

GUÍA PARA
EL ABORDAJE SANITARIO
DE LA VIOLENCIA DE
GÉNERO
EN MUJERES
CON PROBLEMAS
DE SALUD MENTAL
2ª Edición
2024

Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES
E IGUALDAD



Pacto de Estado
contra la violencia de género

GUÍA para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental [Recurso electrónico] / [Coordinación Guadalupe Pastor Moreno, Isabel Ruiz Pérez]. -- 2ª ed.-- [Sevilla]: Consejería de Salud y Consumo, 2024.

Texto electrónico (pdf), 85 p.

1. Mujeres maltratadas. 2. Violencia de género. 3. Salud mental. 4. Guía de práctica clínica. 5. Andalucía. I. Pastor Moreno, Guadalupe. II. Ruiz Pérez, Isabel. III. Andalucía. Consejería de Salud y Consumo.

WA 309



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Título: Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental.

Edita: Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. 2024

Diseño y maquetación: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Consejería de Salud y Consumo:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Autoría

COORDINACIÓN

GUADALUPE PASTOR MORENO. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, CIBER EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA.

ISABEL RUIZ PÉREZ. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, CIBER EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA.

EQUIPO DE TRABAJO

- JOSEFA GUTIÉRREZ ORTEGA. Médica. Subdirección de Adicciones e Inclusión.
- M^ª DEL MAR MUÑOZ COCA. Enfermera. Programa de Salud Mental del SAS.
- FRANCISCO JOSÉ FONTA VELASCO. Enfermero. Programa de Salud Mental del SAS.
- ALMUDENA BLANCO GONZÁLEZ. Psicóloga Clínica. Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital de Valme.
- SUSANA ORTEGA RODRÍGUEZ. Lda. Derecho. Dirección de Programas de FAISEM.
- FCO. JAVIER MORA GONZÁLEZ. Psicólogo. Dirección de Programa Residencial de FAISEM.
- ANA MINGORANCE MARTÍN. Lda. Derecho. Asesora en Federación de Salud Mental de Andalucía.
- ANTONIO AGRAZ FERNÁNDEZ. Psicólogo. Centro Provincial del IAM en Córdoba.
- JUANA ANDREA SANTAMARÍA SANZ. Psicóloga. Servicio de atención integral y acogida a mujeres víctimas de violencia de género del IAM en Granada.
- M^ª CARMEN DÍAZ MOLINA. Psicóloga. Centro de Información a la Mujer de La Rinconada.
- CARMEN GARCÍA LEIVA. Trabajadora Social. Servicio de atención integral a víctimas de violencia de género del IAM.
- M^ª DEL CARMEN LOBATO MORENO. Trabajadora Social. Centro Provincial del IAM en Sevilla.

Revisión

TERESA CAMPOS GARCÍA.

Jefa de Servicio de Coordinación. Dirección General de Salud Pública Instituto Andaluz de la Mujer.

M^{re} JESÚS CAMPOS AGUILERA.

Subdirectora de Planificación. Viceconsejería de Salud y Consumo de Andalucía.

IGNACIO SÁNCHEZ-BARRANCO VALLEJO.

Jefe de Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

SANTIAGO HOYA COTO.

Jefe de Servicio de Atención Integral a víctimas de Violencia de Género del Instituto Andaluz de la Mujer.

AGRADECIMIENTOS

La revisión final del documento ha sido enriquecida con las aportaciones de profesionales de Trabajo Social:

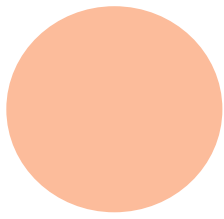
María José Melero Sánchez, Isabel Martínez, Ana Rosa Listán Cortés y Agustina Hervás de la Torre.

Índice

Autoría 5
Revisión 6
Índice 7
Índice de cuadros y figuras 8
Presentación 9
Objetivos y metodología 11
Personas destinatarias 13
Introducción 14
<i>¿Qué debo saber sobre la salud mental de las mujeres? 14</i>
<i>La Salud Mental con enfoque de género 14</i>
<i>Interseccionalidad 15</i>
<i>Estigma 15</i>
<i>Diferencias de género en problemas de salud mental 16</i>
<i>Patología dual 18</i>
<i>¿Qué debo saber sobre violencia de género? 20</i>
<i>¿Qué relación existe entre la violencia de género y la salud mental? 27</i>
<i>¿Qué papel tienen los servicios sanitarios ante la violencia de género? 33</i>
¿Qué hacer ante un caso de violencia de género? 37
<i>Indicadores de sospecha de violencia de género en mujeres con problemas de salud mental 40</i>
<i>Recomendaciones para el abordaje de la entrevista cuando se sospecha de violencia de género en mujeres con problemas de salud mental 42</i>
<i>Recomendaciones de actuación con mujeres con Trastorno Mental Grave 44</i>
<i>Recomendaciones de actuación en situaciones de crisis o urgencia de salud mental. 46</i>
<i>La atención a menores de edad víctimas de violencia de género 47</i>
Recomendaciones para la puesta en práctica de la Guía 51
Buenas prácticas 52
<i>Coordinación entre el Área de Igualdad del Ayuntamiento de La Rinconada y la Unidad de Salud Mental Comunitaria de La Rinconada-Hospital Virgen Macarena. 52</i>
<i>Protocolo Andaluz para la Atención a Mujeres con Problemas de Adicciones Víctimas de Violencia de Género 54</i>
<i>Protocolo de atención específica a mujeres con problemas relacionados con la salud mental víctimas de violencia de género. Instituto Andaluz de la Mujer 55</i>
Referencias bibliográficas 57
Glosario de términos 61
Anexos 64
<i>ANEXO 1. Referentes normativos y estratégicos en violencia de género 65</i>
<i>ANEXO 2. Recursos para la atención a la violencia de género 67</i>
<i>ANEXO 3. Recursos de entidades sociales 80</i>

Índice de cuadros y figuras

CUADRO 1: FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE SUFRIR VIOLENCIA DE GÉNERO	30
CUADRO 2: FACTORES QUE PROTEGEN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	30
CUADRO 3. OBSTÁCULOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS.	35
CUADRO 4. INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA, HOJA DE EXPLORACIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICOS DE SALUD MENTAL, HISTORIA DIGITAL DE SALUD.....	41
CUADRO 5. RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA EXPLORACIÓN SOBRE EL RIESGO DE PADECER VIOLENCIA DE GÉNERO, HOJA DE EXPLORACIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICOS DE SALUD MENTAL	43
FIGURA 1. PREVALENCIAS DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN MUJERES Y HOMBRES, ESPAÑA, 2020.....	17
FIGURA 2. PERSONAS USUARIAS DE LOS PROGRAMAS DE FAISEM.....	18
FIGURA 3. CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	23
FIGURA 4. FRECUENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA DE GÉNERO.....	26
FIGURA 5. FRECUENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	31
FIGURA 6. RESUMEN DE ACTUACIONES SANITARIAS ANTE VIOLENCIA DE GÉNERO	38
FIGURA 7. COMUNICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	39



Presentación

El derecho a una vida sin violencia se ha afianzado como un derecho fundamental, y la erradicación de todas las formas de violencia es una meta indispensable de todas las sociedades. Para ello, actualmente contamos con un marco normativo estratégico a nivel internacional, nacional y autonómico que ha impulsado las medidas necesarias para el abordaje de este problema desde el ámbito sanitario.

La Ley 3/2007 para la promoción de la igualdad de género en Andalucía marca los fundamentos jurídicos y legales para avanzar hacia la efectiva igualdad entre hombres y mujeres. El objetivo principal de esta norma es el de garantizar el derecho de igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres, estableciendo en sus principios la adopción de las medidas específicas necesarias destinadas a eliminar las desigualdades por razón de sexo que pudieran existir en los diferentes ámbitos, incluidas las políticas de salud.

En 2008 la Consejería de Salud publicó la primera edición del Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género, con el objetivo de proporcionar a sus profesionales pautas de actuación homogéneas ante los casos de violencia contra las mujeres. Desde entonces, el compromiso de esta Consejería en la mejora de la atención que los servicios sanitarios prestan a las mujeres ha sido constante, y se ha ido adaptando a la normativa y a las nuevas necesidades detectadas.

En este sentido, hay mujeres que son especialmente vulnerables a la violencia, como es el caso de las mujeres con problemas de salud mental. Esta forma de violencia combina la vulnerabilidad relacionada con el género y la relacionada con la salud mental. Se trata por tanto de un problema que requiere una atención interseccional y una respuesta coordinada de los servicios de salud mental y otros servicios públicos. Es fundamental abordar esta problemática desde una perspectiva que reconozca y respete la dignidad y los derechos de estas mujeres, brindándoles el apoyo necesario para romper el ciclo de violencia y mejorar su salud mental y bienestar.

Así, en tanto que las mujeres con problemas de salud mental, en un momento u otro de su vida, pasan por los servicios sanitarios, es de suma importancia dotar a sus profesionales de herramientas que les permitan actuar y brindar a las víctimas de violencia de género la atención, recursos y servicios en colaboración con otras instituciones.

Queremos agradecer la colaboración y la plena disposición de todas las personas que, junto a la Dirección General de salud Pública y Ordenación Farmacéutica, han dedicado parte de su tiempo y conocimiento a hacer posible esta Guía de actuación. Igualmente, confiamos en que este instrumento de trabajo guíe y oriente las actuaciones del gran número de profesionales que intervienen, facilitando la coordinación y aportando homogeneidad y eficacia a las mismas.

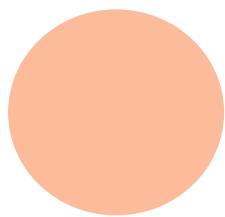
Este documento pretende ser una vía de sensibilización y hacer visible el triple estigma del que son objeto las mujeres con problemas de salud mental que, pueden tener una discapacidad y, además, sufren o han sufrido violencia de género. Asimismo, pretende ofrecer pautas de actuación que permitan a las y los profesionales de ámbito sanitario ofrecer un apoyo adecuado a las mujeres.

Se da respuesta de esta manera a las actuaciones previstas en la Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025 y en el Plan Estratégico para la igualdad de mujeres y hombres en Andalucía 2022-2028. Igualmente, se integran las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2025 del Sistema Nacional de Salud acerca de la inclusión del género en todas las políticas o actuaciones que se desarrollen.

Catalina García Carrasco

Rocío Hernández Soto

Consejera de Salud y Consumo



Objetivos y metodología

El **objetivo** de la Guía es ofrecer orientación a los y las profesionales de ámbito socio-sanitario de Andalucía que atienden a mujeres con problemas de salud mental para brindar una atención integral adecuada física, psicológica y emocional a las mujeres que son, han sido o pudieran ser víctimas de violencia de género y que acuden a estos servicios.

Y de manera específica:

1. Concienciar sobre la necesidad de aplicar la perspectiva de género a los problemas de salud mental.
2. Sensibilizar a los y las profesionales de ámbito socio-sanitario de la dimensión y gravedad de la violencia de género y su intersección con los problemas de salud mental.
3. Aumentar la detección precoz de la violencia de género y mejorar la atención a mujeres con problemas de salud mental.
4. Dar a conocer y facilitar el acceso a los recursos sanitarios y no sanitarios a los que tienen derecho las víctimas de violencia de género (mujeres, hijas e hijos).

Esta Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental es fruto de la **revisión de la evidencia científica, así como de la experiencia y conocimiento de un grupo de profesionales de diferentes ámbitos de nuestra Comunidad Autónoma.**

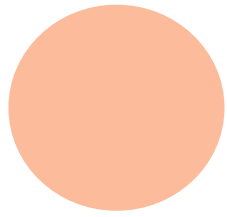
Para su elaboración se ha seguido una **estrategia metodológica mixta**, comenzando por una **revisión bibliográfica** con el objetivo de identificar las evidencias e información más relevantes sobre el problema de la violencia de género y su vinculación con la salud mental, así como para definir los elementos esenciales a contemplar en la guía de actuación.

Se han realizado búsquedas sistematizadas en bases de datos científicas y búsquedas manuales en diferentes fuentes de información, a partir de las cuales se ha estructurado el contenido de la Guía.

Pero, además, para abordar esta problemática, la mirada quienes trabajan diariamente con personas con problemas de salud mental, así como con mujeres víctimas de violencia de género,

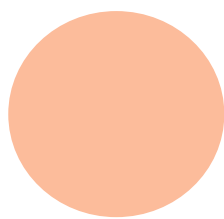
resulta de especial relevancia para comprender la situación actual en cuanto a la detección, prevención e identificación de violencia.

Por tanto, esta Guía que se presenta, surge de un **proceso de trabajo colaborativo** en el que ha participado un grupo multidisciplinar de profesionales de ámbito socio-sanitario, de asistencia integral a víctimas de violencia de género y del tejido asociativo andaluz (ver apartado “Grupo de trabajo”). A través de reuniones grupales y de entrevistas individuales, se ha logrado realizar un acercamiento al abordaje actual de los casos de violencia de género en mujeres que además tienen un problema de salud mental, logrando identificar las barreras existentes y proponiendo recomendaciones de mejora.



Personas destinatarias

Las recomendaciones de esta Guía sirven de orientación a las y los profesionales de los servicios de Salud Mental, así como al resto de profesionales de ámbito socio-sanitario de Andalucía.



Introducción

¿Qué debo saber sobre la salud mental de las mujeres?

Según la OMS, el género determina de manera fundamental la salud mental y también las enfermedades mentales. Los factores sociales y culturales tienen un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de los problemas de salud mental, cuya influencia se manifiesta de diferente manera en hombres y mujeres en función de las matizaciones en los mandatos de género asignados.

Existen claras diferencias tanto en la morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta de las personas con problemas de salud mental, dependiendo de si son hombres o mujeres. Un hecho de significativa desigualdad que se debe al mandato de género femenino vinculado al trabajo doméstico y el papel de las familias que las sobreprotegen y las impulsan en mayor medida a quedarse en casa.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que existen diversos problemas de salud mental que se distribuyen de manera diferente en hombres y en mujeres. Esta distribución no es fruto del azar, sino que obedece a los determinantes sociales de la salud. Si bien es cierto que biológicamente las mujeres y los hombres tenemos características distintas (diferencias ligadas al sexo) también es cierto que las condiciones sociales y la forma en la que vivimos mujeres y hombres (diferencias ligadas al género) son distintas (1).

La Salud Mental con enfoque de género

Todo lo anterior es un ejemplo de cómo las normas, roles y relaciones de género, así como la desigualdad e inequidad de género, afectan la salud de las personas en todo el mundo. Y confirma la importancia de abordar los problemas de salud mental con enfoque de género.

El sexo y el género interactúan de maneras complejas para afectar los resultados de salud. El sexo puede afectar el riesgo, la progresión y los resultados de la enfermedad a través de vías genéticas, celulares y fisiológicas, incluidas las hormonales. Estas vías pueden producir diferencias en la susceptibilidad a la enfermedad, su progresión, el tratamiento y los resultados de salud.

Las normas de género, la socialización, los roles, las diferencias en las relaciones de poder y en el acceso y control de los recursos, también contribuyen a las diferencias en las vulnerabilidades y susceptibilidades a las enfermedades, cómo se experimenta la enfermedad, comportamientos de salud (incluida la búsqueda de atención médica), acceso y aceptación de los servicios de salud, las respuestas al tratamiento y los resultados de salud (2).

El análisis de género identifica, evalúa e informa acciones para abordar la desigualdad y la inequidad (3). Se utiliza para identificar sistemáticamente diferencias entre grupos de mujeres y hombres, ya sea relacionadas con el sexo o el género, en términos de factores de riesgo, exposiciones y manifestaciones de mala salud, gravedad y frecuencia de las enfermedades, comportamientos de búsqueda de atención médica, acceso a la atención y experiencias en entornos de atención a la salud, así como los resultados y el impacto de la mala salud.

Así pues, la incorporación de la perspectiva de género es el proceso de evaluar las implicaciones para las mujeres y los hombres de cualquier acción planificada dentro de un sistema de salud, incluida la legislación, las políticas, los programas o la prestación de servicios, en todas las áreas técnicas y en todos los niveles. La incorporación de la perspectiva de género no es un fin en sí mismo sino una estrategia, un enfoque y un medio para lograr el objetivo de la igualdad de género.

Para ello, es fundamental recopilar y analizar sistemáticamente datos desglosados por sexo, pero también teniendo en cuenta otros factores adicionales como la edad, el país de procedencia, el origen étnico, la situación socioeconómica y la discapacidad, entre otros.

Interseccionalidad

Interseccionalidad es un concepto que amplía la comprensión de cómo las dinámicas de poder de género interactúan con otras jerarquías de poder de privilegio o desventaja, lo que resulta en desigualdad y resultados de salud diferenciales para diferentes personas (4).

Este enfoque nos permite entender que las situaciones de vulnerabilidad que confluyen en las mujeres no pueden interpretarse exclusivamente como la suma de discriminaciones, sino que sexo, género, raza, etnia, edad, clase social, nivel socioeconómico, religión, idioma, ubicación geográfica, estado de discapacidad, estado migratorio, identidad de género y orientación sexual, entre otros factores, se relacionan de manera compleja, dando lugar a vivencias muy específicas.

En las mujeres con problemas de salud mental concurren distintos factores de desigualdad y discriminación (como mínimo los de género, discapacidad y enfermedad mental), lo que las sitúa como colectivo especialmente vulnerable, en particular riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social. En su caso se produce este fenómeno de “interseccionalidad” entre diferentes categorías de discriminación, construidas social y culturalmente, que interactúan, no de forma independiente, sino como niveles simultáneos que contribuyen a una sistemática desigualdad social.

Estigma

Las personas con problemas de salud mental presentan características particulares y se enfrentan a dificultades diferenciales con respecto a otras personas con discapacidad (5). En general, se encuentran con el miedo y los prejuicios del resto de la sociedad. Estos prejuicios están a menudo basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. Por encima de los síntomas de su problema de salud, muchas veces el estigma y la discriminación son las principales barreras en las actitudes de la población general.

