



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

AUTORES:

Coordinación del Programa:

Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (UCOSAM)

Dña. Gema Vitos Sánchez.

Dña. Purificación E. Saavedra Pose.

Dña. Carmen Solís Sánchez

Programa de Atención Psicosocial a la Mujer (Red de Salud Mental, SESPA)

Dña. Verónica Castrillo López

Dña. María Fernández López

Dña. Lorena García Quintáns

Dña. M^a Luisa García Solar

REVISORES: Directores AGC Salud Mental

D. Pedro Caunedo Riesco

Dña. Susana García Tardón

D. Juan José Martínez Jambrina

Dña. Beatriz Camporro Rocés

D. Hilario García Prada

D. Luis Bastida Rivas

D. Sergio Ocio León

D. Celso Iglesias García



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Marco conceptual de la Violencia de Género**
- 1.2. La magnitud de la Violencia de Género**
- 1.3. El impacto de la Violencia de Género en la salud de las mujeres**
- 1.4. La psicoterapia en mujeres víctimas de Violencia de Género**

2. LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL SISTEMA SANITARIO

La atención a la Violencia de Géneros en el ámbito sanitario asturiano

3. LA ASISTENCIA EN LA RED DE SALUD MENTAL DEL SESPA. PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

- 3.1. Origen y evolución**
- 3.2. Justificación y Objetivos**
- 3.3. Población diana**

4. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

- 4.1. Derivación**
- 4.2. Equipo de trabajo**
- 4.3. Desarrollo del programa**
 - 4.3.1. Acogida
 - 4.3.2. Evaluación, valoración clínica y diagnóstica
 - 4.3.3. Intervención
- 4.4. Coordinación con otros recursos.**
- 4.5. Docencia y Formación**

5. INDICADORES

6. BIBLIOGRAFÍA

7. ANEXOS

ANEXO I. Datos asistenciales 2006-2018

ANEXO II. Formulario de derivación

ANEXO III. Formularios HCE

ANEXO IV. Algoritmo Programa de Atención Psicosocial a la Mujer

ANEXO V. Restricción de acceso información SELENE



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

1. INTRODUCCIÓN

La Violencia de Género se ha configurado como uno de los problemas más relevantes a los que se enfrenta la sociedad actual, tanto por la magnitud del fenómeno como por la gravedad de las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo, hasta el punto de ser considerada un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1996. Su alta incidencia y la gravedad de sus consecuencias, a nivel físico, psicológico y social, implica que la violencia de género constituya una violación de los derechos humanos.

1.1. Marco conceptual de la Violencia de Género

La naturalización de la violencia de género permitió su invisibilidad durante muchas décadas. No se reconocía como un fenómeno social sino como un fenómeno vinculado a las relaciones afectivas en las que ni el Estado ni la sociedad debían intervenir (Rivas-Diez, 2014).

La violencia específica hacia las mujeres es la manifestación extrema de la desigualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo, no será hasta finales de la década de los setenta y principios de los ochenta cuando se producen los primeros avances en materia de violencia de género. El *Decenio de Naciones Unidas para las Mujeres*, que tuvo lugar durante los años 1975-1985, contribuye a la visibilidad de este problema (Naciones Unidas, 1985).

La *Conferencia Mundial de Derechos Humanos*, celebrada en Viena en 1993, donde se aprueba la *Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (Declaración 48/104; Naciones Unidas, 1994), define la **Violencia de Género** como: "... todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene como resultado, posible o real, un daño físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada". Esta definición marca un hito histórico por tres razones fundamentales: (1) porque reconoce que este tipo de



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

violencia supone una violación de los derechos y libertades fundamentales, (2) porque incluye tanto la violencia física, psicológica o sexual como las amenazas y (3) porque señala que está basada en el género, de tal forma que el factor de riesgo para sufrirla es el hecho de ser mujer (Heyzer, 2000).

En España, la respuesta legal encaminada a la erradicación de la violencia de género se materializa en la **Ley Orgánica 1/2004** (de 28 de diciembre) **de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**. El objeto de la Ley se desplaza desde la violencia familiar o violencia doméstica a la violencia de género, esto es a *"la violencia que, como manifestación de la discriminación, las situaciones de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia"*.

Dicha Ley conceptualiza la violencia de género como *"una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión"*. Por lo tanto, englobaría todas las formas de violencia dirigidas hacia las mujeres, con el objeto de mantener o aumentar la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

1.2. La magnitud de la Violencia de Género

Se estima que el **35% de las mujeres** de todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental o violencia sexual por parte de otra persona (no incluyen el acoso sexual) **en algún momento de sus vidas**. Sin embargo, algunos estudios elevan esta cifra hasta el 70% (OMS, 2013)



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

En **España**¹; el **12,5%** de mujeres refiere haber sufrido algún episodio de **violencia de género**, habiéndose incrementado la incidencia de la violencia de control entre las mujeres menores de 24 años (21%), cifra muy superior a la media de mujeres de cualquier edad. Asimismo, el **8,1%** de las mujeres encuestadas refirió haber sufrido **violencia sexual** en algún momento de su vida.

En **Asturias**² el **10%** de las mujeres mayores de 14 años refieren haber sufrido malos tratos.

Las estadísticas oficiales en España sólo contabilizan las mujeres asesinadas por sus parejas o ex parejas desde 2003. En este período (hasta 31 de diciembre de 2018) 976 mujeres han sido asesinadas a manos de sus parejas o exparejas. Las mujeres violadas, prostitutas agredidas y familiares, amigos o testigos de una víctima directa de violencia machista que resultan heridos o muertos no aparecen en las mismas.

En relación a la situación de los y las **menores víctimas de violencia de género**³, desde 2013 (año en que empiezan a contabilizarse), hasta el 30 de abril de 2018; 27 menores han sido asesinados, y otras 336 personas quedaron huérfanas por VG, de las que 196 eran menores y 27 mayores de edad que compartían vivienda con su madre.

Desde la aprobación en **2017 del Pacto de Estado contra la Violencia de Género**, el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo

¹ **LA MACROENCUESTA ESPAÑOLA 2015** (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, en colaboración con Centro de Investigaciones Sociológicas) realizada a 10.171 mujeres entre 16 y 65 años. Cinco bloques de preguntas para los siguientes tipos de violencia: Violencia psicológica de control, Violencia psicológica emocional, Violencia económica, Violencia física y Violencia sexual.

² **IV Encuesta de Salud para Asturias.** Investigación de periodicidad quinquenal que permite conocer la salud de la población y evaluar las actuaciones en materia sanitaria

³ En 2015, se modifica la **Ley del Menor** y se incluye a los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género como víctimas



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

General del Poder Judicial comenzará a computar todos los delitos que cometen los hombres contra las mujeres por el hecho de serlo.

Según la Macroencuesta Española (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015) las mujeres que han sufrido violencia de género alguna vez:

- Padecen dolencias en mayor proporción que las mujeres que nunca la han sufrido.
- Disponen de poco tiempo para ellas y poca red social (factores de protección contra la violencia).
- Dedicar menos tiempo a cuidarse y comparten menos las tareas domésticas.
- El recurso más valorado por ellas es el apoyo psicológico, seguido de ayudas económicas y por último estaría la asistencia jurídica.
- El 48% de las mujeres víctimas de violencia de género encuestadas NO han utilizado los Servicios de Ayuda y el 12,4% han contado su situación por primera vez a la entrevistadora.
- El 30% NO denuncia por miedo o vergüenza.
- Cerca de un 16% se ve obligada a denunciar después de romper la relación.
- El 21% de las mujeres retira la denuncia por expectativas de cambio en el agresor.
- El 27% de las mujeres víctimas de violencia de género continúa la relación después de denunciar.
- Permanecen en la relación de maltrato entre 6 y 11 años.
- Existe mayor vulnerabilidad a la violencia de género en población inmigrante, en personas mayores y en personas que presentan alguna discapacidad.

