



Colegio Oficial de  
**PSICÓLOGOS**  
La Rioja

# Protocolo de actuación ante la sospecha de **Violencia de Género**

---

Para profesionales de la Psicología

**COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA**

COORDINADORA DE LA EDICIÓN:

RAQUEL TORIBIO SÁNCHEZ

AUTOR:

GRUPO DE TRABAJO DE PSICOLOGÍA DE LA IGUALDAD DE GÉNERO

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA, 2020

Para la elaboración de este Protocolo se han utilizado los protocolos de actuación existentes en el Ministerio (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Informes, Estudios e Investigación 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) y en otras CCAA, además de la evidencia científica internacional sobre violencia de género y protocolos específicos para hijas e hijos de estas mujeres, así como referencias a contextos de vulnerabilidad. El Grupo de Trabajo de Psicología e Igualdad de Género del Colegio Oficial de Psicólogos de La Rioja continuará desarrollando los aspectos relacionados con la implementación y evaluación del protocolo en el futuro próximo.

## Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	5
3. ACTUACIÓN PROFESIONAL ANTE UN CASO DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER.....	6
3.1 VALORACIÓN DE PERCEPCIÓN DE PELIGRO OBSERVADA EN LA MUJER.....	9
3.2 COORDINACIÓN DE ACTUACIONES.....	10
4. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	11
5. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.....	13
5.1 DETECCIÓN Y VALORACIÓN.....	13
5.2 INTERVENCIÓN.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS.....	34
MODELO DE INFORME/FICHA DE REGISTRO.....	35
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	36
MODELO DE INFORME DE DAÑOS OBSERVADOS E INFORME PSICOLÓGICO.....	37
MODELO DE INFORME DE DERIVACIÓN.....	41
RECURSOS ASISTENCIALES PARA LAS VÍCTIMAS.....	42

## 1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género, como máxima expresión de desigualdad entre hombres y mujeres es, posiblemente, la forma de violencia interpersonal más preocupante en la actualidad. Se manifiesta contra las mujeres por el mismo hecho de serlo, y es producto de la desigualdad profunda, mantenida y reforzada a través de los siglos entre hombres y mujeres. Bajo este nombre se incluye un amplio abanico de manifestaciones que van desde la violencia física y el maltrato psicológico, hasta las agresiones sexuales, el aislamiento y el control social de la pareja, la intimidación, la humillación, la coacción, o la extorsión económica.

Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social. Las mujeres que han sufrido violencia de género, padecen una multitud de problemas cognitivos como consecuencia de los golpes directos, así como del maltrato psicológico y el estrés crónico que este produce. Las lesiones psicológicas derivadas de la situación de maltrato van a estar siempre presentes, al tratarse de un tipo de violencia que cursa de forma crónica, tanto en los momentos próximos a la agresión física, como posteriormente, siendo el puente de unión entre cada una de las agresiones. Las primeras reacciones de la mujer víctima de violencia ejercida en el seno de una relación íntima se caracterizan por el sentimiento de humillación, vergüenza y preocupación; además de la percepción de pérdida de control, confusión, sentimientos de culpa y miedo vinculados al paso del tiempo (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007).

A lo largo del proceso de la Violencia, la mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, y pierde también las esperanzas de cambio de la situación, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor. Para el hombre maltratador será la ratificación de que su estrategia funciona. Todo esto dificulta que la mujer pueda poner fin a la relación. Por eso, cuando una mujer pide ayuda, debe recibir en todas las ocasiones apoyos concretos para cambiar su situación, respetando y no culpabilizándola por sus decisiones. Para que sea consciente del peligro que corre, es importante que comprenda que la violencia continuará e irá en aumento y que no podrá corregir la conducta de su agresor.

El o la psicóloga debe prestar atención a algunos indicios que pueden sugerir una situación de violencia contra la mujer:

- A nivel psicológico, las consecuencias (tanto en la propia mujer como en sus hijos e hijas), entre otras, pueden ser: Depresión, Ansiedad, Agresividad, Baja autoestima, Déficit de atención y concentración, Hiperactividad, Dificultades de aprendizaje y socialización, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno de la conducta alimenticia (anorexia, bulimia,...), Trastornos psicopatológicos, Intento de suicidio, Autolesiones, Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos, Dependencia psicológica del agresor (Síndrome de Estocolmo),...
- A nivel social, pasan por: Inhibición y/o Aislamiento social, Pérdida del empleo, Absentismo laboral, Disminución del número de días de vida saludable, Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse, Habilidades sociales escasas, Bajo rendimiento escolar, Problemas de Adicciones, conducta social (adopción de comportamientos de sumisión o violencia hacia sus compañeros o compañeras), Comportamientos de riesgo, Parentalización (asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre),...

- A largo plazo, se incluye la violencia transgeneracional: Si no se ha producido un proceso de elaboración de las experiencias vividas a través de una intervención profesional o de otras formas, la evidencia científica disponible señala que hay mayor probabilidad de: Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar, Maltrato a sus parejas en las edades adultas en los varones y mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

Existen procesos y trayectorias existenciales especialmente difíciles, como la migración; circunstancias y contextos sociales tales como estar en situación de desempleo o vivir en un medio rural; situaciones psicosociales que conducen a la exclusión social o al ejercicio de la prostitución; etapas vitales como el embarazo y puerperio o la edad avanzada; condicionantes de salud como la discapacidad, la enfermedad mental grave o la drogodependencia, que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y en particular, la probabilidad de sufrir violencia de género.

### **Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud**

La OMS, en su informe “Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario”, recomienda al personal sanitario que:

«No tenga miedo de preguntar: Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte».

Define además, que las funciones mínimas a desarrollar en este tema desde el sistema sanitario, son las siguientes:

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

NO HACER es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore. ACTUAR contribuye, además de poder resolver el caso, a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género. Frecuentemente no se interviene por miedo a no saber qué hacer, a hacer más daño..., pero es importante señalar que el sólo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico. Con frecuencia la consulta es el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa. Al hablar con la mujer se puede ir descubriendo en qué se la puede ayudar y cómo.

## 2. OBJETIVOS

El objetivo general de este protocolo es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para todos y todas las colegiadas, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos, además de asegurar que cualquier mujer víctima de violencia de género pueda disponer de asesoramiento especializado con carácter de urgencia a nivel social, psicológico y jurídico, favoreciendo el acceso a la Red de Recursos de Atención a la Violencia de Género de la Comunidad Autónoma.

La finalidad última es ofrecer orientaciones básicas para la atención psicológica y emocional a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a una consulta con un profesional de la psicología (en el ámbito clínico, laboral, educativo,...), para así poder terminar con las relaciones de maltrato, y recuperar la salud y autonomía de la mujer. Este protocolo de actuación se refiere a cualquier forma de violencia y malos tratos por razón de género, ejercida contra las mujeres mayores de 14 años, independientemente de quién sea el supuesto agresor, aunque las actuaciones que se proponen están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por ser las formas más comunes de su expresión. Este protocolo además, ofrece indicaciones para la detección precoz, valoración y actuación con los hijos e hijas de mujeres en situación de maltrato.

En cuanto a los objetivos específicos que pretende satisfacer se señalan los siguientes:

1. Ofrecer a la mujer una escucha activa que le permita expresarse con la carga emocional asociada al problema que plantea, ayudándola a autoevaluar y objetivar su situación.
2. Valorar el daño emocional y el riesgo vital, así como los apoyos familiares y sociales de los que dispone.
3. Atender y proteger a la mujer víctima de malos tratos y/o agresiones sexuales, estableciendo cauces de cooperación entre las diferentes instituciones, para que ésta sufra las menores molestias posibles y tenga información comprensiva y útil en los trámites de denuncias y reconocimientos médicos, sintiéndose apoyada en su toma de decisiones.
4. Proporcionar información sobre las medidas urgentes y necesarias que posibiliten la resolución de posibles situaciones de manera inmediata (atención policial, sanitaria, etc) y sobre los recursos y programas de atención integral a mujeres víctimas de violencia.
5. Prevenir la violencia contra las mujeres promoviendo actitudes educativas desde el entorno escolar, familiar, laboral y social.
6. Sensibilizar a la población en general de la gravedad y frecuencia de los malos tratos a mujeres, realizando jornadas, congresos, charlas y cuantas acciones sean necesarias para lograr este objetivo.
7. Posibilitar, dentro del marco legal existente, la mayor atención a la mujer maltratada.

Tales objetivos se tratan de alcanzar a través de una serie de funciones entre las que, sin ánimo exhaustivo, merecen destacarse las siguientes:

- Facilitar asistencia psicológica. Se proporcionará a la mujer información sobre la posibilidad de recibir apoyo psicológico específico y continuado, tanto para ella como para sus hijos e hijas. Ambas atenciones se pueden prestar en situación de crisis.
- Atender psicológicamente en el momento de la denuncia por parte de un/a psicólogo/a.
- Ponerse en contacto con la Oficina de Asistencia las Víctimas del Delito de La Rioja, como organismo con funciones de ventanilla única, para comenzar la intervención con la mujer, o en su caso derivarla al organismo que proceda.
- Informar de otros recursos y derivar a los más adecuados.

- Derivar al Hospital o Centro de Salud más próximo para que la mujer reciba la asistencia sanitaria que precise y se realice el “Informe de daños observados” para adjuntar a la denuncia.
- Avisar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para evitar agresiones o intervenir cuando una agresión se está produciendo.

Este protocolo tiene además otros objetivos específicos:

1. Actualizar el conocimiento basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años y proporcionar a los y las profesionales de la psicología más y mejores herramientas para la toma de decisiones en la intervención con las mujeres en situaciones de violencia de género, resaltando la colaboración y coordinación con otros profesionales y recursos.
2. Promover el empoderamiento y la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación, la búsqueda de soluciones y alternativas, y la recuperación de su salud y su autonomía psicosocial.
3. Continuar la sensibilización y formación del personal relacionado con este problema (profesionales del Sistema Nacional de Salud –SNS-, Cuerpos de Seguridad del Estado,...) sobre la gravedad y las consecuencias de la violencia contra las mujeres en su salud y en el desarrollo físico, psicológico y social de los hijos e hijas de las mujeres que la padecen.
4. Hacer visibles las situaciones de especial vulnerabilidad, que dificultan en las mujeres el reconocimiento de la violencia y la toma de decisiones para terminar con las situaciones que las producen.
5. Contribuir desde el Colegio de Psicólogos a la sensibilización de la población general sobre este problema. La Violencia de Género es un problema de salud de primera magnitud que afecta a las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida.