Pero, además, la realidad muestra que en el imaginario social no se define igual a una *persona* con problemas de salud mental que a una *mujer* con problemas de salud mental (6). El principal

estereotipo asociado con los problemas de salud mental tiene que ver con la violencia y/o la agresividad, pero a las mujeres con problemas de salud mental también se las tilda de “vagas”, “incapaces”, “malas madres”, “desaliñadas”, “histéricas”, “sensibles” e “inferiores”.

Las consecuencias desde el punto de vista subjetivo, tienen que ver con lo que se denomina el **autoestigma**, es decir, la interiorización de los estereotipos y prejuicios generalizados. Esto tiene importantísimas consecuencias tanto para las relaciones sociales (acaban autodiscriminándose, dudando de sus capacidades, culpabilizándose y aislándose socialmente), como para el tratamiento (la desmoralización, disminución de la autoestima y el aislamiento dificultan la petición de ayuda y el mantenimiento del tratamiento) (7).

El estigma y la discriminación desalientan a las personas a reconocer su problema de salud y a iniciar su proceso de recuperación e inclusión social (8).

Cuando una mujer con problemas de salud mental interioriza la estigmatización, queda marcada su identidad y les genera sentimientos negativos de sí misma, su autonomía y su capacidad como mujer. Esto desemboca en una percepción de que son merecedoras de dicha discriminación.

Junto a esta imagen distorsionada de ellas mismas, es frecuente que las mujeres con problemas de salud mental hayan perdido o no hayan adquirido nunca habilidades sociales y personales que les permitan expresar sus opiniones, defenderse, tomar decisiones, reclamar sus derechos y cambiar su situación (6).

Además, el estigma también condiciona el relato de estas mujeres, porque se les da poca credibilidad y las descalifica cuando sufren y argumentan algún tipo de abuso o violencia, como se verá más adelante.

Diferencias de género en problemas de salud mental

Frecuencia de problemas de salud mental

Los datos de la última Encuesta Europea de Salud de España (2020) muestran una mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres que en hombres en los tres indicadores que incluyen (9).

De acuerdo con los resultados de las estimaciones del Informe 2023 sobre la situación de la salud mental en España (10), las mujeres califican en mayor medida el estado actual de su salud mental como malo o muy malo, y también han sido diagnosticadas en mayor medida que los hombres.

FIGURA 1. PREVALENCIAS DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN MUJERES Y HOMBRES, ESPAÑA, 2020

	Hombres	Mujeres
Depresión	3,62%	7,68%
Ansiedad	3,94%	8,74%
Otros problemas de salud mental	1,69%	1,72%

Fuente: Encuesta Europea de Salud de España, 2020

Los problemas relacionados con la salud mental que tienen **más prevalencia en Andalucía son los de ansiedad y los del estado de ánimo**, cursando ambos más en las mujeres que en los hombres (1.475,53 frente a 660.50 por 10.000 habitantes y 851,87 frente a 350,78 por 10.000 habitantes respectivamente). En 2022 se registraron 830 muertes por suicidio (78% hombres y 22% mujeres). y las tasas de tentativas de suicidio en 2023 fueron de 78 por cada 100.000 habitantes entre las mujeres y de 42 por cada 100.000 habitantes para los hombres (11).

Consumo de medicamentos

Las mujeres son especialmente vulnerables a la medicalización de la vida (proceso por el que diversas esferas de la vida humana se han patologizado al incorporarse como objetos del discurso y la práctica biomédica). Esta medicalización adquiere características propias en el ámbito de la salud mental, ya que se ha visto especialmente impulsada por el desarrollo de la industria farmacéutica (12).

Los estudios al respecto indican que, a igualdad de síntomas de ansiedad y depresión, **la probabilidad de las mujeres de ser diagnosticadas y de que consuman psicofármacos es mayor**, si bien hay resultados contradictorios al respecto. De forma complementaria, algunos estudios destacan el infradiagnóstico y el insuficiente tratamiento farmacológico que se podría estar dando entre los hombres con estas patologías mentales.

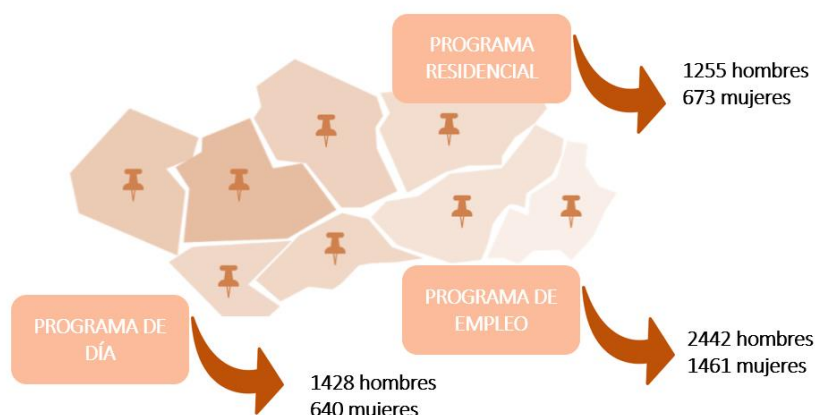
En España el consumo de psicofármacos prescritos es 1,75 veces superior en las mujeres, y las desigualdades de género se mantienen tras ajustar el efecto por el estado de salud mental y por el diagnóstico de depresión o ansiedad (10,12). En Andalucía, esa tendencia se mantiene, y el **mayor porcentaje de prescripciones en ansiolíticos y antidepresivos** lo presentan las mujeres (64,2% frente a 35,8% y 73% frente a 27% respectivamente) (13).

Uso de recursos

El porcentaje de mujeres atendidas en las **Unidades de Salud Mental Comunitaria** de Andalucía es ligeramente superior al de los hombres (52% mujeres y 48% hombres) (12). Sin embargo, si nos centramos en los recursos especializados, comprobamos que las mujeres representan un

porcentaje muy inferior al de los hombres que ocupan una plaza en estos recursos. Por ejemplo, **en Andalucía el 65%** de las personas atendidas en alguno de los programas de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer problemas de salud mental graves de **FAISEM son hombres**, lo cual puede explicarse por el rol femenino vinculado al trabajo doméstico y el papel de las familias que las sobreprotegen y las impulsan en mayor medida a quedarse en casa.

FIGURA 2. PERSONAS USUARIAS DE LOS PROGRAMAS DE FAISEM.



Fuente: Faisem, 2023

18

Patología dual

Patología dual es el término que se utiliza en el ámbito de la salud mental para referirse a aquellas personas que padecen un problema de adicción y otros problemas de salud mental. Pueden ocurrir simultáneamente o, aún más importante, secuencialmente a lo largo de la vida.

En los hombres, las adicciones más frecuentemente asociadas a los problemas de salud mental son a la cocaína, la heroína y el cannabis. En las mujeres, son las **adicciones relacionadas con el consumo de alcohol y los tranquilizantes**. Las mujeres con patología dual son más susceptibles ante la violencia de género y sufren mayor estigma y exclusión social. Además, tienen más complicaciones para incorporarse al mercado laboral y para conciliar la vida familiar. Asimismo, es más difícil que accedan a los servicios de atención y se sometan a un abordaje terapéutico (14).

Los datos de la Red Pública de Atención a las Adicciones de Andalucía (RPAA) indican que, pese a haber muchas menos mujeres atendidas que hombres, el porcentaje de las que están afectadas por un problema de patología dual es mayor (14,04%) al porcentaje de hombres (10,37%).

Las mujeres con patología dual presentan una **vulnerabilidad tanto clínica como social** y constituyen un reto terapéutico no sólo a título individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a dicha dualidad entre dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a adicciones y la red de salud mental (15).

Las adicciones en las mujeres son una transgresión de los roles tradicionales de género, por lo que se perciben distintas a la de los hombres y con mayor gravedad, teniendo un gran impacto a nivel personal y familiar.

En general, las condiciones sociales de partida de las mujeres son más desfavorables: mayor carga y responsabilidad, habitualmente sin empleo, sin posibilidad de asistir regularmente a realizar su tratamiento ni de acceder a la formación para el empleo. Las mujeres se encuentran con importantes barreras para acceder al tratamiento derivadas principalmente de los estigmas vinculados a ser una mujer con adicción, y con un problema de salud mental. Esto motiva que cuando llegan a un centro o recurso, su estado sea mucho peor que el de los hombres.

Pero, además, cuando una mujer padece, de forma simultánea, una adicción y violencia de género, la tendencia es que dé mayor importancia a su problemática de consumo, dejando en un segundo plano su historia de maltrato. Esto se produce por un erróneo sentimiento de vergüenza o culpabilidad.

Por ello, es imprescindible la colaboración y coordinación entre las redes públicas implicadas y la formación de los equipos profesionales para intervenir con perspectiva de género. Un importante punto de coincidencia entre salud mental y adicciones se establece en torno a la necesidad de incluir la perspectiva de género en las actuaciones e intervenciones que se realicen. Los y las profesionales de ambas redes identifican sin ningún tipo de dudas cómo el género mediatiza las experiencias de adicciones y salud mental en lo que a diagnósticos, tratamientos y consumo de recursos se refiere. La mayor prescripción de psicofármacos a mujeres y las barreras que éstas tienen para acceder a los servicios de la RPAA, se ponen en varias ocasiones como ejemplos claros de estas diferencias de género.

De igual modo, los y las profesionales de ambas redes consideran problemas importantes las dificultades que las mujeres con menores a su cargo tienen para acceder a recursos residenciales, así como el impacto de la violencia de género en sus vidas y como ésta se relaciona con los problemas de salud mental y/o adicciones que tienen.

Toda la información sobre cómo abordar esta problemática se detalla en el **Protocolo Andaluz para la Atención a Mujeres con Problemas de Adicciones Víctimas de Violencia de Género**, puesto en marcha por el Instituto Andaluz de la Mujer y la Dirección General de Cuidados Socio-sanitarios de la Consejería de Salud y Consumo en el año 2023.

¿Qué debo saber sobre violencia de género?

En el siglo XXI la violencia de género sigue existiendo porque aun hoy en día existe una situación socioeconómica que discrimina a las mujeres y pone en una situación de privilegio a los hombres, en cuanto al acceso y disfrute de los recursos, en su amplio sentido: económicos, derechos, libertades, oportunidades de desarrollo, etc. Y también puede darse, porque existe todo un entramado cultural y simbólico que respalda la posición dominante masculina y subordinada de las mujeres.

Entender las razones que subyacen a la violencia que se ejerce contra las mujeres implica que debemos profundizar en las relaciones entre mujeres y hombres y en los contextos donde tales relaciones se producen.

A pesar de los esfuerzos realizados, continuamos viviendo en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que ha considerado la superioridad de los hombres sobre las mujeres y ha asignado diferentes cualidades, roles y espacios en función del sexo. Estos roles estereotipados asignan poder y control a los hombres y sumisión, dependencia y aceptación de la superioridad masculina a las mujeres. Y en ese contexto, se tolera socialmente que los hombres utilicen la violencia en el interior de la familia para afianzar su autoridad.

La socialización en base a roles y estereotipos de género, los modelos de masculinidad basados en la dominación, la cultura de la violación, la pedagogía del porno, la invisibilización de las aportaciones de las mujeres en los avances sociales, la infravaloración del trabajo reproductivo, la percepción de las mujeres como ciudadanas de segunda (en ocasiones ni siquiera como ciudadanas), su infantilización, el desposeerlas de la capacidad de decisión sobre su propio cuerpo y vida, etc., son parte de la cultura que legitima la violencia de género en todo el mundo.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (16) define la violencia contra la mujer como:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Actualmente el marco internacional en el que nos basamos para legislar y luchar contra la violencia de género es el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, más conocido como Convenio de Estambul (17). En este convenio la violencia contra la mujer se entiende como:

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

En Andalucía, la **Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género** (18) considera víctima de violencia de género a las mujeres, sus hijas

e hijos, las personas menores de edad, las personas mayores, las personas con discapacidad o en situación de dependencia, que estén sujetas a la tutela o guarda y custodia de la mujer víctima de violencia de género y que convivan en el entorno violento, y a las madres cuyos hijos e hijas hayan sido asesinados.

Asimismo, la Ley establece el concepto, tipología y manifestaciones de violencia de género:

1. Se entiende por violencia de género aquella que, como consecuencia de una cultura machista y como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por el hecho de serlo y que se extiende como forma de violencia vicaria sobre las víctimas que se contemplan en la presente Ley.

2. La violencia a que se refiere la presente Ley comprende cualquier acto de violencia basada en el género que implique o pueda implicar para las mujeres perjuicios o sufrimientos de naturaleza física, psicológica, sexual o económica. Comprende, asimismo, las amenazas de realizar dichos actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada.

3. Los actos de violencia de género podrán responder a cualquiera de la siguiente tipología:

- **Violencia física**, que incluye cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza del hombre contra el cuerpo de la mujer, así como los ejercidos en su entorno familiar o personal como forma de agresión a esta con resultado o riesgo de producir lesión física o daño.
- **Violencia psicológica**, que incluye conductas verbales o no verbales, que produzcan en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, control, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, así como las ejercidas en su entorno familiar, laboral o personal como forma de agresión a la mujer.
- **Violencia sexual**, que incluye cualquier acto de naturaleza sexual no consentido por la mujer, abarcando la imposición del mismo mediante fuerza, intimidación o sumisión química, así como el abuso sexual, con independencia de la relación que el agresor guarde con la víctima.
- **Violencia económica**, que incluye la privación intencionada y no justificada legalmente de recursos, incluidos los patrimoniales, para el bienestar físico o psicológico de la víctima, de sus hijos o hijas o de las personas de ella dependientes, o la discriminación en la disposición de los recursos que le correspondan legalmente o el imposibilitar el acceso de la mujer al mercado laboral con el fin de generar dependencia económica.

Y de acuerdo con el redactado de la Ley andaluza, se consideran actos de violencia de género, entre otros, las siguientes manifestaciones de hombres contra las mujeres, que se resumen a continuación: la violencia en la pareja o expareja, el feminicidio (asesinatos de las mujeres motivados por una discriminación por motivos de género), las agresiones y abusos sexuales, el acoso sexual (verbal o físico), el acoso por razón de sexo, la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la trata y explotación de mujeres y niñas, la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado y otras tradiciones culturales que atentan contra los derechos de las mujeres, violencia derivada de conflictos armados, la violencia vicaria, la ciberviolencia y la violencia que se ejerce a través de los medios de comunicación y publicidad.

El concepto de violencia de género que resulta de la Ley Orgánica de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género está limitado a aquella violencia que ejerce 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”. De esta manera, nuestra normativa restringe el concepto de violencia de género a las agresiones que acaecen en las relaciones de pareja o ex pareja.

Por tanto, **en la práctica, las medidas de protección integral** para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y prestar asistencia a las mujeres, **están referidas a esta manifestación de la violencia, la de pareja/ex pareja.**

La violencia de género como problema estructural

Es frecuente explicar la violencia contra las mujeres como un problema estructural, es decir, teniendo en cuenta que la violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de un tipo de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres.

La violencia contra las mujeres es, además, instrumental. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, rasgo básico del patriarcado, requiere de algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social.

Además, hay que tener en cuenta que la violencia de género se manifiesta en todos los ámbitos de interacción de las mujeres (familiar, de pareja, laboral, social, institucional, digital, etc) y en todas las etapas de su vida. Por ello, se ha de entender la violencia como un “continuum” en el tiempo y en el espacio en la vida de las mujeres.

El *continuum de la violencia* hace referencia a una inercia y continuidad de la violencia en la vida de las mujeres, donde sus historias parecen transcurrir en un continuo donde la norma y la constante es la violencia en su contra, siempre y en todo lugar.

En una relación de violencia, y especialmente en la violencia de pareja, la mujer siempre sufre una pérdida progresiva de autoestima, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor, siendo para el maltratador la ratificación de que su estrategia funciona. En ocasiones, ellas mismas llegan a pensar que son “mujeres problemáticas” y que se merecen lo que les pasa.

Como resultado de un proceso sistemático de violencia, la mujer aprende a creer que está indefensa, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga será inútil. De ahí que, por desconocimiento, las víctimas de violencia de género sean en muchos casos incomprendidas.

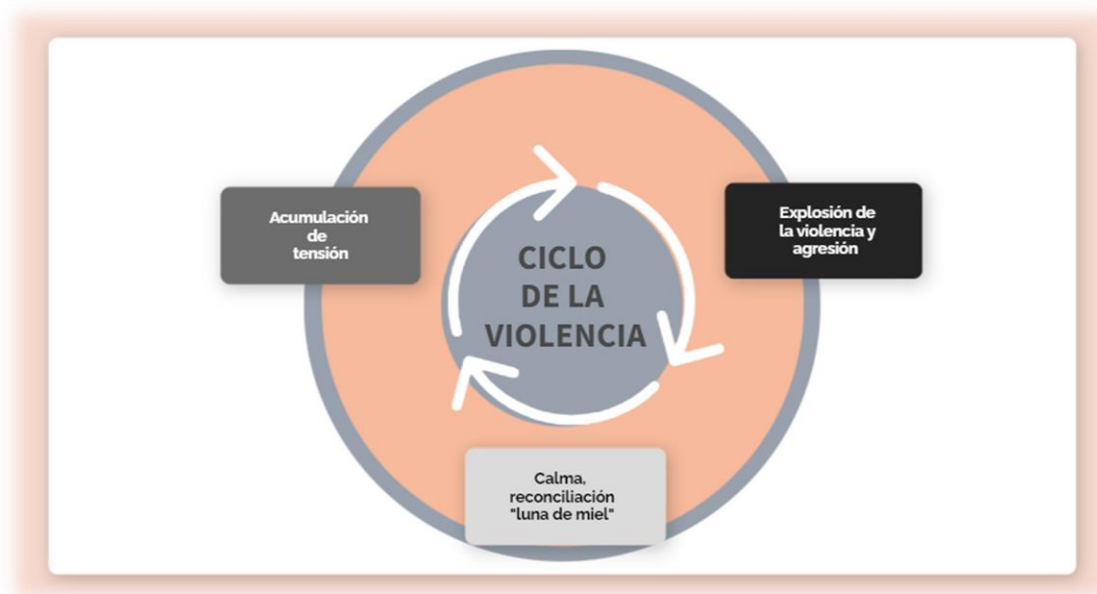
Un caso especial de *indefensión aprendida* es el de las mujeres afectadas por violencia de género. Es tal el desgaste psicológico que provoca su continua exposición a los malos tratos, que terminan siendo incapaces de reaccionar a la situación para ayudarse a sí mismas.