1.3. El impacto de la Violencia de Género en la salud de las mujeres.

La experiencia de ser víctima de violencia física, psicológica y/o sexual por parte de la pareja supone vivir, en la mayoría de los casos, una situación estresante y traumática de larga evolución, que tiene un impacto negativo en el estado general de salud, en la salud física y en la salud mental de las mujeres (Bonomi, Anderson,



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

Cannon, Slesnick y Rodríguez, 2009; Howard, Trevillion y Davies, 2010), disminuyendo su calidad de vida (Alsaker, Moen, Nortvedt y Baste, 2006).

Diversos estudios han puesto de manifiesto que las secuelas físicas y psicológicas del maltrato persisten a pesar del tiempo, aun cuando hayan terminado la relación de violencia y rehecho su vida de pareja (Campbell y Lewandowski, 1997; Ellsberg et al., 2008). Lo mismo sucede con las agresiones sexuales, que pueden dejar huellas devastadoras y secuelas imborrables (Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

Según el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002), las principales consecuencias del maltrato en la salud de las mujeres se resumen en **físicas** (lesiones abdominales y torácicas, hematomas y contusiones, fracturas, laceraciones y abrasiones, trastornos gastrointestinales, síndrome de colon irritable, síndrome de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, lesiones oculares, reducción de las funciones físicas, salud autopercebida deficiente), **psicológicas y del comportamiento** (depresión, ansiedad, fobias y trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, baja autoestima, consumo de alcohol y drogas, conductas suicidas y autodestructivas, trastornos de sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, trastornos psicósomáticos, trastornos alimentarios, inactividad física, comportamientos sexuales de riesgo), **sexuales y reproductivos** (trastornos ginecológicos, disfunciones sexuales, embarazo no deseado, complicaciones en el embarazo, más abortos y abortos no seguros, hijos/as con bajo peso al nacer, infertilidad, trastornos de inflamación pélvica, enfermedades de transmisión sexual) y **mortales** (mortalidad relacionada con el sida, mortalidad maternal, suicidio, homicidio).

Las investigaciones señalan una elevada incidencia de **trastornos mentales** en mujeres víctimas de violencia de género; aproximadamente un 60% presenta patología psíquica (García Estevel, 2007). Entre los problemas mentales más frecuentes destacan la **depresión** (Coker et al., 2002; Golding, 1999; Naim, 2012), que tiende a cronificarse en la mitad de los casos; la **ansiedad** y el trastorno de **estrés postraumático** (Amor et al., 2002; Dutton et al., 2006) que afecta a un 33-



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

64% de víctimas; el **abuso de alcohol y otras drogas** con una prevalencia cinco veces superior a la población general de mujeres (Breiding, Black y Ryan, 2008; Cheng, 2012), la **ideación** y los **intentos de suicidio** (Ellsberg et al., 2008; Golding, 1999), **alteraciones en el patrón alimentario** (Campbell et al., 2002), la **baja autoestima** (Amor et al., 2002), y **alteraciones del sueño** (Kelly, 2010).

Por otra parte, las experiencias traumáticas que sufren las mujeres víctimas de violencia de género pueden tener efecto en el desarrollo y estructura de la **personalidad**. Existen una serie de cuadros clínicos que aparecen en un determinado momento en personas que hasta ese momento no presentaban psicopatología previa en su personalidad y que surgen como respuesta a situaciones estresantes o traumáticas específicas (American Psychiatric Association, 2000). La CIE-10 denomina a estos cambios *transformaciones de la personalidad*.

1.4. La psicoterapia en las mujeres víctimas de Violencia de Género

Existe un consenso respecto a las principales directrices en el tratamiento de la violencia de género:

- La evaluación clínica debe contemplar el análisis de las consecuencias del maltrato en cada mujer, los síntomas que presenta, sus estilos de afrontamiento y sus patrones relacionales.
- Las intervenciones psicoterapéuticas deben tratar los síntomas sin olvidar la dimensión psicosocial, teniendo en cuenta aspectos como la integración en el mundo laboral, mejora de la autonomía, capacidad de resolución de problemas o adaptación a la vida cotidiana.
- Se deben realizar intervenciones específicas según la etapa en la que la mujer maltratada se encuentre y teniendo en consideración el tipo de violencia sufrido por la mujer (especialmente en casos de agresión sexual).
- Las intervenciones son más efectivas cuando ayudan a las mujeres a restituir la confianza en sus criterios, retomar el control sobre sus vidas y reconstruir su proyecto vital.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

- Son precisas intervenciones que faciliten la elaboración de las experiencias traumáticas provocadas por la violencia abordando la sintomatología más prevalente y generando contextos de seguridad y protección (Navarro Góngora, 2015) articulados con ellas mismas que complementen a los articulados por los organismos públicos
- Las intervenciones son más efectivas si son intensas y continuadas en el tiempo (Navarro Góngora, 2015).
- Se requiere de un seguimiento a largo plazo de las diferentes intervenciones así como que éstas vayan dirigidas a mujeres de diferentes entornos o características sociales y en distintos contextos.

Asimismo, existen tratamientos psicoterapéuticos protocolizados que tienen en común ser intervenciones breves, en grupo, generalmente ambulatorias, con uno o dos terapeutas (Echeburúa y Corral, 1998). Éstos tienen como objetivo, por un lado, la mejora de los niveles de salud física y psicológica y, por otro, la readaptación de las mujeres a su ámbito de vida cotidiano.

En el caso de víctimas de violencia sexual, el tratamiento debe hacerse con apoyo de un equipo interdisciplinar, especialmente por el riesgo de desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático, dada la complejidad de sus manifestaciones y la gravedad de su impacto (Vallejo y Córdoba, 2012).

Según la Asociación de Psiquiatría Americana (1999) las intervenciones terapéuticas resultan útiles y son fundamentales. No obstante, es necesaria investigación en diferentes niveles de atención, con diferentes poblaciones y trayectorias vitales, y atendiendo a factores contextuales como clase social, etnia o edad. Son también precisas evaluaciones sobre la eficiencia de los programas de intervención.

En cualquier caso, a la vista de la elevada prevalencia de secuelas psíquicas en estas mujeres, resulta especialmente relevante la especialización clínica para abordar los procesos de recuperación emocional de las víctimas.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

2. LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL SISTEMA SANITARIO

La violencia contra las mujeres es un **problema de salud pública** que afecta a su salud física y psicológica y que tiene consecuencias sobre quien la sufre, sus hijos e hijas, sus familiares y personas cercanas; y de forma indirecta sobre el conjunto de la sociedad (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2016).

La **Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)** incluye desde 2006⁴ *la detección, diagnóstico y atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en la especializada*, planteándose como objetivo la restitución de la salud y su recuperación integral.

En las directrices del "**Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género**"⁵, se contempla la *prevención, atención, diagnóstico temprano y seguimiento*. Respecto a la atención y seguimiento de las agresiones sexuales, el protocolo señala que *"Las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren ayuda. Es importante derivar con carácter preferente a la mujer a una consulta de psiquiatría o psicología o a Equipos de Atención psicológica a víctimas de agresiones sexuales"*.

El **Ministerio de Sanidad** crea en julio de 2007, en cumplimiento de la Ley Orgánica 1/2004, un **Registro de Casos de Violencia de Género** detectados por el Sistema Nacional de Salud, a través de una recogida anual sistematizada de Indicadores Comunes⁶, que permiten conocer su magnitud, la detección por nivel de asistencia (primaria o especializada); las características del maltrato (tipo, duración y relación

⁴ Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del SNS y el procedimiento para su actualización

⁵ Aprobado por la Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial (Administración central y Comunidades Autónomas) del SNS en el año 2007 y actualizado en 2012

⁶ Indicadores consensuados en la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

de convivencia con el maltratador); las características personales de la mujer maltratada (edad, nacionalidad, situación laboral, embarazo, discapacidad); tipo de atención recibida (información y apoyo de recursos socio-sanitarios; valoración de riesgo; plan de seguridad); casos derivados a Atención Primaria, a Atención Especializada y Atención Social.

La Violencia de Género en el ámbito sanitario asturiano

En Asturias, el primer **Protocolo de Asistencia Sanitaria a las Víctimas de Violencia de Género** se aprueba en el año 2003. Es revisado en 2007 y completamente actualizado en 2016⁷, incorporándose la necesidad de detección y valoración en hijos e hijas de las mujeres que sufren violencia, las actuaciones específicas en casos de Agresión Sexual y la Atención Psicosocial especializada en las Áreas Sanitarias.