### **3. ACTUACIÓN PROFESIONAL ANTE UN CASO DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER**

La actitud de la persona que atiende a la mujer es crucial, ya que en gran medida va a marcar la evolución del proceso. En este sentido, debe tener en cuenta las siguientes premisas:

- Crear un clima de confianza para propiciar que la mujer se sienta segura y comprendida.
- Establecer una escucha activa que permita captar lo que expresa verbalmente la víctima, la carga emocional asociada y las demandas implícitas en la comunicación
- Pedir a la víctima que defina y formule sus propias prioridades en la demanda y averiguar qué se le puede ofrecer en función de sus necesidades reales.
- Facilitar la información necesaria para clarificar la situación de violencia, intentando proporcionar una visión sin distorsiones de la realidad.
- Informar de los procedimientos y recursos sociales, jurídicos y psicológicos disponibles, contemplando en todo momento el riesgo siempre presente en un proceso de malos tratos.

Cualquier profesional que detecte una mujer víctima de violencia de género, o que sospeche esta situación, deberá ponerse en contacto con la Oficina de Asistencia las Víctimas del Delito de La Rioja, como organismo con funciones de ventanilla única, para comenzar la intervención con la mujer, o en su caso derivarla al organismo que proceda, siempre que se cuente con el consentimiento de la mujer.

## Actuación en situaciones de crisis

Una situación de crisis supone una alteración emocional temporal que viene precipitada por un suceso determinado, que puede ser puntual o acumulativo, que escapa al control de la persona. En general, las situaciones de crisis generan una serie de síntomas evidentes, como cansancio o agotamiento, confusión de pensamientos, sentimientos de impotencia, ansiedad, falta de concentración, etc. Una intervención en crisis suele ser puntual y tiene el objetivo inmediato de apoyar y tranquilizar a la persona que la sufre. La intervención pretende ayudar a soportar un suceso traumático de modo que se reduzcan los efectos negativos y se incremente la probabilidad de afrontar e integrar esos sucesos de manera positiva.

En este sentido, la resolución, positiva o negativa, de una situación de crisis, depende de una serie de variables:

- La severidad del proceso.
- Los recursos personales que esa mujer tenga, según su historia y la resolución de las crisis anteriores.
- Recursos sociales con los que cuente, en forma de redes familiares y amistades,...

En general, una intervención en crisis debe contemplar los siguientes aspectos:

1. Facilitar el desahogo emocional
  - a. Invitar a la mujer a que hable de su problema, de los hechos y de los sentimientos. Mantener una escucha activa, actitud empática y dar una buena acogida.
  - b. Canalizar la emocionalidad intensa (ayudar a expresarla y reducir su angustia).
  - c. Identificar pensamientos distorsionados.
2. Examinar las dimensiones del problema
  - a. Conocer el hecho precipitante y sus consecuencias.
  - b. Conocer los recursos personales y sociales disponibles.
  - c. Valorar las posibles decisiones inmediatas.
  - d. Transmitir seguridad, cercanía.
3. Explorar las posibles soluciones
  - a. Preguntar por las alternativas que ha intentado dar al problema hasta ese momento.
  - b. Explorar otras posibilidades. Priorizar necesidades.
  - c. Ofrecer otras alternativas. Redefinir el problema. Preparar un plan de acción.
  - d. Valorar los recursos familiares, personales y sociales.
4. Ayudar a tomar una decisión concreta (enfrentamiento)
  - a. Plantear un plan de acción concreto y viable.
  - b. Transmitir esperanza.
  - c. Valorar si la persona es capaz de tomar decisiones por sí misma, y en ese caso, adoptar una actitud facilitadora.
  - d. Valorar el peligro real y, en tal caso, adoptar una actitud más directiva explorando otros recursos familiares o comunitarios.
  - e. Asegurar la derivación al recurso apropiado.

En cualquier caso, para realizar una actuación eficaz ha de tenerse en cuenta que las demandas de las mujeres que sufren violencia de género son diferentes en función a sus necesidades y dependiendo del momento o "fase" que estén atravesando.

En este sentido, conocer y comprender cómo se produce la violencia, su progresión y las fases que suelen acontecer, así como la percepción que tiene la mujer maltratada de lo que ocurre, es esencial para la mujer y para los y las profesionales que intervienen en su atención.



Teniendo en cuenta estos factores, se plantean una serie de pautas de actuación para guiar el proceso de la entrevista, que podrían concretarse de la siguiente manera:

1. Cuando una mujer víctima de violencia de género solicita información, y ya se han producido episodios de violencia, pero no de forma extrema, el o la profesional deberá:
  - a. Ayudar a la mujer a autoevaluar y objetivar su situación.
  - b. Identificar con ella sus apoyos sociales.
  - c. Informarla sobre los programas y recursos que existen en la zona.
  
2. En aquellos casos en que la mujer llega a consulta en un momento en que cada vez son más frecuentes los momentos de tensión, llegando a sufrir comportamientos violentos graves en forma de agresiones físicas, psíquicas y/o sexuales, resulta fundamental posibilitar urgentemente el acceso a los servicios de emergencia (policiales, sanitarios, jurídicos y psicológicos) para que, desde ahí, puedan:
  - a. Ofrecer protección. Posibilidad de denuncia y solicitud de orden de protección con la correspondiente detención del agresor.
  - b. Proporcionar la seguridad precisa a ella y sus hijos e hijas menores (alojamiento de emergencia).

Además, el o la profesional intentará:

- Calmar a la mujer para que pueda pensar con tranquilidad sobre qué decisión tomar.
- Informar sobre las consecuencias de las distintas posibilidades en función de la decisión que tome.
- Hacer consciente a la mujer de que es posible que después del estallido de tensión llegue la calma, informándola de las consecuencias de la repetición en la espiral de violencia en la que se encuentra inmersa.

En aquellos casos en los que el riesgo ya ha pasado, es frecuente que se dé una situación de conciliación o de arrepentimiento en la pareja. En ese momento es probable que las mujeres víctimas soliciten información acerca de cómo evitar que el agresor sufra las consecuencias jurídicas de su denuncia o cómo revocar la orden de protección, ya que se trata de un momento en que la pareja manifiesta su arrepentimiento y promete que no volverá a suceder.

En estos casos, la actuación del profesional de la psicología se concretará en:

- Ofrecer a la mujer información sobre la disponibilidad de recursos a los que puede acudir si vuelve a sufrir otro episodio de maltrato.
- Además, intentará hacer consciente a la mujer sobre la posibilidad de que vuelva a sufrir un nuevo episodio de violencia por lo que se proporcionarán instrucciones para la autoprotección. Señalar que uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los y las profesionales que intervienen con violencia de género es el retorno de la mujer maltratada con su agresor. En estos casos se ha de entender que este proceso de partidas y retornos, de separaciones y reencuentros suele ser frecuente ya que resulta muy difícil para las mujeres romper con su vida pasada. En este sentido, es muy importante el respeto a la decisión que la mujer pueda tomar en relación a la resolución de su situación de maltrato.
  
- Por último, es conveniente finalizar la entrevista con perspectivas positivas, o al menos activas, y no terminarla antes de que la mujer esté en disposición de tener una visión más clara de su situación de maltrato, con las posibles alternativas para salir del mismo.

En los casos de agresión sexual reciente, se remitirá a la víctima lo más rápidamente posible, al hospital más cercano sin que medien lavados ni cambios de ropa. En caso de felación, es importante, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.

Antes de finalizar la consulta, se le facilitará a la víctima el contacto urgente del 112, que activará los recursos necesarios.

### 3.1 VALORACIÓN DE PERCEPCIÓN DE PELIGRO OBSERVADA EN LA MUJER

Uno de los objetivos fundamentales debe ser garantizar la seguridad de las mujeres y, para ello, en el transcurso de la entrevista, y con el fin de tener un conocimiento objetivo de la situación real de peligro, es necesario conocer y evaluar indicadores de riesgo que reflejen de forma veraz el riesgo que tiene la mujer.

A continuación, se recogen algunas señales de alerta de peligro grave para la mujer que es necesario valorar en aquellos casos en los que la mujer manifieste riesgo, o el o la profesional intuya que puede estar en una situación de peligro:

- La mujer declara temer por su vida.
- Los episodios de violencia se producen también fuera del domicilio.
- Su pareja se muestra violento con sus hijos e hijas.
- Su pareja se muestra violento con otras personas.
- Su pareja muestra celos intensos o conductas controladoras.
- Ha sometido a la mujer a actos de violencia sexual.
- Amenaza con suicidarse, matarse y/o matar a sus hijos/as.
- La frecuencia y la gravedad de los episodios de violencia se han intensificado.
- Su pareja abusa de drogas, especialmente aquéllas que agudizan la agresividad (alcohol, cocaína, ...).
- La mujer tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano.
- La pareja conoce que la mujer ha recurrido a ayuda exterior para poner fin a la violencia.
- La pareja o expareja le sigue o acosa.
- La mujer ha denunciado lesiones graves.
- La pareja dispone de armas en casa.
- La pareja o expareja ha amenazado a amistades o parientes de la mujer.

Por otro lado, es frecuente que, durante la entrevista en relación a la Valoración de la Probabilidad De Violencia, la mujer omita datos relevantes por los motivos que a continuación se enumeran:

- Las mujeres no siempre están en disposición de responder a cuestionarios y ofrecer más datos de los imprescindibles sobre su situación familiar y/o de pareja. Solicitan una información determinada y no desean que su consulta implique más consecuencias que recibir la información solicitada.
- Hay casos en los que es preciso actuar urgentemente y derivar a los servicios de emergencia (policiales o sanitarios) a través del 112, no siendo posible valorar la situación de riesgo en la entrevista, ya que se le da prioridad a salvaguardar la integridad física y psicológica de la víctima.
- La valoración de la percepción de peligro observada en la mujer que se realiza a través de la propia víctima puede estar sesgada por una percepción de peligro distorsionada. En ocasiones esta información puede ser complementada con la que puedan proporcionar profesionales de otros servicios que también intervienen en el caso pero, en cualquier caso, las fuentes de recogida de información para valorar el riesgo real de la víctima son limitadas.

### 3.2 COORDINACIÓN DE ACTUACIONES

En la ley 3/2011, de 1 de marzo de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja, recoge en su artículo 6 la necesidad de establecer una actuación coordinada de los diversos órganos y entidades que intervengan o presten asistencia en los supuestos de violencia doméstica.

Igualmente, el art. 28 de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito le confiere a la Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito la función de “Coordinación de los diferentes órganos, instituciones y entidades competentes para la prestación de servicios de apoyo a la víctima”, en relación con el art. 19 del Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la citada Ley, y establece el desempeño de forma profesional de la función de ventanilla única en relación con la asistencia a las víctimas de delitos.

Por tanto, en las situaciones en las que el profesional albergue sospechas de que se está produciendo violencia de género, se rellenará la ficha de recogida de información y se enviará una copia a la Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito, sin perjuicio de que se pueda remitir también a los Servicios Sociales de Base, con la finalidad de que pueda realizar un seguimiento del caso y activar el protocolo ad hoc para menores en riesgo.