El ciclo de la violencia de género

Lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico al inicio de la relación de pareja, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer. Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor, como por ejemplo el control sobre la ropa, las amistades o las actividades.

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, puede llevar años antes de ser visibilizada por el entorno o identificada y reconocida por la propia mujer. **El ciclo de la violencia** descrito por Leonor Walker, ayuda a comprender la estrategia que utiliza el maltratador para lograr que la mujer se mantenga en esa situación, a través de tres fases:

FIGURA 3. CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO



- **Acumulación de tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree que puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.

- **Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. En esta fase la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- **Calma, reconciliación o luna de miel:** El agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, pero donde solo de forma ocasional aparece la agresión física. Este tipo de violencia resulta ser muy efectiva, ya que consigue el sometimiento sin dejar huella, por lo que resulta estar más invisibilizada socialmente.

Menores de edad y violencia de género

La violencia vicaria es una forma más de violencia machista consistente en utilizar a un/a menor para hacer daño a la mujer, siendo a su vez víctimas e instrumentos en manos del agresor contra la madre.

Algunos signos de violencia vicaria son:

- Habla mal de la madre y de la familia de la madre a los/as menores, dañando su imagen y restándole autoridad.
- Utiliza a los/as menores para hacer daño a su madre y/o para demostrarle que tiene poder sobre sus víctimas (mujer, hijos/as).
- Amenaza con separar a los/as menores de su madre, con “quitárselos/as”.
- Amenaza con matarlos/as, le dice a la madre frases como: “te daré dónde más te duele”.
- Interrumpe los tratamientos médicos de tus hijos e hijas cuando están con él.
- Utiliza los momentos de la recogida y retorno del régimen de visitas para insultar a la madre, para amenazarla, humillarla, restarle autoridad e incluso agredirla
- En los casos más graves, puede llegar a asesinar y/o hacer desaparecer a los/as menores para generar daño de por vida a su madre.

En el periodo comprendido entre los años 2013 y 2023, 50 menores de edad han sido asesinados por la pareja o ex pareja de su madre en España. En el mismo periodo, 432 menores de edad han quedado huérfanos de madre por violencia de género.

Las hijas e hijos de mujeres víctimas de violencia de género, así como otros/as menores, que, bajo su tutela o guardia y custodia, conviven o han convivido con el maltratador también tienen la consideración de víctimas. En nuestro entorno se estima que el 63% de los hijos/as de mujeres que han sufrido violencia de género presenciaron o escucharon los episodios de violencia y el 64% de ellos sufrieron a su vez violencia (19).

La vivencia y exposición al maltrato generan sufrimiento y afectación en estos/as niños/as y provoca secuelas que pueden conllevar que tengan problemas o trastornos de salud mental, o empeorarlos en caso de ya padecerlos.

La afectación y respuesta de estos niños/as a la exposición a la violencia de género se ve influida y mediada por diferentes factores, como pueden ser: el aislamiento social, la gravedad, intensidad, evolución (escalada) y frecuencia de los episodios violentos, la precariedad o el maltrato económico, etc.

Entre estos factores y dada la temática que nos ocupa en esta guía, es importante destacar como factor que aumenta la vulnerabilidad de estos/as menores, el hecho de que algún miembro de la familia padezca problemas o trastornos de salud mental, bien sean ellos/as, su madre y/o el maltratador que ejerce la violencia.

Las consecuencias de la violencia de género para la salud

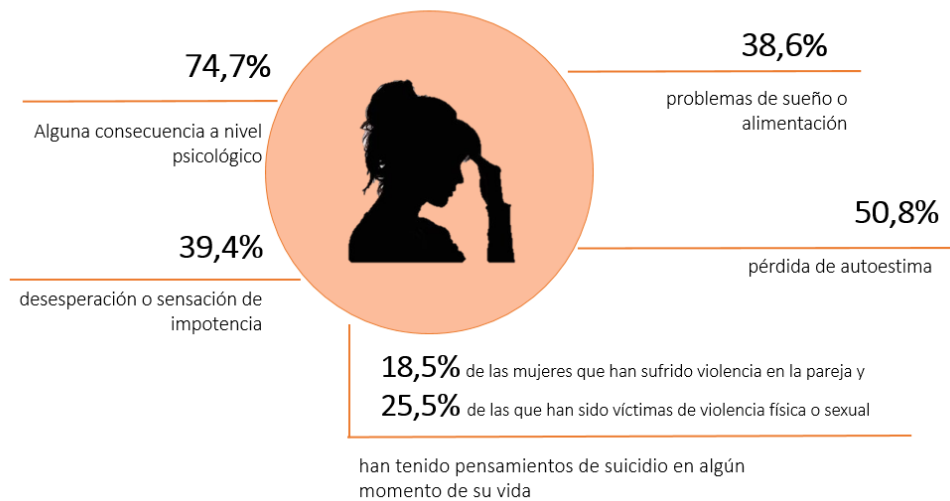
La violencia de género se construye a través de un proceso continuado y repetido. Se estima que **las mujeres andaluzas tardan una media de 7 años y 4 meses en solicitar ayuda y/o denunciar la situación de violencia que sufren** (20). Esta vivencia reiterada tiene repercusiones sobre el bienestar, la calidad de vida, y la salud física y psíquica de las mujeres, a corto y a largo plazo. Y también repercutirá en la salud de las hijas e hijos que son testigos y/o víctimas directas de dicha violencia.

La evidencia científica lleva años mostrando las consecuencias e impactos para la salud física, mental, reproductiva y sexual que tiene la violencia de género. Así, por ejemplo, las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género, especialmente si ha sido durante un largo periodo de tiempo, pueden verse afectadas por un deterioro en las capacidades cognitivas, lo que innegablemente termina afectando en su calidad de su vida. La depresión es uno de los problemas de salud mental más prevalentes entre mujeres que han sufrido violencia de género, con cifras entre el 28% y el 86% (21). Asimismo, se estima que la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo en víctimas de violencia de género oscila entre el 20% (22) y el 40% (23), aunque prácticamente el 100% de ellas presenta o manifiesta algún tipo de sintomatología postraumática.

Los pensamientos, ideación y conducta suicida también son más frecuentes entre las mujeres víctimas de violencia (24). En este sentido, la OMS considera el maltrato como uno de los factores de riesgo importantes a estudiar en el abordaje de la prevención del suicidio. Así lo indica la Confederación de Salud Mental en su Informe de 2018, donde señala que la **violencia de género es un factor precipitante del suicidio** y que podría ser la causa del 25% de los intentos de suicidio de las mujeres en España (25).

FIGURA 4. FRECUENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA DE GÉNERO

Mujeres que sufren violencia de género en España:



Fuente: Macroencuesta de violencia contra las mujeres, 2019

Durante las entrevistas al grupo de trabajo, se han confirmado los resultados que aportan las encuestas y la evidencia científica. En opinión de las personas expertas consultadas, las mujeres que pasan por situaciones de violencia de género muestran síntomas de ansiedad con manifestaciones múltiples, sintomatología reactiva y depresiva, problemas de sueño, gastrointestinales, de piel, fibromialgia, cardiovasculares, enfermedades raras. Además, son muy frecuentes la ideación suicida, las autolisis y los intentos de suicidio.

¿Qué relación existe entre la violencia de género y la salud mental?

La violencia de género puede afectar a cualquier mujer por el mero hecho de ser mujer. Pero, además, es preciso tener en cuenta que hay situaciones que añaden una especial vulnerabilidad.

Como se ha comentado anteriormente, las mujeres con problemas de salud mental llevan añadida la desigualdad y discriminación por el hecho de ser mujeres. Se les resta oportunidades y se les niega respuestas específicas desde los distintos sistemas de apoyo y protección social (educación, empleo, salud, servicios sociales, etc.). Es por ello que las mujeres con problemas de salud mental se enfrentan a múltiples dificultades y barreras específicas, con características diferenciales con respecto a otras mujeres y a otros hombres.

Está tan arraigado en nuestra sociedad el mito de que las personas con problemas de salud mental son violentas, que cuesta trabajo visualizar la violencia que sufren.

La relación entre violencia de género y salud mental es bidireccional, puesto que:

- **Las mujeres con problemas o trastornos de salud mental presentan mayor vulnerabilidad para sufrir cualquier tipo de violencia de género a lo largo de sus vidas.** Así el 75% de estas mujeres han sufrido violencia en el ámbito de pareja o familiar y el 40% han sido víctimas de violencia sexual (26).

Además, como se ha comentado previamente, las mujeres con problemas o trastornos de salud mental sufren, de forma añadida a la situación psicosocial que viven por su salud en sí, la desigualdad y la discriminación inherentes al hecho de ser mujeres. Por ser cuidadoras y/o responsables de otras personas a su cargo, por aparentar ser más autosuficientes para su autocuidado en sí que los hombres, etc. tienen más dificultades y menos oportunidades de acceso a los diferentes sistemas y servicios de apoyo y protección social (educación, salud, empleo, servicios sociales, etc.) y en numerosas ocasiones no obtienen una respuesta específica adecuada a su situación. Es por ello, que estas mujeres se enfrentan a múltiples barreras y dificultades en evidente mayor medida que otras mujeres y que los hombres.

- **Sufrir violencia de género es un factor determinante y causa en sí misma, generadora de daños y secuelas que suponen problemas e incluso trastornos de salud mental en las víctimas.** El 48,2% de mujeres que han sufrido violencia de género por parte de sus actuales parejas, refieren secuelas o consecuencias psicológicas derivadas de la Violencia padecida. Este porcentaje aumenta al 74,7% para aquellas que refieren maltrato por parte de ex parejas (relaciones anteriores o pasadas) (27).

Algunos aspectos clave de esta problemática son los siguientes:

Triple estigma: Las mujeres que padecen problemas de salud mental enfrentan un triple estigma. Por un lado, tienen que lidiar con el estigma asociado al hecho de padecer un problema de salud mental, lo que puede dificultar su búsqueda de recursos, y sus posibilidades de recibir ayuda y apoyo. Por otro lado, enfrentan el estigma de género, la posible discriminación y la merma en sus oportunidades relacionadas con el hecho de ser mujeres en sí. Y, por otra parte, el estigma de la discapacidad.

Estos estigmas (y autoestigmas), suelen conllevar también una serie de consecuencias para aquellas que sufren violencia de género. Por ejemplo:

En cuanto a la mujer víctima:

- Minimización o negación (omisión) de su situación de violencia
- Justificación de la actitud del maltratador.
- Con frecuencia naturalización y justificación de la situación de maltrato.
- Culpa y justificación de la situación de violencia en base a las dificultades que los síntomas asociados a su problema o trastorno mental generen en ella.
- Mayor dependencia y dificultad para acabar con la relación de violencia de género.
- Sentimiento de incompreensión, incredibilidad y de ser enjuiciadas al verbalizan su relato
- Actitudes defensivas ante el temor de acusaciones y denuncias falsas
- Empeoramiento de la sintomatología de un problema de salud mental preexistente a causa del maltrato.
- Mayor riesgo de ideación de muerte y suicidio.
- Etc.

Por parte de los/as profesionales que las asisten:

- Menor credibilidad al escuchar a las víctimas de violencia de género (por ser mujeres con problemas o trastornos de salud mental).
- Dificultades para la detección de situaciones de violencia de género, que pueden conllevar incluso alto riesgo vital para la víctima (por “camuflase” dicha situación bajo la sintomatología de su problema o trastorno mental).
- Desconocimiento de los recursos y los protocolos de coordinación interprofesionales
- Etc.

Ciclo de abuso y salud mental: Las mujeres con problemas de salud mental pueden ser más vulnerables a la violencia de género, ya que su salud mental puede verse afectada negativamente por el abuso continuo. El estrés, la ansiedad, la depresión y otros problemas pueden empeorar debido a la violencia, y el empeoramiento de su salud mental puede afectar y recrudecer la situación de violencia ejercida contra ella (además de dificultar sus opciones de pedir ayuda y de salir de la relación con el agresor). Todo ello genera un ciclo destructivo difícil de romper.

Manipulación y control: Los agresores pueden explotar la vulnerabilidad de las mujeres con problemas de salud mental a través del fomento del aislamiento, de la desvalorización, de la manipulación y de sus maniobras de control. Pueden aprovecharse de su dependencia emocional

o económica, amenazar con internarlas en instituciones psiquiátricas o socavar su autoestima, haciendo que sea aún más difícil para estas mujeres buscar ayuda o dejar la relación.

Barreras para buscar ayuda: Además de las barreras que encuentran las mujeres en su salida del círculo de la violencia, las mujeres con problemas de salud mental pueden enfrentar barreras adicionales para buscar ayuda. Pueden sentir que su palabra es cuestionada debido a su salud mental, o pueden tener dificultades para comunicarse de manera efectiva con profesionales de la salud mental y del ámbito legal.

Falta de apoyo social: El aislamiento social es común en las personas con problemas de salud mental, lo que puede hacer que sea aún más difícil buscar apoyo y ayuda. En muchos casos, las mujeres pueden sentirse atrapadas en situaciones de abuso y dominación debido a la falta de una red de apoyo sólida y/o a su sensación de aislamiento social y soledad (generada en muchos casos por el maltratador).

La sobreprotección e infantilización de las mujeres y niñas con discapacidad en general, y con discapacidad por problemas de salud mental provoca que no reciban ningún tipo de información sobre su salud sexual y reproductiva, ya que se considera que no deben o no necesitan recibir ningún tipo de educación sexual (vulnerándose su derecho, exponiéndolas a riesgos que se podrían minimizar o evitar y sometiéndolas por tanto a otra discriminación). Aquí, debemos hacer especial mención a las mujeres que viven institucionalizadas, ya que prácticamente no disfrutan de ninguna privacidad o intimidad, y su autonomía es casi nula. Al no recibir una educación sexual, no se tiene la información necesaria sobre los conocimientos básicos precisos para poder protegerse de abusos sexuales, de embarazos no deseados, de ITS, etc.

Necesidad de enfoque profesional integral y multidisciplinar: Abordar la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de la salud mental, servicios sociales y organizaciones especializadas en violencia de género. Estos perfiles profesionales deben tener capacidad para comprender las complejidades de esta problemática y brindar un apoyo integral, fomentar los cauces de comunicación necesarios para favorecer la coordinación y el intercambio interprofesionales, para mejorar la calidad de la atención y evitar la victimización secundaria de estas mujeres.

Sensibilización y prevención: La educación y la sensibilización son fundamentales para prevenir la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental. Esto implica la capacitación de profesionales de la salud y la sociedad en general para reconocer las señales de abuso y proporcionar un apoyo adecuado.

CUADRO 1: FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE SUFRIR VIOLENCIA DE GÉNERO

- El estigma de la enfermedad mental, que provoca soledad y aislamiento.
- La menor credibilidad que se concede a su relato cuando verbalizan situaciones de maltrato.
- La habitual ausencia de empleo y recursos económicos.
- La baja participación social.
- El aislamiento social y la soledad.
- La inadecuación de los servicios públicos que atienden situaciones de violencia a sus necesidades.
- La falta de recursos propios para defenderse.
- La carencia de autonomía y la dependencia de otras personas.
- La menor autoestima.
- Las mayores probabilidades de situarse en relaciones desiguales, debido a las mayores dificultades para establecer una pareja, que pueden generar relaciones inadecuadas.
- El sentimiento de baja capacidad para enfrentarse a la vida en solitario.
- La tendencia a justificar las relaciones abusivas hacia ellas debido a sentimientos de poca valía.
- Las mayores dificultades en el acceso a la información y a los servicios.

30

CUADRO 2: FACTORES QUE PROTEGEN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

- Disponer de una red y de apoyo social y familiar.
- La participación social.
- Tener condiciones económicas adecuadas o suficientes.
- Incorporar la perspectiva de género en la intervención por parte de los servicios públicos, trabajando en el empoderamiento de las mujeres.

Tradicionalmente, la violencia se ha relacionado únicamente con el maltrato o las agresiones de carácter físico, psicológico o sexual; pero hemos de ser conscientes de que estamos ante un problema de carácter *estructural, cambiante y adaptativo*. El origen de la violencia de género está en las desigualdades de género, pero los tipos y formas de ejercerla se adaptan al tiempo y el contexto. Además, es importante recalcar que, por norma general, las violencias no se ejercen de forma aislada, sino que confluyen entre sí.

Violencia de género y Trastorno Mental Grave

Las mujeres con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) son más vulnerables a padecer violencia de género. El efecto crónico, debilitante y desorganizador de la enfermedad, la estigmatización social y la sobrerrepresentación entre los grupos de bajos ingresos, son algunos

de los factores inherentes que hacen que estas mujeres sean potencialmente posibles víctimas, particularmente vulnerables a las relaciones íntimas abusivas y violentas. A veces, las mujeres con un trastorno mental grave están siendo víctimas de violencia de género y esta puede pasar desapercibida y están incluso en situación grave de riesgo, pero todo ello puede pasar desapercibido.

Además, en los supuestos donde sí se detectan, las mujeres no están recibiendo una respuesta adecuada ya que los servicios públicos no están adaptados a sus necesidades. Existe un gran desconocimiento de los/as profesionales de los recursos y protocolos especializados para casos de violencia de género. Las mujeres con TMG ven cuestionada sistemáticamente la veracidad de su condición de víctimas con argumentos como la descompensación psicopatológica o su propio comportamiento como causa de estas situaciones.

En otras ocasiones, las y los profesionales que las atienden se amparan en el mito de que se pueden descompensar si se visibiliza una situación de violencia de la mujer. Una idea que carece de fundamento científico. Lo único que esto ocasiona es que no se estén detectando los casos de violencia que están sufriendo las mujeres con TMG en su presente y pasado.

