caso si hay sospechas consistentes de Violencia de Género y hay ocultación por la mujer por miedo u otras causas.

- Si los confirma, el juzgado puede ordenar la continuación del procedimiento y acordar en su caso una orden de protección con medidas penales y civiles, pudiendo llegar a celebrarse juicio y dictarse sentencia.
- Estas medidas adoptadas en el ámbito judicial tendrán repercusiones en diferentes grados en la vida cotidiana de las mujeres y sus hijas e hijos. Es importante conocerlas ya que las mujeres continuarán manteniendo relación con el ámbito sanitario, ya sea el habitual u otro alternativo a causa de un traslado de domicilio.

COORDINACIÓN Y DERIVACIÓN

Si es difícil en ocasiones detectar y actuar en casos de violencia de género en mujeres sin problemas de abuso de sustancias, las mujeres drogodependientes sufren una doble estigmatización, aumentándose los prejuicios, ideas erróneas y justificaciones, incluso en las instituciones, haciéndose aún más complicada la intervención.

Por todo ello sería necesario desarrollar acciones de colaboración, coordinación, y derivación, dirigidas a los profesionales de las diferentes redes implicadas en la atención de mujeres, con el fin de promover el conocimiento de las dificultades específicas del colectivo de mujeres drogodependientes.

Cuando cualquier profesional tenga que intervenir en la atención a una mujer víctima de violencia de género, deberá promover y facilitar la derivación del caso hacia los recursos de atención especializada oportunos. Puesto que no existe un perfil concreto de mujer víctima de violencia de género, en todos los casos, se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación en que se encuentra cada mujer, adaptándose a las necesidades personales y los tiempos que cada mujer necesite, teniendo en cuenta además, las situaciones de especial vulnerabilidad.

Para cualquier consulta en el proceso se recomienda utilizar el teléfono para profesionales del SAVG

TELÉFONO S.A.V.G. 24 HORAS PARA PROFESIONALES

Telf.: 91 406 20 71 / 72

Teléfonos de atención a las víctimas de violencia de género

016

900 222 100*

**Teléfono gratuito, no deja rastro, puede comunicar directamente con el SAVG y la llamada queda grabada para la Policía*

Las mujeres con un Trastorno por Uso de Sustancias tienen difícil acceso a estos recursos porque en muchos de ellos se les excluye si su situación de consumo no está controlada, entre otras cosas debido al riesgo de ser localizadas en el contexto del consumo de drogas, y la dificultad que tienen para iniciar y mantenerse en el tratamiento de su trastorno adictivo. Se deben buscar fórmulas de coordinación entre las distintas redes que permitan que estas mujeres puedan acceder a los recursos que sean necesarios.

Los recursos disponibles en el municipio de Madrid se recogen en el Anexo.

ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Una de las situaciones de mayor dificultad para los profesionales es el conflicto que se plantea entre la obligación legal de denunciar la sospecha de un delito, y los principios éticos profesionales de respeto a la autonomía de la mujer para tomar decisiones, así como su derecho a la confidencialidad. Esto ocurre cuando la mujer solicita que no se tramite un parte de lesiones al juez: La emisión de un parte contra su voluntad no respetaría su autonomía, se puede desatender el principio de no maleficencia si, como consecuencia del él, el agresor incrementa su violencia, y puede suponer una ruptura de la relación profesional, lo que dificultaría la ayuda posterior. Pero si no se informa no estaríamos atendiendo al principio de beneficencia (velar por la vida y el beneficio de la salud).

En estas situaciones es necesario examinar cada caso de forma individual, evaluar los miedos y las necesidades, y si existen circunstancias que justifican que no se respete la libre decisión de la mujer: por el grave riesgo que la situación de violencia supone para la mujer o para las personas que dependen de ella; o por presentar incompetencia para la toma de decisiones. Si la denuncia puede ocasionar un grave riesgo para la mujer, se debe elaborar un plan de seguridad que le permita superar esta situación, y tener garantías de su seguridad.

Cuando exista riesgo vital inmediato, o peligro extremo para la vida de la mujer, se debe realizar el parte de lesiones, aún sin el consentimiento de la mujer (prevalece el derecho a la vida). Para evitar que se incremente el riesgo al desvelarse el problema, es necesario informar a la mujer de su realización; de las consecuencias de su emisión y tramitación; y hay que valorar su seguridad y las medidas de protección a adoptar para disminuir los riesgos.