En las situaciones de extrema gravedad o peligro inminente que hacen que las mujeres víctimas de malos tratos y/o agresiones sexuales, requieran una actuación urgente, se comunicará con el teléfono de emergencias 112 SOS RIOJA, quien procederá a activar el recurso de la ERIE Psicosocial (Equipo de Respuesta Inmediata en Emergencias). Este Servicio de la Dirección General de Justicia e Interior de la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia de La Rioja ofrece una atención integral y coordinada tanto de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, como de los Centros Hospitalarios, órganos jurisdiccionales, y demás organismos que deben intervenir. Así se pone en marcha de manera unificada, gratuita, rápida e integral todo el proceso.

## 4. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El Colegio Oficial de Psicólogos de La Rioja también tiene un importante papel en la prevención de la violencia de género, que se articula a través de actuaciones en el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales y de atención a la salud integral de las mujeres.

En el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales:

- Inclusión en la formación continuada del Colegio Oficial de Psicólogos, de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral a la mujer y a sus hijos e hijas. Debe incluirse con especial énfasis la formación en competencias interculturales, y los distintos contextos de vulnerabilidad ante el maltrato.
- Realización de sesiones clínicas multi e interdisciplinares sobre casos reales, incluyendo casos en los que las mujeres se encuentren en especial vulnerabilidad.
- Realización de sesiones con profesionales de otras instituciones. En el caso de sesiones para el abordaje relativo a hijos e hijas que presencian o han presenciado violencia hacia su madre, cobran especial relevancia las sesiones con profesionales de la pediatría, profesionales del sector educativo y de los servicios sociales.
- Dar a conocer la importancia de las actuaciones relativas a detección, valoración y actuación en los y las menores que presencian violencia de género.

En el ámbito de la atención a la salud integral de las mujeres:

- Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar, a través de la relación con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos (personales, sexuales y de relaciones sociales), promoviendo su participación en actividades grupales que incrementen su desarrollo psicosocial y su autocuidado.
- Incluir, en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de Educación Maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.

En el ámbito comunitario:

- Colaborar con el entorno escolar para favorecer modelos coeducativos eficaces como forma de prevención de la violencia hacia las mujeres.
- Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales, especialmente con aquellas de mujeres en situación de vulnerabilidad.
- Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas explicando las consecuencias de este tipo de violencia en la salud y cuál es el papel de los recursos existentes.

La violencia de género es un problema de alta prevalencia y graves consecuencias para la salud, de carácter repetitivo y con un alto coste sanitario y social. Existe una clara preocupación por la baja detección y el retraso en el diagnóstico de la violencia de género, así lo constata la evidencia científica internacional y los numerosos estudios de investigación al respecto. Para su abordaje se considera prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios, es decir, adelantar el diagnóstico y realizar una intervención temprana. Según la literatura internacional sobre programas universales de cribado en violencia de género perpetrada por pareja o expareja, la eficacia de dichos programas viene avalada por la convergencia de varios factores o procesos: la formación de profesionales, la existencia y accesibilidad a recursos específicos así como la continuidad en la asistencia.

En este sentido, se recomienda para detectar precozmente y mejorar la atención, preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta, tanto si es la primera visita (apertura de historia clínica) como si se trata de consulta habitual y no consta en la historia clínica que se le ha preguntado. Para ello se realizarán preguntas exploratorias de abordaje psicosocial, incluyendo la violencia de género. Asimismo, este protocolo plantea que se debe tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha.

Las mujeres que consultan en la red de salud mental y drogodependencias tienen alta probabilidad de estar sufriendo violencia de género. Es bastante frecuente que no tengan conciencia de su situación de maltrato, que la minimicen, o que no hablen de ello por diversos motivos y que tampoco relacionen su problemática de salud con la violencia de género vivida. Por tanto, los equipos de estos servicios deben también preguntar de forma sistemática sobre las experiencias de violencia. En la atención a las mujeres que sufren maltrato, además de la atención y seguimiento de la paciente, es necesario, si existen hijos o hijas u otras personas dependientes a cargo de la mujer, la coordinación con pediatría y trabajo social.

Es importante recordar que las mujeres embarazadas, las que tienen una discapacidad física, psíquica o sensorial, las mujeres inmigrantes, las mujeres que viven con el VIH, las que se encuentran en situación de exclusión social o las que viven en entornos rurales, son más vulnerables al maltrato, por lo que es necesario prestarles una atención especial.

## 5. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

### 5.1 Detección y Valoración

5.1.1 Abordar los aspectos psicológicos y sociales de la conducta

5.1.2 Indicadores de sospecha

5.1.3 Identificación: Pregunta específica sobre maltrato

5.1.4 Valoración:

- Biopsicosocial
- De la situación de violencia
- De la percepción de peligro observada en la mujer

5.1.5 Ficha de Registro

### 5.2 Intervención

5.2.1 Información acerca del problema

5.2.2 Trabajo en la consulta – Seguimiento

5.2.3 Recomendaciones para la actuación sanitaria

5.2.4 Actuación con los hijos e hijas (si procede) y otras personas dependientes si las hubiera

5.2.5 Derivación a servicios especializados si precisa: OAVD y 112.

5.2.6 Emitir cuando proceda el informe psicológico correspondiente

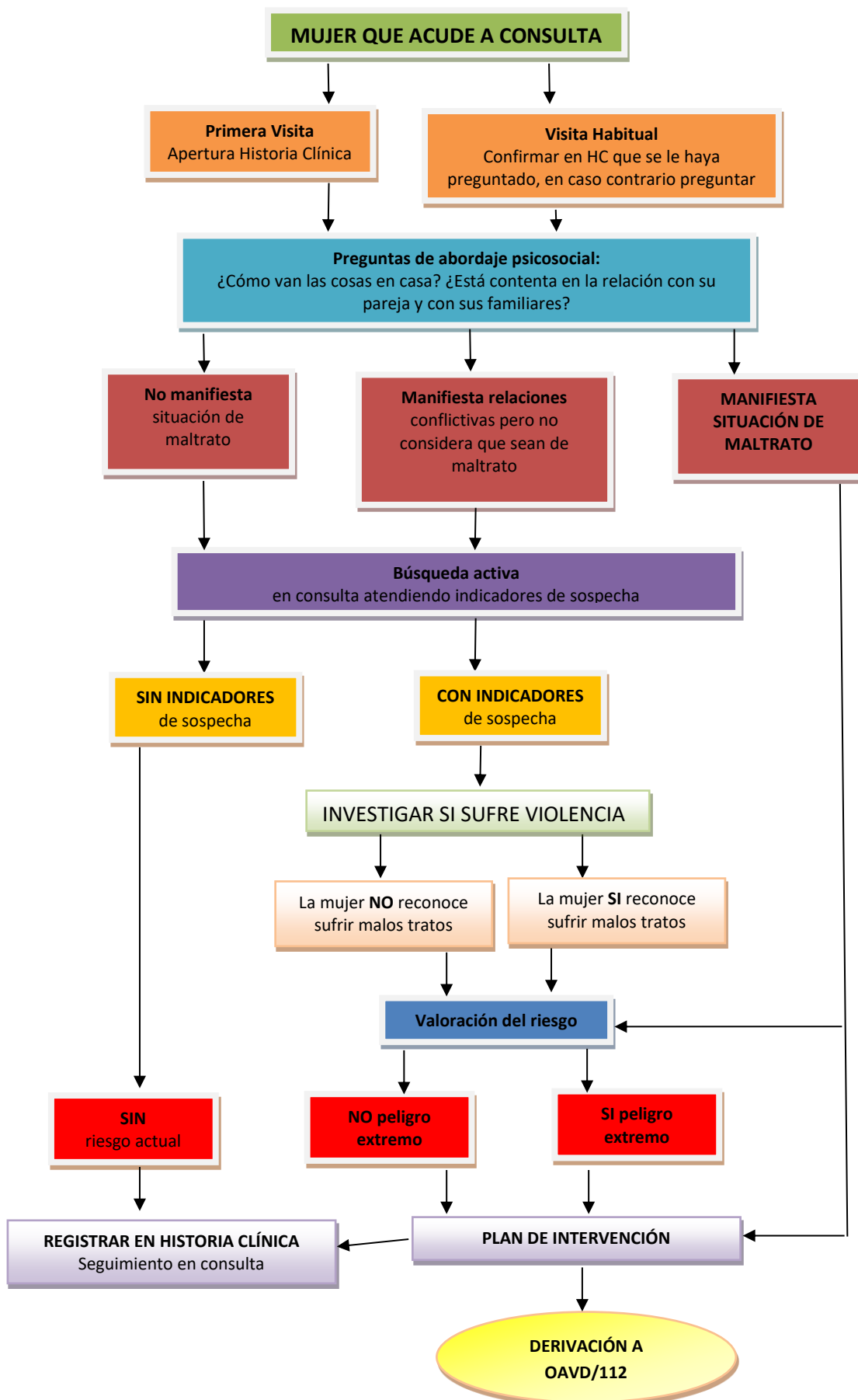
### 5.1 DETECCIÓN Y VALORACIÓN

#### *5.1.1 Abordar los aspectos psicológicos y sociales en la conducta*

En general, cuando una mujer decide denunciar su situación, el proceso judicial, el tipo de atención recibida, el ir de un servicio a otro, el cuestionamiento y presión general por parte de los distintos profesionales, pueden generar un nivel alto de ansiedad. Esto hace que en muchas ocasiones se plantee si ha hecho lo correcto iniciando ese proceso, lo que puede llevarla a tomar la decisión de paralizarlo o de desaparecer de los distintos servicios. Esta es una de las razones por las que es necesaria una adecuada actuación por nuestra parte, los profesionales, para dar a la mujer una buena atención, que no la estigmatice ni le cree más malestar que el que ya presenta.

La implementación de un protocolo de evaluación específico también puede suponer una importante aportación. En lo referente al aprovechamiento de los recursos existentes que trabajan con mujeres víctimas de violencia de género (Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delitos, Institutos de Medicina Legal, Centros de Información a la Mujer, Centros de Salud, Casas de Acogida,...), la evaluación inmediata de las secuelas de las mujeres, la valoración del daño psicológico de las víctimas como herramienta en los procesos judiciales, así como la posterior evaluación y rehabilitación cognitiva de las mismas puede significar una mejora de la autonomía e independencia y una reincorporación positiva al mundo social y laboral.

**Algoritmo de actuación sanitaria ante la violencia de género**



### 5.1.2 Indicadores de sospecha y situaciones de vulnerabilidad

Existen una serie de signos y síntomas que pueden hacer pensar que una mujer sufre violencia de género. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos.