El "**Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia (2016)**"⁸, recoge que "*La atención psicológica especializada, forma parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y se presta de manera efectiva a través de la red de servicios de Salud Mental*". Asimismo, establece que "*para la atención psicosocial a las víctimas de violencia de género existen profesionales de referencia designados en todas las Áreas Sanitarias con el fin de garantizar la proximidad del servicio y la asistencia psicológica con una adecuada especialización*"; contemplándose las relaciones de cooperación necesarias con los recursos sociales y de rehabilitación psicosocial disponibles.

Respecto a las agresiones sexuales, el documento sigue la línea del Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012), recomendando la derivación preferente de la mujer a una consulta de psiquiatría o psicología.

⁷ Adaptada al Protocolo Común del Ministerio de 2012

⁸ De aplicación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios de Urgencias y Servicios de Salud Mental, así como otros dispositivos públicos o privados donde profesionales sanitarios asistan a mujeres que sufren maltrato



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

Señala, además, que los *Servicios de Salud Mental* dispondrán de los formularios de evaluación y registro de información en la Historia Clínica electrónica.

En los **registros sanitarios** sobre la incidencia de la violencia de género en los servicios de salud, se recoge datos de mujeres mayores de 14 años (se excluye la edad pediátrica) que demandan atención sanitaria por causa del maltrato.

- Los Partes de Lesiones (PL) remitidos al Juzgado,
- La Historia Clínica electrónica de AP (OMI), donde debe registrarse la sospecha y la actuación realizada (códigos Z12 y Z25),
- Historia Clínica electrónica de Atención Especializada (SELENE y MILENIUM), donde se registran los diagnósticos relacionados con la violencia de género, (códigos Y05, Y07, T74, T76 y Z91) y el Formulario de Atención Psicosocial, dentro del Programa de Salud Mental denominado Atención Psicosocial a la Mujer.

Desde el Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados de la Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), se realiza un cruce de datos procedentes estas fuentes y los datos resultantes son enviados al Ministerio para formar parte de la recogida sistematizada de indicadores comunes del SNS. Casos detectados de Violencia de Género.

Con el objetivo de formar al mayor número de profesionales posibles y mejorar la práctica asistencial, en 2007 se publica la **Guía Didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en Atención Primaria**.

En el **Protocolo Interdepartamental para mejora la atención a las mujeres víctimas de Violencia de Género en el Principado de Asturias**⁹, (actualizado en 2015), se establecen los procedimientos de atención a las víctimas en cinco ámbitos

⁹ El Protocolo Interdepartamental (2007) organiza la relación entre los distintos dispositivos que forman parte de la red de atención integral a las mujeres víctimas de violencia de género en Asturias: Sanitario, Judicial, Igualdad de Oportunidades, Sociolaboral, Servicios Sociales. Establece también el procedimiento de coordinación entre la Administración del Principado de Asturias, el Consejo General del Poder Judicial, la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, los Colegios de Abogados de Oviedo y Gijón.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

que se interrelacionan de manera complementaria para asegurar una atención integral: Sanitario, Judicial, Igualdad de Oportunidades, Sociolaboral y Servicios Sociales.

Dentro del ámbito sanitario, el protocolo interdepartamental, especifica que *"la atención psicosocial a las víctimas de la violencia de género es una prestación especializada que se realiza en los Servicios de Salud Mental, adscritos al SESPA en todo el territorio del Principado de Asturias"*.

En 2017 se actualiza la **Guía de Atención Sanitaria para la Atención al Maltrato Infantil¹⁰** (Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, familia y adolescencia, 2017) para adecuarla a las nuevas disposiciones legales (L.O. 8/2015 de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia), que reconocen como víctimas a los **menores expuestos a violencia de género**, recomendando la valoración de las repercusiones en su estado de salud.

En 2018, el **Protocolo contra la Violencia Sexual del Principado de Asturias** (Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, 2018) incluye medidas de actuación primaria, secundaria y terciaria articuladas en un sistema integral de respuesta preventiva y atención. Este documento, señala la necesidad de *que "en cualquier punto del recorrido institucional en el que se produzca el desvelamiento del abuso sexual debe realizarse una intervención de mínimo daño seguida de derivación"*. Y desde la asistencia especializada en SM atender a los eventos traumatizantes en la historia vital de la mujer relacionados con la violencia sexual que puedan estar en el origen del sufrimiento psicológico que presenta.

El **Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021** (Consejería de Servicios y derechos Sociales, 2019) contempla entre las medidas para la atención a mujeres que sufren violencia de género (línea estratégica 5.1.6) la de "Fortalecer la atención psicológica especializada y la rehabilitación psicosocial de las víctimas de violencia de género desde el sistema sanitario y de servicios sociales.

¹⁰ Guía de Atención Sanitaria para la Atención al Maltrato Infantil. Publicada inicialmente en 2006



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

3. LA ASISTENCIA EN LA RED DE SALUD MENTAL DEL SESPA. PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

El Programa de Atención Psicosocial a la Mujer, se enmarca en el ámbito de la atención psicológica especializada a la salud mental de las mujeres que sufren o han sufrido procesos de violencia de género y agresión sexual, tal como viene descrita en las disposiciones legales y protocolos anteriormente expuestos. Se encuentra dentro de las prestaciones de la Red de Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, a través de los cuales se presta la atención especializada.

3.1. Origen y evolución

El Programa de **Atención Psicosocial** para la atención psicológica y psicoterapéutica a mujeres víctimas de violencia de género tiene su origen en un Convenio de 2003, entre la Consejería de la Presidencia (titular del Instituto Asturiano de la Mujer) y el Servicio de Salud (SESPA). Se crea en ese momento una Unidad asistencial clínica de Atención Psicosocial a la Mujer, dependiente funcionalmente de los Servicios Centrales del Servicio de Salud. La integran profesionales de Psicología Clínica y Trabajo Social. Ubicada en Oviedo, es unidad de referencia para toda Asturias.

En el año 2006 se revisa el Convenio fijándose los recursos estructurales del Programa y su vinculación a los Servicios de Salud Mental. En 2009 se inicia una descentralización del Servicio, que pasa a prestar asistencia psicológica especializada, además de en Oviedo, en Avilés y Gijón.

A partir de 2013, para asegurar los derechos reconocidos por la Ley orgánica de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y prestar atención psicosocial a las víctimas en todas las áreas sanitarias; la atención en la Red de Salud Mental se estructura combinando la asistencia en los Centros de Salud Mental de cada área, que cuentan con profesionales de referencia para la atención específica a estas mujeres, con el **Programa de Atención Psicosocial a la Mujer** de las Áreas centrales, que mantiene su carácter de referente para el resto de áreas.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

La demanda de atención sanitaria especializada se ha mantenido constante. En los últimos 10 años el Programa de Atención Psicosocial a la Mujer ha atendido a más de 5000 mujeres. Los datos completos se recogen en el **Anexo I (Datos asistenciales 2006-2018)**

3.2. Justificación y objetivos

El vigente **Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020** (Consejería de Sanidad, 2015) recoge que el Programa de Atención Psicosocial a la Mujer es un programa específico y de referencia, dentro de la Red de Servicios de Salud Mental, que ofrece apoyo psicológico a mujeres víctimas de violencia de género. Entre las líneas estratégicas de dicho Plan, encuentra actualizar y homogeneizar la implantación del programa de Atención Psicosocial a la Mujer (Línea 2.9)

Dentro de dicho programa se incluyen las siguientes **acciones**:

- Actividad asistencial. Valoración, diagnóstico e intervención psicoterapéutica (individual, familiar-relacional o grupal). Se emplea una metodología orientada a las usuarias, activa y participativa, integral y comunitaria, con el objetivo de que las mujeres víctimas de violencia de género reciban una atención sanitaria especializada, intensiva, accesible y de calidad.
- Actividades de orientación e interconsulta con otros profesionales sanitarios, participación en la docencia y formación continuada, e investigación.
- Fomento de la detección de violencia de género y abuso sexual dentro de la Red de salud Mental
- Coordinación con otros programas y agencias, de ámbito autonómico y local, implicadas en la intervención directa con mujeres víctimas de violencia de género.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

3.3. Población diana

El Programa de Atención Psicosocial de a la Mujer está destinado a **mujeres mayores de 14 años**, residentes en Asturias que sufren violencia de género en cualquiera de sus formas (física, sexual y/o psicológica: desvalorización y control social/económico, ambiental), con independencia de quien sea el maltratador, y precisan ayuda psicológica especializada para romper el círculo de la violencia, superar las lesiones psicológicas que les ha provocado el maltrato y reconstruir su vida de forma autónoma.

4. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

4.1 Derivación

Las derivaciones se pueden realizar desde cualquier dispositivo sanitario del SESPA. Además, se abren circuitos de derivación desde los Centros Asesores de la Mujer, Servicios Sociales, Red de Casas de Acogida, profesionales del ámbito sanitario social o judicial, o por petición propia de la mujer. Este proceder, diferente al resto de recursos de la red de salud, permite asegurar la accesibilidad de la atención psicológica especializada

La derivación desde dispositivos sanitarios se realiza a través de una **interconsulta** que llega al buzón de Salud Mental o al buzón específico del programa en las áreas sanitarias que lo tienen instalado (III, IV y V). El personal de administración abre entonces el **proceso APM** (Atención Psicosocial a la Mujer) y gestiona la cita con los profesionales adscritos al programa

Cuando la derivación proviene de un dispositivo ajeno a la red sanitaria, se realiza a través de un documento en papel diseñado al efecto (**ANEXO II: Formulario de derivación**), que será digitalizado para incluirse en HCE, y se abrirá el proceso de Atención Psicosocial a la Mujer.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

4.2 Equipo de trabajo

Actualmente, la atención a mujeres víctimas de violencia de género en la Red de Salud Mental se estructura del siguiente modo:

- En cada una de las tres Áreas Centrales (III, IV y V) hay, al menos, un Psicólogo/a Clínico/a con dedicación exclusiva al Programa, que cuenta con apoyo del personal de Salud Mental del centro donde está ubicado en función de las necesidades (personal administrativo, trabajo social, psiquiatría...). Estos equipos sirven, además, de referencia para el resto de áreas sanitarias, contemplando la derivación en el caso que la mujer prefiera no ser atendida en el área que le corresponde o cuando existan motivos clínicos que lo justifiquen
- Todas las áreas sanitarias tienen clínicos de referencia para la atención a las víctimas de violencia de género integrados dentro de los Servicios de Salud Mental

En el **Área Sanitaria III** (Avilés), el Programa de Atención Psicosocial a la Mujer está ubicado e integrado a todos los efectos en Centro de Salud Mental del Quirinal (CSM II). Atiende a las mujeres víctimas de violencia de género de dicha área, siendo referente para el área I (Jarrio).

En el **Área Sanitaria IV** (Oviedo), el Programa está ubicado en Centro de Salud Mental de La Ería y es referente para las áreas sanitarias: II Cangas de Narcea, VII Mieres y VIII Langreo.

En el **Área Sanitaria V** (Gijón), el Programa se encuentra ubicado en el Centro de Especialidades Doctor Avelino González. Es referente para el Área VI (Arriondas)

Cualquier mujer, independientemente de la zona sanitaria a la que pertenezca, podrá solicitar ser atendida en cualquiera de las áreas centrales. El objetivo es facilitar el acceso al programa, adaptándose al máximo a las circunstancias personales de cada una de las usuarias.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

4.3 Desarrollo del programa

4.3.1 Acogida

Realizada por uno de los profesionales adscritos al programa (Trabajo Social, Enfermería o el Facultativo). El objetivo fundamental es valorar el contexto socio-personal y familiar de la mujer y sus expectativas acerca del Programa en un clima de escucha y empatía.

A este efecto, la Historia Clínica Electrónica dispone de los formularios: DATOS BÁSICOS ADULTOS y ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LA MUJER

4.3.2 Evaluación, valoración clínica y diagnóstica

Responsabilidad del/la Facultativo/a Especialista en Psicología Clínica. Se valora el motivo de consulta, se realiza la exploración clínica, y se recaba información sobre el tipo de maltrato e historia del mismo (cronograma), eventos traumatizantes sufridos en relación a violencia de cualquier tipo, sufrimiento emocional en relación a ellos, apoyos sociofamiliares (incluyendo genograma) y relacionales.

Esta evaluación se recogerá en los formularios: EVALUACIÓN ADULTOS y ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LA MUJER

4.3.3 Intervención

Se realizará una intervención psicoterapéutica individual, familiar y/o grupal según las necesidades de la mujer, dirigida a elaborar las situaciones traumáticas vividas, facilitar su regulación emocional y reforzar sus competencias.

El Objetivo general es facilitar que las mujeres víctimas de violencia de género identifiquen su situación, recuperen la confianza en su criterio sobre lo que sienten, piensan y hacen, adquiriendo las herramientas necesarias para romper el vínculo nocivo y poder así reconstruir su proyecto vital.

Dentro de la Historia Clínica Electrónica el tipo de intervención se especifica en el formulario INTERVENCIÓN REALIZADA, que se cumplimenta por el clínico tras cada consulta. (**Anexo III: Formularios HCE**).



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

La intervención individual

La intervención en consulta individual será prioritaria, principalmente en los primeros momentos en donde la mujer está especialmente vulnerable. Las directrices fundamentales de este tipo de intervención son las siguientes:

1. Establecer una relación profesional de confianza generadora de un contexto terapéutico, empático y seguro.
2. Trabajar la seguridad de las personas afectadas por la historia de violencia: evaluar la peligrosidad o el riesgo; elaborar planes de protección y recuperar el control sobre su vida, entre otros.
3. Identificación del problema de violencia dentro y fuera de su relación de pareja:
4. Trabajar con el trauma (actual y a lo largo de la historia vital).
5. Proporcionar soporte terapéutico que contribuya a su recuperación.
6. Facilitar la recuperación y /o adquisición de habilidades personales.
7. Explorar las interacciones con los hijos, reforzando el rol materno
8. Apoyo y asesoramiento acerca de los recursos laborales, asociativos, de ocio, de vivienda existentes en la comunidad para acceder a modos de vida independiente.

La intervención grupal

Resultan adecuados tanto los grupos de carácter **psicoeducativo** sobre la violencia de género (identificación de la violencia, ciclos de la violencia, fases, etc.), como los grupos **terapéuticos**, donde las mujeres puedan tener un espacio de acompañamiento y sostén mutuo, que les permita la apertura y regulación emocional. La intervención grupal la lleva a cabo terapeuta principal y 1 ó 2 co-terapeutas.

La intervención familiar

Está indicada cuando es preciso:

- Explorar el tipo de comunicación y regulación emocional del sistema familiar.
- Valorar e intervenir ante la situación de estrés emocional que la familia de la víctima pueda estar viviendo
- Contribuir a legitimar el dolor, la vivencia y el malestar sentido por la víctima



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019	Edición: 1	Revisión: 3 años
-----------------------------------	-------------------	-------------------------

- Reestructurar expectativas familiares que resulten disfuncionales para la evolución de la mujer víctima de violencia de género
- Construir con la familia y la mujer un relato narrativo que permita generar un contexto propicio para su recuperación.

4.4 Coordinación con otros recursos.

Los profesionales asignados al programa mantendrán circuitos de comunicación y coordinación con los servicios sanitarios y agencias y programas comunitarios más implicados en la atención a mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos, o que trabajan con población de riesgo (Instituto Asturiano de la Mujer, Centros Asesores de la Mujer, Ayuntamientos, Equipo de Intervención Técnica de Apoyo a la Familia, Asociaciones, etc.).

También se mantendrán circuitos de coordinación y cooperación con el Sistema Judicial, especialmente con las Oficinas de asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual de las 3 Áreas centrales. Siendo objetivo prioritario minimizar la victimización primaria y evitar victimizaciones secundarias en las víctimas de violencia de género con lesiones psíquicas o daños emocionales.