En los casos en que no haya una situación de riesgo vital inmediato, tras informar a la mujer, se valorará individualmente cada situación. Cuando el estado mental de la persona limite su capacidad de decisión, minimice la percepción de riesgo o le impida las actuaciones de protección básicas, se decidirá la actuación que se crea más beneficiosa para la mujer en ese contexto.

No debemos olvidar que la Fiscalía puede, con carácter previo a la acción judicial, ordenar la realización de diligencias pre-procesales para recabar más datos e información acerca de los hechos denunciados.

La comunicación a la Fiscalía desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil para las y los profesionales en aquellos casos en que no existe constatación clara del origen de las

lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones, la mujer no reconoce el maltrato o se niega a denunciar y el personal sanitario tenga sospechas de un caso de violencia de género, pero no certeza suficiente como para emitir un parte de lesiones.

DERECHOS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La Ley Integral contra la violencia de género reconoce una serie de **derechos subjetivos** a las mujeres víctimas de violencia con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición:

- Derecho a ser informadas y asesoradas.
- Derecho a asistencia social integral a través de servicios sociales.
- Asistencia jurídica para todas las víctimas, gratuita para las que acrediten insuficiencia de recursos. Además las víctimas tienen la misma dirección letrada y especializada para los procesos penales civiles o administrativos que se puedan instar.
- Derechos laborales y prestaciones de la seguridad social, como el derecho a reducción o reordenación del tiempo de trabajo, la movilidad geográfica, al cambio de centro de trabajo, a la suspensión de la relación laboral con reserva del puesto de trabajo y a la extinción del contrato de trabajo.
- Derechos económicos a las víctimas con escasos recursos, cuando sus rentas mensuales no superen el 75 por cien del salario mínimo interprofesional.

Artículo 3. Derechos de las víctimas.

- 1. Toda víctima tiene derecho a la protección, información, apoyo, asistencia y atención, así como a la participación activa en el proceso penal y a recibir un trato respetuoso, profesional, individualizado y no discriminatorio desde su primer contacto con las autoridades o funcionarios, durante la actuación de los servicios de asistencia y apoyo a las víctimas y de justicia restaurativa, a lo largo de todo el proceso penal y por un período de tiempo adecuado después de su conclusión, con independencia de que se conozca o no la identidad del infractor y del resultado del proceso.
- 2. El ejercicio de estos derechos se regirá por lo dispuesto en la presente Ley y en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen, así como por lo dispuesto en la legislación especial y en las normas procesales que resulten de aplicación.

BIBLIOGRAFIA: FUENTES CONSULTADAS

1. Alberdi, Inés. Rojas Marcos, Luís. “VIOLENCIA: TOLERANCIA CERO”. Fundación “la Caixa”, Barcelona 2005
2. Alberdi, Inés. Matas, Natalia. “LA VIOLENCIA DOMÉSTICA. INFORME SOBRE MALOS TRATOS A MUJERES EN ESPAÑA”. Fundación “la Caixa” Barcelona, 2002
3. Amor, P.J. I, et al “VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIÓN A DROGAS EN CENTROS DE DÍA” Junta de Andalucía. Conserjería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. 2007
4. Bonino, Luis. “OBSTÁCULOS A LA COMPRENSIÓN Y A LAS INTERVENCIONES SOBRE LA VIOLENCIA (MASCULINA) CONTRA LAS MUJERES EN LA PAREJA”. Soporte Psicología Jurídica y Forense-- <http://www.psicologiajuridica.org> 2003.
5. Bourdieu, Pierre, “LA DOMINACIÓN MASCULINA”, Anagrama, Barcelona, 2000.
6. Carandell Jager, Eugenia “RECOMENDACIONES PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ILLES BALEARS”. Servei de Salut de les Illes Balears. Atenció Primària de Mallorca. 2009.
7. Castaños, M., Meneses C., Palop M., Rodríguez, M., Tubert, S. “INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS CON ENFOQUE DE GÉNERO”. Instituto de la Mujer Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007
8. Dirección General de Atención Primaria. “LA VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LAS MUJERES Y LOS SERVICIOS DE SALUD. INFORME DEL ESTUDIO CUALITATIVO”. Documento N° 92. (Primera edición por el Instituto de Salud Pública) 2005.
9. Echeburúa, E., De Corral, P., Fernández J., Amor P.J., “¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombre violentos contra la pareja?”. Papeles del psicólogo núm. 88. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Madrid 2004. España pp. 10-18.
10. Fernández, Ana María, “PODER Y AUTONOMÍA: VIOLENCIAS Y DISCRIMINACIONES DE GÉNERO”, Agencia Laín Entralgo, 2006.
11. Fundación Atenea Grupo GID. “LA ATENCIÓN A LA PROBLEMÁTICA CONJUNTA DE DROGODEPENDENCIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES”. 2009.