Las situaciones de vulnerabilidad se detallan a continuación:

1. Antecedentes de violencia
  - a. Haber vivido relaciones de maltrato en la pareja
  - b. Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales
2. Antecedentes personales y de hábitos de vida
  - a. Lesiones frecuentes
  - b. Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación
  - c. Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas
3. Problemas gineco-obstétricos (relatados por la mujer)
  - a. Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados)
  - b. Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos
  - c. Dispareunia (coito doloroso), dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea
  - d. Historia de abortos repetidos
  - e. Hijos con bajo peso al nacer
  - f. Retraso en la solicitud de atención perinatal
4. Síntomas psicológicos
  - a. Insomnio
  - b. Depresión
  - c. Ansiedad
  - d. Trastorno de estrés postraumático
  - e. Intentos de suicidio
  - f. Baja autoestima
  - g. Agotamiento psíquico
  - h. Irritabilidad
  - i. Trastornos de la conducta alimentaria
  - j. Labilidad emocional
5. Aspectos sociales
  - a. Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia
  - b. Bajas laborales
6. Síntomas físicos frecuentes
  - a. Cefalea
  - b. Cervicalgia (dolor cervical)
  - c. Dolor crónico en general
  - d. Mareos
  - e. Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal,...)
  - f. Molestias pélvicas
  - g. Dificultades respiratorias



7. Utilización de servicios sanitarios
  - a. Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias)
  - b. Incumplimiento de citas o tratamientos
  - c. Uso repetitivo de los servicios de urgencias
  - d. Frecuentes hospitalizaciones
  - e. Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía
  
8. Situaciones de mayor vulnerabilidad
  - a. Situaciones de cambio vital:
    - i. Embarazo y puerperio
    - ii. Noviazgo
    - iii. Separación
    - iv. Jubilación propia o de la pareja
  - b. Situaciones que aumentan la vulnerabilidad:
    - i. Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo
    - ii. Aislamiento tanto familiar como social
    - iii. Migración, tanto interna o nacional como extranjera
    - iv. Enfermedad discapacitante
    - v. Dependencia física o económica
    - vi. Dificultades laborales y desempleo
    - vii. Ausencia de habilidades sociales
  - c. Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza,...)
  - d. Infección por el VIH
  
9. Información de que la mujer está siendo víctima de malos tratos a través de:
  - a. Familiares
  - b. Amistades
  - c. Profesionales del sistema sanitario u otras instituciones

En cuanto a los indicadores de sospecha durante la consulta, se resumen en:

1. Características de las lesiones
  - a. Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas
  - b. Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa
  - c. Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos
  - d. Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal)
  - e. Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución
  - f. Relato de lesiones en genitales
  - g. Relato de lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
  - h. Relato de lesión típica: rotura de tímpano
  
2. Actitud de la mujer
  - a. Temerosa, evasiva, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta
  - b. Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza,...
  - c. Autoestima baja
  - d. Sentimientos de culpa
  - e. Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad
  - f. Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara
  - g. Falta de cuidado personal
  - h. Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas si está presente su pareja:
    - i. Temerosa en las respuestas
    - ii. Busca constantemente su aprobación

3. Actitud de la pareja
  - a. Solicita estar presente en toda la visita
  - b. Muy controlador, siempre contesta él, o por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
  - c. Excesivamente preocupado o solícito con ella
  - d. A veces colérico u hostil con ella o con el/la profesional
  
4. Durante el embarazo
  - a. Inicio tardío de las visitas de control perinatal
  - b. Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé
  - c. Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia
  - d. Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo
  - e. Embarazo en la adolescencia
  - f. Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad
  - g. Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal
  
5. Durante el puerperio
  - a. Desgarros y/o deshiscencia (abertura espontánea) de la episiotomía
  - b. Mala o lenta recuperación postparto
  - c. Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales
  - d. Mayor incidencia de hipogalactia (producción insuficiente de leche) y fracaso de la lactancia natural
  - e. Depresión postparto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé
  - f. Retraso en la visita neonatal

Cuando el personal sanitario sospecha que una mujer puede ser víctima de maltrato, deberá confirmar o descartar la situación de violencia. Para ello es preciso realizar una entrevista clínica específica.

A continuación, presentamos una serie de pautas de actuación profesional que nos pueden ayudar en la atención a las mujeres víctimas, para crear un clima de confianza:

- Recibir a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. Transmitir interés, confianza y seguridad. En el caso de que tenga hijos e hijas, velar para que no estén presentes en la entrevista.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal)
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación. Facilitar la expresión de sentimientos
- Escuchar de manera paciente, atenta y activa. Mantener signos de atención, asentimientos o miradas y nunca hacer otra cosa al mismo tiempo.
- Expresión facial cálida y contacto visual no intimidatorio.
- Tono de voz bajo
- Postura respetuosa y relajada, orientado hacia la persona, actitud de comprensión.
- Se tomarán notas
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas
- Abordar directamente el tema de la violencia. Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Ser hábil en el manejo del silencio, de modo que hay que permitir a la víctima que exprese toda la información que necesite.

- El contacto físico sólo será útil y adecuado si la mujer lo solicita verbalmente o es ella quien lo inicia.
- El/la profesional proporcionará su nombre y teléfono de contacto del trabajo.

En el caso de que reconozca sufrir malos tratos:

- Hacer sentir a la mujer que NO es culpable de la violencia que sufre
- Creer el relato de la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso y respetar el orden de su relato.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas, a valorar alternativas y a tomar decisiones. NO imponer criterios o decisiones
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- NO adoptar una actitud paternalista
- NO dar a la mujer la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente. NO dar falsas esperanzas
- NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: “¿Por qué sigue con él?” o “Si usted quisiera acabar, se iría”
- NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer
- NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar
- Informar de todos los recursos disponibles.

Se evitará:

- Dar respuestas rápidas y precipitadas.
- Intelectualizar, diagnosticar, patologizar.
- Juzgarla, darle consejos o victimizarla con comentarios o expresiones.
- Caer en mitos y estereotipos sobre la violencia de género o sobre las víctimas.
- Tomar decisiones que debería tomar la mujer
- Mostrar desaliento por querer ayudar a alguien que no puede o no quiere ser ayudada en ese momento o de esa manera.

Se le ayudará a que hable:

- Permitted que narre los hechos, aunque sea de manera desorganizada. Hay que saber esperar a que la víctima aclare y ordene la información proporcionada, especialmente la relacionada con la falta de justificación de la violencia. Posteriormente el/la profesional estructurará.
- Se le brindará la ayuda que en cada momento vaya necesitando.
- Se le dará tiempo para expresar sus emociones. Permitir la manifestación de llanto, conductas de ira, agresividad verbal y gritos, siempre y cuando se reorienta la calma. El profesional debe infundir serenidad, hablar en tono tranquilo
- No se le preguntará más de lo que quiera contar.
- Se usarán frases cortas y concretas, no discursos.
- Se evitará hacer afirmaciones rotundas.
- Se evitará cualquier tono culpabilizador.
- Se evitarán actitudes y conductas morbosas.
- Se evitarán actitudes sobreprotectoras, moralinas y de exceso de consejo.
- Se evitará hacer promesas que no se puedan cumplir.
- Se evitarán actitudes rígidas incluso ante manifestaciones irracionales.
- No dar por hecho que sabe de qué le hablamos. Se le dará espacio para expresar sus dudas y miedos respecto a procesos, recursos y servicios.
- Ayudar a que recuerde los momentos difíciles y cómo los afrontó.
- Si la persona queda bloqueada, puede hacerse alguna pregunta o repetir alguna de las ideas previas para animar que continúe.

### 5.1.3 Identificación: Pregunta específica sobre maltrato

En este apartado se presentan ejemplos de preguntas generales que podrían utilizarse en la consulta, para la búsqueda activa de situaciones de maltrato en caso de sospecha:

- a) En caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente:
  - He repasado su historia y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?; La encuentro algo intranquila, ¿qué le preocupa?; ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿cree que todo está relacionado?
  - En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es este su caso?
  - En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico,... preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.
- b) En caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:
  - Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo, ¿es eso lo que le ha ocurrido?
  - ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted? ¿cómo? ¿desde cuándo?
  - ¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual,...)
- c) En caso de sospecha por los síntomas o problemas psicológicos que presenta:
  - Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía,...): ¿Desde cuándo se siente así? ¿A qué cree usted que se debe? ¿Los relaciona con algo?
  - ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja? ¿o con sus hijas o hijos? ¿con alguien de su familia? ¿en el trabajo?
  - Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿qué teme?
  - ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿qué le impide hacerlo?
- d) En caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad:
  - Durante el embarazo a veces se agudizan los problemas o conflictos de pareja, ¿se encuentra usted en esta situación? ¿cómo vive su pareja el embarazo? ¿se siente apoyada por él?
  - Se ha visto que al estar lejos del país de origen pueden aumentar los problemas en la pareja ¿cómo va su relación? ¿se siente sola?
  - Se sabe que, en ocasiones cuando hay algún tipo de discapacidad se puede ver afectada la relación de pareja ¿cómo van las cosas en casa?

### 5.1.4 Valoración

Una vez que la mujer reconoce estar en una situación de maltrato y/o presenta indicadores de sospecha, se debe proceder a realizar:

1. Una valoración integral que incluya: exploración minuciosa de su estado emocional y de su situación social, informándole de las exploraciones que se realizan y de su finalidad.

- a. Valoración Biopsicosocial: recogida de datos sobre las lesiones físicas observables que presenta y las referidas por ella misma, situación emocional, familiar, económica, laboral y ocupacional y red de apoyo social de que dispone.
  - b. Valoración de la Situación de Violencia: Tipo de violencia, temporalidad (frecuencia, desde cuándo la sufre e intensidad), comportamiento de la persona agresora a nivel familiar y social (si ha habido agresiones hacia otras personas), mecanismo de afrontamiento adoptado por la mujer, motivación hacia el cambio,...
  - c. Valoración de la Seguridad y Evaluación del Riesgo: Amenazas con armas o uso de las mismas, amenazas o intentos de homicidio a ellas 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, 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 (adónde va, con quién está, cuánto dinero tiene,...), aislamiento creciente, consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge, disminución o ausencia de remordimientos expresado por el agresor,...
2. Se evaluará si se encuentra en situación de peligro extremo. Se tendrá en consideración la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de peligro extremo.
  3. Se explorarán las expectativas de la mujer y la situación en la que se encuentra en relación a la toma de decisiones de cambios en su vida, aspectos que son muy importantes de cara a adaptar la intervención a la situación de la mujer.

La coordinación entre profesionales es necesaria en el abordaje de cualquier caso de Violencia de Género, sobre todo en el caso de mujeres en situación de especial vulnerabilidad. El apoyo de profesionales de la mediación o agentes comunitarios/as puede ser de gran utilidad en la actuación con las mujeres inmigrantes.