FIGURA 5. FRECUENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Mujeres con Trastorno Mental Grave:



Fuente: Elaboración propiaⁱ

También hay que tener en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres con TMG a la **violencia vicaria**, es decir, aquella que se ejerce sobre los hijos/as (o hacia otros miembros de la familia cercanos) para dañar a la mujer. Es una violencia secundaria a la víctima principal, ya que, si bien se quiere dañar a la mujer, el daño se hace a través de terceros, por interpósita persona. Al dañar a los

ⁱ Sparrow K, Kwan J, Howard L, Fear N, MacManus D. Systematic review of mental health disorders and intimate partner violence victimisation among military populations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(9):1059–80.

Toccalino D, Moore A, Cripps E, Gutierrez SC, Colantonio A, Wickens CM, et al. Exploring the intersection of brain injury and mental health in survivors of intimate partner violence: A scoping review. *Front Public Health.* 2023;11:1100549.

White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2023;15248380231155528.

hijos/as, y en su grado extremo, asesinarlos, el maltratador se asegura que la mujer jamás podrá recuperarse.

Además, las mujeres con TMG suelen recibir un trato deshumanizado, actitudes paternalistas si deciden ser madres, la información en muchas ocasiones es inaccesible para ellas, suelen tener desconocimiento sobre prácticas médicas, se enfrenta a la falta de habilidades por parte del personal sanitario, etc. Recordemos que hasta diciembre de 2020 no tuvimos en España una legislación que prohibiera la esterilización forzada en mujeres con discapacidad (Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente).

Las mujeres con TMG suelen ser juzgadas con demasiada frecuencia como “*malas madres*”, “*incompetentes*”, “*no aptas para cuidar de sus hijos/as*”. Paradójicamente, aun cuando uno de los razonamientos de la sociedad es que no son capaces de cuidar a otras personas, sí se las considera capacitadas para ejercer el rol de ama de casa y entre cuyas tareas más clasistas se encuentra el cuidado de infantes y personas mayores (28).

Violencia de género y suicidio

La violencia contra las mujeres se caracteriza por su continuidad. Diferentes razones socioculturales suficientemente analizadas hacen que las mujeres permanezcan en la relación violenta durante largos períodos de tiempo, e incluso que no salgan de la relación aun estando en peligro su salud mental y/o física. Se recomienda consultar, por ejemplo, el capítulo 1 del Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2024*.

Las agresiones físicas y psicológicas se suceden, siempre desde el control por parte del agresor. Esta dinámica de fases alternativas de afecto y agresividad originan gran confusión y bloqueo en las víctimas, deteriorando su salud, lo que en ocasiones las lleva a un estado de apatía que les impide tomar decisiones. También repercute en la percepción y análisis que las mujeres hacen de sí mismas para encontrar alternativas, viendo las posibilidades muy limitadas (29).

Afortunadamente, **una parte muy importante de las mujeres salen de las situaciones de violencia de género**, recuperan el rumbo de sus vidas y pueden contar su experiencia.

Pero también es necesario reconocer que existe una cifra oculta de mujeres que, inmersas en ese contexto de vulnerabilidad de la violencia de género y ante acontecimientos estresantes (en muchas ocasiones provocados por el maltratador), presas de la **Indefensión aprendida** (o sensación de estar completamente atrapadas en la situación, en el sufrimiento, y sin capacidad para ver ninguna salida), se suicidan.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto una asociación entre suicidio y ser víctima de violencia (30), indicando que entre el 3,5% y el 62,5% de los suicidios de mujeres esconden una historia previa de violencia.

* [Consejería de Salud y Familias. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género \(4ªed\). 2024.](#)

¿Qué papel tienen los servicios sanitarios ante la violencia de género?

Hoy en día está ampliamente reconocido que los entornos socio sanitarios constituyen contextos esenciales de relación directa entre profesionales y posibles víctimas y supervivientes de violencia, donde a partir de determinados indicadores se puede inferir y detectar situaciones o riesgo de violencia de género.

La actuación capacitada de las y los profesionales socio sanitarios puede prevenir la violencia o, al menos, mitigarla con una detección temprana y la consiguiente activación de protocolos de intervención abriendo la puerta de acceso a servicios y recursos especializados. El sector salud, por tanto, se encuentra en posición privilegiada para reconocer e intervenir ante un caso de violencia de género para la atención, la denuncia y la detección temprana de los casos de violencia (31).

Las funciones mínimas que se pueden realizar desde los servicios de salud ante cualquier mujer con sospecha de violencia de género fueron marcadas por la OMS (31).

- Preguntar con regularidad a todas las mujeres sobre la existencia de violencia de género.
- Estar alerta ante posibles signos y síntomas de maltrato y hacer un seguimiento.
- Registrarlo en la historia clínica.
- 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 el problema mediante el registro de casos.

De hecho, las mujeres suelen informar con mayor frecuencia al sistema sanitario que a otros organismos sobre situaciones de maltrato vividas. Un 23,4% acuden a profesionales de salud mental (psicólogo/a clínica o psiquiatra), un 10,4% a medicina de familia, centro de salud u otra atención sanitaria (10,4%), y los porcentajes descienden al 7,4% en el caso de los servicios legales y al 7,2% en los servicios sociales (27).

En el caso de mujeres con problemas de salud mental, y, específicamente TMG, hay pocos datos acerca de la detección de violencia de género en los servicios de salud mental. A nivel internacional (32–34) las cifras son las siguientes:

- Entre el 16% y el 94% de las mujeres hospitalizadas por problemas psiquiátricos han sufrido violencia de pareja en algún momento.
- Entre el 42% y el 60% de las mujeres que acuden a urgencias psiquiátricas han sufrido violencia en el ámbito doméstico (que podría ser violencia de pareja, pero también de otros convivientes, como padres, hermanos, hijos, etc.).

- Entre el 10-30% de los casos de violencia de género son detectados por profesionales de salud mental.
- En el 51,5% de los casos detectados se ha documentado en la historia clínica la violencia que sufrían estas mujeres.

En un contexto más cercano, un estudio realizado en la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid obtuvo que el 74,19% de las mujeres atendidas habían sufrido algún tipo de violencia por parte de familiares con los que habían convivido y el 78,95%, habían sufrido agresiones por parte de su pareja en algún momento de la relación (35). Este mismo grupo de investigación estimó que **las y los profesionales de la salud mental identificaron el 50% de los casos de abuso recientes** (36).

Por tanto, desde los dispositivos asistenciales de salud mental se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que puede ser una oportunidad en la que valorar y detectar la violencia de género.

Y, además, se trata de un problema de Salud Pública que tiene repercusiones jurídicas, tal y como se desprende de la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género, la Ley de Enjuiciamiento Criminal y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

En España el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo, incluida la violencia de género.

A pesar de las elevadas cifras de mujeres que sufren violencia de género que llegan a los dispositivos de salud mental, como hemos visto, la capacidad de los y las profesionales para detectarla es baja. Esta baja detección está relacionada con una serie de barreras y dificultades, las cuales se verán a continuación.

Barreras para el abordaje de la violencia de género en el ámbito sanitario

Existen todavía múltiples dificultades para reconocer una situación de violencia de género, tanto por las mujeres que la sufren, como por parte de los profesionales del sistema sanitario. Estas dificultades o barreras están relacionadas con factores sociales, como son los mitos, tabúes y estereotipos de género, y con factores psicológicos, como el temor a enfrentar la situación de violencia. A todo esto, se suma que identificar una situación de maltrato requiere de una capacitación entre las/los profesionales sanitarios en cuestiones como la comprensión del ciclo de la violencia, las habilidades comunicativas, los aspectos éticos y legales o los servicios disponibles.

CUADRO 3. OBSTÁCULOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Por parte de las mujeres	Por parte del personal sanitario
<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a la reacción de su pareja. • Miedo a un futuro incierto y preocupación por los hijos e hijas. • Baja autoestima. • Dependencia económica del agresor. • Vergüenza y sentimiento de culpa. • Aislamiento y falta de apoyo social. • La no percepción del maltrato. • Temor de lo que le pueda ocurrir al agresor. • Desconfianza hacia los servicios sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formar parte de la propia estructura social patriarcal y sexista (con los prejuicios que ello implica). • Desconocimiento sobre violencia de género (qué es, cómo se genera, en qué medida se produce, qué recursos existen, etc). • No reconocer que la violencia de género es un problema de salud. • Miedo a ofender a la mujer o ponerla en peligro si aborda el problema. • Falta de formación sobre el tratamiento de la violencia de género en la consulta. • Sobrecarga asistencial para dedicar tiempo. • Situaciones de poca privacidad o intimidad durante la consulta. • Dificultades de coordinación de los equipos.

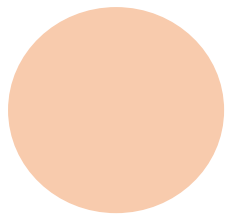
Pero, además de estos obstáculos generales, **en el caso de las mujeres con problemas de salud mental encontramos algunos factores adicionales** (37,38), los cuales han sido confirmados por las personas participantes en la elaboración de la Guía.

- **Estigma**, etiqueta negativa, causante de actitudes y actos discriminatorios de rechazo hacia las mujeres con problemas de salud mental, especialmente en los casos de problemas de salud mental graves.
- Los problemas de salud mental llevan implícito un estigma de **poca credibilidad** que invalida cualquier discurso posterior.
- La **falta de intimidad** y el acudir con acompañantes a la consulta se convierte en inhibidor de la expresión de malestares y situaciones de violencia de género.
- Mayores **dificultades de acceso a la información** y a los recursos.
- **Miedo** a que, si se aborda la situación de violencia de género con la mujer, ésta: “se descompense”; “se ofenda”; “se sugestione”.
- **Actitudes defensivas** de los y las profesionales ante el temor de que las víctimas realicen acusaciones falsas.

- **“Eclipsamiento” del diagnóstico**, de tal modo que los síntomas físicos son atribuidos erróneamente al problema de salud mental, no siendo investigados, y por tanto tratados adecuadamente.
- **Falta de formación en perspectiva de género**: no existe formación obligatoria en los planes de estudio, a la vez que hay escasez en la formación continua, en atención integral con perspectiva de género.

Durante las entrevistas al grupo de trabajo, se han identificado algunas barreras adicionales en el sistema sanitario:

- Falta de tiempo motivada por la elevada presión asistencial en los servicios de salud mental es muy grande.
- Falta de comprensión de la dinámica y el proceso de la violencia de género, y específicamente en las mujeres con problemas de salud mental.
- Desconocimiento de las obligaciones legales y los recursos de abordaje de la violencia de género.
- Estigma hacia los problemas de salud mental por parte del personal sanitario.
- Reticencias a preguntar por violencia de género a las mujeres por temor a generar problemas mayores.
- Falta de credibilidad. Hay profesionales que piensan que la mujer solo quiere un informe para recabar evidencias de la violencia pasada para utilizarla en el juicio contra el agresor. Eso hace que a veces haya reticencias para informar sobre la detección de una “posible” situación de violencia, ya que creen que deberán ir a los juzgados como testigos.
- Cuando las mujeres están tomando una medicación y hay poca adherencia a la misma, se las pone en tela de juicio; a veces creen que es solo una forma de llamar la atención y en otras ocasiones se desconfía de ellas.
- Dificultades en la coordinación y derivaciones entre recursos sanitario y de asistencia integral. En ocasiones la coordinación es a través de circuitos muy complejos y poco ágiles, y todo sigue dependiendo de la voluntad del o la profesional que hay en cada momento.
- Los cambios de personal son constantes y dificultan la coordinación.
- Falta de referentes en los distintos dispositivos asistenciales.
- Falta de alternativas asistenciales frente a la medicalización (psicoterapia, trabajo comunitario...).



¿Qué hacer ante un caso de violencia de género?

Las funciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía en violencia de género son:

- Realizar una búsqueda activa en la historia de la mujer: antecedentes de maltrato, indicadores de sospecha (muchas visitas a urgencias, a ginecología...)
- Registrarlo en la Historia de valoración inicial/seguimiento del maltrato de la Historia Digital de Salud (Diraya).
- Comunicarlo a las autoridades competentes mediante el Parte al Juzgado o la Comunicación a Fiscalía, según el caso.

La encuesta de la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE indica que el 87% de las europeas está a favor de que el personal médico pregunte de forma rutinaria a las mujeres con lesiones sobre el origen de las lesiones, porcentaje que asciende al 93% en el caso de las españolas.

Los pasos a seguir ante un caso de sospecha o de confirmación de violencia de género en los centros sanitarios andaluces **están detallados en el Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género**, cuya cuarta edición se ha revisado y publicado en 2024. A modo de resumen, en dicho protocolo podemos encontrar las pautas de actuación del personal sanitario estructuradas en tres fases: **detección, valoración y actuación**.

En cuanto a la detección directa a través de pruebas o test rápidos, actualmente están disponibles diferentes instrumentos de detección precoz. En 2021 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud publicó un informe sobre el “Instrumento Común Estandarizado para la detección temprana de la violencia de Género”, basándose en la necesidad de reforzar el trabajo en la detección temprana en los servicios sanitarios como escenarios privilegiados para la detección temprana de la violencia de género.

Recientemente se ha implantado un procedimiento de detección temprana de la violencia de género en el sistema sanitario, de manera que se realizará una detección oportunista a mujeres mayores de 14 años que acuden a consulta de Atención Primaria.

Además, aunque los instrumentos de detección temprana son un recurso importante, más importante aún es que el personal sanitario mantenga **una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos**.

Para ello, se han identificado una serie de **signos y síntomas que pueden hacer pensar que una mujer sufre violencia de género**. No se trata de una escala cuantitativa, sino de un listado de sospechas amplio que requieren una valoración por parte del/ la profesional de los antecedentes, características y estado de salud de la mujer, así como de sus hijos e hijas. A veces, será suficiente

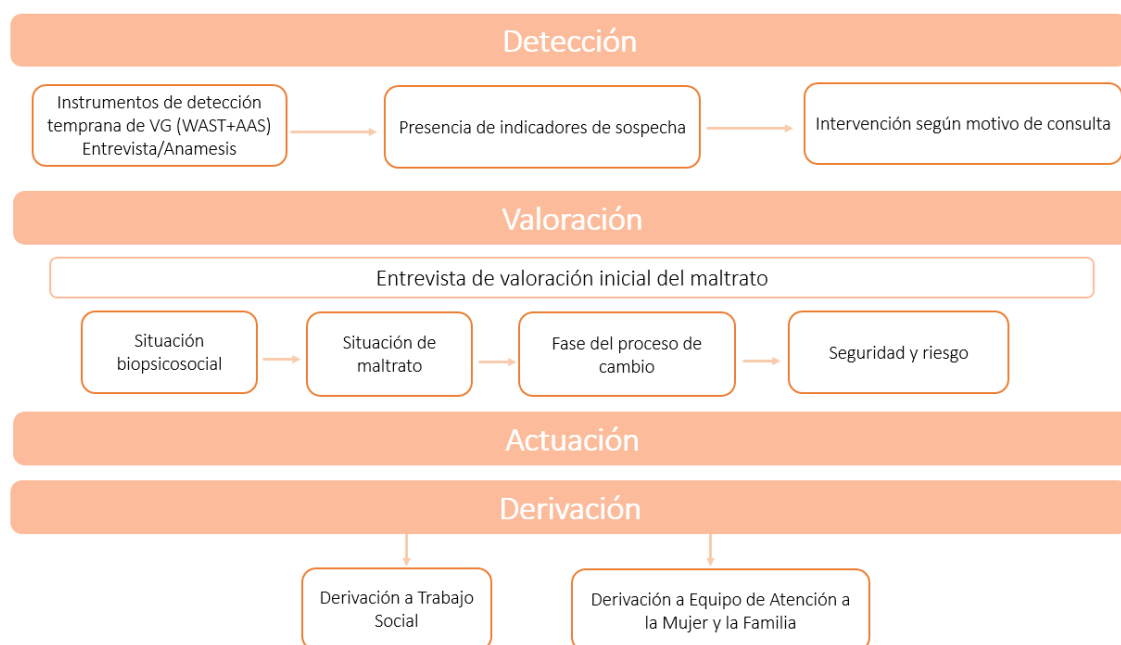
con presentar un solo síntoma o signo y otras veces será un conjunto de los mismos. Será la/el profesional sanitario quien individualmente valore cada caso.

Tras la detección o la sospecha de un caso de maltrato, **la actuación a desarrollar está orientada de forma diferenciada en función del resultado obtenido tras la ENTREVISTA DE VALORACIÓN DEL MALTRATO**, que incluye la valoración de la situación de la mujer, la valoración de la seguridad y la valoración del riesgo.

Según dichas particularidades, se establecen diferentes escenarios de actuación, que pueden ser seguidos por las y los profesionales de cualquier servicio, incluidas las Unidades de Salud Mental. Toda la información está disponible en el capítulo 2 del Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género (4ªed)ⁱⁱ.

En esta Guía se establecen una serie de recomendaciones concretas a seguir cuando se trata con mujeres que tienen algún problema de salud mental.

FIGURA 6. RESUMEN DE ACTUACIONES SANITARIAS ANTE VIOLENCIA DE GÉNERO



Los **Equipos de Atención a la Mujer y la Familia del SAS** son equipos multidisciplinares especializados en la atención integral a mujeres en situación de violencia de género y a las personas que dependen de ella. Incluyen profesionales de Enfermería, Psicología y Trabajo Social.

Estos equipos están enfocados en la detección precoz, atención integral, intervención inmediata y coordinación interinstitucional, dirigidos a favorecer el empoderamiento de las mujeres y el acceso a los recursos psicológicos, económicos, jurídicos y sociales en un plazo no superior a 24 horas, garantizando un acompañamiento continuo de la mujer.