12. Garrido, Vicente. “AMORES QUE MATAN, ACOSO Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES”, Algar, Madrid, 2001.
13. Giménez Manrique, Lorena. “PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE ADICCIÓN Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES”. M.U. en investigación, tratamiento y patologías asociadas en drogodependencias 2010-2012.
14. Hirigoyen, Marie France. “EL ACOSO MORAL. EL MALTRATO PSICOLÓGICO EN LA VIDA COTIDIANA”. Ed. Paidós Barcelona (2002)
15. Hirigoyen, Marie France. “MUJERES MALTRATADAS. LOS MECANISMOS DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA”. Ed. Paidós Barcelona (2006)
16. Instituto Canario de la Mujer. Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda. Gobierno de Canarias. “GUIA PARA LA ATENCIÓN A MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO”. 2011.
17. Instituto de Salud Pública. “LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CONSIDERADA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA”. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Documento N° 86. 2003.
18. Lorente, Miguel. “MI MARIDO ME PEGA LO NORMAL”. Ed. Crítica, Barcelona(2003)
19. Lorente, Miguel. “EL ROMPECABEZAS”. Ed. Crítica, Barcelona (2004)
20. Martínez Redondo, Patricia. “PERSPECTIVA DE GÉNERO APLICADA A LAS DROGODEPENDENCIAS”. Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias (ASECEDI) 2008.
21. Martínez Redondo, Patricia. “INVESTIGACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS Y MALOS TRATOS A MUJERES EN LAS REDES DE ATENCIÓN”. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente, UNAD. 2009.
22. Millás, Juan José, “HAY ALGO QUE NO ES COMO ME DICEN”, Aguilar, Madrid, 2004.
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. “PROTOCOLO COMÚN PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO”. 2012.
24. Observatorio vasco de drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. “ESTUDIO DOCUMENTAL SOBRE DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO”. 2007.
25. Romero, Inmaculada, “DESVELAR LA VIOLENCIA: UNA INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CAMBIO”. Papeles del Psicólogo N°88, 2004.

26. Salud Madrid. “GUÍA DE ATENCIÓN A MUJERES MALTRATADAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE”. 2010.
27. Salud Madrid. Comunidad de Madrid. “GUÍA DE APOYO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA ABORDAR LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES”. 2008.
28. Sánchez Pardo, Lorenzo. “GUIA INFORMATIVA: DROGAS Y GÉNERO. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA MUJER DE GALICIA”. Xunta de Galicia.
29. Servicio Madrileño de Salud. “GUIA DE ACTUACIÓN ESPECIALIZADA PARA ABORDAR LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES”. 2010.
30. Varela N. “ÍBAMOS A SER REINAS. MENTIRAS Y COMPLICIDADES QUE SUSTENTAN LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES”. Ediciones B, Barcelona 2002

Páginas web relacionadas con violencia

- <http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia.htm>
- <http://www.es.amnesty.org/>
- <http://www.a-i.es/temas/mujeres/actua.shtm>
- http://www.who.int/health_topics/violence/es/
- http://www.who.int/health_topics/gender_based_violence/es/
- <http://www.redfeminista.org>
- <http://www.fmujeresprogresistas.org/>
- <http://www.fundacionmujeres.es/>
- <http://www.upaz.edu.uy/informe/contenido/90.htm>
- <http://www.upaz.edu.uy/informe/contenido/52.htm>
- <http://www.e-leusis.net/documentos.asp>
- <http://www.4woman.gov/violence/>
- <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/VIOLENC.HTM>
- <http://www.un.org/spanish/esa/docserv.htm>