Ejemplo de preguntas para valorar la situación y tipo de violencia:

<b>Violencia Psicológica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Su pareja, ¿le grita o le habla de manera autoritaria?</li> <li>- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a los hijos e hijas, a otras personas o a los animales domésticos?</li> <li>- ¿La insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas?</li> <li>- ¿Se muestra celoso?</li> <li>- ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades? ¿Habla mal de ellos?</li> <li>- ¿La culpa de todo lo que sucede?</li> <li>- ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuentas de los gastos?</li> <li>- ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?</li> <li>- ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona?</li> <li>- ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc...?</li> </ul>
<b>Violencia Ambiental</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Maltrata a las mascotas?</li> <li>- ¿Golpea paredes, puertas,...?</li> <li>- Destruye objetos valiosos para usted?</li> </ul>
<b>Violencia Física</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Su pareja la empuja o agarra?</li> <li>- ¿Su pareja la golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?</li> </ul>

<b>Violencia Sexual</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?</li> <li>- ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?</li> <li>- ¿Se niega a utilizar preservativo o le impide o controla el método anticonceptivo que usted desea utilizar?</li> </ul>
<b>Intensidad, frecuencia y ciclo de la violencia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Desde cuándo sufre esta situación?</li> <li>- ¿Con qué frecuencia se producen los episodios violentos?</li> <li>- ¿Hay momentos en los que él es cariñoso y la trata bien?</li> <li>- Después de una agresión, ¿le pide perdón, le hace un regalo, o se comporta como si nada hubiera pasado?</li> <li>- La intensidad, frecuencia, gravedad de la violencia, ¿ha ido aumentando con el tiempo?</li> </ul>
<b>En caso de que tenga hijos/as</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Suelen presenciar la violencia?</li> <li>- La violencia física, psicológica y/o sexual, ¿también se dirige hacia ellos/as?</li> <li>- ¿Cómo cree que esta violencia les está afectando?</li> </ul>

En el caso de mujeres con VIH la violencia psicológica puede ir dirigida a amenazar con difundir su enfermedad, atendiendo al contexto concreto la pregunta podría ser, por ejemplo: “¿Amenaza con contarle a otras personas que tiene usted infección por VIH si le abandona?”

#### 5.1.5 *Ficha de Registro*

Ante la sospecha de violencia de género, el profesional de la psicología cumplimentará una ficha de registro que adjuntará a la historia o expediente de la mujer. La ficha de registro contiene, además de los datos de filiación de la víctima, una descripción de los hechos, según lo manifieste la persona agredida. Si hubiese constancia, deberán reflejarse los antecedentes de interés, en relación con la agresión. En caso de que esta ficha de registro deba ser compartida con un recurso especializado, deberá conservarse copia de la misma y “consentimiento informado” firmado por la mujer.

#### 5.1.6 *Consentimiento informado*

En la asistencia sanitaria el Consentimiento Informado ( CI ) debe entenderse como un proceso de comunicación e información entre el profesional sanitario y la persona atendida; proceso que culmina con la aceptación o negación por parte del paciente competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de conocer los riesgos, beneficios y alternativas, para poder implicarse libremente en la decisión.

El CI se basa en el reconocimiento fundamental, reflejado en la presunción legal de capacidad, de que las personas tienen derecho a aceptar o rechazar intervenciones sanitarias basándose en sus escalas de valores y en su deseo de realizar sus propias metas. El CI es el procedimiento que permite respetar la libertad de las personas para decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida, permitiéndoles así asumir sus propias responsabilidades en la toma de decisiones sanitarias.

Es por tanto uno de los ejes principales, aunque no el único, de una relación sanitaria moderna y éticamente coherente.

El artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica dice que “el consentimiento será verbal por regla general”, pero que “se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.

## 5.2 INTERVENCIÓN

La confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer no pone fin a la actuación del personal sanitario, sino que a partir de ese momento se debe desarrollar una importante labor de información a la mujer, de atención y trabajo en la consulta así como derivación cuando las características del caso lo requieran. La respuesta de las mujeres ante una situación de violencia de género está condicionada por el grado y las características de la violencia, por el daño producido y el impacto en su salud, por los recursos psicosociales de los que dispone y los apoyos que tiene a su alcance, así como si tiene hijas e hijos y otras personas a su cargo. Es más frecuente el intento de abandono de la situación si las mujeres tienen autonomía económica, apoyo familiar y social y relaciones más igualitarias fuera del ámbito doméstico. Las mujeres que continúan en una relación donde hay maltrato, no lo hacen porque consientan o quieran, sino por otros muchos motivos psicológicos, culturales, de apoyo social y/o económicos, que les dificultan la ruptura con esta relación.

En cualquier caso se la informará de los recursos en asistencia social derivándola a la Oficina de Atención a la Víctima del Delito y al/la trabajador/a social de referencia. No debe recomendarse terapia familiar.

### 5.2.1 Trabajo en la Consulta – Seguimiento

Es importante conocer el proceso interno por el que atraviesan las mujeres desde el momento en el que toman conciencia de su situación y se plantean iniciar un proceso de cambio, así como las pautas de actuación por parte del equipo de atención en cada una de estas etapas de cambio. Cabe resaltar que este proceso no es lineal, por lo que se pueden esperar tanto avances como retrocesos. Asimismo, es fundamental comprender que es probable que algunas mujeres cuando llegan a la consulta ya hayan realizado un trabajo interno, incluso tomado decisiones, por lo que debemos prestar detenida atención al momento de cambio en el que se encuentra cada mujer, con el fin de no cometer errores en la intervención.

A continuación se detalla el proceso de cambio con sugerencias para la actuación sanitaria:

FASES EN EL PROCESO DE CAMBIO DE LAS MUJERES	ACTUACIÓN PROFESIONAL
Ausencia de conciencia de la situación de violencia o negación de la misma.	Relacionar su sintomatología con la situación de violencia. Ofrecer criterios para que pueda analizar lo que es maltrato y buen trato.
Empieza la toma de conciencia de la violencia que sufre, pero no siente que la situación pueda cambiar o que ella pueda intervenir haciendo cambios.	Facilitar la expresión de emociones, miedos, expectativas, dificultades. Identificar apoyos y fortalezas. Analizar el ciclo de la violencia con ella.

Empieza a pensar que no puede seguir viviendo así, pero no sabe cómo cambiar. Analiza pros y contras para un cambio que no se plantea realizar aún.	Apoyar cada iniciativa de cambio y establecer con ella el plan más adecuado para conseguirlo. Analizar sus dificultades. Motivarla para buscar otros apoyos profesionales y recursos como el trabajo grupal.
Inicia cambios en su vida y planes para la ruptura, aún en medio de sentimientos contradictorios como la autoconfianza, la culpa, el miedo a enfrentarse a lo desconocido,...	Valorar sus progresos, reforzar sus decisiones, acompañándola con citas frecuentes, coordinación con otros recursos sociosanitarios.
El camino de salida de la violencia no es lineal, como todo proceso de cambio puede tener momentos de abandono y retrocesos hasta lograr consolidar y mantener su autodeterminación.	Ayudarla a entender que los retrocesos y las inseguridades forman parte del proceso. Analizar con ella los motivos y situaciones que la llevaron al retroceso.
Consolidado el proceso de cambio, se plantea nuevos proyectos de vida.	Potenciar su participación en actividades y redes sociales, en la creación de vínculos saludables, en el desarrollo de su autoestima y autoconfianza.

### **El trabajo grupal con mujeres como herramienta para el cambio**

La violencia de género causa deterioro de los vínculos socioafectivos y aislamiento, sentimientos de inseguridad e incapacidad, pérdida de la autoestima, por lo que las mujeres necesitan crear nuevos vínculos y redes de apoyo, integrarse en actividades sociales, aprender nuevas formas de autocuidado, desarrollar capacidades personales, tomar conciencia de que lo que sufren no es un problema individual sino social y elaborar nuevos proyectos de vida.

El trabajo grupal como herramienta metodológica incorporando la perspectiva de género ha mostrado ser una de las formas más eficaces y satisfactorias para recuperar la salud física, mental y social de las mujeres en situaciones de violencia. Los grupos de mujeres coordinados por profesionales especializados en el tema, son un espacio para la escucha, la reflexión, la relación, el apoyo y la compañía en los procesos de cambio en un entorno protegido y seguro, a la vez que permiten y facilitan:

- Poner en palabras y elaborar la experiencia vivida
- Expresar sentimientos, deseos, dificultades e inquietudes.
- Entender la conexión entre el malestar, la pérdida de salud y la violencia de género y las condiciones de vida.
- Encontrar un tiempo propio para el autocuidado, la autoformación y el desarrollo personal.
- Establecer relaciones y redes de apoyo.
- Desarrollar habilidades para prevenir y enfrentar a las diferentes formas de violencia.
- Aprender relaciones de buen trato, incorporando el buen trato hacia una misma.
- Desarrollar la autoconfianza y la autoestima personal y colectiva.
- Reflexionar y cuestionar los mandatos tradicionales de género, descubriendo nuevas formas de entender la vida y las relaciones.
- Elaborar un proyecto de vida propio.



## **Planes de actuación según niveles de riesgo para la mujer**

La actuación del profesional se orientará de forma diferenciada en función de si la mujer reconoce o no el maltrato, del riesgo y la situación de peligro que corre, así como de la fase del proceso de cambio en la que la mujer se encuentre. Así, se presentan las 3 situaciones posibles para las cuales habrá que plantear pautas de actuación diferentes:

1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.
2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

### ***1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos***

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y la valoración de la percepción de peligro observada en la mujer.
- Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra
- Trabajo en la consulta – seguimiento:
  - o Establecer una relación de confianza
  - o Trabajar con la mujer la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en su salud.
  - o Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
  - o Planificar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
  - o Proponer, si existe la posibilidad y se considera adecuado, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).
  - o Si existe sospecha consistente de Violencia de Género y se valora la situación como de riesgo para la mujer, se puede comunicar al ministerio fiscal para su investigación.

### ***2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo***

- Registrar en la historia clínica, incluyendo la valoración de la vulnerabilidad y del riesgo percibido por ella.
- Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra.
- Trabajo en la consulta – seguimiento:
  - o Trabajar con la mujer la toma de conciencia del impacto en la salud de la relación de maltrato que está viviendo.
  - o Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
  - o Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.
  - o Establecer un plan de consultas de seguimiento para:
    - Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación
    - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación
    - Prevenir nuevas situaciones de violencia
    - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro u otros recursos de la zona).

- Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer) a los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer a través de la OAVD.
- En aquellos casos en que la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos ó psíquicos (no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente "Informe de daños observados"), se recomienda comunicar a la Fiscalía dicha situación, tal como establece el precepto legal. La Fiscalía decidirá en base a los indicios que se puedan aportar ó ampliar, cual es la situación procesal adecuada.
- Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera, y activación de Protocolo de riesgo de menores con remisión a Servicio sociales.

### **3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo**

- Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas en función de la situación de riesgo físico o psíquico, suicidio, etc. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta.
- Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola.
- Activación del teléfono 112 (Emergencias), que posteriormente derivará a los servicios específicos de la comunidad autónoma.