Asimismo, habrá un circuito de coordinación con Pediatría y los Servicios de Salud Mental Infanto-juvenil, que facilite y agilice la valoración de las repercusiones de la violencia de género en los niños y niñas.

Deberán desplegarse acciones de sensibilización y difusión del programa de manera habitual dentro del ámbito sanitario, prestando especial atención a servicios de Salud Mental (sin olvidar la población infanto-juvenil, trastorno mental grave, trastornos de la conducta alimentaria...), Atención Primaria (médico/as, matronas, enfermería, trabajo social), Traumatología, Urgencias, Ginecología, etc.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

4.5 Docencia y Formación

Además de las acciones formativas que desde los inicios del programa han desarrollado los profesionales adscritos al mismo, actualmente, el Programa de Atención Psicosocial de las tres áreas centrales está **acreditado** por la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias, para la **formación de especialistas en Salud Mental** (Médicos Internos Residentes, Psicólogos Internos Residentes y Enfermeros Internos Residentes), que pueden realizar rotaciones por estos dispositivos a lo largo de su período formativo como especialistas de la salud. Así, dentro del programa formativo de la especialidad de psicología clínica (Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, BOE núm. 146, de 17 de junio de 2009), se recoge como un objetivo formativo *"Conocer y aplicar los programas de psicoterapia y tratamientos e intervención psicológicos aplicables a conflictos de pareja, delitos sexuales, y violencia de género."*



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

5. INDICADORES

5.1. Indicadores de magnitud

INDICADOR 1. Casos atendidos en mujeres de 14 años o más, por niveles de atención (tasa por 100.000)

Definición: Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, atendidas en el Programa de Atención Psicosocial a la Mujer (APM)

	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
Numerador: Nº casos detectados en APM		
Denominador: Población de mujeres de 14 años o más en la Comunidad Autónoma (CCAA)		

¿Se han corregido posibles duplicaciones? SI NO NO consta

5.2. Indicadores por características del maltrato

INDICADOR 2. Casos detectados según tipo de maltrato (porcentaje)

No tienen que sumar 100. (Puede darse varios tipos de maltrato en el mismo caso)

Definición: Porcentaje de mujeres de 14 años o más por tipo de violencia de género sufrida, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, atendidas en el Programa APM

Numerador: Nº de casos detectados por tipo de maltrato en APM	DATO CRUDO				(%)			
	Psicol	Sexual	Físico	NO consta	Psicol	Sexual	Físico	NO consta
Denominador: Nº total de casos detectados en APM					100			

ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER: Abuso, negligencia y otros malos tratos (T74, T76), historia personal de maltrato (Z91), agresión sexual con fuerza corporal (Y05), otros síndromes de maltrato (Y07).



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

INDICADOR 3. Casos detectados según duración del maltrato (porcentaje)

Definición: Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más por duración del maltrato que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, atendidas en el Programa de Atención Psicosocial a la Mujer (APM)

Numerador:	DATO CRUDO					(%)				
	<1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 + años	NO consta	< 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 + años	NO consta
Nº de casos detectados por duración del maltrato en APM										
Denominador: Nº casos en APM						100				

INDICADOR 4. Casos detectados según relación de convivencia con el agresor (%)

Definición: Porcentaje de mujeres de 14 años o más según la relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, por cualquier forma de violencia de género, atendidas en el Programa APM

Numerador: Nº casos detectados en APM por relación con agresor		
RELACIÓN CON EL AGRESOR	Datos crudos	%
compañero íntimo actual (marido, novio, com-pañero)		
ex compañero íntimo (ex marido, ex novio, ex compañero)		
padre, padrastro o compañero de madre		
hermano, tío u otro hombre del ámbito familia		
hombre que NO pertenece al ámbito familia		
NO consta		
Denominador: Nº casos APM		100



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

5.3. Indicadores por características personales de la mujer

INDICADOR 5.a. Casos detectados por edad (porcentaje)

Numerador: Porcentaje de mujeres de 14 años o más, por grupos de edad, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, atendidas *el Programa APM en el período analizado*

Denominador: número total de casos de mujeres de 14 años o más atendidas en *el Programa APM*, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad cuyo motivo sea violencia de género.

INDICADOR 5.b. Casos detectados por edad (tasa)

Numerador: Casos de mujeres de 14 años o más por 100.000 por grupos de edad, atendidas en *el Programa APM* que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad en el período analizado

Denominador: Población de mujeres de 14 años o más, por grupos de edad.

(Tabla de datos para Indicadores 5a y 5b)

GRUPOS EDAD	Datos crudos		5a	%	5b	Tasa x 10 ⁵
	Casos en APM	Población (14 a y +)	% APM		Tasa APM	
De 14 a 19 años						
De 20 a 24 años						
De 25 a 29 años						
De 30 a 34 años						
De 35 a 39 años						
De 40 a 44 años						
De 45 a 49 años						
De 50 a 54 años						
De 55 a 59 años						
De 60 a 64 años						
De 65 a 69 años						
De 70 y más						
No consta						
TODAS EDADES			100			



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

INDICADOR 6.a. Casos detectados según nacionalidad (porcentaje)

Numerador: % de casos de mujeres de 14 años o más, por nacionalidad que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad atendidas en el *Programa de Atención Psicosocial a la Mujer (APM)*

Denominador: número total de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad en el *Programa de Atención Psicosocial a la Mujer (APM)*

INDICADOR 6.b. Casos detectados según nacionalidad (tasa)

Numerador: casos de mujeres de 14 años o más por 100000, por nacionalidad que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad atendidas en el *Programa de Atención Psicosocial a la Mujer (APM)* en el período analizado

Denominador: población de mujeres de 14 años o más, en la CCAA, por nacionalidad

(Tabla de datos para Indicadores 6a y 6b)

NACIONALIDAD	Datos crudos		9a	%	9b Tasa x 10 ⁵
	Casos APM	Población (14 a y +)		% APM	Tasa APM
Españolas					
Rumanas					
Andinas (Perú+Ecuador+ Colombia+Bolivia)					
Marroquíes					
Otras mujeres de países de inmigración económica					
Otras mujeres de países desarrollados					
No consta					
Todas las nacionalidades				100	

Denominador: número total de casos del *Programa de APM* de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

INDICADOR 7. Casos detectados según situación laboral (porcentaje)

Definición: Porcentaje de mujeres de 14 años o más, por situación laboral, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, atendidas en APM.

Numerador: Nº casos detectados en APM por situación laboral	DATO CRUDO			(%)		
	Trabajo remunerado			Trabajo remunerado		
	SI	NO	No consta	SI	NO	No consta
Denominador: Nº de casos totales de VG detectados en APM				100		

INDICADOR 8. Casos detectados en mujeres embarazadas (tasa)

Definición: Casos de mujeres de 14 años o más en situación de embarazo por 100000 nacidos vivos, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, atendidas en el Programa de Atención psicosocial a la Mujer, en el período analizado

Numerador: Nº casos de VG en embarazadas en APM	DATO CRUDO	Tasa x 10 ⁵ nacidos vivos
Denominador*: Nº de nacidos vivos en esa CCAA, en el año	N. vivos=	

* Dato que facilita el INE consolidado para el año anterior del de recogida de los indicadores.

INDICADOR 9.a Hijas e hijos menores dependientes/convivientes de la mujer maltratada, en el momento de tener constancia del maltrato en el sistema sanitario

Definición: Nº de hijas e hijos menores y/o dependientes que están conviniendo con la mujer en el momento de ser atendidas en el Programa de APM, en el período analizado

Numerador: Nº de hijas e hijos menores y/o dependientes que están conviniendo con la mujer	MENORES		MENORES DEPENDENCIA		HIJOS DEPENDIENTES MAYORES DE EDAD	
	HIJAS	HIJOS	HIJAS	HIJOS	HIJAS	HIJOS



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019 | **Edición:** 1 | **Revisión:** 3 años

INDICADOR 9.b Nº de mujeres con hijas e hijos menores o dependientes conviniendo con ellas, en el momento de tener constancia del maltrato en el sistema sanitario

Numerador: Nº de mujeres con hijos menores y/o dependientes conviniendo	DATO CRUDO			(%)		
	Menores	Menores dependencia	Hijos mayores dependientes	Menores	Menores dependencia	Hijos mayores dependientes
Denominador: Nº de mujeres atendidas en APM				100		

INDICADOR 10 Casos detectados en mujeres con discapacidad

Numerador: Nº de mujeres con discapacidad atendidas en el Programa de APM.	DATO CRUDO			(%)		
	D. FÍSICA	D. PSÍQUICA	D. INTELECTUAL	D. FÍSICA	D. PSÍQUICA	D. INTELECTUAL
Denominador: Nº de mujeres atendidas en APM				100		

5.4. Indicadores del programa

INDICADOR 11. Mujeres incluidas en el Programa de APM de cada área sanitaria

Definición: Mujeres de 14 años incluidas en el programa de Atención Psicosocial a la Mujer (APM) en el área sanitaria el período analizado

Área Sanitaria	Datos crudos		%
	Casos en APM	Población (14 a y +)	% APM
I			
II			
III			
IV			
V			
VI			
VII			
VIII			
TODAS LA ÁREAS			100



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

INDICADOR 12. Demora media de primera consulta con FEA del Programa APM

AREAS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Días demora primera cita FEA (media)								

INDICADOR 13: Procedencia de la derivación al Programa de APM

Numerador Nº casos APM por procedencia	DATO CRUDO								%							
	AP	SM	AE	URGENCIAS HOSPITAL	SS	CAM	OTROS	PP	AP	SM	AE	URGENCIAS HOSPITAL	SS	CAM	OTROS	PP
AREA I																
AREA II																
AREA III																
AREA IV																
AREA V																
AREA VI																
AREA VII																
AREA VIII																
Denominador Nº casos APM									100							

INDICADOR 14. Porcentaje de Altas del programa de APM en el período establecido

	DATO CRUDO								%							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Numerador Nº altas en APM																
Denominador Nº casos APM									100							



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

6. BIBLIOGRAFÍA

Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*, 104.

Alsaker, K., Moen, B.E., Nortvedt, M.W. y Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of Life Research*, 15(6), 959-965.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.

APA (1999). *Resolution on Male Violence Against Women*. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/wpo/maleviol.html>

Astin, M.C., Lawrence, K.J. y Foy, D.W. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and victims*, 8(1), 17-28.

Battle, C.L., Shea, M.T., Johnson, D.M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M.C.,...y Morey, L.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Finding from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193-211. doi: <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>

Bensley, L., Van Eenwyk, J. y Wynkoop Simmons, K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 38-44. doi: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(03\)00094-1](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(03)00094-1)

Bonomi, A.E., Anderson, M.L., Cannon, E.A., Slesnick, N. y Rodríguez, M.A. (2009). Intimate partner violence in Latina and Non-latina woman. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(1), 43-48.

Breiding, M.J., Black, M.C. y Ryan, G.W. (2008). Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence-18 US States/Territories, 2005. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 538-544.

Campbell, J.C. y Lewandowski, L.A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 353-374.

Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

Cantor, D., Fisher, B, Chibnall, S, Townsend, R., Lee, H., Bruce, C., and Thomas, G. (2015). *Report on the AAU Campus Climate Survey on Sexual Assault and Sexual Misconduct*. Westat: Rockville, MD. 13,35.

Cheng, T.C. (2012) Intimate partner violence and welfare participation: A longitudinal causal analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(4), 808-830.

Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., Chung, W.S., Richardson, J. y Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimization in women: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 358(9280), 450-454. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)05622-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05622-7)

Coker, A.L., Smith, P.H., Thompson, M.P., McKeown, R.E., Bethea, L. y Davis, K.E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health & Gender Basic Medicine*, 11(5), 465-475.

Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana. Instituto Asturiano de la Mujer (2015). *Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de Violencia de Género en el Principado de Asturias*. Gobierno del Principado de Asturias.

Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana. (2018). *Protocolo contra la Violencia Sexual del Principado de Asturias*. Gobierno del Principado de Asturias.

Consejería de Sanidad (2015). *Plan de Salud Mental del Principado de Asturias (2015-2020)*. Dirección General de Salud Pública

Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Consejería de Sanidad (2019). *Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021*. Gobierno del Principado de Asturias

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

Dutton, M.A., Green, B.L., Kaltman, S.I., Roesch, D.M., Zeffiro, T.A. y Krause, E.D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7). 955-968.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.

Echeburúa E y Corral P. (1998a). Manual de violencia familiar. Madrid. SIGLO XXI

Echeburúa E, Corral P y Amor PJ. (2002). Evaluación del daño psicológico en la víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, vol. 14, 139-146



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

Ellsberg, M.C., Jansen, H.A., Heise, C.H. y García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165-1172.

European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*, Anexo 3, 184-188.

Foa, E.B. y Street, G.P. (2001). Women and traumatic events. *Clinical Psychiatry*, 62, suppl 17; 29-34.

Garriga Puerto, A. y Martín García-Sancho J.C. (2011). *Guía de práctica clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja*. Servicio Murciano de Salud.

Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.

Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books

Heyzer, N. (2000). *Trabajando por un mundo libre de violencia contra la mujer. Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Howard, L.M., Trevillion, K y Davies, R.A. (2010). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 525-534.

Ibáñez, M. L. (2012). Violencia de género contra gestantes. En Figueruelo, A., Del Pozo, M., León, M. Igualdad. *Retos para el siglo XXI*. (pp. 114-115) Santiago de Compostela: Tórculo Ediciones.

Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia (2017). *Maltrato Infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias*. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Gobierno del Principado de Asturias

Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. En C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp 15-35). New York: Brunner/Mazel.

Kann L, McManus T, Harris WA, et al. (2016). Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 65(No. SS-6):11. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6506a1>

Kelly, U. (2010). Intimate partner violence, physical health, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in Latinas. *Western Journal of Emergency Medicine*, 11(3), 247-251.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
Kubany ES, Hill EE, Owens JA Iannce-Spencer, C McCaig MA, Tremayne, KJ et al. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 72, 3-18.

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*.

Naciones Unidas (1985). *Informe de la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz*. Nairobi: Naciones Unidas.

Naciones Unidas (1994). *Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Ginebra: Naciones Unidas.

Naim, M.D. (2012). The effect of intimate partner violence on mental health status among women of reproductive ages: A population-based study in a middle Anatolian city. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(16), 3236-3251.

Navarro-Góngora, J. (2015). *Violencia en las relaciones íntimas*. Barcelona: Herder. Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2007). *Informe anual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Office on Drugs and Crime (2014). *Global Study on Homicide 2013*. Vienna: UNODC. 14.

Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *BOE 146, de 17 de junio de 2009*.

Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*, pp 2.

Patró, R., Corbalán, F.J. y Limiñana, R.M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con los estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 23(1), 118-124.

Pérez-Testor, C., Castillo, J.A., Davins, M., Salamero, M. y San-Martino, M. (2007). Personality profiles in a group of battered women: Clinical and care implications. *Journal of Family Violence*, 22(2), 73-80. doi: <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9057-8>



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

Pico-Alfonso, M.A., Echeburúa, E. y Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577-588. doi: <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9180-9>

Rincón P. P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis doctoral. Madrid: Facultad de Psicología.

Rivas-Díez, R. (2014). *Personalidad, Género y Salud física/psicológica: estudio comparativo entre mujeres chilenas y españolas víctimas de violencia de género* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento. *Intervención Psicosocial*, 19(2).

Ruiz-Pérez, I., Mata-Pariente, N. y Plazaola-Castaño, J. (2006). Women's response to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(9), 1156-1168.

Servicio de Salud del Principado de Asturias (2016). *Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia*. Oviedo. Dirección general de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Thompson, R.S., Bonomi, A.E., Anderson, M., Reid, R.J., Dimer, J.A., Carrell, D. y Rivara, F.P. (2006). Intimate partner violence: Prevalence, Types and chronicity in adult women. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 447-457.

Tolman, R.S. y Rosen, D. (2001). Domestic violence in the lives of women receiving welfare: Mental health, substance dependency and economic well-being. *Violence Against Women*, 7(2), 141-158.

UNESCO (2018). School violence and bullying: Global status and trends, drivers and consequences, pp. 4-9.

UNICEF (2018). *Child Marriage: Latest Trends and Future Prospects*. 2-4

UNICEF (2017). *Is every child counted? Status of Data for Children in the SDGs*. 54.

UNICEF (2017). A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents, pp. 73-82.

United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) y Promundo (2017). *Understanding Masculinities, results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) – Middle East and North Africa*, pp. 16.

Vallejo, A. R y Córdoba, M.I. (2012). *Abuso sexual. Tratamientos y atención*. Revista de Psicología, 30(1), pp. 19-46.



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

7. ANEXOS

ANEXO I. DATOS ASISTENCIALES (206-2018)

	2006		2007		2008	
Consultas	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeras	198	25,48	211	20,49	181	11,72
Sucesivas	579	72,54	819	79,51	1363	88,28
Total	777	100	1030	100	1544	100
Usuarios en contacto			255		279	
Razón de Sucesivas / Primeras	2,92		3,38		7,79	
	2009		2010		2011	
Consultas	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeras	246	14,58	344	12,22	401	34,24
Sucesivas	1441	85,42	2470	87,78	770	65,76
Total	1687	100	2814	100	1171	100,00
Usuarios en contacto	372		538		809	
Razón de Sucesivas / Primeras	5,86		7,18		1,92	
	2012		2013		2014	
Consultas	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeras	233	15,94	264	16,61	267	18,31
Sucesivas	1229	84,06	1325	83,39	1191	81,69
Total	1462	100	1589	100	1458	100
Usuarios en contacto	419		440		462	
Razón de Sucesivas / Primeras	5,27		5,02		4,46	
	2015		2016		2017	
Consultas	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeras	280	16,92	254	14,67	202	12,79
Sucesivas	1375	83,08	1477	85,33	1377	87,21
Total	1655	100	1731	100	1579	100
Usuarios en contacto	493		470		425	
Razón de Sucesivas / Primeras	4,91		5,81		6,82	
	2018(*)					
Consultas	Nº	%	(*) Datos parciales. La atención en las áreas IV y V sólo se contabiliza a partir del 13-4-18			
Primeras	298	15,38				
Sucesivas	1640	84,62				
Total	1938	100				
Usuarios en contacto	496					
Razón de Sucesivas / Primeras	5,5					



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

ANEXO II. DOCUMENTO DE DERIVACIÓN (PAPEL)



DOCUMENTO DE DERIVACIÓN
SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

1/ DATOS DE LA USUARIA

Nombre y apellidos: _____ DNI: _____
Lugar de nacimiento: _____ Fecha nacimiento: / /
Lugar de residencia: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

2/ DATOS DEL PROFESIONAL Y DISPOSITIVO DERIVANTE

Nombre y apellidos: _____
Servicio / Organización: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Correo electrónico: _____

3/ MOTIVO DE CONSULTA

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firmado: _____

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Área I: CSM. C/ El Villar, s/n. | Tfno: 985 64 01 70 | Fax: 985-64 21 12 |
| <input type="checkbox"/> Área II: CSM. C/ Uria, 2. | Tfno: 985-81 29 70 | Fax: 985-81 11 58 |
| <input type="checkbox"/> Área III: CSM II. C/ Fuero de Avilés, 18. | Tfno: 985-54 90 57. | Fax: 985-54 08 28 |
| <input type="checkbox"/> Área IV: C Salud La Ería. C/ Alejandro Casona s/n | Tfno: 985-96 65 54. | Fax: 985-96 27 84 |
| <input type="checkbox"/> Área V: C Especialidades Avelino Glez. C/ Oran 27, 3ª. | Tfno: 985-38 92 88. | Fax: 985-39 95 01 |
| <input type="checkbox"/> Área VI: CSM. Policlínico Grande Covián. | Tfno: 985-84 05 35. | Fax: 985-84 04 79 |
| <input type="checkbox"/> Área VII: CSM. C/ Martínez de Vega, 25. | Tfno: 985-46 33 23. | Fax: 985-45 35 11 |
| <input type="checkbox"/> Área VIII: CSM. Sanatorio Adaro. C/ José Canella, s/n. | Tfno: 985-67 39 87. | Fax: 985-69 71 00 |



PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

ANEXO III. FORMULARIOS HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

ACOGIDA Y EVALUACIÓN		DATOS BÁSICOS ADULTO Cuando: primeras consultas y retornos Quien: Facultativo (FEA), Trabajo Social (TS), Enfermería (DUE)
		ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER Cuando: acogida y evaluación clínica Quien: Facultativo (FEA), Trabajo Social (TS), Enfermería (DUE) Permite recoger datos para los indicadores del SNS
		EVALUACIÓN SM Cuando: primeras consultas y retornos Quien: Facultativo (FEA) En base a los datos aquí recogidos se carga información para informes clínicos
		DIAGNÓSTICO CLÍNICO. Cuando: en cualquier momento (todas las usuarias deben tener un diagnóstico) Quien: Facultativo (FEA) Diagnósticos Y05, Y07, T74, T76 y Z91 son recogidos con fines estadísticos
CONSULTA		NOTAS CONSULTAS EXTERNAS Cuando: cada consulta Quien: Facultativo (FEA)
		INTERVENCIÓN REALIZADA Cuando: cada consulta Quien: Facultativo (FEA)
ESCALAS		HAMILTON. Síntomas depresivos
		BECK. Ansiedad
		WHOQOL BREF. Calidad de vida. Escala utilizada tradicionalmente en el Programa de APM como medida pre-post
INFORMES CLÍNICOS		INFORME DE EVALUACIÓN ADULTOS Se alimenta del formulario "Evaluación Salud Mental" Hay una versión específica de este informe para el programa APM. Se nutre de los formularios "Evaluación Salud Mental" y "Atención psicosocial a la Mujer"
		INFORME DE PRIMERA CONSULTA ADULTOS Se alimenta del formulario "Evaluación Salud Mental"
		INFORME A DEMANDA Vacío
		INFORME DE SEGUIMIENTO Se nutre de notas de última consulta (evolución y comentarios), diagnóstico, tratamiento y recomendaciones Puede combinarse con datos de Evaluación Adultos y notas clínicas para utilizarse como informe de alta al finalizar el proceso de APM
FIN DEL PROCESO		ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER Cuando: al finalizar proceso asistencial Quien: Facultativo (FEA) Debe recogerse grado de cumplimiento de objetivos y motivo de alta
		ALTA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER Cuando: cuando finalice la asistencia al programa independientemente del motivo Quien: Facultativo (FEA)
		CIERRE DEL PROCESO Cuando: cuando finalice la asistencia al programa independientemente del motivo Quien: Facultativo (FEA)



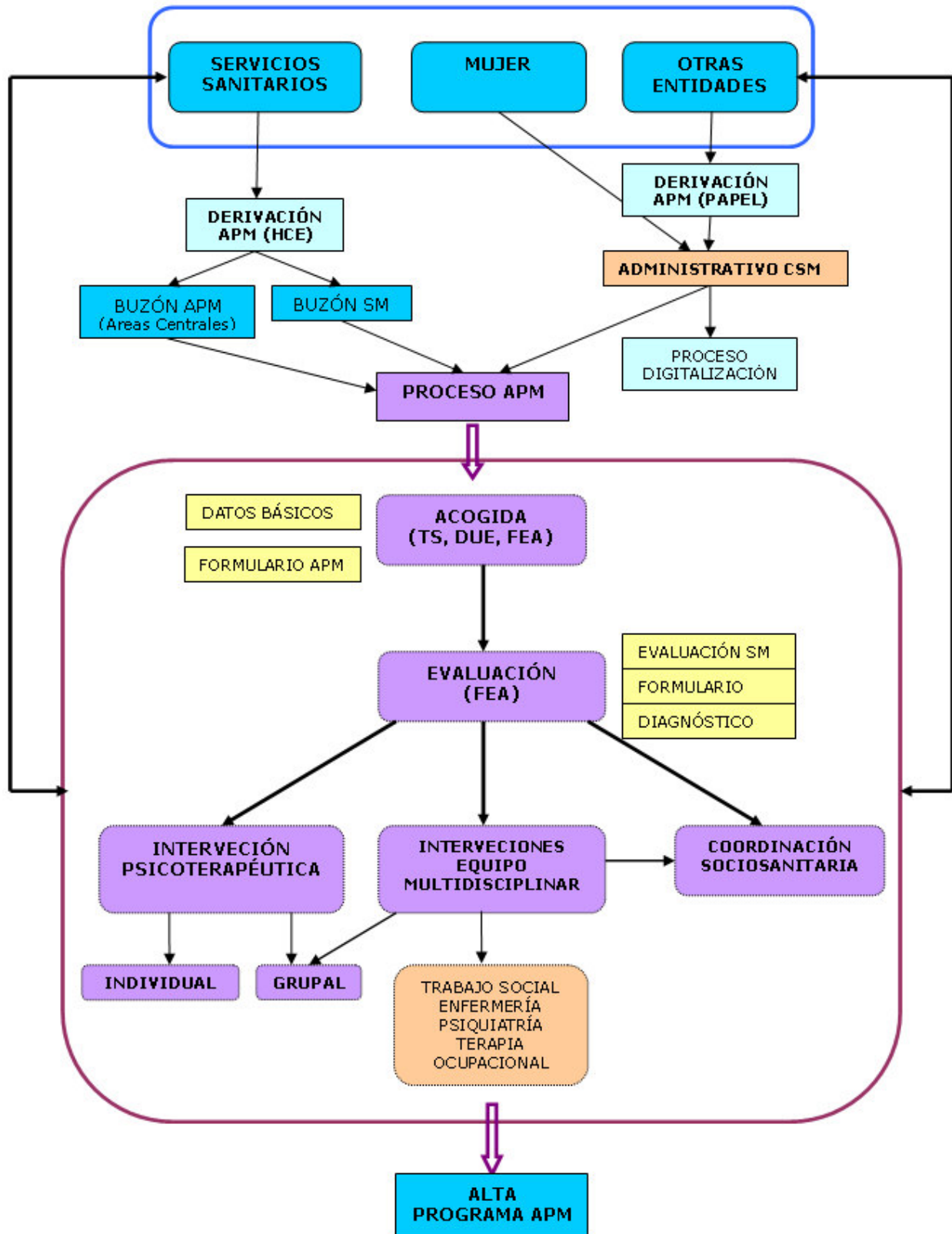
PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

ANEXO IV: ALGORITMO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER (APM)





PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER

Fecha: 10 de Julio de 2019

Edición: 1

Revisión: 3 años

ANEXO V. RESTRICCIÓN DE ACCESO INFORMACIÓN SELENE

TABLA RESUMEN SOBRE RESTRICCIÓN A LA INFORMACIÓN EN SELENE				
	PACIENTE RESTRINGIDO	PROCESO RESTRINGIDO	HISTORIA CLÍNICA CONFIDENCIAL	PACIENTE PROTEGIDO
PARA QUE SIRVE	Cuando un paciente debe ser ocultado y toda su historia bloqueada, sin acceso para nadie excepto para la persona con permiso.	Cuando un proceso concreto debe ser ocultado, bloqueado. Nadie tiene acceso al proceso excepto para la persona con permiso.	Permite crear una Historia con los datos demográficos anonimizados y la usaremos para proteger la identidad de nuestro paciente.	Permite proteger a un paciente, ocultando sus datos mediante un velo, siempre que se vaya a entrar en la historia. Además permite habilitar autorización expresa de acceso a información a personas concretas no profesionales, previamente identificadas mediante DNI.
CARACTERÍSTICAS	No permite pedir pruebas, interconsultas ni recibe resultados.	No permite pedir pruebas, interconsultas ni recibe resultados.	Permite trabajar exactamente igual que una Historia Clínica normal solo que con los datos demográficos codificados. Se pueden hacer peticiones, interconsultas, etc	Es una protección general mediante aviso en el acceso. Es preciso confirmar que se desea entrar bien con usuario logado o petición de persona autorizada mediante DNI.
¿EN QUÉ CASO SE USA?	Cuando se quiere bloquear una historia y que casi nadie tenga acceso. Su uso es muy minoritario y excepcional.	Cuando se quiere bloquear un proceso concreto y que casi nadie tenga acceso. Su uso es muy minoritario y excepcional salvo en el caso de Trabajo Social.	Cuando debemos proteger especialmente la confidencialidad de un paciente, en concreto en casos de ETS, PRL y aquellos que puedan considerarse en el futuro.	Paciente o tutor legal que solicitar formalmente a su Médico responsable o a través del SAC un plus de protección de acceso a la Historia Clínica.
PRECAUCIÓN	No debe usarse teniendo procesos activos pues todos quedarán bloqueados.	No debe usarse con un proceso activo	Se puede ingresar a un paciente pero desde la Historia Clínica Confidencial. Será necesario dar de alta al paciente identificado con nombre real, en el caso de ingreso por Urgencias.	No impide el acceso profesional, solo avisa y pide el login.
ICONO	No tiene.	No tiene. En el nombre del proceso se ve: "Proceso restringido"		
¿A quien se pide?	SAC	SAC	Es un permiso que se pide al Servicio de Informática (cambio en SELENE)	Todos los médicos lo tendrán disponible así como el SAC
¿Como se pide? Solicitud profesional	El médico responsable con conocimiento de su Jefe de Servicio, a través de la Dirección Asistencial y visto bueno de Gerencia. Directamente por Dirección Asistencial y Gerencia.	El médico responsable con conocimiento de su Jefe de Servicio, a través de la Dirección Asistencial y visto bueno de Gerencia. Trabajo Social Sanitario y Ginecología y Obstetricia disponen de este tipo de procesos. Directamente por Dirección Asistencial y Gerencia.	El Jefe de Servicio de un servicio concreto, sobre la base de una actividad concreta y definida, (por ejemplo ITS) a través de la Dirección Asistencial con el visto bueno de la Gerencia. Los servicios de Prevención de Riesgos laborales, Unidades de ITS lo tienen por defecto.	El médico responsable de un paciente, a petición de este, podrá activar esta característica mediante el icono indicado, siguiendo las instrucciones del manual de uso. En casos concretos, por Protocolo, se activaran en las condiciones específicas expresadas en él.
¿Como se pide? Solicitud por el paciente o tutor legal	A través del SAC quedando registro y habilitando permiso de acceso al médico responsable o Servicio.	A través del SAC quedando registro y habilitando permiso de acceso al médico responsable o Servicio.	A través del SAC quedando registro y habilitando permiso de acceso al médico responsable o Servicio.	A través del SAC quedando registro de la solicitud. En el caso de que el paciente quiera autorizar a personas concretas a recibir información de su historia, deberá identificarlas mediante DNI o pasaporte.
Ejemplos	Historia de un paciente que a instancias judiciales se solicita su bloqueo integro. También es el caso de apertura de un expediente a instancias de la Gerencia. Es el equivalente al procedimiento antiguo de guardar una historia de papel en la caja fuerte de la Gerencia.	Proceso de Trabajo Social Sanitario. Es un proceso independiente, que permanece completamente separado y sin acceso desde la Historia Clínica Electrónica. Solo la trabajadora social con permiso puede ver su contenido. Proceso concreto bloqueado con procedimiento judicial en marcha, a instancia de Gerencia. Casos de IVE, una vez dada de alta la paciente.	El medico de la Unidad de ITS lo tiene disponible para todos sus pacientes. Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, disponen también de este tipo de Historia.	Paciente trabajador del propio centro que ingresa por un proceso determinado y quiere añadir un plus de protección a su historia. Paciente muy conocido en la zona, que pide un plus de protección de su HC y que solo desea dar información de su proceso a su sobrino identificado mediante DNI. En el caso de una IVE, durante el ingreso hospitalario exclusivamente.

Autor/es:	Pedro Ábad, Jaime Prado	Fecha:	25/09/2017
Aprobado	Comité Director de HCE	Fecha:	04/04/18
Versión:	0.05	Fecha:	18/09/18