<http://www.fwhc.org/espanol/index.htm>

<http://www.observatorioviolencia.org/programa.asp>

Violencia y drogodependencias

http://www.infocop.es/view_article.asp?cat=1&id=1103

<http://www.fundamujer.org.ve/seccion.asp?pid=61&sid=2594&pregid=76>

<http://carceldeamor.net/vsc/textos/index.html>

<http://www.ikusbide.net/files/0504222.pdf>

<http://www.ourbodiesourselves.org/uploads/pdf/violen.pdf>

<http://www.opdv.state.ny.us/espanol/spanbipbroch.html>

http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800012&lng=es&nrm=iso

The background features a vertical split. The left side is composed of several overlapping curved shapes in various shades of blue, ranging from light to a vibrant cyan. The right side is composed of overlapping curved shapes in various shades of grey, ranging from light to a dark charcoal grey. The word "Anexos" is centered in the white space between the two color fields.

Anexos

ANEXO I.- PARTE DE LESIONES

MODELO DE PARTE DE LESIONES

Itinerario que sigue el parte de lesiones

Una vez cumplimentado el Parte de Lesiones, debe salir con urgencia por la vía más rápida posible para ser presentado en el Juzgado de Guardia. Su envío no se puede demorar. Por ello, es importante sistematizar las vías de remisión del Parte de Lesiones, dejando claro qué profesional debe encargarse en la práctica de enviarlo (médico/a, personal administrativo, enfermería, etc.) y a través de qué medio debe ser remitido (fax, correo electrónico, correo postal, policía).

En el Decanato se determinará cual será el Juzgado que conocerá del asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de Juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente. En segundo lugar, y si en ese partido judicial existe más de uno de la misma clase, conocerá aquél al que le corresponda de acuerdo con la aplicación de unas normas de reparto que son previamente aprobadas por la Junta de Jueces de cada partido judicial.

Recibido el parte de lesiones, el/la juez/a ordenará la incoación del procedimiento penal (o lo unirá, si tuvo conocimiento previo de los hechos, al procedimiento penal ya incoado) y acordará la práctica de diligencias de investigación y, en su caso, la adopción de medidas de protección de la víctima.

En el caso de que se hubiera solicitado una orden de protección, el juzgado de guardia, siempre que concurren los presupuestos para su aplicación, convocará a una audiencia urgente a la víctima, al solicitante (si fuera distinto de la víctima), al agresor, asistido de abogado y al Ministerio Fiscal. Esta audiencia se celebrará en un plazo máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud. Celebrada esta audiencia, el órgano judicial resolverá si concede la orden de protección.

PARTE DE LESIONES

Ilmo. Sr. Juez de

Don/Doña _____ médico, colegiado en _____
con el N° _____, con ejercicio profesional en (lugar de trabajo)

Participa a V.I.: que en el día de hoy, a las _____ horas, he atendido en el _____
a quien dice llamarse _____

con domicilio en _____, calle _____, teléfono _____, y le
remite el siguiente

INFORME

1) Datos de filiación de la víctima:

Nombre y apellidos:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

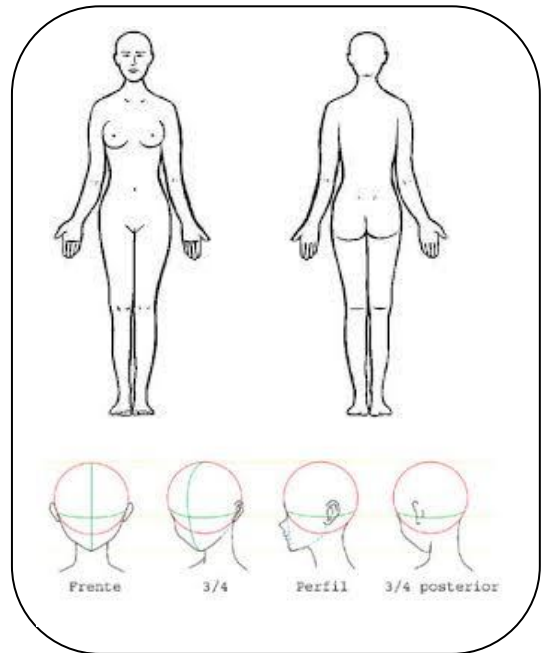
Dirección:

Teléfono:

2) Exposición de los hechos que motivan la asistencia (Reflejar fecha, hora y lugar de los hechos así como el tipo de supuesto maltrato físico, psíquico o de otro tipo, según declaración de la víctima):