#### *5.2.2 Recomendaciones para la actuación sanitaria*

Ante cualquier actuación sanitaria en casos de Violencia de Género, es importante recordar siempre:

- Registrar en la historia clínica la sospecha y las actuaciones realizadas. Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
- Informar a la mujer del plan de actuación sanitaria y de las posibles consecuencias de las medidas que se van a tomar.
- Informarle acerca de sus derechos y de los recursos con los que puede contar.
- No verificar el testimonio de la mujer hablando con su agresor.
- Siempre que se emita un informe al respecto, previamente hay que valorar la seguridad de la mujer y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo.
- Leer siempre a la mujer el informe emitido.
- Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia o personas allegadas.
- Si hay hijos o hijas a su cargo, ponerse en contacto con pediatría para valorar el alcance del maltrato.
- Es necesario tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad.
- No recomendar nunca terapia de pareja o mediación familiar.
- Mantener estrecha coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios.
- Es necesario que las personas profesionales de salud realicen sus propios procesos y la formación sea también vivencial, tomando conciencia de sus propias actitudes, estereotipos, procesos personales, modos de relación, conflictos y del impacto de los mandatos patriarcales en sus vidas.
- Promover en las mujeres su participación en grupos terapéuticos y/o de desarrollo personal, tanto en los centros de salud como en los servicios especializados.

### *5.2.3 Detección y Valoración en Hijas e Hijos*

La intervención de profesionales de la psicología del centro de salud puede ser de gran ayuda para la valoración psicosocial y, en caso necesario, se puede solicitar la colaboración de otros profesionales, como equipos de salud mental infanto-juvenil, equipos de atención psicológica a menores de los servicios sociales, y equipos de atención psicopedagógica del sistema educativo. Indicadores de sospecha en los hijos e hijas de mujeres en relaciones de Violencia de Género:

- Daños o lesiones corporales.
- Retraso del crecimiento, retraso o dificultades en cualquier área del desarrollo: psicomotricidad, lenguaje, bajo rendimiento escolar.
- Enfermedades psicosomáticas de repetición.
- Trastornos del sueño y la alimentación.
- Trastornos del control de esfínteres.
- Accidentes frecuentes.
- Trastornos del comportamiento.
- Dificultades en las relaciones (relaciones violentas con sus iguales, conductas de inhibición y aislamiento)
- Depresión, ansiedad.
- Intentos de suicidio, autolesiones.

Con el fin de identificar la exposición de un niño o niña a una situación de violencia de género, es imprescindible garantizarle un espacio donde él o ella sientan que pueden comunicarse y ser escuchados/as, hay que crear un entorno tan cálido y acogedor como sea posible, y utilizar un lenguaje y preguntas que sean apropiadas para su edad y etapa de desarrollo. El objetivo de estas entrevistas exploratorias con el niño o la niña es conseguir que pueda compartir sus emociones, sus necesidades y sus miedos y que pueda expresar la violencia que ha sufrido o está sufriendo. Asimismo, hay que valorar la tipología, severidad y frecuencia de la exposición a la Violencia de Género, así como el impacto en su salud, el riesgo, el grado de protección por parte del entorno más inmediato, la fuerza y calidad del vínculo con la madre y el grado de resiliencia de la propia niña o niño.

### *5.2.4 Información y derivación*

Una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales, se realizarán las actuaciones de información y derivación oportunas en función del caso, de acuerdo con los protocolos sanitarios e interinstitucionales existentes en la Comunidad Autónoma (Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito, Centro Asesor de la Mujer,...). Desde el servicio de urgencias se deberá informar a atención primaria de la situación detectada, a fin de que pueda hacer el seguimiento que proceda mediante la remisión de una copia del informe clínico.

### *5.2.5 Actuación legal*

Ante una situación de maltrato a la mujer, nos enfrentamos a un problema de salud pública con repercusiones jurídicas, tanto para ella y sus hijas e hijos, como para el personal sanitario, planteando en ocasiones, un dilema ético a las y los profesionales en la toma de decisiones. Hay mujeres que acuden a los servicios sanitarios y a pesar de presentar lesiones importantes, no reconocen verbalmente en la consulta su situación de maltrato por temor a que se comunique al juzgado y se puedan tomar medidas que puedan afectar a su seguridad y la de su familia.

## **Obligaciones del personal sanitario**

En la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres «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» tiene la consideración de delito en los términos previstos en el Código Penal.

En la Ley Orgánica estatal se articula un conjunto de medidas para proporcionar una respuesta global a la violencia ejercida sobre las mujeres por parte de su pareja o ex pareja, abarcando aspectos de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, social, asistencial y de atención, así como normas procesales, penales y civiles.

En nuestro ámbito de salud, otras formas y manifestaciones de la violencia contra las mujeres pueden llegar a la consulta sanitaria, como la mutilación genital femenina, las agresiones y abusos sexuales, el acoso sexual en el ámbito laboral que, si bien son consideradas delito en nuestro ordenamiento jurídico, se encuentran reguladas en el Código Penal y en La Ley de Enjuiciamiento Criminal. En el caso de otras situaciones de violencia hacia la mujer no cometidas por su pareja o ex pareja, se emitirá también el informe psicológico, pero no bajo el epígrafe de violencia de género, y se remitirá a la OAVD en sus funciones de ventanilla única, y en caso de menores en riesgo se activará el Protocolo ad hoc, que se remitirá a Servicios Sociales.

## **Derechos que la legislación reconoce a las mujeres en situaciones de violencia de género**

En su Título II, la Ley Orgánica 1/2004 reconoce los siguientes derechos a todas las mujeres víctimas de violencia de género infringida por sus cónyuges o ex cónyuges de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social y, en su caso, a sus hijas e hijos y personas dependientes a su cargo:

- Derecho a una atención especializada y adecuada a sus necesidades, a servicios sociales de atención, emergencia, apoyo, acogida y recuperación integral. La atención multidisciplinar implicará: información sobre sus derechos y los recursos, atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de los derechos.
- Derecho a protección y seguridad, a solicitar una orden de protección, a la defensa jurídica, inmediata y especializada y, en su caso, gratuita.
- Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social, derechos sociales y económicos, apoyo a la formación e inserción laboral.
- Derecho, como colectivo prioritario, al acceso a la vivienda protegida y residencias públicas para mayores.

Desde el sistema sanitario debemos asegurarnos que las mujeres van a disponer de la información relativa a sus derechos, en formato accesible y comprensible, con traducción al lenguaje de signos, en su caso, o en las diferentes lenguas para mujeres procedentes de otros países.

En cuanto a la atención de las hijas e hijos de las mujeres en situaciones de violencia de género, es necesario tener en cuenta en las actuaciones sanitarias la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (Ley Orgánica 1/1996, de 15 enero, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil). Asimismo, es importante conocer que la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, modifica los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, y contempla la concesión automática, ya no potestativa, de la autorización provisional de residencia y trabajo a las

mujeres extranjeras en situación administrativa irregular que denuncien por maltrato, y hayan obtenido una orden de protección o se haya emitido informe del Ministerio Fiscal en el que se aprecie la existencia de indicios de violencia de género, y hace extensivo este derecho a sus hijos e hijas hasta que se emita la resolución judicial relativa a la denuncia que se haya interpuesto. Esta Ley Orgánica también amplía los derechos de protección de las mujeres víctimas de trata a sus hijos e hijas y otras personas que mantengan vínculos familiares o de cualquier otra índole con ellas.

### **Principios éticos que deben guiar la actuación profesional**

En la atención a las mujeres en situaciones de violencia de género, al igual que en cualquier intervención sanitaria, las y los profesionales deben tener siempre presentes los principios éticos de actuación y los derechos que las mujeres tienen como pacientes, reconocidos en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y en nuestro código deontológico profesional. Las características específicas de la situación de maltrato y la vulnerabilidad de las mujeres que viven en estas relaciones, así como de sus hijas e hijos, requieren poner especial atención en estos aspectos:

#### *1. Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia)*

La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario con las mujeres que viven en situaciones de violencia de género es la restitución de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia. El maltrato pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y, en su caso, la de sus hijas e hijos y otras personas de su entorno, por lo que el personal sanitario tiene que tener en cuenta que entre sus tareas se encuentran la coordinación con otros sectores para su protección. La comunicación del maltrato a las autoridades judiciales mediante el “Informe de daños observados” e informe psicológico, permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además evita que el delito quede impune. Por el contrario, si no se emite un “Informe de daños observados” en los casos necesarios, tal como se indica en los procesos de actuación que contempla este Protocolo, no estaremos atendiendo al principio de beneficencia.

#### *2. Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia)*

Siempre que se tome la decisión de emitir un informe psicológico, es necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo.

En caso de que ella manifieste su deseo de que no se emita el informe, si no se indagan las razones de su negativa, ni se exploran cuáles son sus miedos, sus necesidades, etc., se estaría desatendiendo el principio de no maleficencia. Cuando se sospeche que de la emisión del informe puede derivar un grave riesgo para la vida de la mujer, sus hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo, se debe plantear de forma prioritaria con la mujer un plan que le permita superar esa situación y tener las debidas garantías de seguridad para su integridad. Asimismo, es imprescindible cuidar el lenguaje y evitar preguntas que la culpabilicen, contribuyendo a su victimización secundaria. Cuando la gravedad de las lesiones lo requiera, se puede solicitar al Juzgado de Guardia por escrito o telefónicamente, la presencia en el centro sanitario de profesionales de las Unidades de Valoración Forense Integral para que las exploraciones y pruebas se realicen en un solo acto, muy especialmente en situaciones de agresiones sexuales, intentando no someter a la mujer a una doble victimización. En la intervención sanitaria con hijas e hijos de mujeres en situaciones de violencia de género, los profesionales sanitarios del sistema sanitario público pueden ser requeridos como testigos o

como peritos en relación a la detección, consecuencias para la salud o circunstancias sanitarias del caso. Al respecto conviene conocer que no procedería peritar como expertos en salud sobre la existencia del llamado Síndrome de Alienación Parental (SAP), puesto que no es aceptado por la comunidad científica como entidad clínica.

### *3. Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional*

- El registro confidencial de la información. Es muy importante que el personal sanitario sea consciente de la finalidad de la información que registra y valore cuidadosamente el contenido y la forma como quedará recogida en la historia clínica, así como quién tendrá acceso profesional a la misma (por ejemplo: garantizar que no aparezca el maltrato como antecedente en caso de emitirse un parte de interconsulta en papel).
- Preservar la privacidad de los datos personales que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. También el personal administrativo debe ser especialmente consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos identificativos. Conviene tener en cuenta que, en general, en medicina de familia y enfermería, el personal sanitario es el mismo para todos los miembros de la unidad familiar, incluyendo a los hijos e hijas mayores de 14 años.
- Garantizar un ambiente de intimidad durante las entrevistas, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno, y en la realización de pruebas u otras intervenciones.
- No compartir información sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales.
- En caso de emitir un informe, no adjuntar nunca la historia clínica y recoger en él la información estrictamente necesaria y relacionada con la historia de maltrato, siendo conscientes de que, si se inicia un procedimiento judicial, la parte denunciada tendrá acceso a toda la información remitida.

Es importante tener presente en la actuación sanitaria la legislación que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley de Protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

En todos los códigos deontológicos se recoge el secreto profesional como un derecho de las y los pacientes/clientes y un deber profesional, por lo que este compromiso es extensible a todo el equipo sanitario que participa o interviene en la atención.