ⁱⁱ [Consejería de Salud y Consumo. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género \(4ªed\). 2024.](#)

Por otra parte, como se ha indicado anteriormente, en España, **el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo** (Ley de Enjuiciamiento Criminal). Por tanto:

- Los casos de sospecha de maltrato hacia una mujer **ejercida por parte de la pareja o ex pareja, se comunicarán mediante la Comunicación a Fiscalía.**
- Los casos de maltrato hacia una mujer **ejercida por parte de la pareja o ex pareja, se comunicarán al Juzgado de Violencia sobre la Mujer** mediante el Parte al Juzgado.
- Otros **casos de violencia no cometidas por la pareja o ex pareja**, se comunicarán también mediante el Parte al Juzgado, pero no bajo el epígrafe de violencia de género, sino bajo el epígrafe que corresponda (**maltrato a mayores, maltrato infantil, agresión**) y se enviará al Juzgado de Guardia.

FIGURA 7. COMUNICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO



En los casos de **sospecha de VG con lesiones** se hará Parte al Juzgado argumentando en el apartado "Observaciones" de este documento, que la posible causa de las lesiones pudiera ser por VG.
 Si las lesiones proceden **de personas diferentes a la pareja**, se hará Parte al Juzgado, pero se rellenarán las casillas correspondientes a "Agresión".

Cualquier profesional de ámbito sanitario debe investigar rutinariamente la posibilidad de maltrato de toda mujer que acuda a consulta, respetando las condiciones de confidencialidad y bajo una actitud de escucha activa. Y, como ya se ha comentado, las pautas del Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género, son de aplicación a todos los casos de violencia de género, y específicamente a los casos de violencia de pareja/expareja.

Es fundamental que las y los profesionales de las Unidades de Salud Mental **revisen la historia clínica de salud de una manera completa e integral**, pero especialmente en aquellos casos en los que aparecen indicadores de sospecha. La gran dificultad añadida es que **muchos de los síntomas** que podrían alertar sobre posibles episodios **de violencia de género, son inherentes a la enfermedad**. Además, lo habitual es que la mujer consulte por las consecuencias psicológicas del maltrato, pero no por el maltrato en sí mismo, el cual quedaría oculto para los y las profesionales.

Indicadores de sospecha de violencia de género en mujeres con problemas de salud mental

En caso de que la situación no sea claramente manifestada, como ya se ha comentado, existen ciertos indicadores de sospecha y factores de riesgo que es preciso conocer. Estos indicadores son una serie de signos y síntomas, a veces inespecíficos, que pueden observarse durante la entrevista con la mujer; pero, además, es importante prestar especial atención a los informes emitidos por otros y otras profesionales.

El Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género (capítulo 2.2) establece un amplio abanico de indicadores de sospecha y factores de riesgo que han de tenerse en cuenta.

Pero, además, **en el caso de las mujeres con problemas de salud mental, hay otra serie de indicadores adicionales** que se deben valorar (37,39,40):

En la mujer

- Falta e incumplimientos de citas.
- Negativa a comentar acerca de sus relaciones familiares o respuestas escuetas o generales.
- Acentuación de síntomas depresivos, ansiedad, pánico, ideación suicida, trastorno del sueño y de la alimentación, etc.
- Aislamiento social exagerado, pérdida progresiva de contactos sociales y negativa a entablar nuevas relaciones.
- Contactos inusualmente escasos o nulos con su familia extensa.
- Autoestima baja.
- Comentarios de la mujer sobre su deseo de abandonar el hogar, ingresar en una unidad de hospitalización, residencia, etc.
- Propensión a los accidentes, caídas, etc.
- Control excesivo del dinero por parte de sus familiares sin indicios de que la mujer no tenga capacidades para su manejo autónomo.
- Vestir ropa inadecuada para la época del año (jerséis de cuello alto o manga larga en verano) con el objeto de ocultar lesiones.

- Actitud evasiva, temor a relacionarse con otras personas, agresividad, actitud culpabilizadora, resistente a ciertas preguntas, etc.
- La mujer no participa en la vida familiar, en la toma de decisiones, en las actividades de ocio, etc.
- Acude sola a urgencias o no recibe visitas cuando está ingresada
- Define a su pareja o familiar como colérico, celoso o agresivo.

En la pareja/cuidador

- Solicitar estar siempre presente, es controlador, siempre contesta él, interrumpe a la mujer.
- Muestra hostilidad hacia la mujer o hace comentarios críticos sobre ella.
- Minimiza los síntomas o quejas de la mujer.
- Llega tarde o no llega a las citas médicas como acompañante.
- Usa amenazas o miradas / lenguaje corporal amenazantes como una forma de intimidación.
- Humilla a la mujer por su problema de salud.
- Trata de cambiar de servicio médico/ profesional con frecuencia.
- Habla él cuando se le pregunta algo a la mujer.
- Muestra una actitud poco acogedora o poco cooperativa.

CUADRO 4. INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA, HOJA DE EXPLORACIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICOS DE SALUD MENTAL, HISTORIA DIGITAL DE SALUD

ACTITUD DE LA MUJER
<i>Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta.</i>
<i>Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza</i>
<i>Autoestima baja.</i>
<i>Sentimientos de culpa.</i>
<i>Estado de ansiedad o angustia e irritabilidad.</i>
<i>Sentimientos de vergüenza, retraimiento, comunicación difícil.</i>
<i>Evita mirar a la cara.</i>
<i>Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.</i>
<i>Falta de cuidado personal.</i>
<i>Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.</i>
ACTITUD DE LA MUJER SI ESTÁ PRESENTE SU PAREJA
<i>Temerosa en las respuestas.</i>
<i>Busca constantemente su aprobación.</i>
ACTITUD DE LA PAREJA
<i>Solicita estar presente en toda la visita.</i>
<i>Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.</i>
<i>Excesivamente preocupado o solícito con ella.</i>
<i>A veces colérico u hostil con ella o con el personal sanitario.</i>

Recomendaciones para el abordaje de la entrevista cuando se sospecha de violencia de género en mujeres con problemas de salud mental

El trato con una mujer con un problema de salud mental, a priori no tiene por qué diferir del que se tiene con otra mujer. Sin embargo, en ocasiones existe desconocimiento e incertidumbre sobre cómo interactuar con una mujer que debido a su enfermedad puede tener una experiencia de vida diferente. En la mayor parte de los casos, la mejor estrategia para acercarse a las necesidades es tener sensibilidad hacia las diferencias, siendo conscientes a la vez de los elementos comunes que nos afectan a todas las personas.

Sobre todo, es necesario atenderlas de forma integral, respetando a su individualidad, propiciando el ambiente para ello. Es preciso tener claro que la titular de la atención es la mujer y, por tanto, siempre hay que dirigirse a ella.

Las condiciones idóneas requieren que se entrevista a mujer a solas y se dan las situaciones adecuadas de intimidad y seguridad. Por supuesto, nunca se realizará el abordaje si la pareja u otras personas están presentes.

Se debería indagar sistemáticamente si las mujeres con problemas de salud mental están viviendo una situación de violencia en pareja, intrafamiliar o de cualquier otra persona, o si la han vivido en el pasado, ya que interfiere directamente en su proceso de recuperación, pues los efectos de la violencia persisten aun cuando esta ha cesado (41).

Se puede iniciar la conversación con una pregunta para romper el hielo y continuar realizando otras preguntas más específicas. Por ejemplo:

“Ya sabe usted que cuando hay algún tipo de problema de salud mental nos hacemos más vulnerables a los abusos”:

- *¿Alguna vez le ha pasado a usted eso?*
- *¿Tiene usted pareja? ¿Cómo es la relación con su pareja?*
- *¿Toma usted las decisiones sobre cuestiones importantes de su vida cotidiana? ¿Dónde ir, qué ponerse, cómo gastar su dinero?*
- *Su pareja o alguien de su entorno, ¿la hace sentir culpable por su enfermedad?, ¿la descalifica o la insulta?*
- *¿Le impide el acceso a medicamentos o cualquier ayuda que sea necesaria en su día a día?*
- *Si tiene hijos/as, ¿le amenaza con que le va a quitar a sus hijos e hijas por causa de su discapacidad?*
- *¿Ha llegado a producirlle heridas?*
- *¿La ha obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted?*
- *¿Ha llegado a herirla con un arma o con otro objeto?*
- *¿Ha cambiado la relación con su pareja desde que tiene esta enfermedad?*

Si la mujer es receptiva a las preguntas anteriores y se constata que está sufriendo violencia, se puede realizar una pregunta más para indagar en el nivel de riesgo: *¿Ha sentido alguna vez miedo de su pareja/familiar?*

CUADRO 5. RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA EXPLORACIÓN SOBRE EL RIESGO DE PADECER VIOLENCIA DE GÉNERO, HOJA DE EXPLORACIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICOS DE SALUD MENTAL

- La mujer tiene que estar sola en la consulta, sin ningún acompañante.
- Tener presente que el problema de la violencia hacia las mujeres es el resultado de las relaciones de desigualdad y no de un problema individual, ni de la estructura de personalidad de esa mujer concreta.
- Lo primero y básico que necesitan estas mujeres es que se comprenda su situación, sin realizar juicios de valor sobre lo que les está ocurriendo, ni sobre su actitud o comportamiento ante el maltrato.
- El lenguaje de una mujer en un contexto de crisis puede parecer paranoide o delirante, pero es importante esmerarse en la escucha más allá de los síntomas ya que esos síntomas pueden estar hablando de esa violencia aunque sea de una manera ampliada o distorsionada.
- No descalificar al maltratador, ya que esto puede suscitar sentimientos de culpa, al pensar que lo está traicionando.
- Se desaconseja totalmente citar al maltratador, ya que aumenta el riesgo para la mujer.
- El objetivo en esos momentos iniciales es conocer si se está produciendo o no dicha situación de violencia e invitar a la mujer a que posteriormente se pueda ir hablando de este tema, siempre según lo que vaya demandando.
- La mayoría de los casos que acuden a las USMC se refieren a maltrato psíquico que se inició hace años, por tanto, no se debe pretender resolver la situación en el momento.
- Es muy importante en ese momento no aconsejarle la realización de actividades ni cómo tiene que organizar su vida.
- No entrar en el campo de las decisiones y que el interés profesional no sea denunciar la situación.
- No olvidar que son mujeres que están acudiendo a las USMC por un problema clínico y que la detección de si existe violencia hay que articularla dentro de las intervenciones que se estaban haciendo.

Recomendaciones de actuación con mujeres con Trastorno Mental Grave

En los casos de mujeres que tienen diagnosticado un TMG, se tendrán en cuenta, además de las recomendaciones generales, las siguientes (42).

- Asegurar espacios tranquilos, sin muchos estímulos.
- No cuestionar ni impedir rituales, hacerlo aumentaría la angustia y el malestar.
- Evitar situaciones de estrés o tensión.
- Escuchar, aunque no estemos de acuerdo, sin ridiculizar ni despreciar el discurso y mucho menos cómo se siente.
- Evitar contradecir, ridiculizar o intentar desmontar sus síntomas sobre todo alucinaciones y delirios, para no generar desconfianza o aumentar sus temores.
- Si es una mujer conocida y estamos al tanto de cómo se expresan sus síntomas, sabemos que tiene conciencia de enfermedad y está abordable podemos escuchar y dialogar sobre lo que le pasa, lo que está experimentando y lo que necesita.
- Evitar tomar decisiones unilaterales, a menos que sean necesarias para evitar un peligro o una situación de riesgo.
- Si la mujer pide que la dejemos tranquila, es recomendable, darle espacio y esperar a que se calme. Siempre que no exista riesgo para ella o para otras personas.
- Puede ser recomendable distraer a la mujer, proponiendo un cambio de ambiente o salir a dar un paseo. Cambiar de tema puede ayudar a rebajar los niveles de ansiedad y tensión.
- En caso de muestra de agresividad, es importante mantenerse firme, utilizar un lenguaje claro con frases cortas. Esto no es incompatible con mantenernos calmadas y serenas, respetando en todo momento a la persona y evitando la confrontación directa.
- En la medida de lo posible intentar descubrir la causa de su agresividad y tratar de evitarlo.
- Establecer pocos límites. Estos deben de ser claros y mantenerse en el tiempo.
- Evitar gestos corporales que puedan interpretarse como amenazantes o coercitivos.
- Evitar el contacto visual directo mantenido en el tiempo.
- No establecer contacto corporal sin preguntar antes.

Durante el relato:

- La paciente necesita un ambiente seguro, tranquilizador; en ningún momento hablará si cree que alguien puede estar escuchando. Se debe garantizar la confidencialidad.
- El primer paso es aislar a la paciente del acompañante, en el caso que venga a la consulta. Hay que hacerlo con discreción, buscando cualquier excusa (exploración física...).
- Será vital establecer un vínculo con la mujer:

- No enjuiciar. En cada intervención tenemos que propiciar que la persona se muestre y exprese sin sentir que está siendo evaluada e implicarla en el proceso de empoderamiento durante su recuperación. Creerla en todo lo que relate, cuestionarla es lo que hace continuamente su pareja, para deslegitimarla y que ella no pida ayuda.
- Respetar el ritmo y decisiones de la mujer. No “forzar” la evaluación del maltrato, ser capaz de posponer la entrevista al momento que desee la persona afectada.
- Mostrar una actitud empática y sincera. Acoger a la persona en su totalidad y no reducirla a un diagnóstico o síntomas. Reconocemos nuestros límites y acudiremos, en su caso, a la colaboración de otros/as profesionales, recursos o servicios adecuados a las necesidades.
- Mantener una escucha activa, sin dar sensación de tener prisa. La escucha activa es la base y facilita la intervención para ofrecer la oportunidad de comunicar quién es, cómo se siente y lo que le ocurre. Escuchar y acompañar tiene un efecto positivo. No confundir escuchar con dar consejos.
- No agobiarla preguntándole detalles o situaciones concretas. Ella nos va a contar lo que pueda, lo que emocionalmente esté preparada para decir. Los detalles no son importantes, lo importante es que de alguna manera está asumiendo la situación, rompiendo el silencio y pidiendo ayuda.
- No generar falsas expectativas.
- Respete los silencios, es tan importante lo que se dice como lo que se calla y probablemente ella se encuentre bloqueada y triste, o no se sabe lo que sucede.
- Empoderarla: El empoderamiento de las mujeres con problemas de salud mental incluye un aumento de su autoestima, mayor sentido de conexión con los grupos sociales de su entorno y una implicación significativa en la sociedad. Nuestro trabajo es el de facilitar que las personas usuarias se sientan competentes, capacitadas para poder opinar y tener el poder y autoridad para decidir sobre cualquier aspecto de su vida.
- Reforzar que haya confiado en ti y ofrecernos para continuar ayudándola.
- Tener elaborado un plan de seguridad para cuando sea necesario.

Tras el relato:

- Tras obtener todos los datos, aportarle información y recursos disponibles en la comunidad autónoma.
- Plantearle que, pese a la relación de confidencialidad que se mantiene con ella, es fundamental poner en conocimiento de otras/os profesionales o servicios aquello que por su seguridad y bienestar deben saber otras personas.
- Ofrecerle la derivación a Trabajo Social.
- Pedirle su opinión sobre cuál es la mejor manera de hacerlo. Esto es una forma de empezar a empoderarla, haciéndola participe de su proceso de recuperación.

- Acompañamiento: En muchos casos, las mujeres están aisladas, sin recursos o capacidad para actuar por ellas mismas. Es necesario que cuenten con el acompañamiento de los/as profesionales durante las gestiones que tengan que realizar.

Otras pautas de comunicación son las siguientes: (43)

- Interactuar directamente con la mujer, independientemente de que se encuentre acompañada de otra persona.
- Solo de considerarlo realmente necesario, dirigirse a quien la acompaña.
- No tratarlas de manera condescendiente.
- Evitar tratar o hablar de manera infantil.
- Utilizar un lenguaje claro y sencillo facilita la comprensión. Así que es recomendable dividir las frases en partes, y si se trata de frases complejas o largas o utilizar ejemplos.
- En una conversación pueden responder lentamente, por lo que hay que darles tiempo para hacerlo.
- Verificar que la mujer haya comprendido lo que se le ha indicado.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.

Recomendaciones de actuación en situaciones de crisis o urgencia de salud mental.

46

Una urgencia de salud mental se define, según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), como “una alteración aguda del pensamiento, estado de ánimo, comportamiento o relaciones sociales que requiere de una intervención inmediata según lo define el paciente, la familia o la comunidad” (42).

Algunas de las señales de alarma previa a una crisis o urgencia de salud mental pueden ser:

- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto.
- Invasión del espacio personal del entrevistador/a.
- Cambio súbito de conducta.
- Intranquilidad.
- Labilidad emocional.
- Ceño fruncido, labios apretados, manos en puño, brazos en jarra.
- Hiperventilación.
- Contacto visual fijo, prolongado o impertinente.

Ante estas primeras señales se debe actuar en prevención intentando cuidar la seguridad de la persona afectada, así como la de cualquier persona presente en la escena.

Al ser una urgencia médica, requiere de atención inmediata para evitar consecuencias permanentes o para salvar a la paciente de peligro mortal.

Algunas medidas de intervención útiles mientras se consigue la atención especializada serían:

- Fomentar la verbalización: debemos dar información a la persona que sufre la crisis, debe estar informada en todo momento del proceso. Evitar amenazas y promesas falsas. Ofrecer expectativas razonables.
- Mostrar actitud tranquilizadora, pero de firmeza (aparentar calma y control de la situación en todo momento).
- Conversación tranquila, hablar sin elevar la voz, suave y con preguntas cortas, escucha activa, no enfrentarse al paciente (ni con actitudes ni 24 con ideas) ni mostrar prejuicios hacia él. Aunque es importante limitar su conducta, y comunicarle qué conducta se aceptará y cuál no.
- En el caso de alucinaciones o delirios no contradecir a la persona, debemos escucharla de forma neutra, no fomentamos ni quitamos importancia a lo que está experimentando.
- No mantener la mirada fija, sino efectuar desplazamientos naturales de la vista. Medidas básicas de seguridad en intervención en crisis:
- Debemos procurar un ambiente lo más tranquilo posible. Evitar estímulos externos (música, gente gritando, estímulos luminosos etc.)
- Mantener la distancia de seguridad y no dar la espalda a la persona.
- Evitaremos la presencia de objetos que puedan ser utilizados como armas potenciales (lapiceros, ceniceros, etc.).
- Estar atentos a signos inminentes de agitación.

La atención a niñas y niños víctimas de violencia de género

Como se ha comentado con anterioridad, **las hijas e hijos de mujeres víctimas de violencia de género, así como otras personas menores de edad convivientes con el maltratador también tienen la consideración de víctimas**. Su condición de víctimas directas de violencia de género, pone en riesgo su salud mental y hace que sean especialmente vulnerables a padecer problemáticas o incluso trastornos psicológicos y/o emocionales.

Las repercusiones a corto y largo plazo de la violencia y los malos tratos sufridos por los niños y niñas son sobradamente conocidas (44,45). **Esos actos pueden causar lesiones mortales y no mortales** (que pueden provocar discapacidad); problemas de salud física (como el retraso en el desarrollo físico y la aparición posterior de enfermedades pulmonares, cardíacas y hepáticas y de infecciones de transmisión sexual); dificultades de aprendizaje (incluidos problemas de rendimiento en la escuela y en el trabajo); consecuencias psicológicas y emocionales (como sensaciones de rechazo y abandono, trastornos afectivos, trauma, temores, ansiedad, inseguridad y destrucción de la autoestima); problemas de salud mental (como ansiedad y trastornos depresivos, alucinaciones, trastornos de la memoria o intentos de suicidio), y comportamientos perjudiciales para la salud (como el abuso de sustancias adictivas o la iniciación precoz en la actividad sexual).

Otras consecuencias identificadas son:

- **Transmisión intergeneracional.** Las niñas y niños que se socializan en un contexto de violencia de género pueden normalizar e integrar egosintónicamente patrones machistas de conducta, agresiones y victimización.
- **Efecto acumulativo y de interacción con otras formas de violencia.** Como muestran los estudios sobre las experiencias adversas en la infancia, estas se presentan carácter crónico o recurrente y efectos acumulativos, adquieren potencial traumático y tienen consecuencias para la salud y el bienestar a lo largo del ciclo vital. En general, las experiencias adversas en la infancia temprana incrementan las probabilidades de sufrir otras adversidades.
- **Victimización secundaria.** Se produce revictimización en ausencia de adecuados protocolos de detección y actuaciones coordinadas que eviten diligencias repetitivas, aseguren agilidad y especialización y suministren atención libre de estereotipos y sin ejercer discriminación directa o indirecta.
- **Hijos e hijas de mujeres asesinadas.** Perder a la madre en un contexto de violencia machista tiene un fuerte potencial traumático (a veces incluye ser testigos del suicidio del agresor). Puede acarrear estrés postraumático, alteración en el control de esfínteres, alteración de la conducta o sueño, sentimientos de ira, rabia, fenómenos de flashback, o disociaciones y conllevar cambios de domicilio, colegio y amistades. Estos niños y niñas presentarán una fuerte vulnerabilidad por mucho tiempo.

Es de especial interés que estos/as niños y niñas **reciban cuanto antes ayuda profesional especializada**, y por ello, es muy importante aclarar cómo proceder en estos casos, ante la firma del consentimiento para la atención psicológica de estos menores.

Normalmente, **para proceder a la atención psicológica de las personas menores de edad, es necesaria la firma del consentimiento por parte de ambos/as progenitores y/o tutores legales.** Ante la percepción de necesidad de dicha atención, y en caso de negarse o dificultar dicho proceso uno/a de los/as dos progenitores, el o la otra progenitora podrá solicitarlo mediante los cauces jurídicos pertinentes ante el Juez, para que sea ésta/a quién autorice la derivación e intervención psicológica.

Sin embargo, **existe una excepción para estos casos** (menores víctimas de violencia de género). Con la última reforma producida por la Ley 8/2021 de 2 de junio, que modifica el artículo 156 del código civil, en caso de existir sentencia firme condenatoria por violencia de género contra el padre o tutor legal, o bien, si se encuentra iniciado un procedimiento penal contra éste por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual de sus hijos/as comunes, menores de edad o su mujer (y madre o tutora legal). Ante estos supuestos, bastará con el consentimiento firmado únicamente por la madre/tutora legal, debiendo el padre únicamente ser informado (sin requerirse su firma del consentimiento por parte de los/as profesionales implicados/as).

Se trata de facilitar el proceso de intervención psicológica y recuperación de estos niños y niñas para facilitar su recuperación emocional cuanto antes.

No escuchar a las niñas, niños y adolescentes es una forma de victimización secundaria. La idea de que la protección y recuperación de la madre asegura la de los hijos/as no es correcta: refuerza la

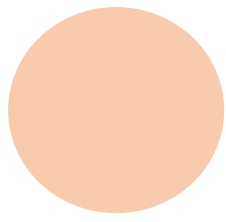
condición de los niños como víctimas invisibles y relegadas. Las víctimas infantiles pueden requerir protecciones y atención sanitaria (recuperación) específicas.

En todas las medidas adoptadas que afecten a la infancia, incluidas las dirigidas a protegerles contra toda forma de violencia, **la consideración principal es el interés superior de niñas y niños**. No es simplemente “una consideración primordial”, sino “**la consideración primordial**”.

El sistema de salud ante las víctimas infantiles de la violencia de género: bases de actuación (46,47).

1. La prevención, detección y atención de la violencia de género en la infancia y la adolescencia se beneficiará de las pautas establecidas en el **Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (48)**, aprobado según lo dispuesto en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI).
2. Cuando se detectan situaciones de violencia de género en las mujeres, es importante la identificación de los hijos e hijas menores que conviven en el mismo domicilio ya que el sistema sanitario tiene que **identificar a estos niños, niñas y adolescentes como víctimas directas** y, por tanto, asegurar su atención y acompañamiento también desde los servicios sanitarios. De aquí la importancia de la inclusión de datos sobre niños y niñas víctimas de violencia de género en los sistemas de recogida de información.
3. El abordaje de las víctimas infantiles de la violencia de género no debe hacerse como una modalidad de violencia en la infancia más sin atenderlo junto a la madre. La **atención a la violencia de género exige la perspectiva de infancia** igual que la atención a las niñas y niños en la violencia machista requiere un enfoque de género.
4. Diseñar **intervenciones individualizadas** que contemplen al niño/a, no como hijo de víctima, sino como víctima que puede necesitar protecciones específicas más allá de las que requiera su madre, intervenciones integrales y sensibles a la edad, el género y el contexto del niño/a. Atención a las secuelas en la salud física y psicológica (incluyendo distorsiones, errores de conceptualización y atribuciones cognitivas).
5. Evaluar la necesidad de **coordinar los sistemas competentes** en la atención a las víctimas de la violencia de género y los competentes en materia de protección a la infancia.
6. **Escuchar a las víctimas infantiles**: trabajar la necesidad de que el chico/a rompa el silencio, exprese y de significación al abuso sufrido.
7. Las intervenciones de ayuda han de centrarse en:
 - a) atender las secuelas psicopatológicas
 - b) incidir en el riesgo de reproducción en el futuro de este tipo de violencia (transmisión generacional)
 - c) Importancia del significado y las atribuciones causales que hace el niño acerca de lo vivido (distorsiones cognitivas)
 - d) Asegurar que se ha puesto fin a la exposición del niño a la violencia
 - e) las actuaciones de recuperación deben contemplar al niño/a y a su madre, ambos como víctimas, asegurando el apoyo necesario para que permanezcan juntos, salvo que el interés superior del menor lo desaconseje. Considerar la rehabilitación de los vínculos de las madres con sus hijas e hijos.

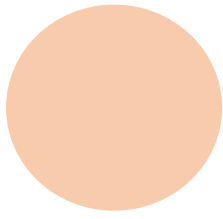
8. En las situaciones de **mujeres embarazadas víctimas de violencia de género**, cuando se valore que ello compromete la salud del nasciturus, se podrá solicitar la colaboración del Ministerio Fiscal.
9. La **mediación familiar está totalmente contraindicada** en todas las situaciones en las que se ha diagnosticado o existe sospecha de violencia machista.
10. Los y las profesionales sanitarios **no deberán legitimar ni utilizar el “Síndrome” de alienación parental** para no inducir victimización secundaria en las personas menores de edad víctimas de violencia de género.
11. En el caso **de constatar la instrumentalización de niñas y niños** por sus padres para hacer daño y controlar a sus madres (violencia vicaria), el análisis debe contemplar dos tipos de violencias: de un lado, una violencia psicológica dirigida a las madres; de otro, una violencia directa y principal contra la infancia.



Recomendaciones para la puesta en práctica de la Guía

A continuación, se muestran una serie de recomendaciones identificadas por las y los profesionales que han participado en la elaboración de la Guía.

- Es fundamental **que las mujeres sepan y perciban que las están escuchando**, las están creyendo y no las están victimizando. Las mujeres que han pasado por situaciones de violencia de género desarrollan mucha sensibilidad a los juicios ajenos. Eso hace que a veces no cuenten todo y omitan aspectos que serían muy importantes saber para ayudar en su recuperación.
- Contar con una persona **referente en violencia de género en los servicios de salud mental**. Esta recomendación resulta fundamental para garantizar que la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos es fluida y eficaz, y, además, se evita la revictimización de la mujer. Se recomienda que esa persona sea la/el profesional de Trabajo Social del servicio de Salud Mental. Esta persona de referencia se coordinará con Trabajo Social de Atención Primaria y con el Equipo de Atención a la Mujer.
- Facilitar el contacto telefónico del personal de los recursos de acogida de víctimas de violencia de género con las mujeres durante los ingresos hospitalarios por problemas de salud mental.
- En ocasiones las mujeres que no tienen relación con nadie en el exterior y es importante hacerles saber que hay alguien pendiente de ellas. Además, la coordinación entre profesionales puede facilitar la vuelta de la mujer al recurso de acogida.
- Es necesario que las y los profesionales de los servicios sociales entiendan y conozcan bien la sintomatología de los diferentes TMG, para poder distinguir cuándo hay una situación que requiere una atención de urgencia.
- Resulta importante contar con la participación de FAISEM en los Comités Territoriales de Coordinación y Colaboración en Materia de Violencia de Género en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.



Buenas prácticas

Para finalizar esta Guía, se han identificado algunas iniciativas que introducen elementos de mejora en la atención a mujeres que sufren violencia de género y tienen problemas de salud mental, con el objetivo de perfeccionar el modelo que existe y que tienen (o se prevé que tengan) resultados positivos.

Coordinación entre el Área de Igualdad del Ayuntamiento de La Rinconada y la Unidad de Salud Mental Comunitaria de La Rinconada-Hospital Virgen Macarena.

A modo de experiencia - ejemplo de buenas prácticas, merece la pena destacar la coordinación interprofesional que se lleva a cabo en el municipio de La Rinconada. Para mejorar la calidad de vida y la atención a las mujeres usuarias y/o pacientes de ambos servicios, las profesionales del Área de Igualdad y las de la Unidad de Salud Mental comunitaria, se organizan de la siguiente forma:

- Manteniendo directa y continua comunicación, facilitando intercambio de información, entre las profesionales implicadas, de los casos compartidos o para la derivación de éstos (siempre teniendo presente lo recogido en la Ley de protección de datos y previo consentimiento de la usuaria). Vía telefónica o a través de correo electrónico.
- Reuniones presenciales de coordinación, una vez al mes. En las que participan las psicólogas del Área de Igualdad (y si es necesario, otras profesionales del Área implicadas en los casos a abordar: abogada, trabajadora social, jefa de Departamento, etc.) y por parte de la unidad de Salud Mental: la Coordinadora del Área, que en este caso es enfermera, la trabajadora social y al menos un/a miembro del cuerpo facultativo, psiquiatra o psicóloga.

La mejora de la calidad de la atención a las usuarias es notable desde que se llevan a cabo estas reuniones de trabajo y la intervención de las diferentes profesionales implicadas se ve beneficiado, puesto que dicha coordinación permite:

- El intercambio de información facilitadora para el abordaje integral
- La derivación más ágil de casos
- La detección de posibles situaciones de riesgo en estos casos, que son de mayor vulnerabilidad
- Una mayor sincronía profesional al dar pautas y recomendaciones
- Evitar el maltrato institucional y la victimización secundaria

- Reunión anual de la Comisión de Seguimiento contra los malos tratos de la Rinconada. Al menos una vez al año se reúnen, convocados/as por el Área de Igualdad, los/as profesionales que atienden, intervienen o pueden detectar e actuar desde diferentes entidades municipales, a víctimas de violencia de género. Las entidades que participan en dicha comisión son:
 - El Área de Igualdad – Ayuntamiento de La Rinconada
 - La Unidad de Salud Mental Comunitaria de La Rinconada. Hospital Virgen Macarena
 - La Unidad de trabajadora social de Atención Primaria adscrita a La Rinconada (S.A.S.)
 - Los cuerpos de seguridad: Guardia Civil y Policía Local
 - El Área de Bienestar social del Ayuntamiento de La Rinconada
 - El equipo psicopedagógico municipal (Ayuntamiento de la Rinconada)
 - El secretario del Ayuntamiento de la Rinconada que levanta acta de cada sesión

Protocolo Andaluz para la Atención a Mujeres con Problemas de Adicciones Víctimas de Violencia de Género

El presente protocolo tiene por objeto ofrecer un instrumento de actuación conjunto para los equipos profesionales de las **Redes Públicas Andaluzas de Atención a las Adicciones (RPAA) y de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia de Género (IAM)**, que proporcione pautas sistematizadas y homogéneas para, desde una perspectiva de género, detectar, valorar e intervenir de manera rápida y eficaz atendiendo a la situación que cada mujer plantee, derivándola a la red de servicios públicos más adecuados para afrontar su problemática.

El objetivo general es garantizar una atención integral e integrada a las mujeres que presentan problemas de adicciones y además son víctimas de violencia de género, mediante un marco técnico institucional que regule la actuación y coordinación de los equipos profesionales implicados en los diferentes dispositivos de las redes de atención, tanto de Adicciones como de Violencia de Género.

Con este protocolo se pretende:

- Sensibilizar a los equipos profesionales para que incorporen la perspectiva de género de forma transversal en su actuación sin revictimizar a la mujer por su condición, adicción o por sufrir o haber sufrido una situación de violencia de género.
- Sensibilizar a los equipos profesionales de la importancia y del impacto de la violencia de género entre las mujeres con problemas de consumo de sustancias o conductas adictivas.
- Facilitar estrategias adecuadas a los equipos profesionales que atienden a las mujeres que están expuestas a una situación de violencia de género y tienen problemas de adicción, tanto para la detección de su adicción como de situaciones de violencia de género y la prevención del agravamiento de éstas.
- Mejorar y normalizar los canales de derivación y coordinación entre todos los equipos de profesionales involucrados en la atención a las mujeres que están expuestas a una situación de violencia de género y tienen problemas de adicción o viceversa, para ofrecer una atención integral, rápida y efectiva antes de que la situación de la mujer se cronifique e implique un mayor riesgo para ella o para las personas a su cargo.
- Registrar los casos para su monitorización y vigilancia epidemiológica.

Protocolo de atención específica a mujeres con problemas relacionados con la salud mental víctimas de violencia de género. Instituto Andaluz de la Mujer

Este protocolo, de próxima puesta en marcha, contempla los aspectos significativos a tener en cuenta en el proceso de intervención y acompañamiento de mujeres con problemas de salud mental que presenten alguna de las diversas problemáticas que se relacionan con las violencias de género en el ámbito de los servicios especializados del Instituto Andaluz de la Mujer para la atención a víctimas de violencia de género.

Los objetivos del protocolo son:

Con respecto a las mujeres víctimas de violencia de género con problemas de salud mental:

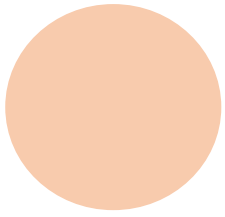
- Garantizar una atención individualizada que se adapte a las necesidades de las víctimas y que les aporte seguridad y confianza en el proceso de salir de una situación de violencia de género, abordando estrategias e instrumentos diversos, desde aspectos como la seguridad, la acogida residencial, el asesoramiento jurídico, la derivación a otros ámbitos administrativos y de organizaciones especializadas, la toma de conciencia de su situación y del riesgo asociado, que sirva de soporte emocional, orientación social y la atención necesaria a las propias mujeres y a las personas que conforman su familia directa: menores y personas dependientes que forman parte del núcleo familiar.
- Realizar una intervención interdisciplinar que informe, acompañe e impulse el empoderamiento de las mujeres víctimas de violencia de género con problemas de salud mental en un ambiente que invite a la reflexión y a la toma de conciencia.
- Contemplar los elementos que sumen calidad a los instrumentos y prácticas profesionales ya desarrollados, como los que provocan una posición de vulnerabilidad específica en las víctimas de violencia de género con alguna problemática relacionada con la salud mental, previos a la situación de violencia, derivada de la situación de violencia y/o relacionada con el consumo de sustancias adictivas.

Y con respecto al personal técnico que trabaja directamente con víctimas de violencia de género con algún problema de salud mental

- Formalizar la práctica profesional del personal técnico que trabaja con víctimas de violencia de género con problemas asociados de salud mental.
- Establecer recomendaciones para la práctica laboral que impulsen: la no revictimización, la adherencia a los servicios prestados, analizar las necesidades e intereses que no encuentren satisfacción en los servicios establecidos, impulsar el trabajo en red y la colaboración entre centros de atención del IAM, con otros ámbitos administrativos y con organizaciones especializadas.
- Afrontar situaciones de crisis con respecto a los hechos concretos de violencia y especialmente, con respecto a los efectos derivados y/o agravados por la violencia de género.

En el documento se establecen los pasos a seguir en la intervención con víctimas de violencia de género con problemas de salud mental, diferenciadas en cuatro fases: A. Entrada al recurso, B. Acogida y acompañamiento, C. Valoración y evaluación de la vulnerabilidad de víctimas con problemas de salud mental y/o adicciones, D. Itinerario y Plan de Atención Individualizada.

Además, se incluyen las pautas para actuar en situaciones de crisis y prevención del suicidio, y pautas para promover la adherencia al servicio.



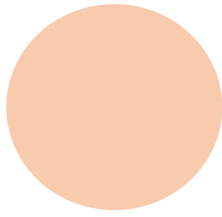
Referencias bibliográficas

1. Millán Carrasco A, Pérez Corral O, Maroto Navarro G. La Salud Mental de las mujeres. Mitos y realidades. Cuadernos para la Salud de las Mujeres nº 7. Instituto Andaluz de la Mujer; 2020.
2. World Health Organization. Gender and health. 2021 [cited 2023 Nov 2]. Gender and health. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>
3. World Health Organization. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach [Internet]. Geneva, Switzerland; 2011 [cited 2023 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501057>
4. Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosrati E, Magar V. Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. Bulletin of the World Health Organization. 2018;96(9):644.
5. AVIFES. Investigación sobre la calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental [Internet]. Bizkaia: Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental; 2018. Available from: https://www.consaludmental.org/publicaciones/AVIFES_supportingwomen.pdf
6. Álamo Vázquez M del P, Acirón Albertos R. Guía de salud mental con perspectiva de género [Internet]. Santa Cruz de Tenerife: Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife y ATELSAM; 2017. Available from: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Perspectiva-Genero.pdf>
7. Confederación Salud Mental en España. Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma [Internet]. Madrid; 2015. Available from: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
8. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) [Internet]. 2022. Available from: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
9. Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad. Gobierno de España; 2020. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf
10. Confederación Salud Mental en España, Fundación Mutua Madrileña. La situación de la Salud Mental en España. 2023 [Internet]. Madrid; 2023. Available from: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estudio-situacion-salud-mental-2023.pdf>
11. Servicio Andaluz de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía. CMBD. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla; 2023.

12. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria. 2020 Jan 1;34:61–7.
13. Servicio Andaluz de Salud. Módulo de Tratamiento de Información de Diraya. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla; 2023.
14. Confederación Salud Mental España. Apuntes sobre patología dual. Propuestas de la Red Salud Mental en España [Internet]. Madrid; 2020. Available from: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>
15. Torrens Mèlich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones. 2008;20(4):315–9.
16. ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 48/104 del 20 de diciembre de 1993. 1993.
17. Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. 141/11.con [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 21]. Available from: <https://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejoeu/CAHVIO.pdf>
18. Junta de Andalucía. Ley 7/2018, de 30 de julio, por la que se modifica la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. BOE 207, de 27 de agosto de 2018; 2018.
19. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Luxemburgo: Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea; 2014.
20. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación. Madrid; 2019.
21. Tocalino D, Moore A, Cripps E, Gutierrez SC, Colantonio A, Wickens CM, et al. Exploring the intersection of brain injury and mental health in survivors of intimate partner violence: A scoping review. *Front Public Health*. 2023;11:1100549.
22. Dokkedahl S, Kristensen TR, Murphy S, Elklit A. The complex trauma of psychological violence: cross-sectional findings from a Cohort of four Danish Women Shelters. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021 Jan 1;12(1):1863580.
23. Fernández -Fillol C, Pitsiakou C, Perez -Garcia M, Teva I, Hidalgo- Ruzzante N. Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: risk factors related to symptoms and diagnoses. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021 Jan 1;12(1):2003616.
24. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2023 Feb 24;15248380231155528.
25. Confederación Salud Mental en España. Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en salud mental 2018. 2019.

26. FEDEAFES. Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental [Internet]. Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental; 2017. Available from: http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2017/12/Salud-Mental-mujer-violencia_2017_final.pdf
27. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad.; 2020. Available from: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
28. Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad (CEMUDIS). Guía de actuación: detección y prevención de situaciones de violencia hacia mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito sanitario. [Internet]. 2022. Available from: <https://www.cemudis.org/wp-content/uploads/2022/12/Guia-de-Actuacion.pdf>
29. Lorente Acosta M, Sánchez de Lara Sorzano C, Naredo Camblor C. Suicidio y violencia de género. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
30. Maclsaac MB, Bugeja LC, Jelinek GA. The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*. 2017 Feb;41(1):61–9.
31. García-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama general [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98788/WHO_RHR_12.35_spa.pdf?sequence=1
32. Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2013 Feb;202:94–9.
33. Ruijne RE, Howard LM, Trevillion K, Jongejan FE, Garofalo C, Bogaerts S, et al. Detection of domestic violence by community mental health teams: a multi-center, cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2017 Aug 7;17(1):288.
34. Cobo J, Muñoz R, Martos A, Carmona M, Pérez M, Cirici R, et al. La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales? *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010 Apr 1;3(2):61–7.
35. González Aguado F, González Cases JC, López-Gironés ML, Olivares Zarco D, Polo Usaola C, Rullas Trincado M. Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*. 2013;11(45):23–32.
36. González Cases J, Polo Usaola C, González Aguado F, López Gironés M, Rullas Trincado M, Fernández Liria A. Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness: a prevalence study in Spain. *Community Ment Health J*. 2014 Oct;50(7):841–7.
37. González Aguado F, González Cases J, López Gironés M, Polo Usaola C, Rullas Trincado M. Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2010. Available from: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017351.pdf>

38. Federación de Mujeres Progresistas. Buenas prácticas para la aplicación de la perspectiva de género en Salud. Guía + decálogo. 2021.
39. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales e Igualdad. Protocolo de actuación para la detección y abordaje de la violencia de género en los centros de valoración y orientación de la discapacidad de Andalucía. Junta de Andalucía; 2021.
40. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Manual de indicadores de violencia de género para profesionales del ámbito sanitario. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; 2017.
41. ASAENES Salud Mental Sevilla. Violencia de Género contra Mujeres con Problemas de Salud Mental: Consideraciones básicas para profesionales. Salud Mental Sevilla (ASAENES): Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación; 2022.
42. Región de Murcia. Guía de actuación en el ámbito de la salud mental y drogodependencia en violencia de género. Murcia: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades; 2019.
43. Observatorio Discapacidad Física. ¿Cómo debemos tratar correctamente a las personas con discapacidad cognitiva y/o intelectual? [Internet]. [cited 2021 Dec 2]. Available from: <https://www.observatoridiscapacitat.org/es/como-debemos-tratar-correctamente-las-personas-con-discapacidad-cognitiva-yo-intelectual>
44. Ravi KE, Black BM. The Relationship Between Children’s Exposure to Intimate Partner Violence and an Emotional-Behavioral Disability: A Scoping Review. Trauma, violence & abuse. 2020;1524838020979846–1524838020979846.
45. Vu NL, Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D. Children’s exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. Clin Psychol Rev. 2016 Jun;46:25–33.
46. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijas e hijos víctimas de la violencia de género [Internet]. 2024. Available from: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_meinte_informacion_sobre/es_def/adjuntos/VG_hijos_as_profes_salud_web_es.pdf
47. Aretio Romero (cord) MA, Poch Olivé (cord) ML. Protocolo de actuación sanitaria para la atención a menores víctimas de violencia de género contra sus madres o cuidadoras principales [Internet]. Servicio Riojano de Salud. Gobierno de La Rioja.; 2024. Available from: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_meinte_informacion_sobre/es_def/adjuntos/VG_hijos_as_profes_salud_web_es.pdf
48. Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia. Madrid; 2023. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf.



Glosario de términos

Agresión sexual: Todas aquellas conductas que atenten contra la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona.

Enfoque de género en salud mental: Enfoque de género. Significa tener en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres y de los hombres en todo el proceso de planificación y prestación de servicios de salud mental. Considera un enfoque holístico psicosocial donde el género es un pilar fundamental, reconociendo que los factores psicosociales sitúan a las mujeres y a las niñas en desventaja y perjudican la salud mental de las mismas. Implica una voluntad de participar en la consecución de la igualdad real entre hombres y mujeres.

Estigma: Condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se la vea como inaceptable o inferior. Tener una enfermedad mental es objeto de estigma social en una gran variedad de contextos.

FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental): Entidad pública encargada de la prevención de la marginación y la discriminación de cualquier persona con discapacidad y dependencia consecutiva a una enfermedad mental grave, así como el apoyo a su integración social y laboral en Andalucía.

Feminicidio: Asesinato de una mujer a manos de un hombre por machismo o misoginia. Los feminicidios pueden suceder tanto en el ámbito de la relación con la pareja o expareja, como en situaciones de violencia sexual, prostitución y trata con fines de explotación sexual y bajo otras formas de violencia machista.

Interseccionalidad: Categoría de análisis para referir los componentes que confluyen en una misma persona, multiplicando las desventajas y discriminaciones. Este enfoque permite contemplar los problemas desde una perspectiva integral, evitando simplificar las conclusiones y, por lo tanto, el abordaje de dicha realidad. Bajo la óptica de la interseccionalidad, por ejemplo, cualquier persona puede sufrir discriminación por el hecho de ser mujer, tener alguna discapacidad o vivir en una situación de pobreza; y todas las posibilidades de desigualdad antes mencionadas, pueden coexistir en una sola persona, lo que la pone en un mayor riesgo de vulnerabilidad.

Patología dual: concurrencia en una misma persona de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico.

Sumisión Química: Administración deliberada de sustancias psicoactivas a una persona sin su conocimiento, con el objetivo de causar un cambio en su estado de consciencia, grado de vigilancia o en su capacidad de juicio, todo ello con fines delictivos.

Trastorno Mental Grave: alteraciones psiquiátricas de duración prolongada que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Las personas con este trastorno han de ser atendidas en diversos recursos asistenciales de la red de atención sanitaria y social. Incluye a la persona que

cumple los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-11

- Trastornos esquizofrénicos
- Trastornos esquizotípicos
- Trastornos delirantes persistentes
- Trastornos delirantes inducidos
- Trastornos esquizoafectivos
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- Trastorno bipolar
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastornos depresivos graves recurrentes

Urgencia de Salud Mental: alteración del pensamiento, comportamiento o estado de ánimo que genera malestar inhabilitante al paciente o que pone en peligro su seguridad o la de los demás y como tal requiere de intervención inmediata.

Victimización secundaria o revictimización: La que sufre la víctima cuando, a consecuencia del delito, tiene que comparecer ante las y los profesionales sanitarios, policiales o judiciales, y que supone una nueva agresión (especialmente psicológica) no deliberada pero no por ello menos dañina en ocasiones que la victimización primaria (la sufrida por la víctima como resultado directo del acto delictivo). La victimización secundaria está íntimamente relacionada con la forma en la que las víctimas son atendidas en cada una de esas instancias, y se puede minimizar cuidando una serie de aspectos que suponen mejorar el trato, garantizar sus derechos, reducir el número de declaraciones y reconocimientos médicos/forenses al mínimo indispensable, acompañarlas y protegerlas o coordinar los servicios públicos y privados que intervienen, entre otros.

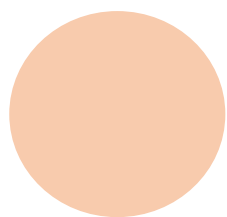
Violencia de género: Todo acto de violencia que sufre una mujer por el mero hecho de serlo que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.

Violencia doméstica, familiar o intrafamiliar: Violencia ejercida en el terreno de la convivencia asimilada o familiar, por parte de uno de los miembros contra otro, contra algunos de los demás o contra todos ellos. Por ejemplo, la violencia contra la infancia, la violencia contra las personas dependientes, violencia contra personas ancianas.

Violencia institucional: Las consecuencias en las mujeres de la falta de diligencia debida; que acontece tanto por la omisión y la inacción de los poderes públicos, como por la práctica contraria o perjudicial a los derechos de las mujeres, resultando en la victimización secundaria.

Violencia vicaria: Aquella que tiene como objetivo causar perjuicio o daño a las mujeres, y se ejerce sobre sus familiares o personas allegadas, fundamentalmente menores de edad (hijas e hijos), pero también sobre personas mayores, personas con discapacidad o en situación de dependencia, que estén bajo tutela o guarda y custodia de la mujer víctima y que convivan en el entorno violento.

Vulnerabilidad Química: Situación en la que una persona se aprovecha de la vulnerabilidad de otra (la víctima) que se halla en estado de inconsciencia a causa de alguna sustancia que ha consumido voluntariamente.



Anexos

Anexo 1. Referentes normativos y estratégicos en violencia de género

Anexo 2. Recursos para la atención a la violencia de género

Anexo 3. Recursos de entidades sociales

ANEXO 1. Referentes normativos y estratégicos en violencia de género

Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer (1993).	Aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, aporta la definición de violencia contra la mujer e identifica cuáles son los distintos tipos de violencia, concibiéndola, en coherencia con los instrumentos anteriores, en términos de violación de derechos humanos y libertades fundamentales.
Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica de 2011 (Convenio de Estambul).	<p>Es el primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer y violencia doméstica, y está considerado el tratado internacional más completo y de mayor alcance sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Reconoce la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y aborda la violencia contra las mujeres a través de medidas dirigidas a la prevención de la violencia, la protección a las víctimas y el enjuiciamiento de los autores.</p> <p>El Convenio contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada. Esto implica que los Estados deberán introducir en sus sistemas jurídicos y penales estos delitos.</p>
Estrategia para la Igualdad de Género 2020-2025.	<p>La Estrategia presenta actuaciones y objetivos políticos para avanzar de forma sustancial hacia una Europa con mayor igualdad de género de aquí a 2025. La meta es una Unión en la que las mujeres, los hombres, los niños y las niñas, en toda su diversidad, dispongan de libertad para seguir el camino que elijan en la vida, gocen de las mismas oportunidades para prosperar y puedan conformar y dirigir por igual la sociedad europea en la que vivimos.</p> <p>Los objetivos fundamentales son poner fin a la violencia de género, combatir los estereotipos de género, colmar las brechas de género en el mercado de trabajo, lograr la participación en pie de igualdad en los distintos sectores de la economía, abordar la brecha salarial y de pensiones entre hombres y mujeres, reducir la brecha de género en las responsabilidades asistenciales y alcanzar el equilibrio entre mujeres y hombres en la toma de decisiones y la actividad política</p>
Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.	Es la ley de referencia en el estado español. Tiene como finalidad dar un tratamiento integral a la violencia contra la mujer. Fue una ley pionera en Europa, introduciendo entre otras novedades Juzgados especializados en Violencia sobre la mujer y una Delegación Especial del Gobierno contra la

	<p>Violencia sobre la Mujer, y creando un sistema integral basado en 3 pilares: la prevención, la protección y recuperación de la víctima y la persecución del delito.</p>
<p>Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.</p>	<p>Ley de referencia en el estado español que garantiza la protección integral del derecho a la libertad sexual y la erradicación de todas las violencias sexuales.</p> <p>Esta Ley elimina la distinción entre abuso sexual y agresión sexual, de forma que desaparece el abuso y todo acto sexual sin consentimiento pasa a ser considerado una agresión. Para ello se establece un sistema progresivo de penas, proporcionales a la gravedad del delito.</p> <p>Se refuerzan las medidas de protección a las víctimas, que tendrán recursos a su disposición, aunque no presenten denuncia.</p> <p>Se establecen medidas de protección especial para las niñas y niños.</p>
<p>Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas 2022 – 2025.</p>	<p>Elaborada por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género que tiene como objetivo general proporcionar un marco de referencia para la acción pública en materia de prevención, sensibilización, atención y reparación integral de todas las violencias machistas, mejorando la respuesta institucional y ciudadana, para contribuir eficazmente a la erradicación de la violencia contra las mujeres en España.</p>
<p>Ley 7/2018, de 30 de julio, por la que se modifica la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.</p>	<p>Es la ley de referencia en la comunidad autónoma de Andalucía. La En 2018 se adaptó al Convenio de Estambul, ampliando el concepto de víctima, y tipifica diferentes formas y manifestaciones de violencia de género. Introduce y define el feminicidio y la violencia vicaria e incorpora el Observatorio Andaluz de la Violencia de Género.</p>
<p>Plan Estratégico para la igualdad de mujeres y hombres en Andalucía 2022-2028.</p>	<p>Tiene como finalidad establecer las directrices, los objetivos estratégicos y las líneas básicas de intervención que orientarán las actividades de los poderes públicos en Andalucía, en materia de igualdad entre mujeres y hombres, con el fin último de alcanzar la democracia paritaria y la plena incorporación de las mujeres en orden a superar cualquier discriminación social, política, económica o laboral.</p>

ANEXO 2. Recursos para la atención a la violencia de género

Es necesario que el personal de ámbito sanitario tenga conocimiento de los recursos y servicios públicos que le permitan facilitar información a la mujer. Además de los recursos a nivel nacional y autonómico, cada profesional conozca también los recursos específicos que hay disponibles a nivel provincial y municipal, y sus características, con el fin de facilitar su utilización.

Es importante tener en cuenta también que **la derivación a un recurso no debe ser entendida como el fin de la actuación**, y que el seguimiento de las mujeres en la consulta es esencial. La mujer debe estar atendida y estar en recursos de ámbito sanitario, recibiendo atención o asesoramiento externo desde los servicios especializados en violencia de género.

Emergencias



112 Servicio de Emergencias



091 Policía Nacional



062 Guardia Civil



016 Teléfono de la Delegación Especial del
Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer

900 116 016 (para personas con discapacidad auditiva y/o del habla)

Teléfono gratuito y confidencial de información y asesoramiento jurídico, las 24 horas del día y en diferentes idiomas.

Recursos de ámbito sanitario

Equipos de Atención a la Mujer y la Familia del Servicio Andaluz de Salud

Equipos multidisciplinares especializados en la atención integral a mujeres en situación de violencia de género y a las personas que dependen de ella. Incluyen profesionales de Enfermería, Psicología y Trabajo Social.

Provincia	Equipo	Teléfono	Correo electrónico
ALMERÍA	Distrito Almería	620566506	equipovgalmeria.dalm.sspa@juntadeandalucia.es
	Distrito Poniente	650376777 646215284 647702634	equipovgponiente.apa.sspa@juntadeandalucia.es
CÁDIZ	Distrito Bahía de Cádiz-La Janda	679920221	equipovgcadiz.dbcadlj.sspa@juntadeandalucia.es
	AGS Campo de Gibraltar	650967108	equipovgagscg.agscg.sspa@juntadeandalucia.es
CÓRDOBA	Distrito Córdoba-Guadalquivir	600148847	equipovgcordoba.dcorgua.sspa@juntadeandalucia.es
	AGS Córdoba Sur	682784185 689387284 682769449	equipovg.cordobasur.acors.sspa@juntadeandalucia.es
GRANADA	Distrito Granada Metropolitano	626877340	equipovg.granada.dgramet.sspa@juntadeandalucia.es
	Distrito Granada Sur	671538854	violenciagenero.agssgra.sspa@juntadeandalucia.es
HUELVA	Distrito Huelva Costa	671537563 629065109 648924849	equipovghuelva.dhuec.sspa@juntadeandalucia.es
	Distrito Condado Campiña	629581279	equipovgcondadoc.dcon.sspa@juntadeandalucia.es
JAÉN	Distrito Jaén	638565124	equipovg.djaen.sspa@juntadeandalucia.es
	Distrito Jaén Nordeste	679478700	equipovg.agsnejae.sspa@juntadeandalucia.es
MÁLAGA	Distrito Málaga-Guadalhorce	670945129	equipovgmalaga.dmal.sspa@juntadeandalucia.es

	Distrito Costa del Sol	699238666 629582597 669554697	equipovg.dcs.sspa@juntadeandalucia.es
SEVILLA	Distrito Sevilla	606559264	equipovgsevilla.dsev.sspa@juntadeandalucia.es
	Distrito Sevilla Norte	609245223 626924010 689918368	equipovgsevnorte.dsevn.sspa@juntadeandalucia.es

Red Andaluza de Formación contra el Maltrato a las Mujeres (Red Formma).

Esta Red se creó en el año 2008 por iniciativa de la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud. Su finalidad es formar al personal del SSPA para que preste la atención adecuada a las mujeres que están en situación de maltrato. Para cubrir ese objetivo, la Red está constituida por un grupo de profesionales que se encargan de impartir la formación en todo el territorio andaluz.

<https://www.redformma.org/>

Comisión de Coordinación y Colaboración en Materia de Violencia de Género en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Órgano colegiado de carácter decisorio para la gestión y coordinación de las actuaciones e iniciativas de prevención e intervención en materia de violencia de género en el SSPA.

Funciones:

- a) Desarrollar las líneas estratégicas sanitarias contenidas en el Pacto de Estado contra la Violencia de Género en el ámbito del SSPA.
- b) Detección de nuevas necesidades e iniciativas de atención relativas a la violencia de género que surjan en los diferentes ámbitos territoriales del SSPA.
- c) Elaboración de propuestas de proyectos para el desarrollo de las líneas estratégicas relacionadas con la violencia de género en el SSPA.
- d) Revisión anual de las iniciativas en el ámbito de la violencia de género en el SSPA.
- e) Coordinar los proyectos y recursos utilizados para el desarrollo de las líneas estratégicas relacionadas con la violencia de género en el SSPA.
- f) Elaboración y propuesta de protocolos del ámbito sanitario en materia de violencia de género.

Además, en cada Delegación Territorial de Salud se ha creado un Comité Territorial, como grupo de trabajo de carácter técnico de la Comisión, que tiene por objeto realizar estudios y análisis sobre las actuaciones o materias que le sean encomendadas por la misma, dentro de su ámbito territorial.

Recursos de información, asesoramiento y atención integral a mujeres en Andalucía.

Estos recursos prestan servicios de carácter gratuito sobre los recursos existentes y el acceso a los mismos: información y asesoramiento, asistencia legal y psicológica, gestión de la atención y acogida de urgencia (Centros de emergencia), y recuperación integral.

Teléfono de información del Instituto Andaluz de la Mujer



900 200 999

Teléfono gratuito y confidencial de información, atendido por profesionales las 24 horas del día. En este recurso se ofrece:

- Información sobre derechos.
- Asesoramiento jurídico a la hora de iniciar o seguir los trámites policiales o judiciales.
- Solicitud de designación de profesionales del Turno de oficio especializado en violencia de género cuando se carecen de recursos económicos.
- Activación de la acogida en un centro de emergencia para garantizar la protección y seguridad de la mujer si no puede volver a su domicilio, previa valoración de los Centros Provinciales del IAM. No es un recurso para mujeres con TMG o un trastorno no tratado con comportamiento normalizado.
- A través de este teléfono también se accede al Servicio de Atención Inmediata a Mujeres en caso de Agresiones Sexuales.

Centros Provinciales del Instituto Andaluz de la Mujer

Estos centros ofrecen información sobre los derechos de las mujeres y proporcionan atención y asesoramiento en distintas materias. A través de ellos se accede, además:

- **A recursos de acogida:** centros de emergencia (acogida inmediata para garantizar la protección y la seguridad de la mujer sin TMG o consumo activo de sustancias adictivas y de sus hijas e hijos), casas de acogida y pisos tutelados.
- **A Asesoramiento Jurídico y al Servicio de Asistencia jurídica**, gestionado en colaboración con la Asociación de Juristas Themis.
- **Al Servicio de Atención psicológica grupal.**
- **Al Servicio de Atención a mujeres víctimas de violencia sexual y/o agresión sexual.**
- **Al Servicio de atención psicológica a hijas e hijos de mujeres.**

Provincia	Dirección	Teléfono	Correo electrónico
ALMERÍA	Paseo de la Caridad, 125	950 006 650	c.mujer.almeria.iam@juntadeandalucia.es
CÁDIZ	Isabel la Católica, 13	956 007 300	c.mujer.cadiz.iam@juntadeandalucia.es
CÓRDOBA	Avda. de las Ollerías, 48	957 003 400	c.mujer.cordoba.iam@juntadeandalucia.es
GRANADA	San Matías, 17	958 025 800	c.mujer.granada.iam@juntadeandalucia.es
HUELVA	Rico, 26	959 005 650	c.mujer.huelva.iam@juntadeandalucia.es
JAÉN	Hurtado, 4	953 003 300	c.mujer.jaen.iam@juntadeandalucia.es
MÁLAGA	San Jacinto, 7	951 040 847	c.mujer.malaga.iam@juntadeandalucia.es
SEVILLA	Alfonso XII, 52	955 034 944	c.mujer.sevilla.iam@juntadeandalucia.es



[Consultar información aquí](#)

Centros Municipales de Información a la Mujer

La mayoría de los Centros de Información a la Mujer, son centros fruto de la colaboración del Instituto Andaluz de la Mujer con los ayuntamientos andaluces. Estos Centros, desde los que se articula una intervención global dirigida a las mujeres, ofrecen información, atención y asesoramiento en políticas de igualdad y el fomento de la participación.

Además, se realizan programas específicos de desarrollo personal, educativo y de salud, así como de orientación profesional y laboral.

Andalucía dispone actualmente de 174 Centros Municipales de Información a la Mujer, repartidos por toda la Comunidad Autónoma, de manera que las mujeres dispongan de este recurso de la forma más cercana.

También existen en otros municipios los Puntos de Información a la Mujer (PIM) y centros de información a la mujer denominados de distintas formas: Centro de Atención a la Mujer (CAM), Servicio de la Mujer (SM), Centro Municipal de Atención a la Mujer (CMAM), Oficina Municipal de Información a la Mujer (OMIM), Gabinete de Asesoramiento a la Mujer (GAM), Negociado de Mujer en Especial Dificultad (NMED), Servicio de Políticas de Igualdad de Género (SPIG).

Los CMIM suelen tener distinto horario de atención según el municipio y el perfil profesional que preste la demanda (información, asesoría jurídica, atención psicológica...), por lo que se recomienda recabar dicha información antes de derivar al recurso específico.



[Consultar información aquí](#)

Recursos para la atención a menores víctimas de violencia de género (IAM)

El Instituto Andaluz de la mujer ofrece diferentes recursos y programas para la atención de los hijos/as de mujeres víctimas de Violencia de género. Dichos programas en la actualidad son gestionados por las profesionales de la Asociación Acción Social por la Igualdad.

Para acceder a estos servicios, es necesario dirigirse a los Centros Municipales o provinciales de Información a la Mujer, donde se realizarán las atenciones y derivaciones pertinentes.

Programa de atención psicológica a hijas e hijos de mujeres víctimas de violencia de género.

Pretende dar una respuesta especializada e integral a cada caso, sirviéndose para ello de la atención y terapia psicológica individual dirigida a los/as menores más la orientación y asesoramiento a sus madres (todos/as víctimas de violencia de género). El servicio atiende a dos grupos de edad:

- Atención a hijas e hijos entre 6 y 17 años.
- Atención a hijas e hijos entre 0 y 5 años. Incluye atención perinatal, a las madres, durante su embarazo.

Talleres de acompañamiento emocional a niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género.

Pretende capacitar a las madres para que se constituyan en figuras de apego seguro, de apoyo y de protección ante la exposición a la violencia que han sufrido tanto ellas como sus hijas e hijos. Promueve un espacio en el que se favorezca su recuperación y sus habilidades para el acompañamiento emocional a niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia de género y con ello se mejore su bienestar físico, psicológico y social.

Servicio de apoyo psicológico en crisis para hijas e hijos de mujeres víctimas mortales de la violencia de género.

Pretende favorecer la recuperación emocional de las hijas e hijos de mujeres víctimas asesinadas por violencia de género, constituyéndose como un recurso de intervención temprana e integral, con perspectiva de género. Ofrece apoyo psicológico en crisis para intentar minimizar los efectos que produzcan en el/la menor la muerte de su madre en manos de su padre.

Recursos y servicios del ámbito de la Seguridad

Equipos de Mujer y Menor de la Guardia Civil (EMUME)

Son equipos de Policía Judicial de la Guardia Civil especializados en hechos delictivos en los que se encuentran implicados mujeres y menores, tanto en calidad de víctimas como de autores.

Están compuestos por guardias civiles con la formación necesaria para tratar de manera adecuada estos delitos.

Directorio telefónico de Equipos de Mujer y Menor de la Guardia Civil

Provincia	Teléfono
ALMERÍA	950 256 122 Extensión 5166
CÁDIZ	956 292 544 Extensión 544
ALGECIRAS	956 587 610 Extensión 279
CÓRDOBA	957 414 111 Extensión 2283
GRANADA	958 185 400 Extensión 469
HUELVA	959 241 900 Extensión 245278
JAÉN	953 250 340 Extensión 1281
MÁLAGA	952 071 520 Extensión 1536/1532
SEVILLA	954 939 700 Ext. 240



[Consultar información aquí](#)

Unidades de Atención a la Familia y a la Mujer del Cuerpo Nacional de Policía (UFAM)

Son unidades policiales especializadas en la prevención y la investigación de las infracciones penales sobre violencia de género, doméstica y sexual. Constituyen un servicio de policial integral en el ámbito de la familia y mujer a nivel nacional.

Cuentan con personal especializado con capacidad para atender, escuchar y comprender a todas las víctimas.

Directorio telefónico de Unidades de Atención a la Familia y a la Mujer

Provincia	Ciudad	Teléfono
ALMERÍA	Almería	950 62 30 40
	El Ejido	950 480 706
CÁDIZ	La Línea de la Concepción	956 297 525
	Puerto de Santa María	956 541 499
	Rota	956 843 004
	San Fernando	956 882 020
	Sanlúcar	956 385 325
CÓRDOBA	Córdoba	957 594 500
	Lucena-Cabra	957 500 203
GRANADA	Granada	958 808 000
	Baza	958 700 700
	Motril	958 834 875
HUELVA	Huelva	959 541 950
JAÉN	Jaén	953 295 117
	Andújar	953 503 140
	Linares	953 606 068
	Úbeda	953 796 180
MÁLAGA	Málaga	952 046 200
	Antequera	952 706 350
	Estepona	952 798 300
	Fuengirola	952 197 090
	Marbella	952 762 600
	Ronda	952 161 220
	Torremolinos-Benalmádena	952 378 720
Vélez-Málaga	952 965 100	

SEVILLA	Sevilla	954 289 300
	Alcalá de Guadaira	955 698 888
	Camas	955 982 791
	Coria del Río	954 770 500
	Dos Hermanas	955 675 850
	Écija	955 905 550
	Morón de la Frontera	954 850 102
	San Juan de Aznalfarache	954 179 160



[Consultar información aquí](#)

Recursos y servicios del ámbito de la Justicia

Servicio de Atención a la Víctima de Andalucía (SAVA)

El SAVA es un servicio de carácter público, de ámbito andaluz, universal y gratuito, integrado por recursos, funciones y actividades, bajo la dirección y coordinación de la Consejería de Justicia, Administración local y Función Pública, dirigido a informar, asesorar, proteger y apoyar a las víctimas de delitos, así como a reducir y evitar los efectos de la victimización secundaria, acercando la justicia a la ciudadanía.

Información, asesoramiento, protección y apoyo a todas aquellas personas que hayan sido víctimas o perjudicadas por la comisión de cualquier delito o falta.

Su objetivo es dar una atención integral y coordinada basada en la igualdad de género, dando respuesta a sus necesidades en los ámbitos jurídico, psicológico y social, mediante profesionales especializados en dichas materias.

Directorio telefónico del Servicio de Atención a la Víctima de Andalucía

Provincia	Teléfono
ALMERÍA	600159311/10
CÁDIZ	600159056/57
CAMPO DE GIBRALTAR	662978532/33
CÓRDOBA	662 97 86 05
GRANADA	957744012/15
HUELVA	600156393/94
JAÉN	662 97 91 67 /76
MÁLAGA	959 10 68 81 /88
SEVILLA	662 97 57 19 /69 /68 /20



[Consultar información aquí](#)

Juzgados de Violencia sobre la Mujer

Juzgados exclusivos y especializados en violencia de género, que tienen la competencia para adoptar las medidas cautelares necesarias para la protección de la mujer y las personas que de ella dependan, y conocer las causas civiles y penales en materia de violencia sobre la mujer, acordando las medidas judiciales que estimen adecuadas. Y derivan a las Unidades de valoración integral de la violencia para la valoración forense del grupo familiar.

Directorio telefónico de Juzgados de Violencia sobre la Mujer

Ciudad	Juzgado	Teléfono
ALMERÍA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Almería 1	950809094 / 950809095
CÁDIZ	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Cádiz 1	956065057 / 956101058
Algeciras	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Algeciras 1	956061922 / 956061923
Jerez de la Frontera	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Jerez de la Fra. 1	956104091 / 956104097
CÓRDOBA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Córdoba 1	957743012 / 957740087
GRANADA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Granada 1	958059273 / 958059271
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Granada 2	958059280 / 958059255
HUELVA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Huelva 1	959106633 / 959106776
JAÉN	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Jaén 1	953331364 / 953331369
MÁLAGA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Málaga 1	951939057
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Málaga 2	951939058
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Málaga 3	951939059
Fuengirola	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Fuengirola 1	951774009
Marbella	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Marbella 1	952913274
SEVILLA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 1	955515208 / 955515239
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 2	955515206 / 955515214
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 3	955512226 / 955515273
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 4	955514347 / 955514381



[Consultar información aquí](#)

Fiscalías de las Secciones contra la Violencia sobre la Mujer

Intervienen en el procedimiento penal en los Juzgados de violencia sobre la mujer, coordinando actuaciones con otras instituciones para la investigación e instrucción del caso, valorando la situación y emitiendo informes.

Directorio de titulares y teléfonos de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer

Provincia	Teléfono
ALMERÍA	950 03 72 45
CÁDIZ	956 90 22 53
CÓRDOBA	697 954 102
GRANADA	662 97 92 50
HUELVA	662 97 57 24
JAÉN	662 978 836
MÁLAGA	951 938 395
SEVILLA	954 787 911



Institutos de Medicina Legal (Unidades de Valoración de Violencia de Género)

Son órganos cuya misión es auxiliar a los Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil mediante la práctica de pruebas periciales médicas, tanto tanatológicas como clínicas y de laboratorio, así como realizar actividades de docencia e investigación relacionadas con la medicina forense.

Dentro de los Institutos de Medicina Legal se crean, en virtud de la disposición adicional segunda de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género como unidades de actuación especializada para dar una respuesta global a este tipo de violencia mediante las siguientes actuaciones:

- Valoración integral de los efectos de la violencia física, psíquica y sexual en las mujeres víctimas de violencia de género.
- Valoración de los efectos de la exposición a la violencia y de las agresiones sufridas por los hijos y las hijas y menores a su cargo.
- Valoración de la incidencia, la peligrosidad objetiva y el riesgo de reincidencia del agresor.
- Valoración relativa a los procedimientos civiles que afecten a las víctimas de violencia de género contemplados en la legislación vigente.

Directorio telefónico de Unidades de Valoración de Violencia de Género (IML)

Provincia	Teléfono
ALMERÍA	950004837
CÁDIZ	956203146
CÓRDOBA	957002600
GRANADA	958028824
HUELVA	959018876
JAÉN	953006700
MÁLAGA	951035443
SEVILLA	955043532



[Consultar información aquí](#)

ANEXO 3. Recursos de entidades sociales

Federación Salud Mental Andalucía

La Federación dispone de un servicio de orientación, información y asesoramiento a la salud mental en el que ofrecen información, orientación y/o asesoramiento legal en el ámbito de la salud mental para personas con trastorno mental, familiares, profesionales y sociedad en general.

El servicio se atiende de forma personal, telefónica o por correo electrónico, siempre con cita previa, por vía telefónica llamando al 954238781 o a través de un formulario disponible en su web: <https://saludmentalandalucia.org/programas-servicios-salud-mental/>

Además, las asociaciones federadas tienen grupos de apoyo mutuo de mujeres con problemas de salud mental.



[Consultar el directorio de asociaciones federadas aquí](#)

80

Servicio de apoyo y orientación jurídica de la Fundación CERMI Mujeres

Ofrece información de los servicios y recursos que en materia de violencia hay disponibles garantizando su plena accesibilidad.

Número de teléfono: 915 90 73 61

Correo electrónico: noestasola@fundacioncermimujeres.es