3) Antecedentes personales de interés, en relación con las lesiones:

4) Exploración física: (Descripción de las lesiones, sin olvidar data aproximada):



5) Estado emocional actual

6) Exploraciones complementarias (si las hubiera)

7) Diagnóstico

8) Tratamiento

9) Plan de actuaciones y observaciones:

Alta domiciliaria

Derivación a Hospital

Derivación a:

10) Pronóstico

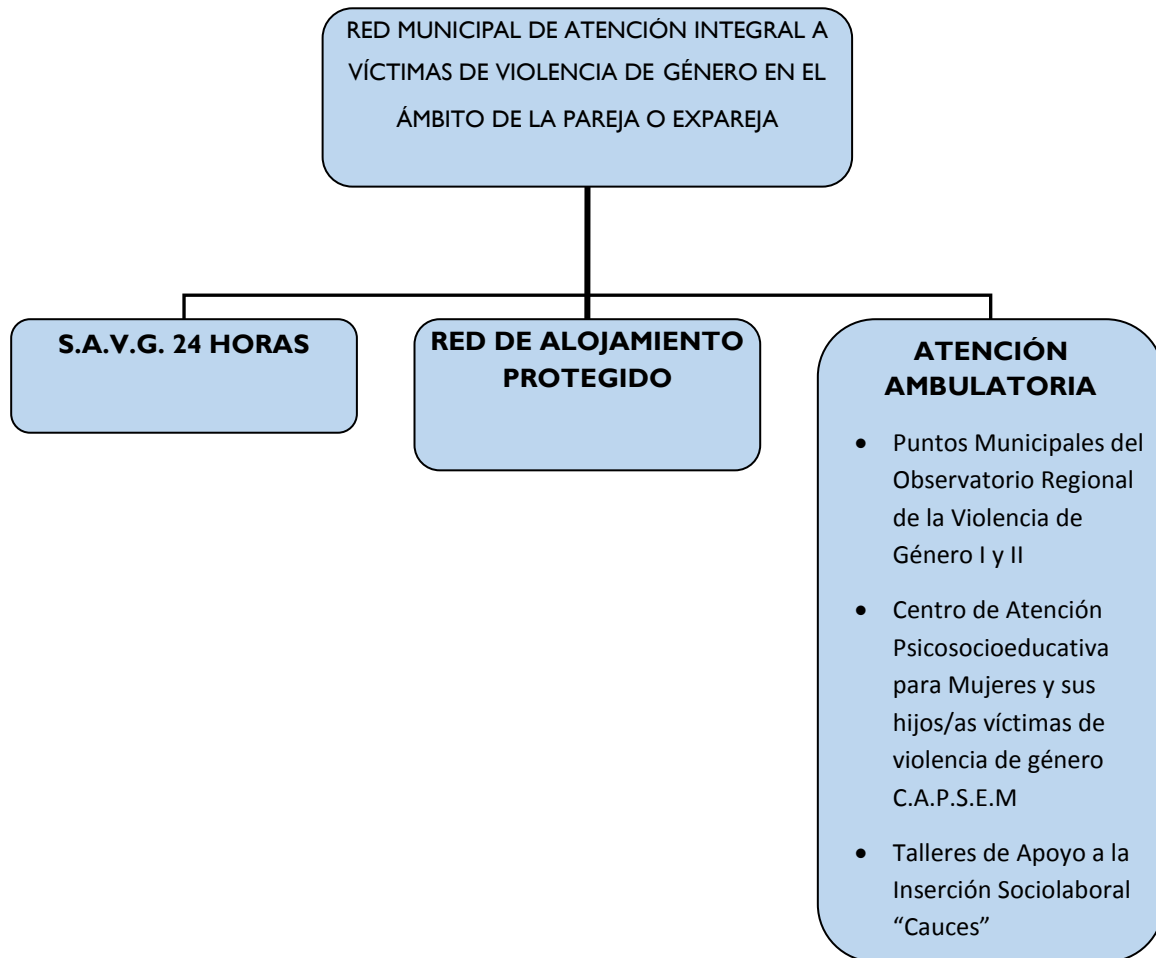
Fecha y firma:

ANEXO 2.- GUÍA DE RECURSOS

1. Guía de recursos para mujeres víctimas de violencia de la comunidad de Madrid

http://www.recursosmujeres.org/index.php?option=com_recursos&view=recursos&template=busqueda&tema=6&municipio=Madrid

2. Guía de recursos para mujeres víctimas de violencia del Ayuntamiento de Madrid



La Red Municipal de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en el ámbito de la pareja o expareja, como red de Servicios Sociales Municipales de Atención Social Especializada, depende la Dirección General de Igualdad entre Mujeres y Hombres del Área de Gobierno de Equidad, Derechos Sociales y Empleo. Esta red agrupa los siguientes Centros y Servicios.