### *4. Respetar la autonomía de la mujer*

En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y potenciar la autonomía de la mujer. Para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados, también y además, como medida para garantizar su seguridad.

Por otra parte, no podemos perder de vista la condición de sujetos de derecho de las mujeres reconocida en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como en la legislación sanitaria y especialmente en la Ley de Autonomía del Paciente. También es importante recordar que es preciso solicitar su consentimiento para la realización de fotografías y para ser reconocida por el equipo forense.

## ***Dilemas éticos***

Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales sanitarios derivan de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario. Esto ocurre especialmente cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar, por lo que se ven ante la disyuntiva de cumplir con lo que sienten como su deber y la ley obliga y el respeto a la autonomía de las mujeres y a sus decisiones, así como su derecho a la confidencialidad. Emitir un informe sin el consentimiento de la mujer sitúa a los y las profesionales ante un conflicto ético, ya que consideran estar violando el secreto profesional y la posible pérdida de confianza de la paciente. La ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto profesional, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial. Existe deber general de denuncia previsto en el párrafo 1 del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal ejercitable conforme al artículo 544 ter de dicha Ley (ante el juez de guardia o el Ministerio Fiscal): «Sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de esta Ley las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de los hechos mencionados en el apartado anterior (delitos contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2, del Código Penal) deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez de Guardia, o del Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la Orden de Protección.»

No se está amparado por el secreto profesional al estar específicamente excluida tal posibilidad por desarrollo legal específico como así apuntan los art. 2 y 8 de la LO 1/82 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación Personal y Familiar y a la Propia Imagen en relación con lo previsto en la Ley de Protección de Datos, al ser precepto expresamente regulado en disposición legal específica (L.E.CR.). Teniendo en cuenta que cada caso es singular y que se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación en que se encuentra cada mujer, se recomienda seguir las actuaciones que se han expuesto en los capítulos correspondientes. El personal sanitario, en ocasiones, puede tener dudas sobre la veracidad del relato, temiendo poner en marcha el mecanismo judicial cuando sólo hay sospechas. En este caso pueden comunicarlo al Ministerio Fiscal. Es importante saber que los o las profesionales que emitan un “Informe de daños observados” o un parte de lesiones (en el caso de los médicos) pueden ser llamados a declarar únicamente en calidad de testigos o peritos. Algunos/as profesionales pueden tener temor a las represalias del supuesto agresor tanto por ser acusados/as de calumnias en vía judicial, como por la posibilidad de sufrir represalias físicas o de otro tipo (ciberacoso, amenazas a través de medios electrónicos). Esto se observa más en profesionales de atención primaria, ya que en muchos casos es el mismo profesional el que atiende a la mujer y al agresor, lo que posibilita su identificación. En caso necesario, existe la posibilidad de activar mecanismos de protección de testigos, como por ejemplo prestar declaración detrás de un biombo sin ser visto por el presunto agresor (Ley Orgánica 19/1994 de Protección a Testigos y Peritos en causas criminales). Para ello es necesario que, una vez apreciada la existencia de un peligro grave para la persona, libertad o bienes de quien pretenda ampararse en las disposiciones de esta Ley, el/la Juez/a instructor/a acuerde motivadamente, de oficio o a instancia de parte, cuando lo estime necesario en atención al grado de riesgo o peligro, las medidas necesarias para preservar la identidad de los testigos y peritos, su domicilio, profesión y lugar de trabajo.

## *“Informe de daños observados”*

### **1. Función y finalidad del Informe de daños observados**

Exposición de los hechos que motivan la asistencia reflejando fecha, hora, y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie. El “Informe de daños observados” es un documento sanitario mediante el que se registra lo que el saber profesional ha permitido conocer. Su finalidad es recoger la mayor cantidad de datos referentes a la violencia sufrida por la mujer (y/o sus hijos), para poder aportarlo en caso de que decida emprender acciones legales.

El informe ha de acompañarse de una descripción minuciosa del estado en el que se encuentre la víctima. El profesional de la psicología deberá hacer mención expresa de todo ello a la víctima, entregándole asimismo copia del informe.

### **2. Recomendaciones para la cumplimentación del “Informe de daños observados”**

El “Informe de daños observados” deberá ser cumplimentado por el psicólogo/a responsable de la asistencia, siguiendo las recomendaciones que se señalan más adelante. Es importante tomarse el tiempo necesario para su cumplimentación. En caso de que el modelo de “Informe de daños observados” todavía no esté informatizado, se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras (pueden interpretarse como manipulación). En ocasiones, la ilegibilidad de los informes puede impedir conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, y en consecuencia, de la gravedad de la agresión.

Es recomendable conocer bien el “Informe de daños observados” y, como ante cualquier otra intervención sanitaria, adiestrarse en su cumplimentación antes de que se presente algún caso y no rellenar de forma irreflexiva y casi automática la información que se solicita. Es necesario cuidar el lenguaje que utilizamos en el “Informe de daños observados”. No deben usarse los términos víctima ni agresor, sino paciente y presunto agresor. Es muy importante detallar el parentesco del presunto agresor con la mujer, porque el proceso judicial que se desencadene no será el mismo. Identificar los casos de violencia de género dentro del ámbito competencial de la Ley Orgánica 1/2004, facilita que el Decanato de los juzgados tenga conocimiento de que ha de tramitar la causa a un juzgado con competencias en violencia de género. De otro modo, se podría remitir a un Juzgado sin competencias en esta materia, que tendría que inhibirse, retrasando la tramitación en perjuicio de la mujer. Es relevante reflejar los antecedentes psicológicos que pudieran estar relacionados con el maltrato con el fin de dar la visión cronológica de la historia de violencia y la posible existencia de maltrato habitual, relacionando los datos recogidos con la Historia Clínica.

El “Informe de daños observados” debe adjuntarse a la historia clínica. Debe tenerse en cuenta que toda la documentación que llegue al juzgado, incluida la información clínica, será incorporada al expediente judicial y conocida también por la parte demandada, por la Fiscalía y el personal funcionario. Se debe considerar por tanto la conveniencia de reservar información clínica particularmente sensible para el momento en que el juzgado solicite más información de antecedentes de la Historia Clínica que considere relevantes para la instrucción del caso. En caso de que sea el juzgado quien reclame la Historia Clínica, hay obligación de remitirla, sin embargo desde el punto de vista ético, el o la profesional pueden hacer notar al juzgado que hay información que trasciende lo necesario y solicitarle que le explicita qué parte o aspectos de la Historia Clínica le interesa conocer. Si se remite más información de la necesaria, el o la profesional puede tener responsabilidad judicial en caso de ser demandado por vulnerar la ley de protección de datos.



El modelo de “Informe de daños observados”, estará disponible en todos los centros sanitarios. Una vez confeccionado, se entregará un ejemplar:

- A la persona interesada siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada por el presunto agresor o puede que al llegar a casa el agresor descubra la copia). En tal caso, se le puede indicar que si teme llevar la copia consigo, se puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza.
- A los Servicios Sociales de Base que le correspondan a la usuaria/paciente por correo. En los casos en que exista urgencia en la notificación se realizará vía fax o en formato electrónico.
- Se archivará en la historia clínica de la mujer en el centro sanitario donde se la atendió, por lo que es muy importante la confidencialidad de los datos (especial cuidado en los partes interconsulta). La responsabilidad de la custodia de la historia en cualquiera de sus formatos le corresponde a la institución sanitaria responsable (Hospital, Centro de Salud, Gerencia de Atención Primaria, Clínica, Centro Educativo, etc...). Es importante recordar que legalmente, y en caso necesario, cualquier profesional puede redactar la comunicación o “Informe de daños observados” en un folio, firmarlo, poner su número de colegiado y es suficiente. Sin embargo, cualquier modelo de documento normalizado siempre es un instrumento que facilita, simplifica y promueve la equidad.

### **3. Itinerario que sigue el “Informe de daños observados”**

Una vez cumplimentado el “Informe de daños observados”, debe salir por la vía más rápida posible a los Servicios Sociales de Base que le correspondan a la usuaria/paciente y a la OAVD. Por ello, es importante sistematizar las vías de remisión del “Informe de daños observados”, dejando claro qué profesional debe encargarse en la práctica de enviarlo (psicólogo/a, personal administrativo, etc.) y a través de qué medio debe ser remitido (fax, correo electrónico, correo postal). El envío del “Informe de daños observados” a los Servicios Sociales de Base y a la OAVD debería suponer su registro de entrada.

ES IMPORTANTE RESALTAR QUE el “Informe de daños observados”, y/o en su caso, el informe psicológico que se adjunte al mismo, debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva. Además, la mujer debe estar de acuerdo con su envío, por lo que firmará el “Consentimiento Informado”.

SIEMPRE SE DEBE INFORMAR A LA MUJER DE:

- Los pasos que sigue el “Informe de daños observados” y las consecuencias que se derivan del mismo.
- Que en el caso en que se hubiera solicitado una orden de protección, el juzgado de guardia puede convocarla a una audiencia urgente, que se celebrará en un período máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud, tras la cual, el órgano judicial resolverá si concede la orden de protección.
- Que el presunto agresor también será llamado a declarar y, en caso de peligro, puede ser detenido para ser trasladado ante el/la juez/a.
- Si la mujer no declara o no confirma los hechos relatados en el “Informe de daños observados”, 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.