- Servicio de Atención a mujeres víctimas de Violencia de Género (S.A.V.G. 24 Horas)
- Red de Alojamiento Protegido:
- Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género I y II.

- Centro de Atención Psicosocioeducativa para Mujeres y sus hijos/as víctimas de violencia de género C.A.P.S.E.M.
- Talleres de Apoyo a la Inserción Sociolaboral “Cauces”.

Para el acceso a la atención en la Red Municipal no se requiere denuncia y en el caso de las mujeres extranjeras, son atendidas con independencia de su situación administrativa, contando, con un servicio de interpretación telefónica simultánea 24 horas para la atención a mujeres no hispanohablantes.

Asimismo, para la atención a mujeres con discapacidad auditiva se cuenta con el apoyo de intérpretes de lengua de signos en caso necesario.

S.A.V.G. 24 HORAS

Es un servicio especializado en la atención ambulatoria e intervención de emergencia con mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja o expareja y se constituye en la principal puerta de entrada a la Red Municipal de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en el ámbito de la pareja o expareja.

Funciona 24 horas al día, los 365 días del año y cuenta con un equipo técnico compuesto por trabajadoras sociales, psicólogas, asesora jurídica y educadoras sociales con una metodología de trabajo interdisciplinar.

El acceso al S.A.V.G. 24 Horas puede producirse por decisión de la mujer o por derivación desde otros recursos, tanto en situaciones de emergencia, tras sufrir una agresión, como en situaciones de no emergencia, en las que se inicia un proceso de atención ambulatoria dirigido hacia la toma de decisiones de la mujer respecto a la situación de violencia que vive y su posterior recuperación.

En este servicio las mujeres reciben tratamiento y asesoramiento social, psicológico, jurídico y socioeducativo, son derivadas a un centro sanitario si se precisa, y se establece un plan de seguridad e intervención individualizado.

El S.A.V.G. 24 Horas tiene un teléfono de información gratuito, el 900 222 100, conectado con la Unidad de Atención y Protección a la Familia (U.A.P.F.) de Policía Municipal, aunque las mujeres pueden, además de llamar por teléfono, acceder directamente al servicio, sin necesidad de cita previa. También puede contactarse con el S.A.V.G. 24 Horas a través del fax 91 406 20 76 y de e-mail savg24h@madrid.es.

Asimismo, y en caso de precisar protección policial, además de advertirlo en el teléfono citado anteriormente- el 900 222 100- pueden acudir a las dependencias de la U.A.P.F. de Policía Municipal, en el Paseo de la Chopera, nº 2.

RED DE ALOJAMIENTO PROTEGIDO

El Ayuntamiento de Madrid ha creado para la atención integral a las mujeres víctimas de violencia de género que lo requieran, una red de plazas de alojamiento alternativo a su domicilio: que consta de una Zona de Estancia Temporal y varios Centros de Emergencia.

El acceso a los diferentes recursos de alojamiento es valorado por el equipo técnico del S.A.V.G. 24 Horas.

PUNTOS MUNICIPALES I Y II DEL OBSERVATORIO REGIONAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Los Puntos Municipales del Observatorio Regional de la violencia de Género son servicios de atención psicológica, social y asesoramiento jurídico especializado, dirigidos a mujeres residentes en el municipio de Madrid víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja o expareja que cuentan o hayan contado con algún tipo de medida jurídica de protección y que requieran de una atención especializada derivada de la situación de violencia sufrida, siempre y cuando no precisen alojamiento de protección. Asimismo, en virtud del Convenio de colaboración entre el Ayuntamiento de Madrid – Dirección General de Igualdad de Oportunidades – y la Comunidad de Madrid – Dirección General de la Mujer-, firmado en 2005, los Puntos Municipales atienden también a mujeres víctimas de violencia de género en otros ámbitos al de la pareja, con independencia de la situación jurídica.

El equipo técnico de los Puntos Municipales recibe los expedientes derivados desde el Punto Coordinador de Órdenes de Protección de la Comunidad de Madrid, y procede a contactar con las mujeres, ofreciéndoles atención ambulatoria en el Punto Municipal (social, psicológica y asesoramiento jurídico) e información relativa a los diversos recursos del Ayuntamiento y de la Comunidad de Madrid que pueden apoyar a la mujer en su proceso de recuperación.

Al mismo tiempo, desde los Puntos Municipales se gestiona la solicitud del Servicio Telefónico de Atención y Protección (ATENPRO) para mujeres víctimas de violencia de género.

El acceso a los Puntos Municipales, además de por derivación desde el Punto Coordinador, puede ser por propia iniciativa de la mujer o por derivación desde otros recursos de la Red Municipal de Atención a Víctimas de Violencia de Género o desde cualquier otro recurso municipal o extramunicipal.

La atención desde los Puntos se encuentra zonificada de la siguiente manera:

	PUNTO MUNICIPAL I		PUNTO MUNICIPAL II	
DISTRIBUCIÓN DE LOS DISTRITOS POR PUNTOS MUNICIPALES	1 Centro 3 Retiro 4 Salamanca 5 Chamartín 6 Tetuán 7 Chamberí 8 Fuencarral-El Pardo	9 Moncloa-Aravaca 14 Moratalaz 15 Ciudad Lineal 16 Hortaleza 19 Vicálvaro 20 San Blas 21 Barajas	2 Arganzuela 10 Latina 11 Carabanchel 12 Usera	13 Puente de Vallecas 17 Villaverde 18 Villa de Vallecas

CENTRO DE ATENCIÓN PSICO-SOCIO-EDUCATIVA C.A.P.S.E.M.

El Centro de Atención Psicosocioeducativa para Mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos/as es un servicio especializado en atención ambulatoria a mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja o expareja y sus hijos/as menores de edad, que previamente hayan sido atendidas en algún otro dispositivo de la red municipal y que precisen atención en relación a las secuelas de la violencia padecida, no manteniendo convivencia con el agresor en el momento de la atención en este servicio.

El acceso a este recurso es a través de derivación del S.A.V.G. 24 Horas o de los Puntos Municipales I y II del Observatorio Regional de la violencia de Género.

Los servicios que presta este dispositivo en la actualidad son los siguientes:

- Terapia psicológica para la mujer (individual y grupal)
- Programa de Atención a Trastorno de Estrés Postraumático
- Terapia psicológica para menores de 4 a 17 años (individual y grupal)
- Intervención psicológica para reforzar la relación maternofilial para madres con hijas/os en terapia psicológica y para madres de menores cuya edad esté comprendida entre los 0 y los 4 años.
- Atención social
- Atención educativa
- Espacio de ludoteca

TALLERES DE APOYO A LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL “CAUCES”

Los Talleres de apoyo a la inserción sociolaboral “Cauces” son un servicio de apoyo para la inserción sociolaboral de mujeres que están siendo atendidas por cualquier otro centro o recursos de la Red Municipal de Atención a Víctimas de Violencia de Género en el ámbito de la pareja o expareja, siendo su objetivo impulsar el empoderamiento y la mejora de la

empleabilidad de las mujeres atendidas, complementando la intervención desarrollada por los recursos de atención especializada.

Al mismo tiempo, desde el proyecto se realizan actividades complementarias de ocio y tiempo libre saludable y alternativo y se oferta servicio de ludoteca para los/as menores, de cara a facilitar la participación de mujeres con menores no escolarizados/as y en períodos no lectivos.

DATOS DE CONTACTO

S.A.V.G. 24 HORAS	<ul style="list-style-type: none">▷ Tlf. Gratuito para mujeres: 900 222 100▷ Fax: 91 406 20 76▷ E-mail: savg24h@madrid.es
PUNTO MUNICIPAL I	<ul style="list-style-type: none">▷ Tlf.: 91 406 16 58▷ Fax: 91 406 16 61▷ E-mail: puntomunicipalop@madrid.es
PUNTO MUNICIPAL II	<ul style="list-style-type: none">▷ Tlf.: 91 472 20 01▷ Fax: 91 472 10 04▷ E-mail: puntomunicipalop2@madrid.es

ANEXO 3 Cuestionario diseñado por Zorrilla B, Pires M, García S. Las Heras ML et al

En los últimos 12 meses su (a) pareja o (b) expareja:		1	2	3	4	5	6
BLOQUE A: ABUSO/ VIOLENCIA PSICOLÓGICA		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Constantemente/Siempre/Sistemáticamente	
		Nunca	1 vez	2-3 veces	4-10 veces	más de 10 veces	Prácticamente todos los días/siempre
1	Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares (LEER)						
2	Le impide hablar con otros hombres (es celoso)						
3	Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace						
4	Ha hecho comentarios desagradables sobre su apariencia física						
5	Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público						
6	No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones						
7	Le dice lo que usted debe pensar						
8	Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted						
9	Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir						
10	Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana?						
11	Le ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos						
12	La ha amenazado con suicidarse (cuantitativa, se expresa en nº de veces)						
13	La ha amenazado con hacer daño a usted o a sus familiares (cuantitativa, se expresa en nº de veces)						
14	La ha insultado u ofendido						
15	Le ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella						

En los últimos 12 meses su (a) pareja o (b) expareja:

		1	2	3	4	5	6
BLOQUE B: ABUSO/ VIOLENCIA SEXUAL		Nunca	1 vez	2-3 veces	4-10 veces	más de 10 veces	Prácticamente todos los días/ siempre
16	Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted						
17	Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba						

En los últimos 12 meses su (a) pareja o (b) expareja:

		1	2	3	4	5	6
BLOQUE C: ABUSO/ VIOLENCIA FÍSICA		Nunca	1 vez	2-3 veces	4-10 veces	más de 10 veces	Prácticamente todos los días/ siempre
18	La ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella						
19	Le tiró algo (algún objeto)						
20	La empujó, agarró o la tiró						
21	Le dio una bofetada						
22	Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo						
23	Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa						
24	Le dio una paliza						
25	La agarró del cuello						
26	La amenazó con un cuchillo o pistola						
27	Usó un cuchillo o una pistola						

CRITERIOS DE CASO

1.-Caso de abuso/violencia psicológica (p1 a p15): Uno de los siguientes:

- ✓ 4 o más respuestas a partir de algunas veces ó
- ✓ 1 o más respuestas a partir de muchas veces o sistemáticamente

2.-Caso de abuso/violencia sexual (p16-p17):

- ✓ 1 o más respuestas a partir de 1 vez (cualquier respuesta distinta a nunca)

3.-Caso de abuso/violencia física (CTS-1:p18-p25):

- ✓ 1 o más respuesta a partir de 1 vez (cualquier respuesta distinta a nunca).

4.-Caso de abuso/violencia de pareja (psicológica y/o física y/o sexual):

- ✓ 1 y/o 2 y/o 3

5.-Violencia grave:

- ✓ Más de 2 criterios. Siendo cada criterio violencia psicológica o física o sexual (1,2,3) ó
- ✓ Violencia física más de 2 veces ó
- ✓ Violencia sexual más de 2 veces

ANEXO IV – FICHA DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN

FECHA

DERIVADA DEL SAVG

SI

NO

TIPO DE MALTRATO

Psicológico
 Físico
 Sexual

Comentarios

FASE DEL CICLO DE VIOLENCIA

Acumulación de tensión
 Explosión de violencia
 Reconciliación

CONCIENCIA DEL PROBLEMA

Precontemplación
 Contemplación
 Preparación

Mantenimiento
 Recaída
 Acción

HISTORIA DEL MALTRATO

Relaciones familiares
 Parejas previas
 Violencia actual desde cuando
 Último episodio
 Uso anterior recursos de protección

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES Y TRATAMIENTO

ESTADO PSICOLÓGICO, ALTERACIONES

PROBLEMAS SOCIALES

Situaciones económicas
 Relaciones familiares
 Relaciones sociales

FACTORES PROTECTORES

Otros:

Tiene parte médico de lesiones
 Ha realizado denuncia
 Puede alojarse con familiares o amigos
 Necesita protección
 Derivación a Servicios de Mujeres Maltratadas (SAVG) y/o SAM
 Derivación a recursos de la Red de Atención a Drogodependencias

Fecha

Indicadores de peligro extremo

CONSUMO DE SUSTANCIAS

Actual
 Pasado



madrid
salud

INSTITUTO DE ADICCIONES