# BIBLIOGRAFÍA

- Barberá, E. y Martínez-Benlloch, I. (2004). *Psicología y género*. Madrid. Pearson Educación S.A.
- Buesa, S.; Calvete, E. (2011). Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *Anales de Psicología*; 27(3):774-782
- Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzcoa (2016). *Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista*. Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzcoa
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2012). *Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCMP)*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). *La atención primaria frente a la violencia de género necesidades y propuestas*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
- Delegación Especial del Gobierno contra la violencia sobre la mujer. *Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género. Marco conceptual y ejes de intervención*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Diputación Foral de Guipuzcoa (2018). *Protocolo Institucional de Respuesta Pública ante la Violencia contra las Mujeres de Gipuzkoa*. Diputación Foral de Guipuzcoa
- Dirección General de Infancia y Familias (2015). *Protocolo de la comunidad autónoma de Andalucía para la derivación al programa de evaluación, diagnóstico y tratamiento a menores víctimas de violencia sexual*. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Dirección General de Infancia y Familias
- Dirección General de Infancia y Familias (2014) *Guía de indicadores para la detección de casos de violencia sexual y pautas de actuación dirigidas a los Centros de Protección de Menores*. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Dirección General de Infancia y Familias
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Corral, P. (2009). *Predicción de riesgo de la violencia grave de pareja: un nuevo instrumento de evaluación*. En E. Echeburúa, J. Fernández-Montalvo y P. Corral (Eds.): *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja*. Valencia: Centro Reina Sofía.
- Echeburúa, E., Amor, P.J., Loinaz, I., y Corral, P. (2010). *Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja —Revisada— (EPV-R)*. *Psicothema*, 22(4),1054-1060.
- Emakunde – Instituto Vasco De La Mujer. *Protocolo para la correcta y coordinada atención a mujeres que sufren violencia en El Goierri*. Instituto Vasco De La Mujer
- Nogueiras, B. (2005). *Factores de vulnerabilidad en la violencia contra las mujeres*. Instituto de la Mujer.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Informes, Estudios e Investigación*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- Morillas, Patró y Aguilar (2011). *Victimología: un estudio sobre la víctima y los procesos de victimación*. Madrid. Dykinson.
- Romero Sabater, I. (2015). *Guía de Intervención en casos de Violencia de Género. Una mirada para ver*. Ed. Síntesis

# ANEXOS

## **MODELO DE INFORME/FICHA DE REGISTRO**

**ASUNTO:** POSIBLE SUPUESTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

### **DATOS DEL PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA**

Nombre:

Centro sanitario:

Número de colegiado/a:

### **DATOS PERSONALES DE LA MUJER**

Nombre:

Domicilio:

Teléfono de contacto:

Franja horaria preferente para recibir llamadas de teléfono:

**RELACIÓN DE DATOS EN QUE SE FUNDA LA POSIBLE EXISTENCIA DE UN SUPUESTO CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO:**

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_\_

## MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO SANITARIO :

Dirección:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La Sra.: \_\_\_\_\_ con DNI/NIE/Pas. \_\_\_\_\_

### MANIFIESTA:

- Estar siendo atendida por el profesional de la psicología \_\_\_\_\_ colegiado/a en La Rioja, con nº \_\_\_\_\_.
- Haber sido informada de que, en el curso del tratamiento, el psicólogo o psicóloga realizará informes relativos al historial clínico de la mujer que serán remitidos a \_\_\_\_\_, para el adecuado funcionamiento del servicio prestado, y en respeto de la LOPD.

La terapia y cuantas actuaciones deban producirse respetarán la más estricta confidencialidad.

Las actuaciones que tengan lugar en torno al tratamiento de D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, se desarrollarán con el objetivo perseguido por el citado tratamiento, que no es otro que el terapéutico, de modo que este/esta profesional no proporcionará informes o divulgará información a terceros ajenos a las Instituciones antedichas en ningún momento, todo ello de conformidad a las normas deontológicas por las que se rige esta profesión.

Se le informa así mismo, de que sus datos están protegidos según fichero registrado con el nº \_\_\_\_\_. Y que dicho fichero deberá estar sometido a las garantías de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Decreto 38/2012 de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.

- Tomando esto en consideración, Yo, Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He comprendido la información recibida al respecto. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.
- Yo, Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo que se envíe información sobre mi caso a \_\_\_\_\_. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Firma Dña.

Firma Profesional

## MODELO DE INFORME DE DAÑOS OBSERVADOS E INFORME PSICOLÓGICO

Aunque el Informe de Daños Observados e Informe Psicológico pueden tener diferentes formatos y soportes, es necesario que recojan al menos esta información:

### DATOS DEL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:

- Centro Sanitario:
- Datos de la/el profesional que lo emite:
  - Nombre, apellidos y número de colegiado/a:

### DATOS DE FILIACIÓN DE LA MUJER

- Nombre y Apellidos:
- DNI/NIE/PASAPORTE:
- Fecha de nacimiento: Edad:
- País origen(país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- Estado Civil:
- Dirección, Municipio (código postal):
- Teléfono de contacto, a ser posible móvil personal:
- Franja horaria preferente para recibir llamadas de teléfono:

### OTROS DATOS RELATIVOS A LA MUJER

- Si tiene alguna discapacidad, tipo y grado:
- Si tiene hijas e hijos, cuántos y edades:
  
- Si tiene personas dependientes a su cargo:

### DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR

- Relación de parentesco/vínculo con la mujer (pareja – ex pareja – padre – hijo – hermano – desconocido):
- Nombre y apellidos:
- Dirección y/o teléfono:

### LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS EN LA AGRESIÓN Y TIPO:

- Tipo de violencia ejercida:
- Uso de objetos en la agresión:
  
- Estado psíquico y emocional: (Describir los síntomas emocionales y la actitud de la mujer). El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático. El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un gran indicador de lo sucedido, por ejemplo: una mujer maltratada puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva... Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la mujer. Es importante realizar una valoración de riesgo autolítico y de la evolución de su estado mental a causa de la VG recibida.
  
- Lesiones físicas observables que presenta: Es importante que las lesiones se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data ó posible fecha de producción (a valorar por un médico). Con esta finalidad

se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, como prueba de habitualidad o reiteración. Se recomienda hacer fotografías (preferiblemente en color) de las zonas con lesión, previo consentimiento de la mujer.

#### **OTROS DATOS CLÍNICOS**

- Antecedentes personales de interés de la mujer
  
- Pruebas complementarias realizadas
  
- Medidas terapéuticas (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, etc. que haya podido recibir o autoadministrarse):
  
- Pronóstico clínico:

#### **DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:**

En este apartado se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la mujer.

Además, se recogerán:

- Dirección, lugar de la agresión, fecha y hora del incidente:
  
- Fecha / hora de la atención:
  
- Origen que refiere la mujer acerca de las lesiones:
  - Físico:
  - Psíquico:
  - Sexual:
  
- Sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la mujer:

#### **ANTECEDENTES**

- Acude sola o acompañada de (nombre y parentesco/relación):

- Agresión puntual, primera vez ó reiteración de malos tratos:
- Valoración de la violencia: tipo del maltrato, duración, intensidad, evolución... Si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuándo y describir las características de estas agresiones, el tipo, la frecuencia (a diario, semanal, mensual...), si la intensidad de la violencia es cada vez mayor, si se ha realizado previamente alguna denuncia, etc. y la evolución de las mismas.
- Otras personas que han sufrido malos tratos en el mismo incidente ó en otras ocasiones (Si la mujer tiene hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo y además son víctimas de malos tratos, esto ha de ser notificado a pediatría y trabajo social del centro. (Si se estima conveniente, al Servicio de Protección de Menores correspondiente)
- Testigos: Personas conocidas (vecindario, amistades), menores u otras personas dependientes a su cargo:

#### **PLAN DE ACTUACIÓN**

Valoración del riesgo, que incluye la realización de un Plan de Seguridad con la mujer (derivándola donde corresponda). Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer. Diagnóstico y tratamiento que se plantea llevar a cabo.

En su caso, incluir la derivación a otras especialidades y recursos, el alta o ingreso hospitalario si ha sido necesario, y el seguimiento requerido.

#### **OTROS DATOS**



Relacionados con aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados anteriores y precisen ser comunicadas al juzgado, como por ejemplo:

- Si se ha puesto o no en conocimiento del Juzgado telefónicamente y si se ha hecho, especificar cuándo.
- Actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia.

#### **OBSERVACIONES**

En este apartado se recogerán aquellos datos que no han sido descritos anteriormente y que se consideren oportunos. Si bien los delitos relativos al maltrato son delitos públicos que serán perseguidos de oficio, se debe hacer constar en este apartado si la mujer ha manifestado que no quiere presentar denuncia y la causa (miedo al agresor, a perder la custodia de los hijos, a las reacciones familiares, dependencia económica, etc.), con el objeto de ofrecer al órgano judicial información sobre las circunstancias en las que se encuentra la mujer, que podrían ser de utilidad para el abordaje del caso concreto. Si se tiene constancia de lesiones anteriores que pudieran apuntar al convencimiento o la sospecha fundada de que la mujer sufre malos tratos habituales, es importante reflejarlo en el "Informe de daños observados", porque éste es otro delito distinto del de lesiones. Se reflejará también la existencia de otras amenazas del agresor (verbales, anuncio de que utilizará en el futuro algún otro instrumento de agresión, etc.).

**Es conveniente disponer de VARIOS EJEMPLARES: para la persona interesada / Juzgado / Centro Sanitario (y/o historia clínica) y/o registro central sanitario.**

## MODELO DE INFORME DE DERIVACIÓN

### DATOS GENERALES

PROFESIONAL QUE DERIVA EL CASO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE COLEGIADO/A: \_\_\_\_\_ FECHA DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

SERVICIO AL QUE SE DERIVA: \_\_\_\_\_

FECHA DE DERIVACIÓN: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA USUARIA:

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

F. Nacimiento: \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ TLFNO \_\_\_\_\_

NIVEL FORMATIVO \_\_\_\_\_ SITUACION LABORAL \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN DEL EPISODIO

Incidente crítico relacionado con la situación de crisis psicológica. Incluir tipo de maltrato (físico, psicológico, sexual, otros). Hacer referencia sólo a aquellos episodios que se relacionen de forma clara con la situación de crisis.

Sintomatología asociada al incidente crítico y cómo afecta al desarrollo de su vida cotidiana  
Información sobre el agresor. Recoger datos sobre la relación de pareja, convivencia, tipo de vínculo (dependencia, miedo, pánico, etc). Valorar la peligrosidad, el quebrantamiento de la orden de protección, en su caso, y otros datos que puedan resultar de interés.

Nº de hijos y como se están viendo afectados por esta situación de crisis.

Apoyos (familiares, amistad, laborales, económicos, vivienda, Prestaciones Sociales.....) Indicar otros tratamientos (Salud Mental, Médico-Farmacológico, Servicios Sociales, etc.)

**VALORACIÓN PROFESIONAL** (motivos por los que se estima conveniente la intervención psicológica en crisis)

### OBSERVACIONES

## RECURSOS ASISTENCIALES PARA LAS VÍCTIMAS

### SOS Rioja

- 112

### OFICINA DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO

- **OAVD Logroño**
  - Marqués de Murrieta, 45-47. Palacio de Justicia
  - Teléfono: 941 296365
  - Fax: 941 287 117
- **OAVD Calahorra**
  - Avenida Numancia, 26
  - Tfno. 941 14 53 48/6 Sede de Juzgados
  - Fax: 941 145 347
- **OAVD Haro**
  - Edificio Cid Paternina, Sede de Juzgados
  - Tfno. 941 30 56 25/6
  - Fax: 941 305 628

### CENTRO ASESOR DE LA MUJER

- Gran Vía del Rey Juan Carlos 7 5º
- Telf. 941 294 550

### LA GOTTA DE LECHE - Proyecto de promoción de los buenos tratos "Quiéreme Bien"

- Calle Once de Junio 2
- 941 201 615

### OTROS RECURSOS - Servicios telefónicos, gratuitos, que funcionan 24 horas

- 016 (Atención telefónica en 52 idiomas, no rastreable)
- 900 101 555 (Servicio de atención a mujeres víctimas de malos tratos y otras urgencias sociales)
- 900 222 292 (ATENPRO: servicio telefónico de atención y protección para víctimas de violencia de género)
- 900 711 010 (Teléfono de Información de la Mujer)
- 900 202 010 (Teléfono de Ayuda a Niños y Adolescentes)
- 900 105 090 (Servicio de atención a víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual)