

JUNTA DE GESTIÓN DE AGRESORES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE COLORADO

NORMAS Y DIRECTRICES PARA LA VALORACIÓN, LA EVALUACIÓN, EL TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO CONDUCTUAL DE LOS AGRESORES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR



Departamento de Salud Pública de Colorado
División de Justicia Criminal
Oficina de violencia intrafamiliar y agresores
sexuales Gestión:

700 Kipling Street, Suite 3000
Lakewood, CO 80215
(303) 239-4442
1 (800) 201-1325 solo en Colorado

Julio de 2024



COLORADO
Division of Criminal Justice
Departamento de Seguridad Pública

Índice

1.0	Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar	5
2.0	Perspectiva histórica	12
3.0	Principios rectores	13
4.0	Evaluación del agresor	17
4.01	Remisión para servicios de evaluación de agresores:	17
4.02	Parámetros de la evaluación del agresor	18
4.03	Evaluación del agresor previa a la sentencia (PSE)	19
4.04	Evaluación del agresor posterior a la sentencia	20
4.05	Fuentes de información mínimas requeridas	21
4.06	Instrumento de evaluación de riesgos y necesidades en materia de violencia intrafamiliar (DVRNA)	23
4.07	Formulación de recomendaciones de tratamiento, opciones alternativas y consideraciones	27
4.08	Elementos mínimos de información requeridos para su presentación al Equipo de Tratamiento Multidisciplinar (MTT)	32
4.09	Evaluaciones continuas y actualización de las evaluaciones de los agresores	33
5.0	Tratamiento del agresor	34
5.01	Principios de intervención eficaz para el agresor de violencia intrafamiliar	34
5.02	Quién puede proporcionar tratamiento	35
5.03	Equipo de Tratamiento Multidisciplinar (MTT)	38
5.04	Modalidad de tratamiento	40
5.05	Aplicación del plan de tratamiento individualizado	42
5.06	Niveles de tratamiento	48
5.07	Intervalos de revisión del Plan de Tratamiento requeridos para todos los niveles	53
5.08	Alta del agresor	55
5.09	Asesoramiento de parejas	60
6.0	Confidencialidad del agresor	65
7.0	Defensa de las víctimas	66
7.01	Responsabilidades del proveedor de tratamiento	66
7.02	Función de los defensores de las víctimas del tratamiento	67
7.03	Cualificaciones para los defensores de las víctimas de tratamiento que trabajan con un programa de tratamiento de agresores	67
7.04	Defensa inicial y continua	70
7.05	Coordinación y consulta necesarias con el proveedor de tratamiento autorizado y el defensor de la víctima de tratamiento	72
7.06	Defensa de la víctima de tratamiento y el equipo de tratamiento multidisciplinar (MTT)	74
7.07	Sección de confidencialidad de la víctima	76
7.08	Documentación y conservación de registros	78

8.0	Coordinación con el sistema de justicia penal	80
9.0	Cualificaciones del proveedor	83
9.01	Requisitos para todos los nuevos solicitantes que busquen la candidatura al nivel asociado	86
9.02	Requisitos de los proveedores de nivel asociado	88
9.03	Requisitos del proveedor de nivel operativo completo	91
9.04	Requisitos del supervisor clínico de violencia intrafamiliar	95
9.05	Requisitos de la solicitud de evaluador especializado previo a la sentencia para obtener el estado de aprobado	98
9.06	Poblaciones específicas de agresores	99
9.07	Proveedor de teleterapia	101
	Guía de referencia para los solicitantes	103
10.0	Normas administrativas	105
Apéndices		
A:	Declaración de la DVOMB sobre la evaluación y el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar no implicados en la justicia	109
B:	Visión general para trabajar con poblaciones específicas de agresores	110
C:	Glosario de términos	123
D:	Políticas administrativas	132
E:	Recurso y guía de términos y conceptos de las normas de evaluación previa o posterior a la sentencia	147
F:	Bibliografía	160
G:	Trabajar con agresores de violencia intrafamiliar implicados	163
H:	Directrices para promover relaciones sexuales sanas. Adoptadas	167
I:	Requisitos y criterios para la teleterapia con agresores de violencia intrafamiliar	176
J:	Directrices para jóvenes agresores adultos adoptadas	181

*Junta de Gestión de agresores de violencia intrafamiliar de Colorado
Normas y directrices para agresores de violencia intrafamiliar*

Accesibilidad: El Departamento de Seguridad Pública de Colorado (CDPS, por sus siglas en inglés) está comprometido con lograr la inclusión total de todas las personas. Como parte de este compromiso, el CDPS se asegurará de que se proporcionen adaptaciones razonables. Para solicitar adaptaciones, póngase en contacto con [Jill Trowbridge](#) al 303-239-4526 o complete este [formulario de accesibilidad](#). Asegúrese de informarnos si necesita alguno de los materiales en un formato alternativo.



1.0 Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar

Introducción a la Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar

La Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar (en adelante, la Junta) fue creada por la Asamblea General en el Departamento de Seguridad Pública de Colorado en julio del año 2000 en virtud del artículo 16-11.8103, de los Estatutos Revisados de Colorado (C.R.S.) La declaración legislativa en el estatuto habilitante de la Junta establece que la evaluación, valoración, tratamiento y seguimiento continuos, coherentes y exhaustivos, de los agresores de violencia intrafamiliar en cada etapa del sistema de justicia penal es necesaria para disminuir la probabilidad de reincidencia, para trabajar hacia la eliminación de la reincidencia y para mejorar la protección de las víctimas actuales y potenciales (§ 16-11.8-101 C.R.S.)¹. Se encargó a la Junta la promulgación de normas para la evaluación, la valoración, el tratamiento y la supervisión de los agresores de violencia intrafamiliar definidos en § 16-11.8-102, C.R.S. (en adelante, Normas y Directrices) y el establecimiento de un proceso de solicitud y revisión para los proveedores aprobados que prestan servicios a los agresores de violencia in en el estado de Colorado. La evaluación, la valoración, el tratamiento y la supervisión conductual de los agresores de violencia intrafamiliar solo será proporcionada por aquellas personas cuyo nombre aparezca en la Lista de proveedores aprobados de la DVOMB de conformidad con § 16-11.8-104(1).

La Junta se compromete a llevar a cabo su mandato legislativo de mejorar la seguridad pública y la protección de las víctimas y de las potenciales víctimas mediante el desarrollo y el mantenimiento de normas exhaustivas, coherentes y eficaces para la evaluación, la valoración, el tratamiento y la supervisión conductual de los agresores adultos de violencia intrafamiliar. La Junta continuará explorando la literatura y la investigación en desarrollo sobre los métodos más eficaces para intervenir con los agresores de violencia intrafamiliar e identificar las mejores prácticas en este campo.²

Según el estatuto, el tratamiento se define como "la terapia, el seguimiento y la supervisión de cualquier agresor de violencia intrafamiliar que se ajuste a las normas creadas por la junta" (§ 16-11.8-102 C.R.S.). Estas Normas rigen la práctica de los profesionales de la salud mental que cumplen los requisitos de cualificación y están aprobados por la Junta.

1.01 Competencia de la DVOMB

- I. De conformidad con el ámbito estatutario del § 16-11.8-103(4)(a)(II) C.R.S.³, La DVOMB tiene competencia sobre las declaraciones de culpabilidad, las declaraciones de nolo contendere, las condenas tras juicios penales, las sentencias diferidas y la estipulación/conclusión de una base fáctica de violencia intrafamiliar. Estas Normas y Directrices son necesarias para los agresores adultos por violencia intrafamiliar cuyos cargos PENALES incluyan una base fáctica subyacente de violencia intrafamiliar (§ 18-6-800.3, C.R.S.) y deban someterse a una evaluación y un tratamiento por parte de un proveedor aprobado por la DVOMB como:

¹ Aunque el término evaluación no aparece en § 16-11.8-101, la DVOMB ha incluido este término como parte del proceso de tratamiento definido por las Normas y Directrices de la DVOMB de conformidad con § 16-11.8-102(4).

² Para más información sobre la Junta, los miembros y los mandatos, consulte los Estatutos de la DVOMB.

³ De conformidad con el § 16-11.8-103(4)(a)(II) C.R.S., las Normas de la DVOMB se aplican a los agresores adultos por violencia intrafamiliar que hayan cometido un delito, cuya base fáctica subyacente haya sido considerada por el tribunal en el expediente como un acto de violencia intrafamiliar, y que sean puestos en libertad condicional, en libertad vigilada o en correccionales comunitarios o que reciban un fallo y una sentencia diferidos.

- Orden del tribunal de la puesta en libertad condicional estatal⁴, municipal o privada;
- Orden de la Junta de Libertad Condicional según el acuerdo de libertad condicional;
- Orden como parte de la sentencia de corrección comunitaria (es decir, sentencia directa, reclusos del Departamento Correccional (DOC) ocupando camas de corrección comunitaria financiadas por el estado);
- Orden de completar como parte de una evaluación de agresores previa a la sentencia.⁵

***Punto de discusión:** en los casos en los que el potenciador o la etiqueta de agresor de violencia intrafamiliar ha sido eliminado, el tribunal aún puede ordenar que un demandado se someta a un tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar cuando el tribunal determine que el requisito de someterse a tratamiento está razonablemente relacionado con la rehabilitación del demandado, la seguridad de la comunidad o los objetivos de la libertad condicional⁶. Los demandados a los que se ordene someterse a un tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar deberán cumplir los requisitos de las Normas y Directrices de la DVOMB, que incluyen abordar la responsabilidad de los comportamientos relacionados con la violencia intrafamiliar en el delito índice.*

- II. Puede haber otras personas que necesiten evaluación, valoración, tratamiento y supervisión que no se ajusten a la definición estatutoria de agresor de violencia intrafamiliar o que no estén bajo la jurisdicción del sistema de justicia penal de Colorado. Los proveedores aprobados deben considerar el uso de las *Normas y Directrices* de la DVOMB como una pauta de buenas prácticas y a su discreción para los casos que no sean competencia de la DVOMB. La Junta proporciona la siguiente orientación en relación con el uso de las Normas para adultos que no están bajo el ámbito estatutorio de la DVOMB. Estas Normas y Directrices pueden utilizarse como buenas prácticas en las siguientes situaciones en las que exista preocupación por un comportamiento abusivo, dañino o de violencia intrafamiliar para:

- Adultos colocados en un programa de Desviación, sin una sentencia diferida;
- Adultos que solicitan una evaluación previa a la contestación de la demanda⁷;
- Adultos que solicitan una evaluación de violencia intrafamiliar como parte de un caso de relaciones domésticas u orden de protección civil de conformidad con § 14-10-124, C.R.S.;
- Cuando una de las partes reciba servicios por conducta de maltrato intrafamiliar proporcionados por un Departamento de Servicios Humanos/Servicios Sociales del condado (DHS/DSS) sin un requisito legal;
- Una persona que entra voluntariamente en tratamiento debido a comportamientos autodeclarados relacionados con conductas de violencia intrafamiliar.

- III. Jóvenes que participan en relaciones abusivas: No es intención de la legislación, ni de la DVOMB, que estas normas y directrices se apliquen al tratamiento de menores que han participado de relaciones adolescentes violentas o relaciones abusivas. A pesar de muchas similitudes en la conducta y del tratamiento de los menores y de los adultos, existen diferencias importantes en sus etapas de desarrollo, el proceso de sus conductas delictivas y el contexto de los menores que deben abordarse de forma diferente en su diagnóstico y tratamiento. Consulte la publicación actual de las [Directrices de buenas prácticas para trabajar con jóvenes que participan en relaciones abusivas](#).

⁴ C.R.S.13-10-104.5(a)(V)(e). Los municipios adoptarán una ordenanza que establezca Directrices y Normas que sean coherentes con las Directrices y Normas adoptadas por la DVOMB de conformidad con la Sección 16-11.8.103(4).

⁵ C.R.S.18-6-801(1) (b), *Partners in Change v. Domestic Violence Offender Management Board*, dentro de la División de Justicia Penal del Departamento de Seguridad Pública del Estado de Colorado, Caso número 06cv10083.

⁶ C.R.S.18-1.3-204(2)(a)(15), los tribunales poseen poderes probatorios para estipular condiciones.

⁷ Los asuntos previos a la demanda no están sujetos al ámbito de aplicación de las normas DVOMB.

1.02 Términos de referencia

- I. Las normas y directrices de la DVOMB utilizan diversos términos para referirse a las personas que están sujetas a estas normas. Los términos que se utilizan con frecuencia en las Normas incluyen agresor de violencia intrafamiliar, agresor y cliente. Estos términos de referencia se utilizan en diferentes secciones de las Normas en función del enfoque de una sección determinada (por ejemplo, tratamiento, supervisión, etc.), así como del idioma de preferencia de las partes interesadas profesionales que hacen referencia con frecuencia a esa sección. La DVOMB señala que el uso del término "agresor de violencia intrafamiliar" es coherente con la definición legal que identifica a una persona que cometió un delito, cuya base fáctica subyacente ha sido encontrada por el tribunal en el expediente para incluir un acto de violencia intrafamiliar. Sin embargo, la DVOMB reconoce que el uso del término agresor por violencia intrafamiliar no pretende en modo alguno etiquetar a las personas por su conducta, ni sugerir que quienes se someten a tratamiento no puedan llevar un estilo de vida libre de violencia y abusos.
- II. El cumplimiento de las Normas por parte de los proveedores aprobados se supervisa a través de los procesos de solicitud, reclamación y revisión del cumplimiento de las normas. Las Normas son obligatorias y se designan con la palabra "deberá" o "tiene que" mientras que las directrices se distinguen por el uso del término "debería". Aunque la DVOMB no tiene competencias sobre otras entidades implicadas en la supervisión de demandados condenados por un delito de violencia intrafamiliar (por ejemplo, la libertad condicional, la libertad vigilada y el poder judicial), ofrece estas directrices como una herramienta para ayudar en la gestión de los agresores y para mejorar la colaboración entre las partes interesadas y proporcionar orientación sobre las mejores prácticas.

1.03 Definición legal de violencia intrafamiliar

De conformidad con la Sección § 18-6-800.3(1), C.R.S., la definición penal de "violencia intrafamiliar" significa un acto o amenaza de acto de violencia sobre una persona con la que el actor mantiene o ha mantenido una relación íntima. "La violencia intrafamiliar también incluye cualquier otro delito contra una persona o contra una propiedad, incluido un animal o cualquier violación de una ordenanza municipal contra una persona o contra una propiedad, incluido un animal, cuando se utiliza como método de coacción, control, castigo, intimidación o venganza dirigido contra una persona con la que el actor mantiene o ha mantenido una relación íntima". La definición penal de violencia intrafamiliar sirve como base legal sobre la que un tribunal determina si existe una base fáctica subyacente de violencia intrafamiliar.

1.04 Características clínicas de la violencia intrafamiliar y los comportamientos abusivos

La siguiente definición de violencia intrafamiliar es una definición más completa de violencia intrafamiliar que se utilizará a efectos de evaluación, valoración y tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar con arreglo a las presentes Normas y Directrices. Debe tenerse precaución al aplicar esta definición y lista de tipos de abuso en circunstancias que no hayan sido identificadas a través del sistema legal. No todos los comportamientos de violencia intrafamiliar son ilegales, pero pueden ser abusivos o perjudiciales para la persona que los ha experimentado. Esta definición y la lista de tipos de maltrato sirven de marco para definir ampliamente las conductas de violencia intrafamiliar en un contexto clínico que puede utilizarse para abordar holísticamente todas las formas de maltrato con un agresor que ha sido remitido para recibir servicios.

La violencia intrafamiliar es un patrón emergente, cíclico o establecido de actitudes o comportamientos abusivos, controladores, dañinos o depredadores contra una persona. Estos comportamientos de violencia intrafamiliar son elecciones que intentan provocar un resultado específico arraigado en el poder y el control y a menudo se entrecruzan con múltiples formas de maltrato. Los agresores por violencia intrafamiliar pueden presentar múltiples áreas de riesgo de reincidencia (es decir, reincidencia por violencia intrafamiliar, letalidad, reincidencia por violencia no doméstica). Un agresor de violencia intrafamiliar es una persona que incurre en un patrón de una o más de las siguientes categorías de abuso: dominación, dependencia, disonancia, venganza, vigilancia y violencia. Esta lista no es exhaustiva en cuanto a las formas de maltrato relacionadas con la violencia intrafamiliar y debe considerarse y utilizarse con fines clínicos.

Categoría	Descripción
Dominación	<p>Control coercitivo: adoptar un patrón de conductas para obtener el control y el poder erosionando la autonomía, la autoeficacia y la autoestima de la víctima, marcado por la dominación y la trampa que se extiende por todo el espectro de tácticas violentas.⁸</p> <p>Abuso cultural: utilizar la cultura como medio para excusar, minimizar o justificar de otro modo su conducta abusiva. Esto puede incluir menospreciar la cultura de la víctima, obligar a una víctima a adoptar la cultura del agresor, aislar a una víctima de la cultura dominante, utilizar la cultura para silenciar a una víctima, utilizar la barrera del idioma para aislar a una víctima, utilizar otro idioma para dejar fuera a una víctima, etc.</p> <p>Abuso emocional: utilizar conductas no físicas que pueden ser sutiles o más evidentes y que tienen por objeto controlar, aislar o atemorizar a la víctima. Este tipo de maltrato puede presentarse como amenazas, insultos, gritos, vigilancia constante, celos excesivos, manipulación, humillación, intimidación o desprecio. Aunque estos comportamientos emocionalmente abusivos no dejan marcas físicas, causan daño, desempoderan y traumatizan a la víctima que los sufre.</p> <p>Abuso financiero: controlar, explotar, limitar o retener el acceso a activos económicos, empleo o recursos para afectar negativamente a la capacidad financiera de la víctima.</p> <p>Abuso psicológico: un patrón intenso o repetido de conducta que induce a confusión o duda y que crea estrés psicológico, confusión o duda en la víctima. Esto puede incluir amenazas o actos de autolesión u homicidio, negación del maltrato, manipulación psicológica (gaslighting) o acoso.</p> <p>Abuso verbal: utilizar palabras o iteraciones verbales como medio para controlar, coaccionar, manipular, intimidar, ridiculizar o degradar a la víctima e impactar negativamente en su salud psicológica o causar daño de cualquier otra forma.</p> <p>Daño o abuso colateral: causar daño a víctimas secundarias ya sea directa o indirectamente para perjudicar, manipular, intimidar o coaccionar de forma abusiva o controladora.</p> <p>Abuso reproductivo: utilizar la coacción, el control, el engaño, la manipulación o las amenazas para influir en el embarazo, sabotear los anticonceptivos, el uso de anticonceptivos, el acceso a los anticonceptivos y decidir unilateralmente las opciones reproductivas como método para obtener poder y control sobre otra(s) persona(s).</p>
Dependencia	<p>Abuso de la inmigración o del estado legal: utilizar o explotar la falta de documentación, el estado legal o ilegal o la ciudadanía de una víctima o de su familia como medio para amenazar, controlar o coaccionar a la víctima.</p> <p>Aislamiento y abuso social: intentar fomentar condiciones que tengan como objetivo aislar a la víctima de sus amigos, familia o comunidad. Estos comportamientos causan daño al cortar relaciones sanas, limitar el compromiso social, interferir en las redes sociales, perturbar las interacciones sociales o intentar causar daños a la reputación.</p>
Disonancia	<p>Abuso de sustancias: uso de sustancias que alteran el estado de ánimo como herramienta para perpetuar el control coercitivo contra la víctima, lo que incluye, entre otras cosas, sabotear la sobriedad o limitar los recursos. El consumo de sustancias que alteran el estado de ánimo por parte de un agresor no causa violencia intrafamiliar ni es una excusa para el maltrato.⁹</p> <p>Abuso intelectual: faltar al respeto al estilo de aprendizaje, la capacidad, la forma de pensar o los intereses intelectuales de otra persona. Esto puede implicar ridiculizar las ideas de la víctima, devaluar sus opiniones o controlar su acceso a la educación u otras oportunidades de aprendizaje.</p> <p>Maltrato psicológico (gaslighting): intentar crear dudas y confusión en la mente de la víctima, distorsionando la realidad y forzándola a cuestionar su propio juicio e intuición.</p> <p>Abuso espiritual: utilizar la fe, la espiritualidad, la religión o la falta de ellas como medio para intimidar, herir o controlar a la víctima.</p>
Venganza	<p>Abuso de animales: maltratar, amenazar o matar a cualquier mascota o animal, como torturar, atormentar, mutilar, mutilar, envenenar o abandonar para manipular emocionalmente o coaccionar a la víctima.¹⁰</p>

⁸ Dutton, M. A., Goodman, L., James, R. J. (2006). Development and Validation of a Coercive Control Measure for Intimate Partner Violence: Final Technical Report.

⁹ Rivera, E. A., Phillips, H., Warshaw, C., Lyon, E., Bland, P. J., Kaewken, O. (2015). An applied research paper on the relationship between intimate partner violence and substance use. Chicago, IL: National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health.

¹⁰ Fabres et al., (2014). Adulthood Animal Abuse Among Men Arrested for Domestic Violence. Violence Against Women, 20(9) 1059-1077.

	<p>Abuso administrativo a través de sistemas: utilización de sistemas destinados a proporcionar seguridad a una víctima para acosarla, amenazarla, intimidarla o controlarla.</p> <p>Utilización de los niños: utilizar o manipular a los niños como medio para controlar, coaccionar, manipular o causar cualquier otro daño a una víctima.</p> <p>Destrucción de bienes: dañar, destruir, devaluar o apoderarse de los bienes tangibles de la víctima como acto para perjudicarla, tomar represalias o intimidarla.</p>
Vigilancia	<p>Abuso de vigilancia: utilizar o manipular el entorno de forma física o virtual para obtener acceso y recabar información sobre una víctima en relación con sus horarios, actividades, paradero e interacciones. Estas conductas constituyen una violación de la expectativa y el derecho a la privacidad de la víctima, independientemente de su consentimiento, conciencia o conocimiento. Estas conductas pueden perjudicar la sensación de seguridad, cordura y la protección de la víctima. Esta definición puede incluir avances no deseados por parte del agresor de violencia intrafamiliar en la persecución de la víctima identificada. Acoso: participar en un patrón de conducta dirigido a una persona específica que intenta desarrollar, ampliar o mantener una relación con la víctima. Estos comportamientos pueden causar una angustia emocional considerable o temor por la seguridad de la víctima o de los demás. Las víctimas pueden o no ser conscientes de estos comportamientos.¹¹</p> <p>Abuso facilitado por la tecnología: uso de las tecnologías para acosar, hostigar, acechar o intimidar. Estos comportamientos pueden incluir el intercambio no consentido de imágenes.</p>
Violencia	<p>Abuso físico: utilizar cualquier acto físico u objeto (incluidas las armas) con el potencial de causar daño, lesión, discapacidad o muerte para ejercer poder y control sobre la víctima. Dichos actos físicos pueden dirigirse contra cualquier persona o cosa a la que la víctima pueda tener apego. El maltrato físico puede incluir coaccionar a otras personas para que cometan cualquier acto físico contra la víctima.</p> <p>Estrangulación¹²: impedir o restringir las vías respiratorias o la circulación de la sangre de una víctima aplicando presión en el cuello o el pecho o bloqueando la nariz o la boca.¹³</p> <p>Abuso sexual¹⁴: cualquier acto físico, conducta o explotación de naturaleza sexual que cause daño a la víctima sin su consentimiento.</p>

¹¹ Woodlock, W. (2017). The Abuse of Technology in Domestic Violence and Stalking, *Violence Against Women*, 23(5) 584-602; Senkans et al. (2017). Acceso al enlace

Between Intimate Partner Violence and Postrelationship Stalking: A Gender-Inclusive Study, *Journal of Interpersonal Violence*, 1-31.

¹² § 18-3-202(1)(g), C.R.S.: "Con la intención de causar lesiones corporales graves, aplica presión suficiente para impedir o restringir la respiración o la circulación de la sangre de otra persona aplicando dicha presión en el cuello o bloqueando la nariz o la boca de la otra persona y, de este modo, causa lesiones corporales graves".

§ 18-3-203(1)(h)(i), C.R.S.: "Con la intención de causar lesiones corporales, aplica presión suficiente para impedir o restringir la respiración o la circulación de la sangre de otra persona aplicando dicha presión en el cuello o bloqueando la nariz o la boca de la otra persona y, de este modo, causa lesiones corporales graves".

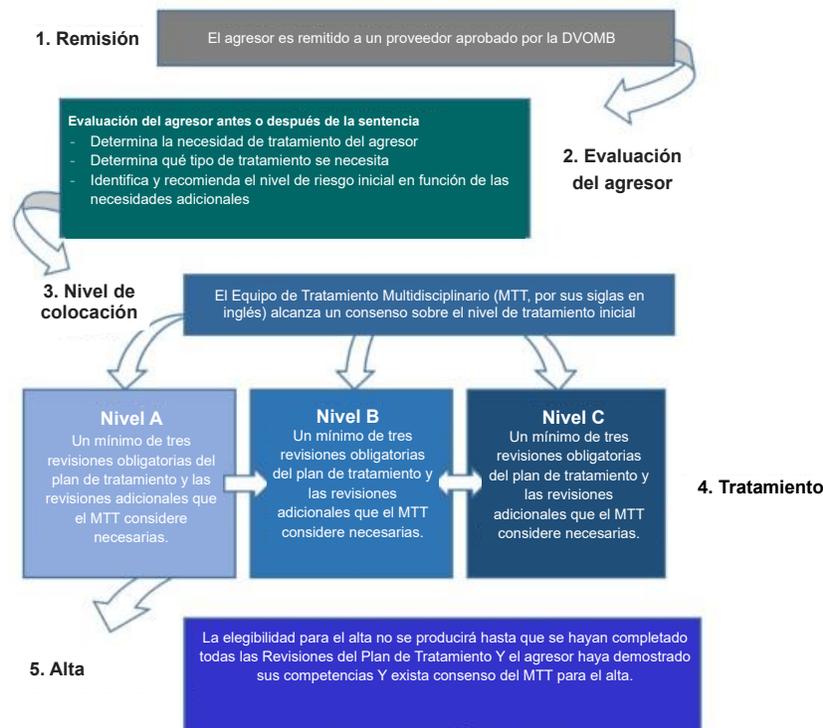
¹³ Mcquown et al. (2016). Prevalence of strangulation in survivors of sexual assault and domestic violence. *American Journal of Emergency Medicine*, 34, 1281-1285; Thomas et al. (2014). "Do You Know What It Feels Like to Drown?": Strangulation as Coercive Control in Intimate Relationships, *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 38(1) 124-137; Zilkens et al. (2016). Non-fatal strangulation in sexual assault: a study of clinical and assault characteristics highlighting the role of intimate partner violence, *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 43, 1-7.

¹⁴ §16-11.7-102(3), C.R.S.

[Regresar al índice](#)

1.03 Visión general del proceso de evaluación y tratamiento

- I. Por orden del Tribunal o de la Junta de Libertad Condicional, un agresor está obligado por ley a recibir una evaluación y asistir al tratamiento recomendado.¹⁵ La evaluación del agresor dará lugar a recomendaciones de tratamiento que valoren la necesidad de tratamiento del agresor, determinen qué tipo de tratamiento se necesita e identifiquen el nivel de riesgo inicial y cualquier necesidad adicional que pueda tener el agresor relacionada con la contención, la estabilización y la seguridad (Sección 4.0). Consulte la figura 1 a continuación para ver una representación visual de este proceso.



- II. El tratamiento es el conjunto completo de experiencias e intervenciones terapéuticas planificadas y diseñadas para ayudar al agresor a cambiar cualquier dinámica de poder y control, pensamientos y comportamientos abusivos (Sección 5.0). El tratamiento requiere que el agresor asista en persona a sesiones de grupo o individuales como mínimo una vez a la semana o más dependiendo del nivel de tratamiento del agresor (Sección 5.05). El tratamiento es individualizado y los progresos se evalúan durante una Revisión del Plan de Tratamiento (TPR, por sus siglas en inglés), que tiene lugar cada dos o tres meses (Sección 5.06). El grado en que un agresor progresa en el tratamiento y se mantiene conforme a él se basa en el cumplimiento de los objetivos asociados a las competencias básicas más que en el paso de una cantidad específica de tiempo o de sesiones (Sección 5.07).
- III. El progreso del tratamiento y de la seguridad de la víctima son supervisados por el Equipo de Tratamiento Multidisciplinario (MTT) formado por el proveedor aprobado, el oficial supervisor, un defensor de las víctimas del tratamiento (Sección 7.0) y cualquier otro miembro adjunto del MTT (Sección 5.02). El MTT se comunica regularmente y comparte información sobre el agresor durante el curso del tratamiento con el fin de mitigar los riesgos, apoyar la rendición de cuentas y mejorar la seguridad de las víctimas. Al finalizar el tratamiento y según lo exigido por las Normas, un agresor puede ser dado de alta de forma completa, sin éxito o de forma administrativa (Sección 5.08).

¹⁵ C.R.S. 18-6-801(1)(a)
[Regresar al índice](#)

Reconocimiento y dedicación. 7 de febrero de 2008

Por la presente, la Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar y la División de justicia penal reconocen a Gary Burgin, supervisor de libertad condicional de la oficina estatal de libertad condicional del 18° Distrito Judicial, por su dedicación y compromiso continuo para acabar con la violencia intrafamiliar. Gary trabajó en varios proyectos con la DVOMB durante muchos años. Más recientemente, participó en el Comité de Revisión del Tratamiento de la DV. El liderazgo de Gary en este comité promovió la colaboración profesional. La negativa de Gary a minimizar el abuso en cualquier contexto y su experiencia en lo que respecta a la gestión y contención de los agresores ha sido inestimable. Rápidamente se lo conoció como las "normas de oro" de los objetivos e ideales de la libertad condicional. Unificó e inspiró al comité con su inagotable perseverancia para crear un nuevo modelo de tratamiento más eficaz para los agresores de violencia intrafamiliar. Las contribuciones de Gary han tenido, y seguirán teniendo, impacto en las *Normas y Directrices para agresores de violencia intrafamiliar*.



2.0 Perspectiva histórica

Antes de 1979, se trataba a los agresores de violencia intrafamiliar de forma voluntaria, ya que no existía un sistema formal de derivación de los tribunales. En 1979, la fiscalía del condado de Jefferson, junto con Women in Crisis, inició un programa de violencia intrafamiliar para personas acusadas penalmente. Al año siguiente, Alternatives to Family Violence, un programa de tratamiento del condado de Adams, colaboró en el desarrollo de un sistema de derivación de agresores del tribunal municipal; sin embargo, no existían normas formales que rigieran el tratamiento de los que eran derivados.

En 1984, el Consorcio de Denver ayudó a instituir una política de arresto obligatorio en Denver. Como resultado del aumento de las detenciones, más agresores fueron remitidos a tratamiento, lo que incrementó la necesidad de que los proveedores trabajaran con agresores de violencia intrafamiliar. Miembros de la comunidad, incluyendo los representantes de los servicios a las víctimas, las agencias de tratamiento y el sistema de justicia penal, se preocuparon porque el tratamiento proporcionado a estos agresores era incoherente.

Como resultado de estas preocupaciones, se formó un comité estatal sobre normas intra-agencias que incluía tanto a grupos urbanos como rurales. Expertos en el campo de la violencia intrafamiliar aportaron información al comité. En 1986, se completaron unas normas de tratamiento escritas que fueron aprobadas por el Grupo de Trabajo de Proveedores de Servicios, un subcomité de la Coalición de Colorado contra la violencia intrafamiliar, anteriormente Coalición de Colorado contra la violencia intrafamiliar.

En 1987, el representante John Irwin, con el apoyo de la comunidad de la violencia intrafamiliar, propuso con éxito una ley que obligaba al tratamiento de todas las personas condenadas por un delito con una base fáctica subyacente de violencia intrafamiliar (§18-6-803, C.R.S.). Además del tratamiento obligatorio, la nueva ley estableció la Comisión Estatal, nombrada por el presidente del Tribunal Supremo de Colorado para crear normas de tratamiento y prever el nombramiento de juntas de certificación en cada distrito judicial. Estas juntas locales se encargaron de certificar y supervisar el cumplimiento de las *Normas y Directrices* por parte de los proveedores aprobados.

La nueva ley tenía dos deficiencias importantes que crearon tensiones que finalmente condujeron al desmantelamiento de la ley. En primer lugar, no se asignaron fondos para apoyar el esfuerzo de la Comisión Estatal y las juntas locales de certificación. En segundo lugar, algunos profesionales de la salud mental con licencia se opusieron al proceso de la junta de certificación local, por considerar que creaba una situación de "doble riesgo". Tanto las juntas locales de certificación como el Departamento de Agencias Reguladoras del Estado de Colorado regulan a los profesionales. En respuesta a estas preocupaciones, el representante Steve Toole propuso la ley HB 1263 en la sesión legislativa de 2000. A partir del 1 de julio de 2000, la Sección 16-11.8-101, et. seq., C.R.S. estableció la Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar que es responsable de promulgar normas para el tratamiento y establecer un proceso de solicitud para los proveedores de tratamiento. La sección 16-11.8- 101, et. seq., C.R.S. autoriza a las juntas de licencias de salud mental de Colorado y al Departamento de Agencias Reguladoras a aprobar proveedores de tratamiento junto con la Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar (Junta). La Junta elogia a la Asamblea General por reconocer como delito la violencia intrafamiliar, un problema social de larga data y por promulgar una legislación proactiva.

3.0 Principios rectores

El tratamiento de los agresores en el Estado de Colorado emplea una variedad de teorías, modalidades y técnicas. Los agresores de violencia intrafamiliar son una categoría separada de agresores violentos que requieren un enfoque especializado. Los objetivos principales son el cese de los comportamientos abusivos y la seguridad de la víctima.

La filosofía de la Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar es que el establecimiento de normas para los proveedores aprobados de servicios para agresores de violencia intrafamiliar por sí solo no mejorará significativamente la seguridad pública. Además, debe coordinarse y mejorarse el *proceso* por el que los agresores de violencia intrafamiliar son evaluados, tratados y gestionados por el sistema de justicia penal y los sistemas de servicios sociales.

El tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar es un campo en desarrollo. La Junta se mantendrá al corriente de la investigación y la literatura emergentes y modificará estas *Normas y Directrices* basándose en una mejor comprensión de los temas. La Junta también debe tomar decisiones y hacer recomendaciones en ausencia de resultados claros de la investigación. Por lo tanto, tales decisiones estarán dirigidas por los Principios Rectores, siendo el mandato rector la prioridad de la seguridad pública y la atención a las normas de atención comúnmente aceptadas. Además, la Junta se esforzará por crear normas estatales que reflejen que las comunidades de Colorado tienen características geográficas, retos y recursos únicos.

Estos Principios Rectores están diseñados para ayudar y guiar el trabajo de los implicados en la gestión y la contención de los agresores de violencia intrafamiliar.

Gestión: La gestión de los agresores de violencia intrafamiliar implica la participación informada y responsable de las fuerzas policiales, los servicios para las víctimas, los defensores, la DVOMB y todos los sistemas implicados, como los servicios de salud mental, de abuso de sustancias y de protección de menores. Para gestionar a los agresores de violencia intrafamiliar y reducir y, en última instancia, eliminar la violencia intrafamiliar, se requiere una respuesta coordinada de la comunidad, por lo que la contención de los agresores es un elemento de la gestión de los agresores.

Contención: El enfoque preferido para gestionar a los agresores es utilizar un proceso de contención. Los implicados en el proceso de contención son directamente responsables de que los agresores rindan cuentas mientras están bajo la supervisión del tribunal. Esto incluye, entre otros: los tribunales, los agentes supervisores del tribunal, como la libertad condicional, y los proveedores aprobados. Aunque estas *Normas y Directrices* exigen a los proveedores aprobados que se comuniquen, colaboren y consulten con el resto de este grupo de contención, los tribunales y agentes supervisores también deben procurar implementar este concepto de contención y comunicación.

3.01 La seguridad de las víctimas y de la comunidad es primordial.

La seguridad de las víctimas y de la comunidad son las máximas prioridades de las *Normas y Directrices*. Esto debería guiar las respuestas del sistema de justicia penal, la defensa de las víctimas, los servicios humanos y el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar. Siempre que las necesidades de los agresores de violencia intrafamiliar en tratamiento entren en conflicto con la seguridad de la comunidad (incluida la de las víctimas), la seguridad de la comunidad tendrá prioridad.

3.02 La violencia intrafamiliar es una conducta delictiva.

3.03 La gestión y contención de los agresores de violencia intrafamiliar requiere una respuesta comunitaria coordinada.

La Junta fomenta el desarrollo de coaliciones/grupos de trabajo locales para mejorar la comunicación entre agencias y reforzar el desarrollo de programas.

Todos los participantes en la gestión de los agresores son responsables de conocer la violencia intrafamiliar y estas *Normas y Directrices*. La comunicación profesional abierta se enfrenta a las tendencias de los agresores a mostrar conductas reservadas, manipuladoras y negadoras. Solo con nuestros esfuerzos conjuntos, aplicando los mismos principios y trabajando juntos, podrá tener éxito la gestión de los agresores de violencia intrafamiliar.

Otros profesionales implicados, como los proveedores de salud mental, los asesores de abuso de sustancias y los profesionales sanitarios, aportan conocimientos y experiencia especializados.

La información proporcionada por cada uno de los participantes en la gestión de un agresor contribuye a una comprensión más profunda de los factores de riesgo y las necesidades del agresor, y al desarrollo de un enfoque global para tratar y contener al agresor.

Las decisiones relativas al tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar serán tomadas por el grupo de contención.

3.04 El éxito de la gestión y la contención de los agresores de violencia intrafamiliar se ve reforzado por una mayor concienciación pública sobre los problemas de la violencia intrafamiliar.

La complejidad y la dinámica de la violencia intrafamiliar aún no se comprenden del todo y prevalecen muchos mitos. Estos mitos inhiben las respuestas proactivas de la comunidad a la violencia intrafamiliar. Los profesionales bien informados tienen la responsabilidad de aumentar la concienciación y la comprensión del público difundiendo información precisa sobre la violencia intrafamiliar. Esto puede facilitar a las comunidades la movilización de recursos y la respuesta eficaz a la violencia intrafamiliar.

3.05 No existe un perfil singular de la persona que comete actos de violencia intrafamiliar.

Las personas que cometen actos de violencia intrafamiliar varían en muchos aspectos, como la edad, la raza y el origen étnico, las orientaciones sexuales, las identidades de género, el sexo, el estado de salud mental, la profesión, la situación económica, el trasfondo cultural, las creencias religiosas, los puntos fuertes y vulnerables, y los niveles de riesgo y las necesidades de tratamiento. Las personas que cometen delitos abusivos pueden incurrir en más de un patrón delictivo y pueden tener múltiples víctimas.

3.06 Competencias y factores culturales.

La individualización de las evaluaciones, la valoración y la supervisión requiere una atención especial a los factores sociales y culturales. El reconocimiento y el respeto de estos factores, incluyendo el origen étnico, social, cultural, la discapacidad, la raza, el credo, el color, el sexo (incluidos el embarazo, la identidad de género y la orientación sexual), la religión, la nacionalidad, la ciudadanía, la edad, la condición de veterano o el estado civil, son esenciales a la hora de interactuar con los clientes. Estos factores no representan una lista exhaustiva ni los retos asociados a la interseccionalidad de los mismos. Una premisa básica es reconocer la cultura del cliente, la propia cultura del proveedor y cómo ambas afectan a la relación cliente-proveedor. Esta premisa se extiende a todos los miembros profesionales del MTT y a las personas de apoyo positivo y es esencial para crear un entorno equitativo e inclusivo. Aunque los factores mencionados pueden ser una parte integral de la evaluación y el tratamiento, dichos factores nunca son una excusa o justificación para la violencia intrafamiliar o las conductas abusivas.

3.07 La naturaleza de los agresores de violencia intrafamiliar es que sus conductas tienden a ser encubiertas, engañosas y reservadas.

Estas conductas suelen estar presentes mucho antes de que se reconozcan públicamente.

3.08 La conducta de violencia intrafamiliar es peligrosa.

Cuando se produce violencia intrafamiliar, siempre hay una víctima. Tanto la bibliografía como la experiencia clínica sugieren que esta violencia o abuso puede tener efectos físicos, emocionales, psicológicos, financieros y espirituales devastadores en las vidas de las víctimas y sus familias. Los agresores pueden negar y minimizar los hechos, la gravedad o la frecuencia de sus delitos. Los agresores de violencia intrafamiliar suelen mantener una fachada socialmente aceptable para ocultar sus conductas abusivas. En su extremo, la conducta violenta intrafamiliar puede provocar la muerte de la víctima, del agresor, de sus familiares y de otras personas.

3.09 La conducta violenta intrafamiliar es costosa para la sociedad.

La violencia intrafamiliar tiene un impacto económico significativo en varios individuos y grupos, incluyendo entre otros, la víctima, la familia y el agresor, las escuelas, los negocios y los propietarios, las comunidades religiosas, los servicios sanitarios y humanos, las fuerzas del orden y el sistema de justicia penal.

3.10 Toda conducta violenta intrafamiliar es responsabilidad exclusiva del agresor.

3.11 Los agresores son capaces de cambiar.

La responsabilidad de cambiar recae en el agresor. Los individuos son responsables de sus actitudes y conductas y son capaces de eliminar o modificar las conductas abusivas a través de la apropiación personal de un proceso de cambio. Idealmente, esto incluye la cognición, el afecto y la conducta. El tratamiento aumenta la oportunidad de cambio del agresor. El cambio se basa en los niveles de motivación del agresor y en su aceptación de la responsabilidad. La motivación para el cambio puede reforzarse con un tratamiento eficaz y la contención de la comunidad.

3.12 La valoración y evaluación de los agresores de violencia intrafamiliar es un proceso continuo.

Debido a la naturaleza cíclica de los patrones delictivos y a las fluctuantes tensiones de vida, los niveles de riesgo de los agresores de violencia intrafamiliar están en constante cambio. Los cambios que se producen como resultado de la supervisión o el tratamiento de los agresores no pueden asumirse como permanentes. Por estas razones, la supervisión continua del riesgo es responsabilidad conjunta de la agencia de justicia penal responsable y del proveedor aprobado. El final del período de supervisión no debe considerarse necesariamente como el final de la peligrosidad.

3.13 El tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar difiere de la psicoterapia tradicional.

En la psicoterapia tradicional, el cliente entabla una relación terapéutica voluntaria con un terapeuta de su elección, basada en gran medida en objetivos y propósitos decididos por el cliente. El tratamiento de agresores por orden judicial difiere de la terapia tradicional en los siguientes aspectos:

- El tratamiento no es voluntario. Una alianza terapéutica no es un requisito previo para el tratamiento.
- El agresor se inscribe en el tratamiento por indicación del tribunal y se aplican sanciones en caso de no participar.
- El agresor debe recibir tratamiento solo de proveedores aprobados por el estado para proporcionar el tratamiento.

- Los objetivos individuales del tratamiento son determinados por el terapeuta para reducir la reincidencia y aumentar la seguridad de la víctima y de la comunidad.
- Las decisiones relativas al tratamiento y la contención se toman conjuntamente entre los proveedores aprobados y los organismos de justicia penal.
- Los proveedores aprobados están obligados a consultar y comunicarse con el defensor de la víctima y otros organismos implicados.
- La confidencialidad está limitada por los requisitos del sistema de justicia penal y las necesidades de seguridad de las víctimas.
- La defensa de las víctimas es un componente esencial del tratamiento de los agresores.
- Se espera la minimización y la negación de la necesidad de tratamiento y, por lo tanto, el tratamiento implica el cuestionamiento de las percepciones y creencias del agresor.

3.14 La modalidad de tratamiento preferida es la terapia de grupo.

3.15 Las víctimas tienen derecho a la seguridad y a la autodeterminación.

Las víctimas de la violencia intrafamiliar sufren una tremenda agitación y miedo como resultado de la violencia infligida. Sus sentimientos y su potencial para sufrir más daños deben ser siempre objeto de la máxima consideración.

Las víctimas tienen derecho a determinar en qué medida se les informará de la situación del agresor en el proceso de tratamiento y en qué medida harán aportaciones a través de los canales adecuados al proceso de gestión y tratamiento del agresor.

3.16 El tratamiento de los agresores debe abordar todo el espectro de conductas abusivas y controladoras asociadas a la violencia intrafamiliar, y no solo las conductas delictivas definidas legalmente.

3.17 La valoración, la evaluación, el tratamiento, el seguimiento de la conducta y la supervisión específicos de los delitos sexuales deben ser humanos, no discriminatorios y ajustarse a las normas éticas y legales.

Las personas y los organismos que lleven a cabo la valoración, la evaluación, el tratamiento y el seguimiento conductual de los agresores de violencia intrafamiliar no deben discriminar por motivos de raza, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, origen nacional o estado socioeconómico. Los agresores de violencia intrafamiliar deben ser tratados con dignidad y respeto por todos los miembros del equipo que se ocupan de su gestión y tratamiento, independientemente de la naturaleza de los delitos o la conducta del agresor. Las diferencias individuales deben reconocerse, respetarse y abordarse en el tratamiento.

3.18 Los programas de tratamiento se esforzarán por que la composición del personal refleje la diversidad de la comunidad a la que sirven.

4.0 Evaluación del agresor

El propósito de una evaluación de un agresor de violencia intrafamiliar (en adelante, evaluación del agresor) es valorar la necesidad de tratamiento del agresor, determinar qué tipo de tratamiento necesita e identificar el nivel de riesgo y cualquier necesidad adicional que pueda tener el agresor relacionada con la contención, la estabilización y la seguridad. Aunque la evaluación proporciona información y recomendaciones valiosas, y a medida que surja nueva información o cambie el nivel de riesgo en el curso del tratamiento, el tratamiento del agresor debe adaptarse para abordar esos cambios.¹⁶ Cada agresor recibirá una valoración y una evaluación minuciosas¹⁷ que examinen la interacción entre la salud mental del agresor, el funcionamiento social/sistémico, el funcionamiento familiar y del entorno y las conductas delictivas. Los evaluadores son éticamente responsables de realizar evaluaciones exhaustivas y basadas en hechos, independientemente de la situación del agresor dentro del sistema de justicia penal. En consecuencia, los evaluadores darán prioridad a la seguridad física y psicológica de las víctimas y de las posibles víctimas a la hora de formular recomendaciones adecuadas al riesgo y a las necesidades evaluadas de cada agresor.

4.01 Remisión para servicios de evaluación de agresores:

- I. Si una agencia de justicia penal¹⁸ realiza una derivación a un proveedor autorizado, dicho proveedor autorizado notificará a la agencia de justicia penal si el agresor no se pone en contacto en el plazo indicado. Si no se incluyó ningún plazo con la derivación, el proveedor autorizado notificará a la agencia de justicia penal en el plazo de una semana si el agresor no se pone en contacto con el proveedor autorizado.

Punto de discusión: Se considera una buena práctica que el oficial supervisor de la justicia penal (o el agente) proporcione toda la información posible al proveedor aprobado cuando se realiza la derivación. La información colateral, como el informe policial, las evaluaciones previas, los resultados al Instrumento de Detección de Violencia Intrafamiliar (DVSI, por sus siglas en inglés) o el Inventario del Nivel de Servicio, un resumen de los antecedentes penales del agresor, y cualquier otra documentación debe proporcionarse cuando esté disponible y sea aplicable. La disponibilidad de documentación colateral ayuda a los proveedores aprobados a iniciar el proceso de evaluación.

- II. En el momento de la derivación y antes de realizar la evaluación del agresor, los proveedores aprobados evaluarán la necesidad de servicios de interpretación, incluidos idiomas extranjeros, dialectos específicos y lengua de señas. Un proveedor aprobado debe comunicarse en el idioma preferido del cliente en la medida en que apoye y mejore la relación cliente-proveedor.

El cliente o el proveedor aprobado pueden solicitar un intérprete en cualquier momento. Si se realiza dicha solicitud, el proveedor aprobado deberá realizar lo siguiente:

- Informar al cliente de la solicitud y de las posibles repercusiones de un intérprete.
- Documentar la solicitud o recomendación de un intérprete de idiomas, por parte del cliente, la fuente de remisión o el Tribunal, y si el cliente acepta o rechaza los servicios del intérprete.
- Notificarlo y coordinarlo con la fuente de remisión y permitir la presencia de un intérprete.
- Siempre que sea posible, el proveedor aprobado deberá recurrir a un intérprete autorizado por el tribunal o a un intérprete jurado.
- Evaluar si un intérprete es apropiado para mantener la confidencialidad del cliente y capaz de apoyar el proceso de evaluación y tratamiento del agresor de violencia intrafamiliar. Se anima a los intérpretes a realizar el curso de formación DV100 para conocer mejor las normas y los requisitos de la DVOMB.

¹⁶ Bonta, J., & Wormith, J. S. (2013). Applying the risk-need-responsivity principles to offender assessment. In L.A. Craig, L. Gannon, L., & T. A. Dixon (Eds.), *What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment* (pp. 71-93). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

¹⁷ Cada evaluación deberá tener en cuenta el funcionamiento, las aptitudes y las capacidades mentales y físicas de cada agresor.

¹⁸ Libertad vigilada, libertad vigilada privada, libertad condicional, correcciones comunitarias o desvío.

Punto de discusión: Los proveedores aprobados que hablan idiomas distintos del inglés se identifican en la DVOMB Lista de proveedores aprobados: La fuente de derivación debe revisar la Lista de proveedores aprobados antes de realizar una derivación cuando el idioma preferido del cliente no sea el inglés. Estos clientes pueden beneficiarse de la teleterapia en su idioma preferido o de la teleterapia en combinación con otras modalidades adecuadas.

En caso de que ni un proveedor aprobado ni un intérprete estén disponibles para adaptarse al idioma preferido del cliente, éste podrá seguir participando si puede hablar inglés lo suficiente como para participar en el proceso de tratamiento. Si no es así, el cliente también puede ser devuelto al tribunal que preside o a la junta de libertad condicional con una recomendación para una disposición alternativa que esté razonablemente relacionada con la rehabilitación del agresor y la protección de la víctima.

- III. Cita inicial: Después de que el agresor se haya puesto en contacto con el proveedor aprobado, éste debe hacer todos los intentos razonables para programar la cita inicial con el agresor en el plazo de una semana desde que el agresor se haya puesto en contacto con él. Si el proveedor aprobado no puede concertar una cita inicial en un plazo razonable, se comunicará con el funcionario o agente supervisor para conocer los pasos a seguir.
- IV. Requisitos del Pacto Interestatal: De conformidad con § 17-27.1-101, C.R.S, los proveedores aprobados notificarán a la Oficina del Pacto Interestatal de Colorado siempre que un agresor de otro estado se inscriba en un programa de tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar. Esto se aplica a todos los agresores que hayan sido condenados o hayan acordado una sentencia aplazada, una condena aplazada o un procesamiento aplazado por un delito en otro estado. El proveedor aprobado puede completar la evaluación del agresor, pero no puede comenzar el tratamiento del agresor de violencia intrafamiliar hasta que la Oficina del Pacto Interestatal de Colorado le haya concedido la aprobación.
- V. Denegación de Admisión: Los proveedores aprobados proporcionarán documentación escrita con las razones de la denegación de admisión a tratamiento a la agencia de justicia penal responsable en el plazo de una semana.

4.02 Parámetros de la evaluación del agresor

- I. La evaluación del agresor no se utilizará para determinar la culpabilidad o la inocencia, o si se ha producido o no un acto de violencia intrafamiliar, puesto que el agresor ya se ha declarado culpable o ha sido condenado por un delito de violencia intrafamiliar.

Punto de discusión: El sistema de justicia penal, y no el proveedor aprobado, es el responsable de tomar las decisiones legales relativas a la culpabilidad o la inocencia, las declaraciones de culpabilidad, las condenas y las sentencias. Cuando se realiza una evaluación previa o posterior a la sentencia, se presume que el agresor es culpable y que completará el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar según las Normas y Directrices. Es posible que las evaluaciones realizadas antes de una declaración de culpabilidad (por ejemplo, antes de un juicio, de una condena, etc.) no cumplan los requisitos de estas Normas y Directrices. Por ello, es posible que los proveedores aprobados tengan que crear una evaluación actualizada como apéndice a cualquier evaluación realizada previamente que no cumpla las Normas y Directrices de la DVOMB.

- II. La evaluación del agresor se utilizará para desarrollar medidas de referencia con el fin de evaluar el progreso, la falta de progreso o la regresión del agresor con respecto a la necesidad criminógena y el riesgo de reincidencia.
- III. Las evaluaciones dirigirán la colocación inicial del agresor en el nivel y la intensidad de tratamiento apropiados, tal como se identifican en la Norma 5.06.
- IV. Los proveedores aprobados no declararán ni darán a entender que una evaluación del agresor cumple los criterios para una evaluación de agresores de violencia intrafamiliar si no cumple las Normas y Directrices de la DVOMB. Los proveedores aprobados incluirán en cada evaluación completada una declaración en la que se indique si la evaluación se ajusta plenamente o no a las Normas y Directrices de la DVOMB.
- V. Los objetivos específicos de la evaluación valorarán y determinarán lo siguiente:
 - Nivel y naturaleza del riesgo, incluida la posible letalidad para futuros casos de violencia intrafamiliar¹⁹ (consulte el Apéndice E, Sección VII).

¹⁹ Campbell, J. C. (2005). Assessing dangerousness in domestic violence cases: history, challenges, and opportunities. *Criminology and Public Policy*, 4, 653-672.

- Necesidades criminógenas individuales²⁰, violencia intrafamiliar y cuestiones relacionadas con el poder y el control (consulte el Apéndice E, Sección IV).
- Estrategias para gestionar las necesidades criminógenas y la presencia de cualquier tipo de violencia intrafamiliar y cuestiones relacionadas con el poder y el control.
- Puntos fuertes del agresor (por ejemplo, factores de apoyo prosocial, empleo, educación).
- Cualquier posible factor desestabilizador (por ejemplo, pérdida de empleo, falta de vivienda, quiebra).
- Factores de respuesta del agresor (consulte el Apéndice E, Sección VI).
- Nivel de responsabilidad del agresor (consulte el Apéndice E, Sección I).
- La evaluación de la susceptibilidad²¹ al tratamiento se define de la siguiente manera:
 - La capacidad de comprender los conceptos del tratamiento
 - La capacidad física y mental para funcionar en un entorno de tratamiento
 - La presencia de posibles barreras lingüísticas (véase la norma 5.03 para más información).
- Consideraciones y factores clínicos exclusivos de una población específica de agresores (por ejemplo, mujeres agresoras, agresores LGBTQIA+) utilizando las directrices del Apéndice B.
- Consideraciones diagnósticas pertinentes sobre el tratamiento de afecciones coexistentes, la necesidad de tratamiento médico o farmacológico (si está indicado) y las evaluaciones adicionales necesarias para abordar las áreas de preocupación.
- Cuestiones clínicas generales y necesidades criminógenas en forma de conceptualización del caso y hacer recomendaciones para el Plan de Tratamiento del agresor.
- Recomendaciones de estrategias iniciales de seguimiento relacionadas con la seguridad de la comunidad y de las víctimas.

Punto de discusión: Las Normas y Directrices no impiden que un proveedor aprobado realice tanto una evaluación como el tratamiento para el mismo agresor.

4.03 Evaluación del agresor previa a la sentencia (PSE)

El propósito de una evaluación de la sentencia (PSE, por sus siglas en inglés) es proporcionar al tribunal información relevante en la que basar sus decisiones de condena. La evaluación del agresor de violencia intrafamiliar establece una base de información sobre los factores de riesgo y de protección del agresor, las necesidades y recomendaciones de tratamiento y la predisposición al tratamiento. La PSE puede incluir recomendaciones sobre la idoneidad de un agresor para la supervisión comunitaria.

- I. Una PSE solo podrá ser realizada por un evaluador previo a la sentencia aprobado por la DVOMB.
- II. La PSE no es una evaluación obligatoria para los agresores. Un evaluador previo a la sentencia puede realizar una PSE para obtener información que proporcione recomendaciones de tratamiento relacionadas con la violencia intrafamiliar y la dinámica de poder y control, resultados de cualquier prueba psicológica adicional, estrategias para la contención del agresor, vigilancia y requisitos de supervisión basados en las evaluaciones del riesgo, las necesidades y la capacidad de respuesta del

²⁰ Hilton, Z. & Dana L. Radatz, D. (2018). The Criminogenic and Noncriminogenic Treatment Needs of Intimate Partner Violence Offenders International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62(11) 3247-3259.

²¹ La adaptabilidad al tratamiento de la violencia intrafamiliar se refiere a la capacidad del agresor para participar, funcionar y comprender eficazmente los conceptos del tratamiento. Las deficiencias cognitivas significativas (por ejemplo, del pensamiento) pueden impedir la capacidad de un individuo para prestar suficiente atención durante las sesiones de tratamiento, aprender nueva información o autorreflexionar. Del mismo modo, algunos casos de enfermedad mental aguda pueden interferir en la participación debido a la presencia de pruebas de realidad alteradas (por ejemplo, delirios o alucinaciones).

agresor.²² La PSE deberá cumplir íntegramente las *Normas y Directrices*, en concreto los apartados 4.02, 4.05, 4.06, 4.07 y el Apéndice E, que dan lugar a una evaluación exhaustiva y en profundidad del agresor (por ejemplo, personalidad, inteligencia, psicopatía, discapacidades del desarrollo, etc.).

- III. Si se ha realizado una evaluación previa a la declaración, una vez que haya un fallo de culpabilidad, se utilizará una evaluación del agresor que cumpla con las *Normas y Directrices* para determinar las necesidades de tratamiento.
- IV. Las evaluaciones realizadas a efectos de la remisión previa al juicio que cumplan los criterios establecidos por § 18-1.3-101(5), C.R.S.²³, se ajustarán a estas *Normas y Directrices* y serán realizadas por un evaluador previo a la sentencia. Los evaluadores previos a la sentencia pueden hacer recomendaciones de tratamiento basadas en los resultados de una evaluación para su consideración por parte de la fiscalía.

Punto de discusión: *A los proveedores aprobados se les remiten a veces clientes que no han sido acusados ni condenados por violencia intrafamiliar en un tribunal penal, pero que están sujetos a órdenes judiciales de un tribunal civil. De conformidad con § 14-10-124(4)(IV)(f), C.R.S.²⁴, si se llega a un fallo de violencia intrafamiliar, se puede ordenar a la parte agresora que participe en una evaluación de agresor por violencia intrafamiliar y en el tratamiento recomendado. Las órdenes civiles de evaluación y tratamiento no están sujetas a las Normas y Directrices de la DVOMB. Los proveedores aprobados pueden elegir si deben realizar las evaluaciones remitidas por orden judicial civil y el tratamiento a la parte participante, y cómo hacerlo. La DVOMB anima a los proveedores aprobados a utilizar las Normas y Directrices de la DVOMB como una guía de buenas prácticas junto con su juicio profesional y ético de forma apropiada.*

4.04 Evaluación del agresor posterior a la sentencia

- I. La evaluación del agresor posterior a la sentencia es un componente obligatorio del proceso de admisión del agresor y será realizada con cada agresor por un proveedor aprobado. En los casos en los que se haya completado una PSE y el proveedor aprobado haya obtenido una copia, la evaluación del agresor posterior a la sentencia ampliará la PSE según sea necesario y aplicable (consulte la sección 4.05 "Fuentes de información mínimas requeridas"). Si hay un conflicto entre los hallazgos de la evaluación del agresor previa y posterior a la sentencia, el proveedor aprobado puede consultar con su supervisor clínico de violencia intrafamiliar (DVCS) o consultor paritario para resolverlo si es necesario.
- II. Cuando el examen de detección de abuso de sustancias o el juicio clínico indiquen la necesidad de una evaluación adicional, el agresor será remitido a un CAS o LAC para una evaluación de abuso de sustancias.

²² Bonta, J., & Wormith, J. S. (2013). Applying the risk-need-responsivity principles to offender assessment. In L.A. Craig, L. Gannon, L., & T. A. Dixon (Eds.), *What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment* (pp. 71-93). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; Babcock, J., Armenti, N., Cannon, C., Lauve-Moon, K., Buttell, F., Ferreira, R., . . . Solano, I. (2016). Domestic Violence Perpetrator Programs: A Proposal for Evidence-Based Standards in the United States. *Partner Abuse, 7*(4), 355-460. doi:10.1891/1946-6560.7.4.355; Radatz, D. L., & Wright, E. M. (2016).

Integrating the principles of effective intervention into Batterer Intervention Programming: The case for moving toward more evidence-based programming. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*, 72-87. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838014566695>.

²³ En una jurisdicción que reciba fondos estatales para la creación o el funcionamiento de programas de desvío de conformidad con esta sección, un individuo acusado de un delito, cuya base fáctica subyacente implique violencia intrafamiliar según se define en la sección 18-6-800.3 (1), no es elegible para el desvío previo al juicio a menos que se hayan presentado cargos, el individuo haya tenido la oportunidad de consultar con un abogado y el individuo haya completado una evaluación de tratamiento de violencia intrafamiliar, que incluya el uso de un instrumento de evaluación de riesgos de violencia intrafamiliar, realizada por un proveedor de tratamiento de violencia intrafamiliar autorizado por la junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar según lo exigido por la sección 16-11.8-103 (4), C.R.S. El fiscal de distrito puede acordar colocar al individuo en el programa de desvío establecido por el fiscal de distrito conforme a esta sección si considera que, basándose en los resultados de dicha evaluación y en los demás factores de la subsección (3) de esta sección, que el individuo es apropiado para el programa.

²⁴ § 14-10-124(4)(IV)(f), C.R.S. Cuando un tribunal civil encuentre por preponderancia de las pruebas que una de las partes ha cometido violencia intrafamiliar, el tribunal puede ordenar a la parte que se someta a una evaluación de violencia intrafamiliar. Si el tribunal determina, basándose en los resultados de la evaluación, que el tratamiento es apropiado, podrá ordenar a la parte que participe en un tratamiento contra la violencia intrafamiliar. En cualquier momento, el tribunal puede exigir una evaluación posterior para determinar si es necesario un tratamiento adicional. Si el tribunal concede el tiempo de custodia a una parte a la que se le ha ordenado participar en un tratamiento contra la violencia intrafamiliar, el tribunal puede ordenar a la parte que obtenga un informe del proveedor del tratamiento relativo al progreso de la parte en el tratamiento y que aborde cualquier preocupación de seguridad en curso relativa al tiempo de custodia de la parte. El tribunal puede ordenar a la parte que ha cometido la violencia intrafamiliar que pague los costos de las evaluaciones y el tratamiento de la violencia intrafamiliar.

- III. Cuando esté indicada una evaluación adicional de la salud mental del agresor y el proveedor aprobado no sea un profesional de la salud mental certificado, el proveedor aprobado remitirá al agresor a un profesional de la salud mental certificado para una evaluación adicional.

4.05 Fuentes de información mínimas requeridas

Para determinar la predicción más precisa del riesgo, así como la planificación del tratamiento del agresor que se ajuste a la investigación y a las mejores prácticas, las evaluaciones incluirán fuentes de información, que incluyen la integración de la información de la justicia penal, la aportación de la víctima, otra información colateral, evaluaciones del agresor realizadas previamente, información obtenida de una entrevista clínica del agresor y el uso de instrumentos de evaluación. Los proveedores aprobados deberán cumplir con todos los requisitos de listado, licencia o certificación de salud mental relativos a la confidencialidad y privacidad de los clientes.

- I. Los proveedores aprobados deberán obtener las siguientes fuentes de información requeridas:

A. Documentos de la justicia penal o de los tribunales, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Los informes de las fuerzas del orden, incluido el informe del delito índice, la declaración jurada o el resumen y, cuando estén disponibles, las declaraciones de la víctima, las declaraciones de otros testigos y las fotos de los incidentes actuales y anteriores;
2. Antecedentes penales.

Los proveedores aprobados intentarán obtener primero los documentos de la justicia penal o del tribunal del oficial supervisor (o agente). Si esta información no es proporcionada por el oficial supervisor (o agente), entonces el proveedor aprobado puede buscar la información de la representación legal del agresor (si está disponible y a discreción del abogado) o a través del tribunal, las fuerzas del orden o la agencia fiscal directamente. Bajo ninguna circunstancia un proveedor aprobado solicitará a un agresor que obtenga el informe policial o las declaraciones de la víctima.

B. Aportes de la víctima, incluyendo, entre otros, la declaración de impacto de la víctima (si está disponible), informes escritos, contacto directo con la víctima e información a través de un defensor o terapeuta de la víctima. El MTT hará de la seguridad y la confidencialidad de la víctima su máxima prioridad. Consulte la sección 7.05 para obtener más información sobre la información a las víctimas y la confidencialidad.

Punto de discusión: La percepción de seguridad de las mujeres es un factor importante de predicción de las agresiones.²⁵

- C. Cualquier evaluación, tratamiento o historial médico relevante y completado con anterioridad. Estos pueden incluir, entre otros, evaluaciones y registros específicos del delito, psicológicos, psiquiátricos, de abuso de sustancias o médicos. Si el proveedor aprobado no puede obtener estos registros, se documentarán los intentos realizados.
- D. Contactos colaterales disponibles directamente relacionados con el delito actual (por ejemplo, médicos y profesionales de la salud mental, Departamentos de Servicios Humanos)
- E. Otros contactos colaterales según sea pertinente y apropiado (por ejemplo, familiares)

- II. Instrumentos de evaluación necesarios

Para proporcionar la predicción más precisa del riesgo de los agresores de violencia intrafamiliar, la evaluación del agresor incluirá, como mínimo, el uso de instrumentos que tengan relevancia específica para evaluar a los agresores de violencia intrafamiliar. Los instrumentos de evaluación utilizados para llevar a cabo una evaluación del agresor deberán remitirse a la versión más actual y haber demostrado su fiabilidad y validez basándose en investigaciones publicadas.

²⁵ Edward W. Gondolf, Batterer Intervention Systems: Issues, Outcomes, and Recommendations. (Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001) 201.
[Regresar al índice](#)

- A. Instrumentos de evaluación del riesgo de violencia intrafamiliar²⁶
 - 1. Instrumento de Evaluación de Riesgos y Necesidades de violencia intrafamiliar (DVRNA) (consulte la *Norma 4.06* y el Manual de Formación de la DVRNA). Este instrumento basado en la investigación está diseñado para ayudar en la clasificación de los agresores en función del riesgo y la necesidad de determinar la intensidad adecuada del tratamiento.
 - 2. Al menos un instrumento adicional de evaluación del riesgo de violencia intrafamiliar.
- B. Al menos un instrumento de detección de abuso de sustancias²⁷
- C. Al menos un instrumento de detección de salud mental
- D. Al menos un instrumento de examen cognitivo

III. Contenido mínimo requerido de la entrevista clínica con el agresor

La evaluación del agresor incluirá una entrevista clínica estructurada²⁸ con el agresor y abordará las siguientes áreas de evaluación a las que se hace referencia en el Apéndice E:

- A. Antecedentes psicosociales
- B. Antecedentes de salud mental
- C. Antecedentes de consumo de sustancias
- D. Antecedentes de la relación con atención a la dinámica de la violencia intrafamiliar y cualquier cuestión relacionada con el poder y el control
- E. Antecedentes previos de traumas o experiencias adversas
- F. Antecedentes familiares de las secciones B, C, D y E anteriores
- G. Necesidades criminógenas
- H. Responsabilidad del agresor
- I. Motivación y predisposición al tratamiento
- J. Factores de respuesta

²⁶ Nicholls et al., (2013). Evaluación del riesgo en la violencia de pareja: A Systematic Review of Contemporary Approaches, Partner Abuse, 4(1), 76-168.

²⁷ Bruijn, D. & Graaf, I. (2016). The role of substance use in same-day intimate partner violence - A review of the literature, Aggression and Violent Behavior 27, 142-151.

²⁸ R. Borum, "Improving the Clinical Practice of Violence Risk Assessment: Technology Guidelines and Training, American Psychologists 51:9 1996, 945-956.

4.06 Instrumento de evaluación de riesgos y necesidades en materia de violencia intrafamiliar (DVRNA)

La colocación en tratamiento se determinará mediante la evaluación del agresor previa o posterior a la sentencia junto con el instrumento de evaluación de riesgos y necesidades de violencia intrafamiliar (DVRNA). Para cualquier formulario necesario relacionado con la DVRNA, consulte el [manual de puntuación de la DVRNA](#).

I. Introducción

La bibliografía demuestra que existen factores de riesgo significativos que deben tenerse en cuenta al trabajar con agresores de violencia intrafamiliar. A falta de un instrumento investigado que identifique claramente el riesgo continuo de los agresores durante el tratamiento; los siguientes son algunos de los factores de riesgo identificados en la bibliografía que se tendrán en cuenta en la planificación del tratamiento y en la revisión continua del plan de tratamiento. Es posible que estos factores de riesgo no estén presentes en la evaluación inicial, pero pueden hacerse evidentes durante el tratamiento y dar lugar a la necesidad de un cambio en la planificación y la intensidad del tratamiento. Además, la mitigación de estos factores de riesgo puede indicar la necesidad de reducir la intensidad del tratamiento. Una vez que el agresor ha sido evaluado de acuerdo con la Norma 4.0 Evaluación del agresor, el proveedor aprobado completará la DVRNA. Al identificar un factor de riesgo para un agresor, el proveedor aprobado debe identificar la fuente de la que se extrae la información. Esto ayudará a garantizar que la información y la determinación del riesgo sean defendibles. Ejemplos de fuentes requeridas son los antecedentes penales, el informe de las fuerzas del orden, el informe de la víctima/declaración de impacto hecha pública, el instrumento de detección de abuso de sustancias aprobado por la Oficina de Salud Conductual, la entrevista clínica del agresor, el examen de salud mental y otra información como se requiere en la Norma 4.05 Evaluación del Agresor.

La DVRNA se desarrolló a partir de varios estudios de investigación que identifican los factores de riesgo de futuros abusos o reincidencia por parte de agresores conocidos de violencia intrafamiliar. La mayor parte de esta investigación se realizó sobre agresores masculinos. Dado que existen algunas diferencias contextuales entre los patrones de delincuencia masculina y femenina, el MTT considerará la relevancia de estos factores de riesgo para las mujeres caso por caso.

II. Información sobre la víctima:

A. El objetivo fundamental al revisar y utilizar la información sobre la víctima es protegerla.

1. La información sobre las declaraciones confidenciales de las víctimas se conservará en un expediente separado del expediente del agresor.
2. Cuando una víctima declare que su información no puede ser revelada más allá del proveedor aprobado, éste y el defensor de la víctima, sin comprometer la confidencialidad de la víctima, podrán consultar con la libertad vigilada y averiguarán otras posibles formas de documentar o abordar las preocupaciones de la víctima.

Por ejemplo: Si la víctima denuncia el abuso de sustancias por parte del agresor, el proveedor aprobado puede exigir análisis de orina aleatorios, obteniendo así información sin revelar datos de la víctima.

III. Método de puntuación utilizado para determinar la intensidad del tratamiento:

- A. Algunos factores de riesgo de la DVRNA se identifican como Críticos o Significativos y dan lugar a una colocación mínima para el tratamiento inicial. El nivel de colocación real puede ser superior en función del número total de dominios en los que existan factores de riesgo.
- B. Los agresores que no tengan más de un factor de riesgo de los identificados en la DVRNA pueden ser considerados para el Nivel A de intensidad de tratamiento. Este único factor de riesgo no puede identificarse como Crítico o Significativo.
- C. Los dominios en la DVRNA se identifican por letras (A-N). Los factores de riesgo enumerados bajo los dominios están numerados. Al puntuar la DVRNA la puntuación máxima para un dominio es uno. La puntuación máxima en la DVRNA es, por lo tanto, catorce (14). Los factores de riesgo específicos enumerados en la DVRNA no cuentan cada uno para un punto.

- D. Los agresores que tengan de dos a cuatro dominios en los que estén presentes factores de riesgo o cualquier Factor de Riesgo Significativo identificado en la DVRNA, serán colocados en el Nivel B de intensidad de tratamiento.
- E. Los agresores que tengan cinco o más dominios en los que estén presentes factores de riesgo o cualquier factor de riesgo identificado como Factor de Riesgo Crítico en la DVRNA serán colocados en el Nivel C de intensidad de tratamiento.
- F. Si el juicio clínico y profesional del MTT indica la necesidad de anular los criterios enumerados anteriormente de A a D, deberá haber consenso del MTT y la justificación escrita se incluirá en el expediente del agresor.

IV. Factores de riesgo de la DVRNA

Los factores de riesgo se utilizan como una medida orientativa:

- La planificación inicial del tratamiento incluye el diseño de las competencias del agresor que éste debe demostrar.
- Revisiones continuas del plan de tratamiento que determinen alguno o todos los aspectos siguientes
 - Cambios durante el tratamiento con respecto a la planificación del mismo
 - Justificación de los cambios en el Plan de Tratamiento, como la necesidad de un tratamiento adicional o la reducción de la intensidad del tratamiento
 - Aumento o mitigación del riesgo

Los siguientes dominios de factores de riesgo de la DVRNA (A-N) se tendrán en cuenta a lo largo del tratamiento del agresor. Los Factores de Riesgo Significativos y Críticos que justifican la colocación inicial de Nivel B o Nivel C se enumeran en primer lugar para facilitar su uso con este instrumento.

Punto de discusión: Consulte la bibliografía anotada de la DVRNA para obtener más información sobre estos factores de riesgo individuales.

- A. Incidentes previos relacionados con la violencia intrafamiliar (Cualquiera de los siguientes son Factores de Riesgo Significativos que indican la ubicación inicial del tratamiento en el NIVEL B) (Ventura and Davis 2004; ODARA, 2005). Este dominio solo se aplica a los antecedentes penales de adultos.
 - 1. Condena previa por violencia intrafamiliar (ODARA, 2005) Factor de Riesgo Crítico que indica la ubicación inicial del tratamiento en el Nivel C
 - 2. Violación de una orden de protección (B-SAFER, 2005; Kropp & Hart, 2008; DVSI, 1998)
 - 3. Órdenes civiles de protección contra el agresor, anteriores o actuales, relacionadas con la violencia intrafamiliar.
 - 4. Arrestos previos por violencia intrafamiliar (Ventura & Davis, 2004)
 - 5. Incidentes previos de violencia intrafamiliar no denunciados al sistema de justicia penal (Cattaneo & Goodman, 2003).
- B. Abuso de drogas o alcohol (cualquiera de los siguientes son Factores de Riesgo Significativos que indican la colocación en tratamiento inicial en el Nivel B como mínimo.). Requiere el uso de un instrumento de examen aprobado por la División de Salud Conductual o autoinforme o actividad ilegal reciente relacionada con el abuso de sustancias para determinar el abuso de drogas/alcohol, con énfasis en los 12 meses más recientes.²⁹
 - 1. Abuso/dependencia de sustancias en los últimos 12 meses ² (Kropp & Hart, 2008; BSAFER, 2005; Weisz, et al., 2000; ODARA, 2005; Cattaneo & Goodman, 2003)
 - 2. Antecedentes de tratamiento por abuso de sustancias en los últimos 12 meses (Kropp & Hart, 2008; Klein, 2008) o dos o más episodios previos de tratamiento por consumo de drogas o alcohol a lo largo de la vida (DVSI, 1998).

²⁹ La Evaluación del Riesgo de Agresión Conyugal (SARA, por sus siglas en inglés) explica que el abuso de sustancias está relacionado con la criminalidad y la reincidencia en general, y el abuso reciente de sustancias está asociado con el riesgo de reincidencia violenta entre los agresores a la pareja.

3. El agresor consume drogas ilegales o consumo ilegal de drogas³⁰ (Campbell, 1995)
- C. Problema de salud mental (cualquiera de los siguientes son Factores de Riesgo Significativos que indican la colocación en tratamiento inicial en el Nivel B como mínimo).
1. Diagnóstico existente del eje I o II (excluidos los códigos V)
 2. Trastorno de la personalidad con ira, impulsividad o inestabilidad conductual (Kropp & Hart, 2008; B-SAFER, 2005)
 3. Psicopatología grave (Gondolf, 2007; Hare 1998)
 4. Síntomas psicóticos o maníacos recientes (Kropp & Hart, 2008)
 5. Condición psicológica/psiquiátrica actualmente no controlada
 6. Incumplimiento de la medicación recetada y del tratamiento de salud mental
 7. Mostrar síntomas que indiquen la necesidad de una evaluación de salud mental
- D. Suicida/homicida
1. Ideación/intento grave³¹ de homicidio o suicidio en el último año (Kropp & Hart, 2008) (Se trata de un Factor de Riesgo Crítico que indica un tratamiento inicial en el Nivel C)
 2. Ideación en los últimos 12 meses (Kropp & Hart, 2008; B-SAFER, 2005)
 3. Amenazas creíbles³² de muerte en los últimos 12 meses (Kropp & Hart, 2008;)
 4. La víctima informa de que el agresor la ha amenazado con hacerle daño o matarla (víctimas femeninas en relaciones heterosexuales)³³ (Campbell, 2008)
- E. Uso o amenaza de uso de armas en delito actual o pasado (Kropp & Hart, 2008; Azrael & Hemenway, 2000) o acceso a armas de fuego.
1. Arma en el domicilio en violación de una orden judicial civil o penal (Vigdor & Mercy, 2006) (Se trata de un Factor de Riesgo Crítico que indica un tratamiento inicial en el Nivel C)
 2. Uso o amenaza de uso de armas en delito actual o pasado (Kropp & Hart, 2008; Azrael & Hemenway, 2000) (Se trata de un Factor de Riesgo Crítico que indica un tratamiento inicial en el Nivel C)
 3. Acceso a armas de fuego³⁴ (VPC, 2007; Paulozzi et al. 2001; Mitchell & Carbon, 2002; Mitchell & Carbon, 2002; Campbell, 2003; Saltzman, et al., 1992; Klein, 2008)
- Punto de discusión: Se trata de una cuestión de contención que debe ser discutida por el MTT en relación con la seguridad de la comunidad y de las víctimas.*
- F. Antecedentes penales: violencia no intrafamiliar (tanto denunciada como no denunciada al sistema de justicia penal). Este dominio solo se aplica a los antecedentes penales de adultos.
1. El agresor estaba bajo supervisión comunitaria en el momento del delito (DVSI, 1998). (Se trata de un Factor de Riesgo Crítico que indica un tratamiento inicial en el Nivel C.)
 2. El agresor tiene una detención anterior por agresión, acoso o amenaza
 3. (DVSI, 1998; Buzawa, et al., 2000; Ventura & Davis, 2004). Si ha habido dos o más detenciones³⁵, se trata de un Factor de Riesgo Significativo que indica un tratamiento inicial en el Nivel B como mínimo.
 4. Condenas previas por violencia no intrafamiliar (DVSI, 1998; Klein, 2008; ODARA, 2005; Ventura & Davis, 2004)

³⁰ Los Estatutos Revisados de Colorado se refieren al "uso ilegal de una sustancia controlada: usar cualquier sustancia controlada, excepto cuando es dispensada por o bajo la dirección de una persona con licencia o autorizada por la ley para recetar, administrar o dispensar dicha sustancia controlada para necesidades médicas de buena fe".

³¹ "Grave", tal y como se define en la Evaluación del Riesgo de Agresión Conyugal (SARA), significa que la ideación se experimenta como persistente e intrusiva o implica métodos de alta letalidad; o que el nivel de intencionalidad es de moderado a alto.

³² "Creíble", tal como se define en la Evaluación del Riesgo de Agresión Conyugal (SARA), significa que las amenazas fueron percibidas como creíbles por la víctima.

³³ El trabajo de la Dra. Jacquelyn Campbell citado en este documento se refiere a su trabajo sobre el feminicidio y solo a víctimas femeninas en relaciones heterosexuales.

³⁴ Propiedad personal de un arma de fuego o vivir en un hogar con un arma de fuego.

³⁵ La DVSI asigna un punto por una detención previa y dos puntos por dos o más detenciones previas.

5. Violación(es) anterior(es) de la libertad condicional o de la supervisión comunitaria (Kropp & Hart, 2008; B-SAFER, 2005; ODARA, 2005)
 6. Agresiones anteriores a desconocidos o conocidos (Kropp & Hart, 2008; Weisz, et al., 2000; BSAFER, 2005)
 7. Crueldad/abuso animal (Humane Society, 2007; Volant et al., 2008; Ascione, 1998; Faver & Strand, 2003, Ascione, 2007; Ascione, et al., 2007)
- G. Obsesión por la víctima:
1. Acoso o seguimiento (Campbell, 2003; Block, Campbell y Tolman, 2000)
 2. Celos obsesivos con potencial para la violencia, celos violentos y constantes, celos mórbidos (Wilson & Daly, 1992; Hilberman & Munson 1978; Campbell, 2003)
- H. Preocupación por la seguridad:
El objetivo fundamental al revisar y utilizar la información es proteger a la víctima. La información no se utilizará si compromete la seguridad y la confidencialidad de la víctima (consulte la *Norma 5.04 II.*).
1. Percepción de seguridad de la víctima/preocupación de la víctima por su seguridad (Gondolf, 2001; Klein, 2008; Buzawa, et al., 2000; ODARA, 2005; Heckert & Gondolf, 2004)
 2. La víctima (mujer en una relación heterosexual) cree que el agresor es capaz de matarla (Campbell, 1995).
 3. El agresor controla la mayor parte de las actividades cotidianas de la víctima. (Campbell, 1995; Block, Campbell, & Tolman 2000; Tjaden & Thoennes, 2000)
 4. El agresor intentó "asfixiar"³⁶ a la víctima (Campbell, 2008)
 5. La violencia física está aumentando en gravedad (Kropp & Hart, 2008; B-SAFER, 2005)
 6. La víctima es obligada a mantener relaciones sexuales cuando no lo desea (Campbell, 1995)
 7. La víctima estaba embarazada en el momento del delito y el agresor lo sabía (Martin et al., 2001; ODARA, 2005)
 8. La víctima está embarazada y el agresor abusó de ella durante el embarazo (Gazmararian, 1996; Martin et al., 2001)
- Punto de discusión: El MTT puede necesitar discutir cualquiera de los factores de riesgo específicos de un caso para determinar el nivel más apropiado de tratamiento basado en la seguridad de la víctima y la confidencialidad. Debe prestarse la máxima atención a la confidencialidad de las víctimas.*
- I. Violencia o amenaza de violencia³⁷ contra miembros de la familia, incluido el abuso infantil (no incluye parejas íntimas)
1. Caso(s) actual(es) o anterior(es) de los servicios sociales
 2. Agresiones anteriores de miembros de la familia (Kropp & Hart, 2008)
 3. Había menores presentes durante el delito (en las inmediaciones) (DVSI, 1998)
- J. Actitudes que apoyan o condonan la agresión conyugal³⁸ (Kropp & Hart, 2008; B-SAFER, 2005)
1. Apoya explícitamente actitudes que apoyan o condonan la agresión por parte de la pareja.
 2. Parece respaldar implícitamente actitudes que apoyan o condonan la agresión por parte de la pareja.
- K. Tratamiento previo contra la violencia intrafamiliar finalizado o no (DVSI, 1998; Stalans et al., 2004)
- L. Víctima separada³⁹ del agresor en los seis meses anteriores (DVSI, 1998; Campbell, et al., 2003)

³⁶ Aunque la terminología médica es "estrangular", las víctimas se identifican más fácilmente con la palabra asfixiar cuando denuncian los abusos.

³⁷ En la SARA N.º 1 (agresión a familiares en el pasado), amenaza de agresión a familiares en el pasado.

³⁸ La SARA define la "agresión conyugal" como cualquier daño físico real, intento o amenaza de daño físico perpetrado por un hombre o una mujer contra alguien con quien mantiene o ha mantenido una relación sexual íntima. Esta definición no está limitada por el sexo de la víctima o del agresor.

³⁹ La DVSI define la separación de la siguiente manera: (1) Se refiere a la separación física (2) La separación puede incluir ir a un refugio, mudarse, irse a vivir con amigos o desalojar al demandado.

- M. Desempleado (DVSI, 1998; Kyriacou, et al., 1999; Benson & Fox, 2004; B-SAFER, 2005)
Desempleado se define como no trabajando en el momento del delito o en cualquier momento durante la admisión o el tratamiento y no incluye a los agresores que reciben asistencia pública, amas de casa, estudiantes o jubilados.
- N. Implicación con personas con influencia pro-criminal.
1. Algunos conocidos criminales
La presencia de algunos conocidos criminales se asocia a una oportunidad de modelado pro-delinuencia, un concepto que se considera un factor de riesgo importante (Andrews y Bonta, 2005).
 2. Algunos amigos criminales
El apego a otras personas favorables a la delincuencia es un predictor bien documentado de la conducta delictiva, con raíces en las dos principales teorías explicativas de la criminología: control social y aprendizaje social (Andrews & Bonta, 2005).

4.07 Formulación de recomendaciones de tratamiento, opciones alternativas y consideraciones

- I. Formulaciones de recomendaciones de tratamiento
- A. El proveedor aprobado diseñará un plan de tratamiento individualizado para el agresor mediante la realización y finalización de la evaluación del agresor.
 - B. Las recomendaciones de la evaluación del agresor se basarán en una formulación de todos los datos pertinentes recogidos en el proceso de evaluación. Cada recomendación deberá ser clara y concisa, con una explicación de apoyo. Las consideraciones sobre el tratamiento deben basarse en las conclusiones y recomendaciones de la evaluación del agresor.
 - C. Las evaluaciones darán lugar a un Plan de Tratamiento del agresor inicial, entendiéndose que la evaluación es un proceso continuo, que puede requerir cambios en el plan a lo largo de cada transición del proceso de tratamiento y supervisión por parte del MTT.

Punto de discusión: Como mejor práctica, los proveedores aprobados deben completar la evaluación del agresor en no más de 30 días tras la cita inicial y la entrevista clínica. Si el proveedor aprobado no puede completar la evaluación del agresor en un plazo de 30 días, deberá documentar las razones y comunicárselas al MTT.

- D. Cada plan de tratamiento individual incluirá como mínimo lo recomendado:
- a. Nivel inicial para la colocación en tratamiento basado en la DVRNA (consulte la Norma 4.06 para ver los Niveles de Tratamiento)⁴⁰
 - b. Objetivos específicos y mensurables de metas de tratamiento para abordar las necesidades criminógenas incluyendo, la violencia intrafamiliar y las cuestiones relacionadas con el poder y el control⁴¹
 - c. Métodos para potenciar los factores positivos y prosociales
 - d. Intervenciones de segundo contacto u opciones de tratamiento que sean las más relevantes desde el punto de vista clínico para abordar la necesidad criminógena más significativa de los agresores de los niveles B y C (no aplicable a los agresores del nivel A)
 - e. Recomendaciones de supervisión o vigilancia necesarias para mejorar la seguridad de la víctima y la contención del agresor⁴²

⁴⁰ Coulter, M., & VandeWeerd, C. (2009). Reducing domestic violence and other criminal recidivism: Effectiveness of a multilevel batterers intervention program. *Violence and Victims*, 24(2), 139-152.

⁴¹ Radatz, D. L., & Wright, E. M. (2016). Integrating the principles of effective intervention into Batterer Intervention Programming: The case for moving toward more evidence-based programming. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17, 72-87. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838014566695>.

⁴² Webster, M. and K. Bechtel (2012). *Evidence-Based Practices for Assessing, Supervising and Treating Domestic Violence Offenders*. Crime and Justice Institute at Community Resources for Justice: Boston, MA.

- f. Consideraciones para la población específica de agresores (como se define en la *Norma 9.0*), los proveedores aprobados utilizarán todos los criterios de evaluación aplicables (consulte el Apéndice B).
- E. Los proveedores aprobados no recomendarán terapias alternativas como el asesoramiento de parejas, la gestión de la ira o la gestión del estrés en lugar del tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar. Los proveedores aprobados no emitirán opiniones ni recomendaciones jurídicas. Si se ha realizado una evaluación previa a la declaración, una vez que haya un fallo de culpabilidad, se utilizará una evaluación del agresor que cumpla con las *Normas y Directrices* para determinar las necesidades de tratamiento.
- F. El proveedor aprobado revisará el plan inicial de tratamiento del agresor con el MTT y aceptará las aportaciones de éste. Se aplicará un plan de tratamiento, con metas, objetivos, resultados y plazos medibles, tras la finalización del proceso de evaluación de admisión.

Punto de discusión: *El proveedor aprobado es un miembro del MTT que es el experto en la materia con respecto a las necesidades de tratamiento del agresor y que es responsable de prestar los servicios de acuerdo con las Normas y Directrices de la DVOMB. Si el MTT tiene preguntas o inquietudes relacionadas con el plan de tratamiento del agresor, debe tratarlas con el proveedor aprobado junto con los demás miembros del MTT. El proveedor aprobado será la máxima autoridad en relación con el tratamiento del agresor. El MTT debe modelar una conducta prosocial, colaborativa y cooperativa para los agresores cuando se comprometan con el modelo MTT. Esto incluye una comunicación clara y eficaz con cada uno de los miembros del MTT y con el agresor.*

II. Consideraciones para la evaluación de agresores cuando está contraindicado el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar

A través del proceso de realización y finalización de la evaluación del agresor, si los indicadores sugieren que no se apoyan las necesidades criminógenas y de riesgo del agresor relacionadas con la violencia intrafamiliar y las cuestiones de poder y control, el proveedor aprobado considerará opciones alternativas de tratamiento o intervención. En tales circunstancias, la evaluación del agresor puede recomendar intervenciones alternativas y opciones de tratamiento. La evaluación del agresor incluirá pruebas clínicas convincentes que estén bien documentadas y que utilicen instrumentos de evaluación e información colateral a la hora de considerar intervenciones alternativas y posibles opciones de tratamiento.

Punto de discusión: *Si un proveedor aprobado determina que un agresor no es susceptible de tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar bajo cualquiera de las siguientes áreas según lo prescrito por las Normas y Directrices, el proveedor aprobado puede solicitar una variación de la Junta para un plan de tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar modificado en lugar de una recomendación para ningún tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar.*

A. *Consideraciones para evaluar a las víctimas que se defienden cuando está contraindicado el tratamiento del agresor por violencia intrafamiliar*⁴³

Si en cualquier fase del proceso (por ejemplo, antes de la sentencia, después de la sentencia o durante el tratamiento), el proveedor aprobado dispone de información clínica (por ejemplo, características, contexto y factores de motivación) que sugiera que el individuo puede ser una víctima que se defiende a sí misma, se tendrán en cuenta, como mínimo, los siguientes criterios para determinar si el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar según las *Normas* está contraindicado:

- a. El individuo actuó por miedo, defensa propia y autoconservación en el incidente actual
- b. La conducta del individuo fue situacional y no se utilizó como método de coacción, control, castigo, intimidación o venganza
- c. El individuo ha sufrido un patrón de violencia intrafamiliar por parte de su pareja
- d. El acto o conducta se utilizó de forma preventiva para escapar o para detener futuros abusos
- e. Los antecedentes penales del individuo no incluían amenazas a personas, animales o bienes

⁴³ Larance et al., (2019). Understanding and Addressing Women's Use of Force in Intimate Relationships: A Retrospective. *Violence Against Women*, 25(1) 56-80.

Si el proveedor aprobado desaconseja el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar, se notificará y consultará al MTT la recomendación o recomendaciones para obtener un consenso. El MTT determinará los próximos pasos. En tales casos, el proveedor aprobado incluirá en la evaluación del agresor un resumen de la documentación clínica de apoyo. El MTT puede recomendar alternativas para su consideración por el tribunal que preside o la Junta de Libertad Condicional para una posible modificación de la orden de condena y los requisitos.

Punto de discusión: *Las personas que han sido identificadas como víctimas de autodefensa tienen derecho a la seguridad y a la autodeterminación. Hasta que el MTT llegue a un consenso, es importante que considere todas las opciones disponibles para minimizar el riesgo de volver a traumatizar al individuo. Estas opciones incluyen poner al individuo en espera administrativa, realizar sesiones individuales y recopilar más información clínica con fines de evaluación continua. Los proveedores aprobados deben ejercer dentro de su ámbito y experiencia clínica. Consulte la Sección 7.04(I) en relación con las orientaciones para los Defensores de las Víctimas del Tratamiento (TVA, por sus siglas en inglés) sobre cómo manejar este tipo de situaciones.*

- B. *Consideraciones para los agresores evaluados como sin necesidades de tratamiento por violencia intrafamiliar basadas en la ausencia de riesgo y de necesidades criminógenas*⁴⁴
1. A través del proceso de realización de la evaluación del agresor, si los indicadores clínicos sugieren que el agresor no presenta violencia intrafamiliar y dinámicas de poder y control relacionadas con la violencia intrafamiliar, entonces el proveedor aprobado considerará intervenciones alternativas y opciones de tratamiento. Al considerar si un agresor no tiene necesidad de tratamiento por violencia intrafamiliar según las *Normas y Directrices* de la DVOMB, el proveedor aprobado tendrá en cuenta los siguientes criterios utilizando su mejor juicio clínico:
 - a. El agresor ha sido identificado inicialmente como necesitado de tratamiento de Nivel A, además de cualquier otro instrumento de evaluación de riesgo e información colateral que indique una ausencia de necesidad criminógena de tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar.
 - b. El agresor no tiene antecedentes de haber ejercido coacción, amenaza, intimidación, venganza, represalias, control o castigo hacia la víctima en este caso o en cualquier otra relación actual o anterior.
 - c. El agresor tiene poco o ningún historial documentado previo de criminalidad o delincuencia, excluidas las infracciones leves o que no supongan una amenaza sustancial para las personas, los animales o la propiedad. Puede tenerse en cuenta la edad del agresor en el momento de cualquier delito anterior identificado, las circunstancias del delito y si existe un historial documentado de conducta similar.

Punto de discusión: *Es importante señalar que estos casos se dan en raras circunstancias.*

2. El proveedor aprobado consultará con el MTT y obtendrá el consenso cuando haga una recomendación para una intervención alternativa o una opción de tratamiento. Si no existen pruebas clínicas concluyentes que respalden estos criterios, el MTT puede aprobar inicialmente el tratamiento para agresores por violencia intrafamiliar y volver a evaluar estas consideraciones durante el primer período de Revisión del Plan de Tratamiento para determinar si el tratamiento para agresores por violencia intrafamiliar ya no es necesario o perjudicial.
3. En cualquier fase del proceso (por ejemplo, antes de la sentencia, después de la sentencia o en una revisión del plan de tratamiento), si un agresor no presenta ninguna necesidad de tratamiento por violencia intrafamiliar ni ninguna otra necesidad de tratamiento general, el proveedor aprobado puede recomendar que no se exija al agresor que se someta a ningún tratamiento basándose en el juicio clínico del proveedor aprobado. En tales casos, el proveedor aprobado consultará con el MTT, obtendrá el consenso y podrá remitir el caso de nuevo al tribunal que preside o a la Junta de Libertad Condicional, de acuerdo con la política y el procedimiento locales.

Punto de discusión: En los casos en que el agresor no esté de acuerdo con el plan de tratamiento alternativo presentado por el proveedor aprobado, se revisará la evaluación del agresor, se modificará según sea necesario y se finalizará por consenso del MTT. La

⁴⁴ Radatz, D. L., & Wright, E. M. (2016). Integrating the principles of effective intervention into Batterer Intervention Programming: The case for moving toward more evidence-based programming. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17, 72-87. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838014566695>.
[Regresar al índice](#)

evaluación finalizada incluirá como mínimo todos los elementos requeridos según lo indicado en 4.03 y 4.04. De acuerdo con la política y el procedimiento locales, se puede presentar un informe especial al tribunal, a la Junta de Libertad Condicional o una citación al agresor para una audiencia, para su consideración judicial.

C. *Consideraciones para evaluar cuándo un trastorno mental significativo o un deterioro cognitivo contraindican el tratamiento del agresor por violencia intrafamiliar*

La susceptibilidad de un agresor de violencia intrafamiliar para comprometerse y beneficiarse del tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar puede verse afectada por la presencia de un trastorno de salud mental o un deterioro cognitivo. Es fundamental que el proveedor aprobado evalúe hasta qué punto el trastorno de salud mental o el deterioro cognitivo del agresor, o la dinámica dominante de poder y control, están interrelacionados a la hora de hacer recomendaciones en la evaluación del agresor. Como resultado, el proveedor aprobado evaluará al agresor para identificar si y cómo la presencia de cualquier trastorno de salud mental o deterioro cognitivo puede impactar en la capacidad del agresor para participar con éxito en el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar, e incluirá diagnósticos cuando sea apropiado y aplicable.

Si el proveedor aprobado no tiene la experiencia ni las credenciales apropiadas para diagnosticar, entonces consultará con un proveedor de atención de salud mental cualificado o remitirá al agresor a otro proveedor que pueda hacer tal diagnóstico.

1. Si el proveedor aprobado determina que el agresor no es apto para el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar debido a la falta de estabilización de los síntomas relacionados con un trastorno de salud mental, el proveedor identificará entonces qué medidas podrían tomarse, si las hubiera, para ayudar al agresor a poder participar en el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar.
2. Si el proveedor aprobado determina que el agresor no es apto para el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar debido a un deterioro cognitivo que supera la capacidad de gestión del medio terapéutico, el proveedor aprobado identificará entonces qué medidas podrían tomarse, si las hubiera, para ayudar al agresor a poder participar en el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar.
3. Para los agresores cuyo trastorno de salud mental o deterioro cognitivo es concurrente con una dinámica patológica de poder y control, el tratamiento complementario de salud mental puede llevarse a cabo junto con el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar. Puede ser necesario un tratamiento complementario de salud mental para ayudar al agresor en el tratamiento de la violencia intrafamiliar. En algunos casos, se puede dar prioridad a la derivación a un tratamiento complementario de salud mental o a un proveedor de atención sanitaria antes que al tratamiento del agresor de violencia intrafamiliar. Esto se hace con el consenso del MTT con el fin de estabilizar las necesidades del agresor.
4. Si el proveedor aprobado desaconseja el tratamiento del agresor de violencia intrafamiliar, el oficial supervisor (o agente) y el Defensor de las Víctimas del Tratamiento serán notificados de las recomendaciones. El MTT determinará los próximos pasos. En tales casos, el proveedor aprobado incluirá en la evaluación del agresor un resumen de la documentación clínica de apoyo. El MTT puede recomendar alternativas para su consideración por el tribunal que preside o la Junta de Libertad Condicional para una posible modificación de la orden de condena y los requisitos.

D. *Consideraciones para evaluar la psicopatía⁴⁵ cuando el tratamiento del agresor de violencia intrafamiliar está contraindicado*

⁴⁵ Huss et al. (2006). Clinical Implications for the Assessment and Treatment of Antisocial and Psychopathic Domestic Violence, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, Vol. 13(1), 59-85; Huss, M. & Langhinrichsen-Rohling, J., (2006).

Assessing the Generalization of Psychopathy in a Clinical Sample of Domestic Violence Perpetrators. *Law of Human Behavior*, 30:571-586, DOI 10.1007/s10979-006-9052-x; Juodis et al., (2014). What Can be Done About High-Risk Perpetrators of Domestic Violence? *Journal of Family Violence*, 29:381-390, DOI 10.1007/s10896-014-9597-2.

[Regresar al índice](#)

Los agresores de violencia intrafamiliar que presentan psicopatía pueden mostrar patrones de violencia generalizada y antisocialidad. Un agresor evaluado como psicópata o con tendencias psicopáticas significativas puede ser inmanejable en la comunidad⁴⁶ y podría presentar un mayor riesgo para las víctimas y la comunidad en general (consulte el Apéndice E).

Punto de discusión: *Cuando sea posible, los agresores que presenten características que puedan ser indicativas de psicopatía deberían recibir una PSE para poder hacer recomendaciones de sentencia al tribunal que preside.*

1. Un proveedor aprobado debe utilizar herramientas de examen o evaluación diseñadas para identificar la psicopatía (por ejemplo, PCL-R, PCL-SV, P-SCAN, MCMI-IV). Estas herramientas ayudan a determinar si el agresor puede beneficiarse de un tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar y cómo, así como su adecuación a la supervisión en la comunidad.
2. Si el proveedor aprobado no tiene la experiencia y la formación adecuadas para administrar las herramientas para identificar la psicopatía, entonces el proveedor aprobado consultará con un proveedor de atención de salud mental cualificado o remitirá al agresor a otro proveedor que pueda realizar las pruebas necesarias para hacer una evaluación adecuada.
3. En cualquier fase del proceso (por ejemplo, antes de la sentencia, después de la sentencia o durante el tratamiento), el proveedor aprobado puede poner fin a los servicios en interés de la seguridad de la víctima y de la comunidad, y hacer una recomendación alternativa para la intervención necesaria, en uno de los siguientes casos:
 - (1) El proveedor aprobado toma la determinación de que el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar no es apropiado debido a razones clínicas relacionadas con la presencia de psicopatía o tendencias psicopáticas significativas

O

- (2) El MTT toma la determinación de que el agresor no puede ser supervisado adecuadamente en la comunidad bajo los términos y condiciones actuales de supervisión

Si un caso cumple los requisitos de (1) o (2) anteriores, el proveedor aprobado notificará y planificará cuidadosamente con los miembros del MTT el alta del agresor del tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar (si procede). El proveedor aprobado incluirá en la evaluación del agresor un resumen de la documentación clínica de apoyo. En tales casos, el agresor de violencia intrafamiliar puede ser remitido de nuevo al tribunal que preside o a la Junta de Libertad Condicional, según la política y el procedimiento locales.

⁴⁶ La ingobernabilidad en la comunidad puede evidenciarse por un historial de fracasos repetidos mientras se encontraban bajo supervisión del sistema de justicia penal.

4.08 Elementos mínimos de información requeridos para su presentación al Equipo de Tratamiento Multidisciplinar (MTT)

I. Resumen de la evaluación del agresor

El propósito del informe escrito requerido a la agencia de justicia penal supervisora (o al agente) es proporcionar un resumen de la información obtenida, valorada y recomendada a partir de la evaluación del agresor. Se pretende que el informe sea breve y conciso e incluya, como mínimo, los siguientes elementos:

A. Identificar las fuentes de información

La evaluación escrita verificará que se han incluido todas las fuentes de información requeridas. Aunque la aportación de la víctima debe tenerse en cuenta en la evaluación, en el informe no se hará ninguna referencia al contacto con la víctima o a la falta de contacto. La evaluación escrita no revelará datos específicos sobre cómo se obtuvieron los criterios de aportación de la víctima ni atribuirá la aportación de la víctima a una fuente específica de registros no públicos. Si la víctima solicita que se incluya su aportación en la evaluación escrita, se obtendrá su permiso por escrito antes de incluir cualquier información sobre la víctima en el resumen y el informe de evaluación. El evaluador tiene la facultad discrecional de omitir las declaraciones de la víctima si ello pone en peligro su seguridad o compromete los objetivos del tratamiento.

No se requiere una cesión de información por escrito para las declaraciones de las víctimas obtenidas de registros públicos (por ejemplo, registros policiales). Si se identifican declaraciones de víctimas Los proveedores aprobados deben especificar que la información procede de un registro público.

Punto de discusión: Aunque la expectativa y la intención es que se obtenga toda la información requerida, en la rara circunstancia de que no se haya podido obtener una fuente de información, el proveedor aprobado deberá documentar por qué no se pudo obtener dicha información, qué esfuerzos se hicieron para obtenerla y las limitaciones resultantes de la evaluación y las conclusiones.

B. Identificar los instrumentos de evaluación utilizados, como instrumentos de evaluación, instrumentos de examen, instrumentos de evaluación de la salud mental o del abuso de sustancias.

C. Proporcionar una visión general de los hallazgos basada como mínimo en las siguientes áreas:

1. Violencia intrafamiliar y cuestiones de poder y control
2. Revisión del DVRNA (consulte la Norma 5.04) y de otro instrumento de evaluación del riesgo de violencia intrafamiliar
3. Nivel y naturaleza del riesgo de violencia intrafamiliar descrito en términos de desarrollo del escenario (por ejemplo, probabilidad, inminencia, frecuencia, gravedad, víctimas y contexto)⁴⁷
4. Responsabilidad del agresor (consulte el Apéndice E, Sección I)
5. Motivación y pronóstico del agresor (consulte el Apéndice E, Sección II)
6. Necesidades criminógenas (consulte el Apéndice E, Sección IV)
7. Capacidad de respuesta del agresor (consulte el Apéndice E, Sección VI)

⁴⁷ J. Reid Meloy and Thomas Schroder, *Violence Risk and Threat Assessment: A Practical Guide for Mental Health and Criminal Justice Professionals* (San Diego, CA: Specialized Training Services, 2000). Belfrage, H., & Strand, S. (2008). Structured spousal violence risk assessment: Combining risk factors and victim vulnerability factors. *International Journal of Forensic Mental Health*, 7(1), 39-46; Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., de Corral, P., & López-Goñi, J. J. (2009). Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence: A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(6), 925-939.

8. Consideraciones y factores clínicos exclusivos de una población específica de agresores (por ejemplo, mujeres agresoras, agresores LGBTQIA+) utilizando las directrices del Apéndice B
9. Cuestiones específicas de seguridad de las víctimas

D. Proporcionar el plan de tratamiento inicial tal y como exige la norma 4.07.

4.09 Evaluaciones continuas y actualización de las evaluaciones de los agresores

- I. Los proveedores aprobados realizarán evaluaciones continuas del cumplimiento y el progreso del tratamiento por parte del agresor. Estas evaluaciones y Revisiones del Plan de Tratamiento se realizarán como mínimo de acuerdo con las *Normas* identificadas en la Sección 5.07 y cuando se produzca cualquier cambio potencialmente desestabilizador en la vida del agresor (por ejemplo, pérdida de trabajo, divorcio o crisis de salud médica), o cuando se descubra cualquier problema clínicamente relevante (por ejemplo, trauma infantil, abuso en relaciones anteriores o reaparición de problemas de salud mental). Las evaluaciones pueden requerir que el proveedor aprobado modifique el plan de tratamiento y la forma en que se está supervisando al agresor en consulta con el MTT. Los resultados de cada evaluación se añadirán al plan de tratamiento y al contrato del agresor.
- II. Cuando un agresor se transfiere a un nuevo proveedor aprobado o regresa al tratamiento después de un largo período de tiempo, el proveedor aprobado intentará obtener cualquier evaluación del agresor previa o posterior a la sentencia, revisión del plan de tratamiento o resumen de alta completados con anterioridad. La evaluación previa del agresor puede modificarse con el fin de actualizar los instrumentos de evaluación y cualquier hallazgo clínicamente relevante. Las consideraciones para saber cuándo una evaluación anterior de un agresor ya no es válida y debe actualizarse incluyen, entre otros, los siguientes criterios:
 1. La evaluación previa del agresor se completó más de 60 días después del momento del alta
 2. El agresor cometió un nuevo delito mientras estaba en tratamiento que sugiere un aumento del riesgo dinámico y supone un riesgo para la víctima o la seguridad de la comunidad
 3. El agresor fue dado de alta administrativa o infructuosamente del tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar

Si el proveedor aprobado no puede obtener estos registros, se documentarán los intentos realizados. Si un proveedor aprobado actualiza la evaluación de un agresor, los resultados de la evaluación actualizada formularán nuevos objetivos de tratamiento, según proceda.

***Punto de discusión:** La decisión de actualizar o realizar una nueva evaluación del agresor debe basarse en factores relativos a la antigüedad de la evaluación anterior del agresor, la importancia de los cambios en la vida del agresor y la aparición de nueva información clínica relacionada con factores estáticos o dinámicos. Se anima a los proveedores aprobados a que tengan en cuenta estos factores junto con su juicio clínico general sobre el agresor individual y las posibles preocupaciones sobre la víctima y la seguridad de la comunidad que puedan estar presentes.*

- III. Para los agresores que hayan asistido previamente a un tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar, los proveedores aprobados pueden evaluar el grado en que el agresor comprende y demuestra las competencias básicas durante el proceso de evaluación y tratamiento en curso. Los proveedores aprobados deben actuar con cautela a la hora de evaluar hasta qué punto un agresor ha cumplido las competencias básicas cuando se basan únicamente en el autoinforme del agresor.

5.0 Tratamiento del agresor

El tratamiento del agresor de violencia intrafamiliar se define como la terapia, el seguimiento y la supervisión de una persona que ha cometido un delito de violencia intrafamiliar (en adelante, el cliente), que se ajusta a las Normas y Directrices creadas por la DVOMB. En consonancia con la investigación y las prácticas profesionales actuales, el tratamiento del agresor de violencia intrafamiliar es el conjunto integral de experiencias e intervenciones terapéuticas planificadas y diseñadas para cambiar de forma única la dinámica de poder y control, los pensamientos y las conductas abusivas. Dicho tratamiento aborda específicamente la aparición y la dinámica de la violencia intrafamiliar y utiliza estrategias diferenciales para promover el cambio del cliente. Se da mucha más importancia al cumplimiento de todos los objetivos del tratamiento que al paso de una cantidad de tiempo específica, ya que los clientes progresan en el tratamiento a ritmos diferentes. El tratamiento tiene más éxito cuando se administra con coherencia y fidelidad a las necesidades individuales del agresor (en adelante, el cliente). Para la definición legal de tratamiento, véase la sección 16-11.8.102, C.R.S.

En interés de la seguridad de la víctima y de la comunidad, el propósito del tratamiento es fomentar las condiciones que permitan al cliente hacer lo siguiente:

- (a) Gestionar eficazmente los factores individuales que contribuyen a las conductas abusivas
- (b) Desarrollar puntos fuertes y competencias para abordar las necesidades criminógenas
- (c) Identificar y cambiar los pensamientos, sentimientos y acciones que puedan contribuir a delinquir
- (d) Establecer y mantener vidas estables, significativas y prosociales

El tratamiento proporciona contención al cliente mediante la colaboración con el Equipo de Tratamiento Multidisciplinar (MTT). El tratamiento debe adaptarse a los factores de respuesta de cada cliente⁴⁸ en función de la diversidad de la población. En particular, los proveedores deben estar autorizados por la DVOMB para poder trabajar con clientas femeninas y LGBT+.

Las Normas de la DVOMB emplean diferentes niveles de tratamiento basados en la investigación criminológica general que apoya un modelo de tratamiento diferencial determinado por el riesgo del cliente, las necesidades criminógenas y la capacidad de respuesta (Andrews & Bonta, 1994). La duración del tratamiento se determina por consenso del MTT, basándose en el riesgo individual y las necesidades del cliente, y el progreso en el tratamiento medido por un número mínimo de revisiones del plan de tratamiento (Consulte el Cuadro General en la página 10).

5.01 Principios de intervención eficaz para el agresor de violencia intrafamiliar

- I. **Seguridad de la víctima:** La seguridad de la víctima será una prioridad del tratamiento. Los enfoques y prácticas de tratamiento apoyarán siempre la seguridad de la víctima y promoverán la responsabilidad del cliente a través de las competencias básicas. La participación del Defensor de las Víctimas del Tratamiento (TVA) es parte integrante del MTT y ayuda a promover la seguridad de las víctimas. El tratamiento no deberá culpar o intimidar a la víctima ni colocarla en una posición de peligro.
- II. **Diversidad de clientes:** Los clientes representan una población diversa que requiere enfoques holísticos e individualizados del tratamiento. Los clientes pueden presentar más de un área de riesgo y necesidad de tratamiento. El tratamiento se basará en la evaluación del agresor y en la

⁴⁸ La prestación eficaz de servicios de tratamiento y supervisión requiere una individualización que se ajuste a la cultura, el estilo de aprendizaje y las capacidades de los clientes, entre otros factores. Los factores de receptividad son aquellos que pueden influir en la receptividad de un individuo a los esfuerzos que ayudan a cambiar las actitudes, los pensamientos y las conductas del cliente.

[Regresar al índice](#)

valoración continua del cliente para incluir cualquier preocupación clínica concurrente (por ejemplo, salud mental, abuso de sustancias, trauma previo, disfunción familiar, etc.). El proveedor aprobado ofrecerá un tratamiento que aborde los factores de riesgo y de protección, se centre en las necesidades criminógenas e incorpore la capacidad de respuesta del cliente al tratamiento.

III. Tratamiento individualizado: El tratamiento individualizado se basará en el plan de tratamiento inicial y en las revisiones posteriores del plan de tratamiento que determinen los niveles, la frecuencia y la duración del tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar. Los niveles y la frecuencia del tratamiento incluyen el Nivel A (intensidad baja), el Nivel B (intensidad moderada) y el Nivel C (intensidad alta). La duración del tratamiento varía en función del progreso individual del cliente y del número mínimo de revisiones del plan de tratamiento.

IV. Influencias ambientales y culturales: Las intervenciones se basan en las influencias ambientales y culturales, como la edad del cliente, la unidad familiar (por ejemplo, el ciclo intergeneracional de abusos), las influencias de los compañeros, la comunidad, los medios de comunicación y los mensajes de la sociedad sobre actitudes y conductas relacionadas con la violencia intrafamiliar. Es importante ver estas influencias a través del marco de los factores prosociales, de resiliencia al trauma y de riesgo para cada cliente. Los servicios deben prestarse de manera sensible a las cuestiones culturales, étnicas, de desarrollo, de orientación sexual, de género, médicas o educativas, o a las discapacidades que se conozcan o lleguen a conocerse.

V. Fidelidad de la práctica: El grado en que el programa sigue un determinado modelo de intervención o teoría se refiere a la fidelidad de la práctica. Este principio se centra en el modo en que los servicios son prestados por personal de tratamiento cualificado, debidamente formado y que recibe una supervisión adecuada de acuerdo con las *Normas y Directrices*. La adhesión al principio de fidelidad de la práctica es importante para el éxito del tratamiento y la integridad de las Normas.⁴⁹

5.02 Quién puede proporcionar tratamiento

I. Servicios de tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar

De conformidad con C.R.S. 16-11.8-104, el tratamiento del agresor de violencia intrafamiliar y la evaluación continua serán proporcionados por un proveedor aprobado durante todo el proceso de tratamiento. Los proveedores aprobados deben haber cumplido las cualificaciones descritas en la Sección 9.0 de estas Normas y su nombre debe aparecer en la lista de proveedores aprobados.

Punto de discusión: El proveedor que decida comenzar a tratar a un cliente durante la fase previa a la condena deberá proporcionarle un tratamiento conforme a estas Normas y Directrices en la medida de lo posible.

II. Servicios de segundo contacto

A. Un proveedor aprobado que trate a agresores de violencia intrafamiliar bajo la jurisdicción del sistema de justicia penal debe utilizar el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar tal como se define en esta Sección de las Normas (véase la Sección Definición). Esto no excluye la participación en un tratamiento adjunto según esté clínicamente indicado en función del nivel de riesgo y las necesidades del cliente. El tratamiento y las intervenciones complementarias se denominan Segundos Contactos.

⁴⁹ Radatz, D. L., & Wright, E. M. (2016). Integrating the principles of effective intervention into batterer intervention programming: The case for moving toward more evidence-based programming. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(1), 72-87.

En consulta con el MTT, los proveedores aprobados deberán cumplir lo siguiente:

- Utilizar su juicio clínico para priorizar las necesidades de tratamiento y desarrollar un plan de tratamiento que responda a cualquier necesidad de tratamiento adicional
- Actuar como miembro por defecto del MTT para facilitar la colaboración y coordinación con el Segundo Contacto en caso de que ningún otro miembro pueda y esté dispuesto a desempeñar ese papel
- Evaluar la idoneidad de cualquier profesional que preste un servicio de segundo contacto, incluidos aquellos que tengan una relación terapéutica establecida con el cliente (por ejemplo, un proveedor de salud mental)
- Determinar si un Segundo Contacto reúne los requisitos exigidos por estas Normas y es clínicamente relevante para los objetivos generales del tratamiento del cliente y la seguridad de la víctima.
- Incluir y colaborar con el Segundo Contacto como miembro adjunto del MTT

B. El Segundo Contacto será administrado por un clínico u otro profesional que comprenda y apoye los objetivos generales del tratamiento del agresor. Los siguientes criterios de exclusión serán motivo para que el MTT identifique un segundo contacto alternativo para cumplir los requisitos del segundo contacto:

- El profesional perjudica o no contribuye a los objetivos de tratamiento del cliente individual
- El profesional no quiere o no puede coordinarse y colaborar con el MTT
- El profesional no presta un servicio que la evaluación y el plan de tratamiento del agresor consideren un segundo contacto necesario
- No hay ningún profesional disponible para observar y verificar que el cliente realiza una actividad de este tipo para cumplir con un segundo contacto (por ejemplo, grupos anónimos, voluntariado)

En los casos en los que un profesional de segundo contacto cumpla estos criterios, el proveedor aprobado deberá identificar un segundo contacto alternativo y el MTT deberá estar de acuerdo.

Punto de discusión: *Los profesionales identificados para proporcionar un segundo contacto pueden tener una experiencia profesional o una formación limitadas en la dinámica de la violencia intrafamiliar. En algunos casos, puede ser necesario que el MTT ofrezca educación sobre el plan de tratamiento individual del cliente, los requisitos del tratamiento para agresores y el papel del MTT. Además, es beneficioso que los proveedores de segundo contacto acuerden trabajar como un equipo unido para el éxito del cliente y la protección de la víctima con el fin de evitar la triangulación y la convivencia. Remita a estos profesionales a la formación de la DV100 si es necesario.*

III. Opciones de cobertura de tratamiento individual y en grupo contra la violencia intrafamiliar

Basándose en los principios de riesgo, necesidades y capacidad de respuesta, la continuidad de la atención es importante para promover la predisposición del cliente en el tratamiento dentro del contexto de la dosis, la coherencia, la estructura y la contención para que el tratamiento sea eficaz con los clientes. Esta sección describe las opciones disponibles para los proveedores aprobados, cuando un proveedor aprobado no está disponible para proporcionar tratamiento.

A. Emergencias y cancelaciones

Cuando un proveedor aprobado no pueda facilitar una sesión de grupo o individual debido a circunstancias imprevistas, el proveedor aprobado podrá hacer lo siguiente:

- Cancelar una sesión cuando sea necesario (por ejemplo, vacaciones, inclemencias del tiempo, emergencia médica, etc.). En caso de que se cancele una sesión, el proveedor aprobado notificará la cancelación al cliente. En la medida de lo posible, el proveedor aprobado deberá intentar reprogramar cualquier cancelación para promover la estabilidad y la coherencia en el contexto del tratamiento.

O

- Organizar la cobertura de la sesión de grupo. Una vez realizados los arreglos, el proveedor aprobado notificará posteriormente al MTT durante la comunicación regular del MTT sobre la cobertura implementada para la sesión. Si la necesidad de cobertura persiste, los proveedores aprobados se coordinarán para una cobertura continua y proporcionarán una notificación posterior al MTT.

Punto de discusión: Es una buena práctica que un proveedor aprobado comunique las cancelaciones o los acuerdos de cobertura al MTT lo antes posible. Comunicar las cancelaciones a tiempo proporciona a los miembros del MTT la concienciación y la capacidad de planificar cualquier posible consideración de seguridad o problema de contención que pueda provocar dicha cancelación.

B. Cobertura de las ausencias previstas

Cuando un proveedor aprobado planifique con antelación una ausencia (por ejemplo, vacaciones, procedimiento médico), deberá hacer los arreglos necesarios para cubrir la sesión de grupo y notificarlo al MTT con antelación a través de un método de comunicación regular, como un informe mensual o un correo electrónico.

Requisitos para la cobertura en grupo

Siempre que un proveedor aprobado no pueda facilitar sesiones de grupo o individuales, los proveedores aprobados deberán buscar primero la cobertura de otro proveedor aprobado de la DVOMB. En caso de que otro proveedor aprobado por la DVOMB no pueda proporcionar cobertura de tratamiento, el proveedor aprobado utilizará a una de las siguientes personas para la cobertura de grupo:

- Un candidato de nivel asociado de la DVOMB con experiencia que demuestre competencia en la facilitación del grupo, según lo determinado por el proveedor de la DVOMB (consulte la Sección 9.0(V) de las Normas y el Apéndice D: Políticas Administrativas (I)(A)).

O

- Otro proveedor de salud mental que esté incluido en la lista de proveedores de salud mental en Colorado con el Departamento de Agencias Reguladoras, y que tenga habilidades de facilitación de grupos y la capacidad de implementar el plan de lecciones.

El proveedor proporcionará un plan de sesión a la persona identificada que cubrirá la sesión de tratamiento o abordará las competencias del tratamiento psicoeducativo generalizado.

Punto de discusión: La persona que proporcione la cobertura debe ser consciente de que el tratamiento específico de la violencia intrafamiliar solo puede ser realizado por un proveedor aprobado y los asuntos específicos de la violencia intrafamiliar deben ser remitidos al proveedor aprobado a su regreso. Los clínicos deben trabajar dentro de su rango de experiencia, competencia, conocimientos o especialidad.

C. Cobertura indefinida o transferencia de clientes (más de un mes)

- Si la ausencia del proveedor dura más de un mes y se convierte en indefinida, o si el proveedor tiene previsto dejar de prestar servicios de tratamiento durante un período de tiempo prolongado o cerrar su consulta, deberá obtener un proveedor aprobado por la DVOMB para prestar servicios de tratamiento, o aceptar el traslado de un cliente, durante el periodo de ausencia.

D. Abuso de cobertura

- Los proveedores aprobados que se basen en las opciones de cobertura de manera que obstaculicen el progreso o prolonguen el tiempo que un cliente debe estar en tratamiento, pueden ser objeto de quejas formales y acciones administrativas.

5.03 Equipo de Tratamiento Multidisciplinar (MTT)

- I. **Afiliación al MTT:** El MTT está formado como mínimo por el proveedor aprobado, la agencia de justicia penal remitente responsable y el defensor de las víctimas del tratamiento. Otros profesionales relevantes para un caso concreto también pueden formar parte del MTT, como los servicios humanos, de bienestar infantil y de protección de menores.

Punto de discusión: los agresores que son condenados a recibir una evaluación del agresor de violencia intrafamiliar y servicios de tratamiento a veces son colocados en la comunidad sin supervisión (por ejemplo, libertad vigilada estatal, libertad vigilada privada, libertad condicional o correccionales comunitarios). Las circunstancias para las órdenes judiciales sin supervisión varían, pero estos casos deberían ser poco frecuentes debido a los posibles riesgos que suponen para la seguridad de la víctima y de la comunidad. La falta de un oficial de supervisión puede comprometer la eficacia del MTT, la contención del agresor y la asunción de responsabilidad; puede perjudicar los esfuerzos para crear estrategias seguras de gestión de casos; y puede crear desafíos éticos para los proveedores de tratamiento de violencia intrafamiliar autorizados. Se anima a los proveedores a trabajar con las partes interesadas de la comunidad para abordar la falta de un oficial supervisor para los agresores de violencia intrafamiliar cuando se produzca. Esto incluye la identificación de estrategias sobre cómo se gestionará a estos agresores en tales situaciones para mejorar la seguridad pública. Los proveedores de tratamiento contra la violencia intrafamiliar pueden aceptar a dicho cliente en tratamiento si, a su juicio clínico, hacerlo responde al interés superior del cliente, de la víctima y de la seguridad de la comunidad.

- II. **Propósito del MTT:** El MTT está diseñado para colaborar y coordinar el tratamiento del agresor. Por lo tanto, el trabajo del MTT debe incluir la dotación de personal para los casos, el intercambio de información y la toma de decisiones informadas relacionadas con la evaluación de riesgos, el tratamiento, la supervisión de la conducta y la gestión de los agresores. El MTT, por su diseño, puede impedir la triangulación de agresores y favorecer la contención.

- III. **Formación del MTT:** Para que el MTT sea eficaz, los miembros del equipo deben completar con éxito la formación específica sobre violencia intrafamiliar en cada una de las siguientes áreas:

- Dinámica de la violencia intrafamiliar
- Dinámica de las víctimas de violencia intrafamiliar
- Evaluación del riesgo de violencia intrafamiliar
- Tratamiento del agresor

Es posible que el MTT también quiera considerar la formación cruzada para desarrollar aún más la competencia del equipo.

IV. Comunicación del MTT: El MTT determinará los métodos y la frecuencia de comunicación más eficaces, que pueden incluir el contacto presencial o no presencial. La información relativa a la frecuencia puede revisarse en los intervalos de Revisión del Plan de Tratamiento de la Norma 5.07.

V. Contención del agresor: Este es uno de los objetivos del MTT. El MTT colaborará para establecer las consecuencias del incumplimiento por parte del agresor.

VI. Confidencialidad de la víctima: El MTT hará de la seguridad y la confidencialidad de la víctima su máxima prioridad. No obstante, cuando el defensor de la víctima de tratamiento se ponga en contacto con la víctima, ésta será informada sobre los límites de la confidencialidad. El MTT tiene la responsabilidad de proteger la información confidencial que no pueda discutirse durante el proceso del MTT. La información específica de la víctima puede compartirse con el MTT solo después de que la víctima haya dado su consentimiento por escrito (consulte la *Norma 7.04g*). Por lo tanto, no se espera que el defensor de las víctimas del tratamiento viole la confidencialidad de la víctima. En los casos en los que no existe un consentimiento por escrito o en los que el defensor no ha tenido contacto con la víctima, el defensor de la víctima de tratamiento ofrece perspectivas y puntos de vista sobre los problemas de la víctima en general, no sobre una víctima en concreto. (Tenga en cuenta: cierta información no es confidencial, como la relativa a homicidios, ideación/intento de suicidio y abuso o negligencia infantil) Consulte la *Norma 7.0* en su totalidad.

Punto de discusión: La protección de la víctima es prioritaria, por lo tanto, si la única información disponible que impediría el alta del agresor es información sobre la víctima, y el MTT ha determinado que la información sobre la víctima no puede ser revelada para protegerla, y no hay otras formas de validarla o confirmarla, entonces el MTT puede determinar que el alta es apropiada.

VII. Consenso del MTT: El consenso se define como el acuerdo entre los miembros del equipo. El MTT tendrá como objetivo el consenso en la gestión de los agresores. El MTT deberá alcanzar un consenso para las siguientes fases de tratamiento, como mínimo: la colocación inicial en tratamiento, cuando la planificación del tratamiento indica un cambio de nivel de tratamiento del agresor, y el alta. Aunque se reconoce que existe un agente supervisor del tribunal, la intención y el objetivo son trabajar en colaboración.

- A. Se anima a los miembros del MTT a debatir e intentar resolver las diferencias para alcanzar un consenso. Los miembros del MTT deben hacer un esfuerzo por reunirse en persona para trabajar hacia una resolución.
- B. Posible conflicto dentro del MTT: Los miembros del MTT tienen como objetivo resolver los conflictos y las diferencias de opinión entre ellos, lo que ayuda a presentar una respuesta unificada.

Se anima al MTT a revisar los Principios Rectores a la hora de resolver conflictos (consulte la Norma 3.0 en su totalidad). Los miembros del MTT pueden optar por justificar por escrito, utilizando las competencias del agresor y los factores de riesgo para el tribunal, la razón de sus recomendaciones para el tratamiento.

- C. Si no hay consenso, cada miembro del MTT tiene la opción de documentar su posición y las razones de esa recomendación.

- D. El MTT puede solicitar una reunión con el supervisor de la libertad vigilada o el supervisor clínico de violencia intrafamiliar si cree que puede ayudar a llegar a un consenso.
- E. En el raro caso de que siga habiendo falta de consenso, los miembros del MTT pueden documentar su recomendación y presentarla al tribunal para que tome una decisión definitiva. Mientras el MTT espera la decisión del tribunal, todas las condiciones de la libertad vigilada y el tratamiento continúan hasta que se tome una decisión.

Punto de discusión: *El proveedor aprobado tiene autoridad para dar de alta a un agresor del tratamiento. La libertad vigilada tiene autoridad para remitir al agresor a otro proveedor aprobado o devolverlo al tribunal para que disponga de él.*

VIII. Informe sobre el tratamiento: Como mínimo una vez al mes, el proveedor aprobado presentará un informe escrito a la agencia de justicia penal supervisora que incluya lo siguiente:

- A. Resultados de la última revisión del plan de tratamiento exigida
- B. Progreso del agresor en relación con las competencias
- C. Cualquier recomendación relacionada con la planificación del alta
- D. Nivel de tratamiento del agresor
- E. Pruebas de nuevos factores de riesgo
- F. Grado de cumplimiento del agresor, como pagos, asistencia y nivel de participación

5.04 Modalidad de tratamiento

- I. **Terapia de grupo:** La terapia de grupo promueve el desarrollo de habilidades prosociales, proporciona un apoyo positivo entre iguales y se utiliza para el proceso de grupo. La terapia de grupo es la modalidad preferida en la que debe tener lugar el tratamiento de violencia intrafamiliar. Otras modalidades de tratamiento, como el individual, el psicoeducativo y otras opciones complementarias, pueden ser apropiadas para lograr los objetivos. Las necesidades específicas del cliente y el propósito de una modalidad alternativa deberán ser determinados por el proveedor aprobado. Los cambios de modalidad deberán documentarse en el plan de tratamiento del cliente y revisarse conforme a la Norma.
 - A. Los proveedores aprobados facilitarán sesiones de grupo de tratamiento durante un mínimo de 90 minutos con un máximo de 12 clientes. Es responsabilidad y expectativa de los proveedores autorizados establecer el tamaño de los grupos basándose en su experiencia, formación y habilidades de facilitación. De acuerdo con los requisitos del DORA, los proveedores autorizados no ejercerán más allá de sus capacidades en términos de establecer el tamaño del grupo para los clientes. El tamaño preferido del grupo depende de muchos factores, pero generalmente oscila entre 8 y 12 clientes. Las sesiones de grupo con más de 12 clientes y no más de 16 deberán ser cofacilitadas por un proveedor aprobado y un cofacilitador que sea otro proveedor aprobado por la DVOMB, un aprendiz autorizado o un profesional de la salud mental inscrito en la lista del Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (DORA, por sus siglas en inglés). Los grupos con más de 12 clientes deberán documentar las personas que actuaron como cofacilitadores. Cuando sea posible, los grupos deberán ser cofacilitados por personas de orientación sexual, expresión de género y cultura diversas en la medida de sus posibilidades. No solo la dinámica es polifacética en la terapia de grupo, sino que la seguridad de los miembros del grupo es motivo de preocupación. La intensidad de estos grupos requiere un sólido enfoque de equipo para modelar una dinámica de relaciones interpersonales y una comunicación sanas.

Punto de discusión: A la hora de determinar el tamaño del grupo, el proveedor aprobado debe evaluar continuamente las necesidades individuales del cliente y la dinámica del grupo para garantizar el mejor tamaño para un funcionamiento saludable del grupo. El beneficio terapéutico y la cohesión del grupo disminuyen sustancialmente cuando el tamaño del grupo es lo suficientemente grande como para que los clientes se desvinculen. Las personas con necesidades adicionales, pueden necesitar un grupo más reducido para progresar eficazmente en el tratamiento. Los proveedores autorizados deben tener en cuenta las necesidades de los clientes a la hora de determinar el sexo de los proveedores que cofacilitan las sesiones de grupo.

- B. Las sesiones del grupo de tratamiento estarán separadas por poblaciones agresoras específicas y deberán evaluar continuamente la necesidad de la colocación adecuada en tratamiento.

Punto de discusión: Para muchas personas, la identidad y la expresión de género son no binarias y pueden situarse en un espectro. Permitir que las personas transgénero participen en un grupo con compañeros que se identifican como del mismo sexo que ellos puede tener un mayor potencial para la finalización con éxito del tratamiento. La colocación de personas que no se ajustan al modelo de género binario debe basarse en el mejor entorno para el cliente y en el que tenga en cuenta los intereses de todos los clientes.

- a. Los proveedores autorizados supervisarán y controlarán a los grupos para minimizar la exposición a modelos negativos de compañeros y a conductas perjudiciales y para velar por la seguridad de todos los miembros del grupo.
- b. La terapia en persona es la modalidad preferida y esperada en la que debe tener lugar el tratamiento de agresores de violencia intrafamiliar. En algunos casos, la teleterapia puede ser una modalidad adecuada para satisfacer las necesidades del cliente. Si se utiliza la teleterapia, los proveedores deberán estar autorizados para ofrecer teleterapia, según la Norma 9.07 y seguir los criterios expuestos en el Apéndice I.

II. Diseño del programa: Enfoque teórico principal: Todos los proveedores autorizados diseñarán programas que consistan en enfoques psicoeducativos y cognitivo-conductuales como intervención principal. Pueden utilizarse enfoques complementarios, pero nunca sustituir al enfoque principal.

III. Tratamiento individual: El tratamiento individual (de 50 minutos como mínimo) puede utilizarse según el caso si el proveedor aprobado puede demostrar al MTT una necesidad adecuada de este tratamiento, como intervención en crisis, estabilización inicial o para abordar la negación grave al comienzo del tratamiento. Si el tratamiento individual es la única forma de tratamiento, será por circunstancias especiales. El proveedor autorizado documentará estas circunstancias especiales y las notas de la consulta con el MTT en el expediente del caso del agresor.

IV. Grupo de sexo específico: Todos los grupos de tratamiento y el contenido serán específicos para cada sexo.

V. Orientación sexual: Todos los grupos de tratamiento serán específicos para la orientación sexual y la identidad de género (consulte el Apéndice B).

VI. Idioma: Cuando sea posible, los proveedores autorizados proporcionarán el tratamiento en el idioma principal del agresor o en un idioma secundario que éste domine. Si el proveedor aprobado no domina el idioma primario o secundario del agresor, el proveedor aprobado, junto con el MTT, remitirá al agresor a un programa que ofrezca tratamiento en el idioma primario o secundario del agresor. Si no existe ningún programa, el proveedor aprobado, en colaboración con la agencia de justicia penal remitente, remitirá de nuevo al agresor al tribunal con una recomendación para una disposición alternativa que esté razonablemente relacionada con la rehabilitación del agresor y la protección de la víctima.

Punto de discusión: También se espera que el proveedor aprobado sea culturalmente competente con esa población.

5.05 Aplicación del plan de tratamiento individualizado

Un proveedor que trate a agresores de violencia intrafamiliar bajo la jurisdicción del sistema de justicia penal debe utilizar un tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar (consulte la Sección Definición). Los proveedores elaborarán un plan de tratamiento individualizado que se formulará en función del riesgo y las necesidades del cliente, las recomendaciones de la evaluación y las competencias básicas del tratamiento. El plan de tratamiento individualizado puede incorporar servicios adjuntos que aborden problemas concurrentes en curso o emergentes. El plan de tratamiento individualizado identificará los objetivos del tratamiento para el cliente con el fin de promover la seguridad de la víctima y de la comunidad.

- I. Plan de tratamiento individualizado: Cuando un cliente entre en tratamiento, el proveedor deberá desarrollar un plan de tratamiento por escrito basado en los riesgos y necesidades relevantes identificados en las valoraciones/evaluaciones actuales y pasadas del cliente. El proceso deberá estar guiado por el proveedor de tratamiento y desarrollado mediante la colaboración con el cliente. El Plan de Tratamiento deberá cumplir con lo siguiente:
 - Fomentar la seguridad de las víctimas y de la comunidad.⁵⁰
 - Promover el compromiso de los clientes mediante estrategias de mejora de la motivación.⁵¹
 - Identificar las conductas que requieren tratamiento y abordar específicamente todos los problemas clínicos señalados en la evaluación de admisión y mediante una evaluación de riesgos validada.⁵²
 - Incluir objetivos de tratamiento medibles que aborden los factores de protección y de riesgo en consonancia con las necesidades de tratamiento, la competencia y la capacidad del cliente.⁵³
 - Incluir la planificación y derivación a un tratamiento complementario según esté indicado.⁵⁴
 - Estar redactado de forma comprensible para el cliente teniendo en cuenta sus factores de respuesta.⁵⁵
 - Ser revisados con el cliente y el MTT como mínimo cada 2-3 meses, lo que se conoce como Revisiones del Plan de Tratamiento.⁵⁶

II. Competencias básicas de tratamiento

El tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar ayudará a los clientes a desarrollar competencias (es decir, conocimientos, habilidades y actitudes) para abordar eficazmente sus problemas relacionados con el riesgo, desarrollar factores de protección, establecer relaciones no abusivas y llevar una vida no agresora. Se facilitarán las competencias requeridas a todos los

⁵⁰ § 16-11.8-101 C.R.S. incluye una referencia a la mejora de la protección de las víctimas actuales y potenciales.

⁵¹ Santirso, F. A., Gilchrist, G., Lila, M., & Gracia, E. (2020). Motivational strategies in interventions for intimate partner violence offenders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 175-190.

⁵² Friedman, B. D., Yorke, N. J., Compian, K., & Arner Lazaro, D. (2022). A multimodal approach to reduce attrition, recidivism, and denial in abuser intervention programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 61(8), 426-441; Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services*, 18(4), 566-573; Radatz, D. L., Richards, T. N., Murphy, C. M., Nitsch, L. J., Green-Manning, A., Brokmeier, A. M., & Holliday, C. N. (2021). Integrating 'principles of effective intervention' into domestic violence intervention programs: New opportunities for change and collaboration. *American Journal of Criminal Justice*, 46, 609-625.

⁵³ Burghart, M., de Ruiter, C., Hynes, S. E., Krishnan, N., Levtova, Y., & Uyar, A. (2023). The Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF): A meta-analysis of its predictive and incremental validity. *Psychological Assessment*, 35(1), 56-67; Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services*, 18(4), 566-573; Radatz, D. L., Richards, T. N., Murphy, C. M., Nitsch, L. J., Green-Manning, A., Brokmeier, A. M., & Holliday, C. N. (2021). Integrating 'principles of effective intervention' into domestic violence intervention programs: New opportunities for change and collaboration. *American Journal of Criminal Justice*, 46, 609-625.

⁵⁴ Radatz, D. L., Richards, T. N., Murphy, C. M., Nitsch, L. J., Green-Manning, A., Brokmeier, A. M., & Holliday, C. N. (2021). Integrating 'principles of effective intervention' into domestic violence intervention programs: New opportunities for change and collaboration. *American Journal of Criminal Justice*, 46, 609-625.

⁵⁵ Radatz, D. L., Richards, T. N., Murphy, C. M., Nitsch, L. J., Green-Manning, A., Brokmeier, A. M., & Holliday, C. N. (2021). Integrating 'principles of effective intervention' into domestic violence intervention programs: New opportunities for change and collaboration. *American Journal of Criminal Justice*, 46, 609-625.

⁵⁶ § 16-11.8-101 C.R.S. incluye una referencia al seguimiento de los agresores.

clientes. Las competencias potenciales pueden incluirse para los clientes cuando estén clínicamente indicadas. Las competencias requeridas y potenciales no son una lista exhaustiva de todas las competencias potenciales que deben abordarse en el tratamiento. Como tales, los proveedores autorizados pueden incluir competencias adicionales para abordar los factores de riesgo y las necesidades de tratamiento individuales, cuando sea necesario y esté indicado en el plan de tratamiento. La lista de competencias no se establece en un orden curricular lineal ni como una lista priorizada de objetivos de conducta. En su lugar, las competencias pueden abordarse en un orden coherente con el plan de tratamiento, las necesidades del cliente, el orden de las sesiones de tratamiento en grupo o a través de múltiples aspectos del tratamiento. Ayudar a los clientes a alcanzar las competencias de su plan de tratamiento será la base para priorizar los requisitos de segundo contacto en curso y posteriores de acuerdo con el nivel de tratamiento del cliente.

Violencia intrafamiliar y delincuencia en general

Los clientes deberán cumplir las siguientes competencias requeridas relacionadas con la violencia intrafamiliar y la delincuencia en general:

1. Definir todos los tipos de violencia intrafamiliar y de conducta abusiva (consulte la definición clínica de trabajo de violencia intrafamiliar) y demostrar la aceptación de la responsabilidad por las conductas agresoras y abusivas.⁵⁷
2. Identificar la historia de los patrones actuales y anteriores de las conductas de violencia intrafamiliar y los pensamientos con respecto al inicio, la frecuencia y la persistencia. Esto incluye tomar conciencia y discutir la intención de las tácticas de manipulación anteriores.⁵⁸

Punto de discusión: *Los clientes pueden invocar su derecho a la 5ª Enmienda para casos actuales o pendientes. Aunque los proveedores autorizados no darán de alta sin éxito a un agresor del tratamiento únicamente por negarse a responder a preguntas incriminatorias, un proveedor de tratamiento puede optar por dar de alta a un cliente del tratamiento o no aceptar a un cliente en el tratamiento si el proveedor determina que existe un factor o factores que comprometen el proceso terapéutico.*

3. Identificar y cuestionar las distorsiones cognitivas y los sistemas de creencias que desempeñan un papel negativo o poco saludable en los pensamientos, las emociones y las conductas del cliente.⁵⁹

⁵⁷ Gannon, T. A., Olver, M. A., Mallion, J. S., & James, M. (2019). Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical Psychology Review, 73*; Hilton, N. Z., Eke, A. W., Kim, S., & Ham, E. (2023). Coercive control in police reports of intimate partner violence: Conceptual definition and association with recidivism. *Psychology of Violence, 13*(4), 277-285; Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services, 18*(4), 566-573; Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z. (2014). Effectiveness of Risk-Needs-Responsivity-based family violence programs with male offenders. *Journal of Family Violence, 29*, 151-164.

⁵⁸ Gannon, T. A., Olver, M. A., Mallion, J. S., & James, M. (2019). Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical Psychology Review, 73*; Hilton, N. Z., Eke, A. W., Kim, S., & Ham, E. (2023). Coercive control in police reports of intimate partner violence: Conceptual definition and association with recidivism. *Psychology of Violence, 13*(4), 277-285; Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z. (2014). Effectiveness of Risk-Needs-Responsivity-based family violence programs with male offenders. *Journal of Family Violence, 29*, 151-164.

⁵⁹ Hilton, N. Z., Eke, A. W., Kim, S., & Ham, E. (2023). Coercive control in police reports of intimate partner violence: Conceptual definition and association with recidivism. *Psychology of Violence, 13*(4), 277-285; Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services, 18*(4), 566-573; Pornari, C. D., Dixon, L., & Humphreys, G. W. (2021). A preliminary investigation into a range of implicit and explicit offense supportive cognitions in perpetrators of physical intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 36* (3-4), NP2079-2111; Spencer, C. M., Stith, S. M., & Cafferky, B. (2022). What puts individuals at risk for physical intimate partner violence perpetration? A meta-analysis examining risk markers for men and women. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(1), 36-51; Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z. (2014). Effectiveness of Risk-Needs-Responsivity-based family violence programs with male offenders. *Journal of Family Violence, 29*, 151-164.

Punto de discusión: La investigación sobre los factores intrínsecos que motivan las conductas y actitudes delictivas de un cliente aún está emergiendo. Se anima a los proveedores autorizados a explorar las fuentes subyacentes de la agresión. Esto puede incluir rasgos o trastornos específicos de la personalidad, ciertos tipos de esquemas cognitivos y otras consideraciones.

4. Reconocer y gestionar los factores de riesgo dinámicos y las habilidades de adaptación para mitigar esos factores de riesgo.⁶⁰

Competencias potenciales: Las siguientes competencias potenciales pueden ser requeridas cuando estén clínicamente indicadas para la criminalidad en general:⁶¹

- Reconocer y gestionar las actitudes y conductas procriminales actuales.
- Identificar, reconocer y gestionar el consumo de sustancias que alteran el estado de ánimo.
- Identificar el historial de conductas, pensamientos y compañía actuales y anteriores favorables a la delincuencia

Autorregulación y autocuidado

Los clientes deberán cumplir las siguientes competencias requeridas relacionadas con la autorregulación y el autocuidado:

5. Demostrar y poner en práctica habilidades de autorregulación que incluyan, entre otras, la regulación emocional, la gestión del estrés, las habilidades de comunicación, el control de la ira, la resolución de conflictos, la resolución de problemas, el retraso de la gratificación, la responsabilidad parental y financiera, etc.⁶²
6. Demostrar la capacidad de hablar de experiencias pasadas y de cómo cualquier trauma no resuelto puede repercutir en la conducta delictiva como forma de adoptar estrategias de afrontamiento eficaces.⁶³

Punto de discusión: El objetivo de esta competencia es comprender cómo las experiencias pasadas han impactado en el cliente y de qué manera puede tratar estos temas de forma diferente y no abusiva.

⁶⁰ Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services, 18*(4), 566-573; Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z. (2014). Effectiveness of Risk-Needs-Responsivity-based family violence programs with male offenders. *Journal of Family Violence, 29*, 151-164.

⁶¹ Okano, M., Langille, J., & Walsh, Z. (2016). Psychopathy, alcohol use, intimate partner violence: Evidence from two samples. *Law & Human Behavior, 40*(5), 517-523; Peters, J. R., Nunes, K. L., Ennis, L., Hilton, N. Z., Pham, A., & Jung, S. (2022). Latent class analysis of the heterogeneity of intimate partner violent men: Implications for research and practice. *Journal of Threat Assessment & Management*, Online Advance Publication, October 13, 2022; Robertson, E. L., Walker, T. M., & Frick, P. J. (2020). Intimate partner violence perpetration and psychopathy: A comprehensive review. *European Psychologist, 25*(2), 134-145.

⁶² Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of the risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse, 3*(3), 231-280; Farzan-Kashani, J., & Murphy, C. M. (2017). Anger problems predict long-term criminal recidivism in partner violent men. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(3), 3541-3555; Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services, 18*(4), 566-573; Rolle, L., Giardina, G., Calderera, A., & Brustia, P. (2018). When intimate partner violence meets same sex couples: A review of same sex intimate partner violence. *Frontiers in Psychology, 9*(1506), 1-13; Spencer, C. M., Stith, S. M., & Cafferky, B. (2022). What puts individuals at risk for physical intimate partner violence perpetration? A meta-analysis examining risk markers for men and women. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(1), 36-51; Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z. (2014). Effectiveness of Risk-Needs-Responsivity-based family violence programs with male offenders. *Journal of Family Violence, 29*, 151-164.

⁶³ Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of the risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse, 3*(3), 231-280; Lee, K. A., Bright, C. L., & Betz, G. (2022). Adverse childhood experiences (ACEs), alcohol use in adulthood, and intimate partner violence (IPV) perpetration by black men: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(3), 372-389; Spencer, C. M., Stith, S. M., & Cafferky, B. (2022). What puts individuals at risk for physical intimate partner violence perpetration? A meta-analysis examining risk markers for men and women. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(1), 36-51.

7. Desarrollar y mantener actividades y redes prosociales que incluyan, entre otras, completar la educación, mantener el empleo, obtener una vivienda estable, habilidades para la vida, actividades recreativas y sociales, etc.⁶⁴

Competencias potenciales: Las siguientes competencias potenciales pueden ser requeridas cuando esté clínicamente indicado que el cliente las cumpla:

- Identificar, reconocer y gestionar las necesidades de salud mental y el desarrollo de apoyos.⁶⁵
- Identificar, reconocer y gestionar la necesidad de gestión y estabilización de crisis (es decir, ideación suicida u homicida, inseguridad en la vivienda, descompensación del cliente).⁶⁶
- Identificar, reconocer y gestionar su propia reintegración en la comunidad.⁶⁷
- Identificar, reconocer y gestionar los límites.
- Identificar y promover una conducta sexual, una intimidad y unas aptitudes para las relaciones saludables.⁶⁸
- Aumentar la capacidad de reconocer los problemas de apego.⁶⁹

Impacto en los supervivientes y seguridad comunitaria

Los clientes deberán cumplir las siguientes competencias requeridas relacionadas con el impacto en los supervivientes y la seguridad de la comunidad:

8. Demostrar comprensión sobre el impacto de su delito de violencia intrafamiliar en todas las personas y promover la empatía hacia las víctimas cuando esté clínicamente indicado.⁷⁰

⁶⁴ Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of the risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse, 3*(3), 231-280; Gerstenberger, C., Stansfield, R., & Williams, K. R. (2019). Intimate partner violence in same-sex relationships. *Criminal Justice & Behavior, 46*(11), 1515-1527; Grace, F. X., McNary, S. B., & Murphy, C. M. (2022). Employment status and recidivism after relationship violence intervention. *Psychology of Violence, 13*(2), 127-135; Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services, 18*(4), 566-573; Spencer, C. M., & Stith, S. M. (2020). Risk factors for male perpetration and female victimization of intimate partner homicide: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(3) 527-540.

⁶⁵ Callan, A., Corbally, M., & McElvaney, R. (2021). A scoping review of intimate partner violence as it relates to the experiences of gay and bisexual men. *Trauma, Violence, & Abuse, 22*(2), 233-248; Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of the risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse, 3*(3), 231-280; Dawson, M., & Piscitelli, A. (2021). Risk factors in domestic homicide: Identifying common clusters in the Canadian context. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(1-2), 781-792; Morgan, et al. (2012). Treating offenders with mental illness: A research synthesis. *Law & Human Behavior, 36*(1), 37-50; Rolfe, L., Giardina, G., Caldarera, A., & Brustia, P. (2018). When intimate partner violence meets same sex couples: A review of same sex intimate partner violence. *Frontiers in Psychology, 9*(1506), 113; Spencer, C. M., & Stith, S. M. (2020). Risk factors for male perpetration and female victimization of intimate partner homicide: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(3) 527-540; Spencer, C. M., Stith, S. M., & Cafferky, B. (2022). What puts individuals at risk for physical intimate partner violence perpetration? A meta-analysis examining risk markers for men and women. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(1), 36-51.

⁶⁶ Dawson, M., & Piscitelli, A. (2021). Risk factors in domestic homicide: Identifying common clusters in the Canadian context. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(1-2), 781-792; Scott, K., Heslop, L., Kelly, T., & Wiggins, K. (2015). Intervening to prevent repeat offending among moderate-to-high risk domestic violence offenders: A second-responder program for men. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology, 59*(3), 273-294.

⁶⁷ Stansfield, R., Semenza, D., Napolitano, L., Gatson, M., Coleman, M., & Diaz, M. (2022). The risk of family violence after incarceration: An integrative review. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(2), 476-489.

⁶⁸ Spencer, C. M., Toews, M. L., Anders, K. M., & Emanuels, S. K. (2021). Risk markers for physical teen dating violence perpetration: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 22*(3), 619-631; Sparks, B., Wielinga, F., Jung, S., & Olver, M. E. (2020). Recidivism risk and criminogenic needs of individuals who perpetrated intimate partner sexual violence offenses. *Sexual Offending: Theory, Research, and Prevention, 15*(1), Article e3713.

⁶⁹ Spencer, C. M., Stith, S. M., & Cafferky, B. (2022). What puts individuals at risk for physical intimate partner violence perpetration? A meta-analysis examining risk markers for men and women. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(1), 36-51.

⁷⁰ Bichard, H., Byrne, C., Saville, C. W. N., & Coetzer, R. (2022). The neuropsychological outcomes of nonfatal strangulation in domestic and sexual violence: A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation, 32*(6), 1164-1192; Godfrey, D. A., Kehoe, C. M., Bastardas-Albero, A., & [Regresar al índice](#)

Punto de discusión: La demostración de esta competencia en relación con el impacto de un delito de violencia intrafamiliar puede incluir, entre otras cosas, cartas de asunción de responsabilidad, paneles de empatía con la víctima y diálogo entre el agresor y la víctima. Las oportunidades para cualquier trabajo terapéutico entre el cliente y la víctima identificada o las víctimas secundarias pueden realizarse después de que el cliente haya completado el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar durante la asistencia posterior.

9. Aumentar la comprensión de cómo los patrones intergeneracionales de la familia, el grupo de iguales, la comunidad y la cultura pueden normalizar la violencia intrafamiliar y fomentar actitudes y respuestas que condonan y toleran la violencia intrafamiliar.⁷¹
10. Desarrollar y aplicar planes de seguridad para abordar los factores de riesgo y las situaciones potencialmente de alto riesgo.⁷²
11. Cooperar con los requisitos de supervisión, las órdenes judiciales y los términos y condiciones.⁷³

Competencias potenciales: Las siguientes competencias potenciales pueden ser requeridas cuando esté clínicamente indicado que el cliente las cumpla:

- Aumentar la comprensión y la demostración de la responsabilidad parental para mejorar y garantizar el bienestar de los menores.⁷⁴

Punto de discusión: Si el agresor ha abusado de alguna pareja embarazada, puede ser necesario abordarlo como una competencia adicional. En estos casos, el cliente debe demostrar que comprende y se da cuenta de que los abusos durante el embarazo pueden suponer un mayor riesgo para la víctima y el niño por nacer.

III. El contrato del agresor es el acuerdo de tratamiento firmado entre el proveedor aprobado y el agresor que especifica las responsabilidades y expectativas del agresor, del proveedor aprobado y del MTT.

A. Responsabilidades del agresor: El contrato del agresor incluirá los siguientes acuerdos por parte del agresor:

Babcock, J. C. (2020). Empathy mediates the relations between working memory and perpetration of intimate partner violence and aggression. *Behavioral Sciences*, 10(3), 63; Hamel, J., Cannon, C. E. B., & Graham-Kevan, N. (2023, April 6). The consequences of psychological abuse and control in intimate partner relationships. *Traumatology*. Advance online publication; Holmes, M. R., Berg, K. A., Bender, A. E., Evans, K. E., O'Donnell, K., & Miller, E. K. (2022). Nearly 50 years of child exposure to intimate partner violence empirical research: an examination of key correlates among a sample of young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 34, 1357-1387; Herrero, J., Rodríguez, F. J., and Torres, A. (2017). Acceptability of partner violence in 51 societies: The role of sexism and attitudes toward violence in social relationships. *Violence Against Women*, 23, 351-367; Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services*, 18(4), 566-573.

⁷¹ Copp, J. E., Giordano, P. C., Longmore, M. A., and Manning, W. D. (2019). The development of attitudes towards intimate partner violence: an examination of key correlates among a sample of young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 34, 1357-1387; Herrero, J., Rodríguez, F. J., and Torres, A. (2017). Acceptability of partner violence in 51 societies: The role of sexism and attitudes toward violence in social relationships. *Violence Against Women*, 23, 351-367; Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services*, 18(4), 566-573.

⁷² Spencer, C. M., & Stith, S. M. (2020). Risk factors for male perpetration and female victimization of intimate partner homicide: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3) 527-540; Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z. (2014). Effectiveness of Risk-Needs-Responsivity-based family violence programs with male offenders. *Journal of Family Violence*, 29, 151-164.

⁷³ Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2021). Criminogenic needs and intimate partner violence: Association with recidivism and implications for treatment. *Psychological Services*, 18(4), 566-573.

⁷⁴ Hine, L., Meyer, S., McDermott, L., & Eggins, E. (2022). Intervention programme for fathers who use domestic and family violence: Results from an evaluation of Caring Dads. *Child & Family Social Work*, 27, 711-724; Labarre, M., Bourassa, C., Holden, G. W., Turcotte, P., & Letourneau, N. (2016). Intervening with fathers in the context of intimate partner violence: An analysis of ten programs and suggestions for a research agenda. *Journal of Child Custody*, 13(1), 1-29; Meyer, S. (2017). Motivating perpetrators of domestic and family violence to engage in behavior change: The role of fatherhood. *Child & Family Social Work*, 23(1), 97-104; Stover, C. S., Clough, B., Clough, M., DiVertro, S., Madigan, L., & Grasso, D. J. (2022). Evaluation of a statewide implementation of Fathers for Change: A fathering intervention for families impacted by partner violence. *Journal of Family Violence*, 37, 449-459.

1. Estar libre de toda forma de "violencia intrafamiliar" durante el tiempo que dure el tratamiento (consulte violencia intrafamiliar en el Glosario).
2. Cumplir con las responsabilidades financieras para la evaluación y el tratamiento.
3. Acordar no consumir alcohol ni drogas; acordar no consumir drogas ilegales y no consumir drogas ilegalmente. Esto incluye el mal uso o abuso de los medicamentos recetados. Si se indica un tratamiento contra el abuso de sustancias, el agresor deberá completar el tratamiento contra el abuso de sustancias y cumplir las condiciones que puedan aplicarse según determine la evaluación del abuso de sustancias.
4. Firmar liberaciones de información que permitan al proveedor aprobado compartir información, tal y como exige la Norma 10.08.
5. No violar los estatutos u ordenanzas penales (de la ciudad, del condado, estatales o federales).
6. Cumplir las órdenes judiciales existentes relativas a la manutención familiar.
7. Cumplir cualquier orden judicial existente relativa a un procedimiento para determinar la paternidad, la custodia, la asignación de la responsabilidad de la toma de decisiones, el tiempo de crianza o la manutención.
8. No comprar ni poseer armas de fuego ni munición.
Se puede hacer una excepción si existe una orden judicial específica que permita expresamente al agresor poseer armas de fuego y munición. En estos casos, corresponde al agresor proporcionar una copia de la orden judicial al proveedor aprobado para poder acogerse a esta modificación del contrato con el agresor. Corresponde entonces al proveedor aprobado diseñar la planificación del tratamiento para abordar el almacenamiento del arma de fuego, (por ejemplo, no se permitirá el arma de fuego en el hogar) y otros factores relacionados con el riesgo del agresor, la planificación de la seguridad y la seguridad de la víctima.
9. No participar en ningún tipo de asesoramiento de pareja o familiar mientras esté en tratamiento para agresores. Esto incluye cualquier asesoramiento conjunto en el que participen el agresor y la víctima.

B. Responsabilidades del proveedor aprobado: El contrato del agresor incluirá las siguientes declaraciones del proveedor aprobado:

1. Los agresores que hayan cometido delitos relacionados con la violencia intrafamiliar renunciarán a la confidencialidad a efectos de evaluación, tratamiento, supervisión y gestión de casos. Se informará plenamente al agresor de la disposición alternativa que puede producirse en ausencia de consentimiento/asentimiento (consulte la Norma 6.0 en su totalidad).
Las renunciaciones del agresor a la confidencialidad también se extenderán a la víctima, específicamente en lo que respecta a (1) el cumplimiento del tratamiento por parte del agresor y (2) la información sobre el riesgo, las amenazas o la posible escalada de violencia.
2. Costos de los servicios de evaluación y tratamiento.
3. Procedimientos de reclamación en caso de que el agresor tenga dudas sobre el proveedor aprobado o el tratamiento.
4. Plan de respuesta para agresores en crisis.
5. Intensidad del tratamiento
6. Información sobre los servicios de derivación para llamadas de urgencia las 24 horas y visitas sin cita previa.
7. Razones por las que el agresor dejaría el tratamiento.
8. Divulgación de que el proveedor aprobado y sus registros pueden ser auditados por la DVOMB para el nuevo proceso de solicitud y la Renovación Bienal.
9. Honorarios para los agresores: que el agresor pague su propia evaluación y tratamiento es un indicador de responsabilidad y deberá incorporarse al plan de tratamiento. Todos los proveedores autorizados ofrecerán servicios de evaluación y tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar basados en una escala móvil de tarifas (consulte el Glosario).

C. Ausencias del agresor

1. Los agresores son responsables de asistir al tratamiento.
2. Si un agresor tiene más de tres ausencias, el MTT consultará para determinar las consecuencias necesarias o las modificaciones del Plan de Tratamiento. El MTT puede exigir al agresor que aporte documentación sobre los motivos de las ausencias.
3. Todas las ausencias de los agresores se comunicarán en un plazo de 24 horas al defensor de las víctimas del tratamiento y a la agencia remitente. El defensor de las víctimas del tratamiento determinará si se notificará a la víctima según lo acordado con ella (consulte la Norma 7.0 en su totalidad). La agencia remitente podrá solicitar una modificación de los criterios de notificación.

D. Infracciones del contrato del agresor

Las infracciones del contrato del agresor o el incumplimiento del plan de tratamiento pueden llevar a la expulsión del programa. Como mínimo, se proporcionará al MTT una notificación escrita o verbal de las infracciones. Se notificarán las infracciones por incumplimiento a las fuerzas del orden o a los tribunales, cuando proceda. Las infracciones del contrato del agresor pueden incluir la exhibición de signos de peligro inminente para los demás o la escalada de conductas que puedan conducir a la violencia.

5.06 Niveles de tratamiento

- I. **Existen tres niveles de tratamiento** que incluyen el Nivel A (baja intensidad), el Nivel B (intensidad moderada), y el nivel C (intensidad alta). Los agresores son colocados en un nivel de tratamiento basado en las conclusiones de la evaluación de admisión, las necesidades de tratamiento del agresor y el nivel de riesgo identificado por la DVRNA. La investigación demuestra que adecuar el riesgo del agresor a la intensidad del tratamiento reduce la reincidencia (Andrews & Bonta, 1994). La intensidad del tratamiento se diferencia por la frecuencia del contacto clínico y el contenido del tratamiento.
- II. **La determinación inicial del nivel de tratamiento** es recomendada por el proveedor aprobado después de que la evaluación de admisión del agresor haya sido completada y aprobada por el MTT. Aunque algunos agresores pueden permanecer en el mismo nivel durante todo el tratamiento, también existe la posibilidad de trasladarlos a un nivel de tratamiento diferente según sea necesario. Esto se basa en nueva información como el cambio en los factores de riesgo, la mitigación del riesgo, el abuso continuado o la negación.
 - A. Solo los agresores en el Nivel C pueden ser considerados para una disminución del nivel de tratamiento y entonces solo al Nivel B.
 - B. Ningún agresor de los niveles B o C puede optar a una disminución del tratamiento al Nivel A.
 - C. La disminución del nivel de intensidad del tratamiento de un agresor solo se producirá en los intervalos programados de revisión del plan de tratamiento y se aprobará por consenso del MTT. Este cambio de nivel de tratamiento incluirá una justificación escrita que se incluirá en el expediente del agresor en la que se describa la necesidad del cambio de tratamiento.
 - D. El aumento del nivel de tratamiento de un agresor a un tratamiento de mayor intensidad puede producirse en cualquier momento y deberá ser aprobado por consenso del MTT. Este cambio de nivel de tratamiento incluirá una justificación escrita que se incluirá en el expediente del agresor y en la que se describirá la necesidad del cambio de tratamiento.
- III. **Si falta alguna información** en la evaluación de admisión del agresor y en la DVRNA, no se colocará al agresor en el Nivel A. Puede estar indicada una colocación temporal en el Nivel B

de tratamiento. Dado que la información que falta puede estar relacionada con factores de riesgo, es necesario tener en cuenta consideraciones de seguridad, lo que da lugar a una colocación temporal mínima en el Nivel B. Aunque falte información, puede haber suficiente información obtenida de la DVRNA para justificar la colocación del agresor en el Nivel C.

- A. De la información que falta, el MTT identificará la que no se puede obtener y documentará por qué. Sin embargo, si la información que falta es resultado de la falta de cooperación del agresor, el MTT lo tendrá en cuenta en su determinación del nivel de tratamiento. La resistencia o el incumplimiento por parte del agresor (por ejemplo, la divulgación de información) tendrá como resultado la inelegibilidad para su colocación en el Nivel A.

Una vez recibida la información que falta, el MTT determinará el nivel de tratamiento adecuado, que puede ser el Nivel A, B o C. Si la Colocación Temporal era al Nivel B y, tras revisar la información adicional, el MTT determina que el tratamiento debe ser el Nivel A, no se considera una disminución de la intensidad del tratamiento.

- B. El MTT tomará una determinación en un plazo de 30 días a partir de la evaluación de admisión del agresor.

IV. Parámetros para los niveles de tratamiento

- A. Cuando un agresor se encuentre en una situación de negación grave (consulte el Glosario), el MTT considerará la posibilidad de realizar sesiones individuales o un formato de grupo para abordar la negación.

***Punto de discusión:** Colocar a un agresor con negación severa en un grupo con agresores que no muestran negación severa puede no ser apropiado para el agresor o para el grupo.*

- B. Los grupos se diferenciarán por su función; por ejemplo, un grupo centrado en la educación o una combinación de educación y terapia, o un grupo basado en las habilidades. Los proveedores autorizados no están obligados a crear tres grupos claramente diferenciados, pero pueden crear una combinación de modalidades.
- C. El primer principio para diferenciar el tratamiento, cuya validez se ha demostrado repetidamente en las intervenciones de la justicia penal, es que los agresores de mayor y menor riesgo no deben ser tratados juntos (Lowencamp & Latessa, 2004). Por lo tanto, los niveles A y C no estarán juntos en las sesiones terapéuticas.
- D. Los agresores en todos los niveles de tratamiento pueden estar juntos para algunas clases educativas no terapéuticas.
- E. Algunos agresores en tratamiento de Nivel C que presentan rasgos de psicopatía pueden no ser apropiados para un tratamiento basado en la empatía (Hare, 1993; Hare, 1998).

V. Medidas de seguridad

Se han creado ciertas medidas de seguridad para garantizar que se vigila a los agresores y que la seguridad de las víctimas es la máxima prioridad. Estas medidas de seguridad incluyen lo siguiente:

- A. Se protegerá la información de las víctimas y se mantendrá su confidencialidad en todo momento.
- B. Todos los agresores tendrán al menos el número mínimo de revisiones del Plan de Tratamiento requeridas a intervalos identificados en función del nivel de tratamiento y del Plan o Planes de Tratamiento individuales.
- C. Antes de la primera revisión del Plan de Tratamiento requerida, el proveedor aprobado deberá haber obtenido y revisado los antecedentes penales del agresor y la información disponible de contacto con la víctima.

- D. Los agresores deberán demostrar sus competencias básicas antes de ser dados de alta (consulte la Norma 5.08).
- E. Los factores de riesgo del agresor se abordarán mediante las competencias del agresor. Algunos agresores tendrán factores de riesgo adicionales que requerirán la demostración de competencias adicionales y revisiones adicionales del Plan de Tratamiento.
- F. El riesgo del agresor es dinámico y puede aumentar durante el tratamiento, lo que hace necesario añadir competencias adicionales para el agresor al Plan de Tratamiento.
- G. Si se considera que el agresor es un riesgo para la comunidad, se discutirá con el MTT una disposición alternativa y posteriormente se recomendará a la libertad vigilada.

VI. Nivel A (intensidad baja)

La población de agresores que es identificada para el Nivel A en la colocación inicial en tratamiento no tiene un patrón identificado de conductas abusivas continuas. Cuentan con un sistema de apoyo prosocial, pueden tener algunas competencias básicas establecidas, un historial delictivo mínimo y ningún indicio al inicio del tratamiento de abuso de sustancias o inestabilidad mental.

- A. Criterios de colocación para el Nivel A
 - 1. Consenso del MTT
 - 2. Los agresores no son apropiados para el Nivel A si todavía falta información de la evaluación de admisión o del instrumento de Evaluación de Riesgos y Necesidades de Violencia Intrafamiliar (DVRNA). La responsabilidad de obtener información puede recaer en el MTT o en el agresor.
 - 3. Si se identifica uno o ningún factor de riesgo a partir de la aplicación de la DVRNA y de la evaluación de admisión previa o posterior a la sentencia (consulte la Norma 4.0 en su totalidad), existe la necesidad de un tratamiento de baja intensidad.
 - 4. Los agresores que son ubicados en el Nivel B o C nunca son elegibles para ser trasladados al Nivel A.

Punto de discusión: El MTT debe tener en cuenta las preocupaciones por la seguridad de la víctima antes de situar a un agresor en el nivel A. Dado que este nivel de tratamiento para un agresor es de baja intensidad y potencialmente de menor duración, la seguridad de la víctima debe seguir vigilándose siempre que sea posible y apropiado. Algunas víctimas pueden mostrarse reacias a proporcionar información sobre el agresor en el momento de la evaluación inicial o al principio del tratamiento y puede que se disponga de más información a medida que éste continúe.

- B. Intensidad del tratamiento
 - 1. Contenido y contacto
 - a. Sesiones clínicas en grupo que abordan contenidos psicoeducativos, competencias básicas, necesidades criminógenas y cuestiones del Plan de Tratamiento.
 - b. Las sesiones clínicas tendrán lugar una vez a la semana.

- C. Transición

Si se obtiene nueva revelación/información y aumentan los factores de riesgo, el agresor pasará al Nivel B o al Nivel C.

VII. Nivel B (intensidad moderada)

La población de agresores que se identifica para el tratamiento de Nivel B presenta factores de riesgo moderados. En la colocación inicial del tratamiento, tienen un patrón identificado de

conductas abusivas continuas. También puede haber cierta negación del abuso y cierta resistencia moderada al tratamiento. Pueden tener o no un sistema de apoyo prosocial y pueden tener algunos antecedentes penales. Puede haber alguna evidencia al principio del tratamiento de abuso moderado de sustancias o problemas de salud mental. Por lo tanto, se identifica lo siguiente como la intensidad de tratamiento más adecuada para esta población.

A. Criterios de colocación para el Nivel B

1. Consenso del MTT
2. De dos a cuatro factores de riesgo identificados en la DVRNA o un factor de riesgo significativo identificado en la DVRNA que indica la colocación inicial en el Nivel B. Además, la evaluación de admisión previa o posterior a la sentencia (Consulte la Norma 4.0 en su totalidad) identifica una necesidad de tratamiento de intensidad moderada.
3. Los factores de riesgo adicionales identificados por el MTT para un agresor en el Nivel A justifican su colocación en el Nivel B.
4. Si se mitigan los factores de riesgo de un agresor en el Nivel C, éste puede pasar al Nivel B si hay consenso en el MTT.

B. Intensidad del tratamiento

1. Contenido y contacto: Sesiones clínicas semanales en grupo que aborden las competencias básicas, las necesidades criminógenas y las cuestiones del Plan de Tratamiento utilizando el tratamiento cognitivo-conductual más al menos una intervención clínica mensual adicional de la siguiente lista:
 - a. Una sesión individual para abordar la negación o la resistencia
 - b. Un contacto clínico para seguir evaluando o controlando cuestiones como la salud mental
 - c. Tratamiento adicional como tratamiento por abuso de sustancias o tratamiento de salud mental
2. Tratamiento del abuso de sustancias: La violencia no puede tratarse con éxito sin tratar los problemas de abuso de sustancias. Todos los agresores evaluados que necesiten un tratamiento por abuso de sustancias deberán completar dicho tratamiento. Dicho tratamiento será proporcionado por un CAS o superior. Si el proveedor aprobado no proporciona un programa de tratamiento por abuso de sustancias, el proveedor llevará a cabo una supervisión compartida del caso y una planificación del tratamiento con el consejero que proporcione el tratamiento por abuso de sustancias, como mínimo una vez al mes, o con mayor frecuencia según lo requiera el caso.

C. Transición

Si se obtiene nueva revelación/información y aumentan los factores de riesgo, el agresor pasará al Nivel C. Los agresores de este nivel nunca podrán pasar al Nivel A.

VIII. Nivel C (intensidad alta)

La población de agresores que se identifica para el tratamiento de Nivel C presenta múltiples factores de riesgo. Lo más probable es que estos individuos requieran un programa basado en habilidades cognitivas. Puede haber una negación significativa y una gran resistencia al tratamiento. Estas personas suelen tener inestabilidad laboral o financiera. En general, no disponen de un sistema de apoyo prosocial. Es probable que tengan antecedentes penales y problemas de abuso de sustancias o de salud mental. Por lo tanto, la estabilización del agresor y la gestión de crisis pueden ser necesarias al principio del tratamiento.

A. Criterios de colocación para el Nivel C

1. Consenso del MTT

2. Cinco o más factores de riesgo identificados en la DVRNA o un factor de riesgo crítico identificado en la DVRNA que indican la colocación inicial en el Nivel C. Además, la evaluación de admisión previa o posterior a la sentencia (consulte la Norma 4.0 en su totalidad) identifica la necesidad de un tratamiento de alta intensidad.
3. Los factores de riesgo adicionales son identificados por el MTT para un agresor en el Nivel A que justifica una colocación en el Nivel C.
4. El MTT identifica factores de riesgo adicionales para un agresor en el nivel B que justifican su colocación en el nivel C.

B. Intensidad del tratamiento

1. Contenido y contacto: Un mínimo de dos contactos por semana. Un contacto para abordar las competencias básicas y una sesión de tratamiento, como un grupo de habilidades cognitivas, de abuso de sustancias o de problemas de salud mental.
 - a. Un contacto clínico implica una intervención terapéutica específicamente relacionada con las necesidades criminógenas y los factores de riesgo del agresor. Por lo tanto, los dos contactos no pueden tener lugar el mismo día.
 - b. La intención de este nivel de tratamiento es interrumpir los patrones de abuso.
 - c. El contacto cara a cara es necesario para que el proveedor aprobado pueda evaluar la capacidad de respuesta del nivel de atención del agresor, su aspecto, el posible abuso de sustancias y su estado de salud mental. Este contacto también evaluará y promoverá la seguridad de la víctima.
2. Tratamiento del abuso de sustancias: La violencia no puede tratarse con éxito sin tratar los problemas de abuso de sustancias. Todos los agresores evaluados que necesiten un tratamiento por abuso de sustancias deberán completar dicho tratamiento. Dicho tratamiento será proporcionado por un CAS o superior. Si el proveedor aprobado no proporciona un programa de tratamiento por abuso de sustancias, el proveedor aprobado llevará a cabo una supervisión compartida del caso (planificación del tratamiento) con el proveedor aprobado que proporcione el tratamiento por abuso de sustancias, como mínimo una vez al mes, o con mayor frecuencia según lo requiera el caso.

C. Transición

Si el agresor progresa en el tratamiento y si se mitigan los factores de riesgo, el MTT puede reducir la intensidad del tratamiento del agresor al Nivel B. Los agresores en el Nivel C nunca son elegibles para pasar al Nivel A.

5.07 Intervalos de revisión del Plan de Tratamiento requeridos para todos los niveles

El propósito de la revisión del Plan de Tratamiento es reevaluar el grado de progreso y riesgo del agresor y realizar las modificaciones necesarias en el Plan de Tratamiento y los objetivos. Puede ser necesario modificar la intensidad del tratamiento en función de las conclusiones de su revisión.

- I. **El proveedor aprobado revisará el Plan de Tratamiento** y el progreso del agresor hacia el cumplimiento de los objetivos del tratamiento. El proveedor aprobado consultará con los miembros del MTT en todos los intervalos de revisión del Plan de Tratamiento y proporcionará información al MTT sobre el resultado. El proveedor aprobado revisará el Plan de Tratamiento del agresor con éste. Al concluir cada revisión del Plan de Tratamiento, se programará la siguiente revisión y se anotará en el Plan de Tratamiento. El agresor firmará el Plan de Tratamiento para reconocer la revisión.

Punto de discusión: La revisión del Plan de Tratamiento puede hacerse en lugar o además del informe mensual sobre el tratamiento programado regularmente.

II. **La revisión del plan de tratamiento incluirá como mínimo:**

- A. Aportaciones de la libertad vigilada, como el cumplimiento de los términos y condiciones de la libertad vigilada, y nuevos antecedentes penales.

Punto de discusión: Si no hay supervisión de la libertad condicional, utilice el sitio web de la Oficina de Investigación de Colorado o póngase en contacto con el juez si procede.

- B. Aportaciones del defensor de las víctimas del tratamiento, incluso si el contacto con la víctima en un caso determinado no está disponible.
- C. Revisión del progreso del agresor de acuerdo con el Plan de Tratamiento, las competencias del agresor y los factores de riesgo.
- D. Verificación por parte del MTT de que no se han identificado o comunicado factores de riesgo adicionales relevantes a través de otras fuentes ajenas al contacto con el agresor (por ejemplo, servicios sociales, psiquiatra, nueva pareja, padres o clero).

Punto de discusión: Esta lista de contactos sugeridos pretende ser una guía sobre con quién ponerse en contacto. El MTT puede determinar con quién es apropiado o pertinente ponerse en contacto, según el caso, a lo largo del tratamiento, así como antes del alta.

III. **Los proveedores autorizados realizarán la primera revisión del Plan de Tratamiento** tras la finalización de dos o tres meses de tratamiento. Esta primera revisión del Plan de Tratamiento se programará e identificará en el Plan de Tratamiento inicial del agresor.

- A. El propósito de esta revisión del Plan de Tratamiento es reevaluar si el agresor se encuentra en el nivel adecuado de tratamiento, perfeccionar el Plan de Tratamiento de acuerdo con el próximo periodo de revisión del Plan de Tratamiento y medir los progresos. Los agresores no pueden ser dados de alta en el primer periodo de revisión del Plan de Tratamiento. La revisión del Plan de Tratamiento incluirá una revisión de la comprensión y aplicación de las competencias por parte del agresor. Cualquier información que falte de la DVRNA o de la evaluación de admisión del agresor se obtendrá, revisará e incorporará a la planificación del tratamiento. Si obtener la información era responsabilidad del agresor, el proveedor aprobado consultará con el MTT y determinará cómo proceder en relación con la información que falta y la falta de cumplimiento del agresor.

IV. La segunda revisión obligatoria del Plan de Tratamiento tendrá lugar entre dos y tres meses después de la finalización de la primera revisión del Plan de Tratamiento.

- A. El propósito de esta revisión del Plan de Tratamiento es medir el progreso y la motivación del agresor, y determinar si hay necesidades clínicas adicionales necesarias para alcanzar los objetivos del tratamiento y determinar si se necesitan revisiones del Plan de Tratamiento adicionales.
- B. El MTT determinará si son necesarias revisiones adicionales del Plan de Tratamiento en función de los progresos del agresor hacia el cumplimiento de los objetivos del tratamiento y de las competencias del agresor. Si el agresor no ha alcanzado todos los objetivos del tratamiento ni ha cumplido todos los criterios de alta, se programarán revisiones adicionales del Plan de Tratamiento. Se informará al agresor de los objetivos para la próxima revisión del Plan de Tratamiento, los cuales se identificarán por escrito.
- C. La planificación del alta del tratamiento puede comenzar para los agresores de Nivel A en esta revisión del Plan de Tratamiento, solo si los agresores pueden completar todos los criterios requeridos para el alta del tratamiento antes de la siguiente revisión del Plan de Tratamiento (consulte la *Norma 5.08 I*). Una vez cumplidos los criterios de alta, el MTT podrá determinar la fecha de alta. El alta del tratamiento se basa en que el agresor demuestre y comprenda todas las competencias requeridas, el logro de los objetivos del tratamiento, la mitigación del riesgo y otros factores identificados en el Plan de Tratamiento.

V. Las revisiones adicionales o posteriores del plan de tratamiento se llevarán a cabo según determine el MTT y se realizarán a intervalos de dos a tres meses.

- A. Los agresores ubicados en los niveles B y C deberán someterse al menos a una revisión adicional del Plan de Tratamiento. El propósito de esta revisión del Plan de Tratamiento es medir el progreso y la motivación del agresor y determinar si hay necesidades clínicas adicionales necesarias para alcanzar los objetivos del tratamiento y determinar si se necesitan revisiones del Plan de Tratamiento adicionales.
- B. El MTT determinará si son necesarias revisiones adicionales del Plan de Tratamiento en función de los progresos del agresor hacia el cumplimiento de los objetivos del tratamiento y de las competencias del agresor. Si el agresor no ha alcanzado todos los objetivos del tratamiento ni ha cumplido todos los criterios de alta, se programarán revisiones adicionales del Plan de Tratamiento. Se informará al agresor de los objetivos para la próxima revisión del Plan de Tratamiento, los cuales se identificarán por escrito.
- C. La planificación del alta del tratamiento puede comenzar para los agresores de los niveles B y C en esta revisión del Plan de Tratamiento, solo si todos los objetivos del tratamiento y 5.08 I Criterios de finalización del tratamiento de alta del agresor se han cumplido o pueden cumplirse antes de la próxima revisión del Plan de Tratamiento. El alta del tratamiento se basa en que el agresor demuestre y comprenda todas las competencias requeridas, el logro de los objetivos del tratamiento, la mitigación del riesgo y otros factores identificados en el Plan de Tratamiento (consulte la *Norma 5.08 I*). Una vez cumplidos los criterios de alta, el MTT podrá determinar la fecha de alta.

VI. Puede ser necesario realizar una revisión del Plan de Tratamiento en cualquier momento, si lo justifican factores como una situación de crisis para el agresor, el descubrimiento de nuevos factores de riesgo, una nueva detención, etc. Esta revisión del Plan de Tratamiento se añadiría a las revisiones obligatorias del Plan de Tratamiento.

VII. Opciones para los agresores en tratamiento de Nivel A y B una vez realizada la revisión del Plan de Tratamiento:

- A. Continuar con el Plan de Tratamiento del agresor según lo diseñado y revisar los progresos, el estancamiento o la regresión con el agresor, incluyendo la programación de revisiones adicionales del Plan de Tratamiento según sea necesario. (Consulte la Norma 5.07 V B). La realización de una revisión del Plan de Tratamiento no requiere llevar a cabo una sesión de asesoramiento individual con el agresor.
- B. Aumentar la intensidad del nivel de tratamiento actual del agresor, o aumentar el nivel de tratamiento basándose en la falta de progreso del agresor demostrada mediante el uso de las competencias del agresor, la identificación de factores de riesgo adicionales o la aportación de cualquier miembro del MTT.

VIII. Opciones para los agresores en tratamiento de Nivel C una vez realizada la revisión del Plan de Tratamiento:

- A. Continuar con el Plan de Tratamiento del agresor según lo diseñado y revisar los progresos, el estancamiento o la regresión con el agresor, incluyendo la programación de revisiones adicionales del Plan de Tratamiento según sea necesario (consulte la Sección 5.07 V B). La realización de una revisión del Plan de Tratamiento no requiere llevar a cabo una sesión de asesoramiento individual con el agresor.
- B. Aumentar la intensidad del tratamiento de Nivel C en función de la falta de progreso del agresor, demostrada mediante el uso de las competencias del agresor, la identificación de factores de riesgo adicionales o la aportación de cualquier miembro del MTT.
- C. Disminuir el nivel de tratamiento basándose en los progresos del agresor demostrados mediante el uso de las competencias del agresor, la reducción o mitigación del riesgo o la revisión de los informes de la libertad vigilada o del defensor de las víctimas del tratamiento. (Deberá contar con el consenso de la MTT).

5.08 Alta del agresor

Existen tres tipos de alta:

- Finalización del tratamiento
- Alta sin éxito del tratamiento
- Alta administrativa del tratamiento

Para cada tipo de alta, se identifican las responsabilidades del agresor, del MTT y del proveedor aprobado. Se requiere el consenso de la MTT para el alta. En caso de falta de consenso, consulte la Norma 5.02 VII C.

Punto de discusión: La protección de la víctima es prioritaria. Por lo tanto, si la única información disponible que impediría el alta del agresor es información sobre la víctima, y el MTT ha determinado que la información sobre la víctima no puede ser revelada para protegerla, y no hay otras formas de validarla o confirmarla, entonces el MTT puede determinar que el alta es apropiada.

I. Finalización del tratamiento

- A. Responsabilidades del agresor, progreso en el tratamiento

El agresor ha demostrado su cumplimiento con todo lo siguiente:

1. Todas las competencias requeridas
2. Condiciones del Plan de Tratamiento
3. Condiciones del contrato del agresor

B. Responsabilidades del MTT

El MTT ha verificado todo lo siguiente:

1. El agresor ha demostrado todas las competencias requeridas, los requisitos del contrato del agresor y otras condiciones de su Plan de Tratamiento.
2. El agresor ha completado todas las revisiones del Plan de Tratamiento requeridas (sin incluir la evaluación de admisión).
3. Se han realizado las consultas necesarias en cada fase del tratamiento.
4. No se han identificado factores de riesgo adicionales relevantes ni se ha informado de ellos a través de otras fuentes ajenas al contacto con el agresor (por ejemplo, servicios sociales, psiquiatra, nueva pareja, padres o clero).

Punto de discusión: El MTT puede determinar con quién es apropiado o pertinente ponerse en contacto, según el caso, a lo largo del tratamiento, así como antes del alta.

5. Reducción del riesgo comunicada por el proveedor aprobado, utilizando información de otros miembros del MTT.
6. Consenso del MTT sobre el alta. La definición de consenso es que los miembros están de acuerdo.

C. Responsabilidades del proveedor aprobado

El proveedor aprobado creará un resumen de alta que se proporcionará a la libertad vigilada o al tribunal. Este resumen documentará las conclusiones de la Norma 5.08 I A y B e incluirá, como mínimo, lo siguiente:

1. Tipo de alta
2. Información relativa al nivel o niveles de tratamiento
 - a. Nivel inicial de tratamiento
 - b. Cualquier cambio en el nivel de tratamiento
 - c. Nivel de tratamiento al finalizar
3. Información sobre los factores de riesgo
 - a. Factores de riesgo iniciales
 - b. Cualquier cambio en los factores de riesgo durante el tratamiento, aumento o disminución
 - c. Identificación de los factores de riesgo actuales
4. Grado en que se han demostrado los componentes del Plan de Tratamiento del agresor, las competencias del agresor y los criterios para la finalización del tratamiento
5. Duración del tratamiento del agresor
6. Resumen de la verificación de las responsabilidades del MTT para el alta (consulte la Norma 5.08 I B)
7. Cualquier preocupación actual o en curso identificada por el MTT.

II. Alta sin éxito del tratamiento

A. Responsabilidades del agresor, progreso en el tratamiento

El agresor no ha cumplido con las responsabilidades y requisitos relacionados con uno o más de los siguientes:

1. Todas las competencias requeridas
2. Condiciones del plan de tratamiento
3. Condiciones del contrato del agresor

B. Responsabilidades del MTT

El MTT ha verificado todo lo siguiente:

1. La falta de progreso del agresor relacionada con la demostración de las competencias requeridas, el cumplimiento de los requisitos del contrato del agresor y otras condiciones del Plan de Tratamiento.
2. Realización de todas las revisiones necesarias del plan de tratamiento del agresor (sin incluir la evaluación inicial).
3. Se han realizado las consultas necesarias en cada fase del tratamiento.
4. Cualquier factor de riesgo adicional relevante que se haya identificado o del que se haya informado a través de otras fuentes ajenas al contacto con el agresor (por ejemplo, servicios sociales, psiquiatra, nueva pareja, padres o clero).

***Punto de discusión:** La lista anterior de otras fuentes pretende ser una guía sobre con quién ponerse en contacto. El MTT puede determinar con quién es apropiado o pertinente ponerse en contacto, según el caso, a lo largo del tratamiento, así como antes del alta.*

5. Cualquier aumento del nivel de riesgo comunicado por el proveedor aprobado, utilizando información de otros miembros del MTT.
6. Consenso del MTT sobre el alta. El consenso se define como el acuerdo entre los miembros del MTT.

C. Responsabilidades del proveedor aprobado

El proveedor aprobado creará un resumen de alta que se proporcionará a la libertad vigilada o al tribunal. Este resumen documentará las conclusiones de la norma 5.08 II. A y B e incluirá como mínimo lo siguiente:

1. Tipo de alta

Identificar las deficiencias y resistencias del agresor relacionadas con lo siguiente:

- a. Competencias requeridas del agresor
- b. Plan de tratamiento
- c. Contrato del agresor

El proveedor aprobado ha documentado clínicamente el incumplimiento por parte del agresor de los requisitos del Plan de Tratamiento, incluyendo, entre otros, la falta de voluntad para dominar todas las competencias básicas y adicionales requeridas, tal y como se identifican en el Plan de Tratamiento del agresor y en los requisitos del contrato del agresor.

2. Información relativa al nivel o niveles de tratamiento

- a. Nivel inicial de tratamiento
- b. Cualquier cambio en el nivel de tratamiento
- c. Nivel de tratamiento al alta

3. Información sobre los factores de riesgo

- a. Factores de riesgo iniciales
- b. Cualquier cambio en los factores de riesgo durante el tratamiento
- c. Identificación de los factores de riesgo actuales

4. El proveedor aprobado ha documentado que el agresor es inapropiado para continuar el tratamiento debido a la presencia de factores de riesgo significativos, a la negativa del agresor o a la falta de progreso del agresor en el tratamiento.

5. Duración del tratamiento del agresor

6. Resumen de la verificación de las responsabilidades del MTT para el alta (consulte la Norma 5.08, B)

7. Cualquier preocupación actual o en curso identificada por el MTT.
8. El consenso del MTT para este estado de alta y el razonamiento están documentados.
9. Identificación de si el período de supervisión judicial ha finalizado y el agresor se ha negado a continuar en tratamiento.

III. Alta administrativa del tratamiento

A. Responsabilidades del agresor

El agresor proporcionará la verificación de la necesidad de un alta administrativa, según lo solicite el MTT.

B. Responsabilidades del MTT

El MTT verificará el motivo del alta administrativa.

1. Los motivos pueden incluir, entre otros, circunstancias como que el agresor esté de licencia médica, que el empleo del agresor lo haya trasladado a un nuevo lugar, un despliegue militar o que exista una razón clínica para un traslado.
2. El consenso del MTT para este estado de alta y el razonamiento están documentados.

C. Responsabilidades del proveedor aprobado

El proveedor aprobado creará un resumen de alta que se proporcionará a la libertad vigilada o al tribunal. Este resumen documentará las conclusiones de la Norma 5.08 III A y B e incluirá, como mínimo, lo siguiente:

1. Tipo de alta
2. Información relativa al nivel o niveles de tratamiento
 - a. Nivel inicial de tratamiento
 - b. Cualquier cambio en el nivel de tratamiento
 - c. Nivel de tratamiento al alta
3. Información sobre los factores de riesgo
 - a. Factores de riesgo iniciales
 - b. Cualquier cambio en los factores de riesgo durante el tratamiento Identificación de los factores de riesgo actuales
4. Grado en que se han demostrado los componentes del Plan de Tratamiento del agresor, las competencias del agresor y los criterios para la finalización del tratamiento
5. Duración del tratamiento del agresor
6. Resumen de la verificación de las responsabilidades del MTT para el alta (consulte la *Norma 5.08 III B*)
7. Cualquier preocupación actual o en curso identificada por el MTT.
8. El consenso del MTT para este estado de alta y el razonamiento están documentados.

IV. Transferencia de programas

Los proveedores autorizados no aceptarán a un agresor que se traslade a su programa sin la aprobación por escrito de la agencia de justicia penal remitente responsable. El proveedor aprobado receptor, el proveedor aprobado anterior y el MTT llevarán a cabo la coordinación del caso, incluida la discusión de cualquier tratamiento adicional que pueda ser necesario. La recomendación final para el tratamiento será determinada por el nuevo MTT. El proveedor aprobado receptor exigirá al agresor que firme una autorización de divulgación de información, que permita al proveedor aprobado anterior presentar una copia del resumen del alta. El proveedor aprobado anterior está obligado a proporcionar una copia del resumen del alta inmediatamente después de recibir el alta al proveedor receptor.

El proveedor aprobado creará un resumen de alta que se proporcionará a la libertad vigilada o al tribunal. Este resumen documentará las conclusiones de la Norma 5.08 III A y B e incluirá como mínimo lo siguiente:

- A. Tipo de alta
- B. Información relativa al nivel o niveles de tratamiento
 - 1. Nivel inicial de tratamiento
 - 2. Cualquier cambio en el nivel de tratamiento
 - 3. Nivel de tratamiento al alta
- C. Información sobre los factores de riesgo
 - 1. Factores de riesgo iniciales
 - 2. Cualquier cambio en los factores de riesgo durante el tratamiento
 - 3. Identificación de los factores de riesgo actuales
- D. Grado en que se han demostrado los componentes del Plan de Tratamiento del agresor, las competencias del agresor y los criterios para la finalización del tratamiento
- E. Duración del tratamiento del agresor
- F. Resumen de la verificación de las responsabilidades del MTT para el alta (consulte la *Norma 5.08 III B*)
- G. Cualquier preocupación actual o en curso identificada por el MTT.
- H. El consenso para este estado de alta y el razonamiento están documentados.

V. Readmisión al tratamiento con el mismo proveedor aprobado:

Requisitos previos para los agresores que se reincorporan al tratamiento con un proveedor aprobado:

- a. Consenso del MTT para readmitir al agresor al tratamiento.
- b. Consenso del MTT sobre la colocación en tratamiento, incluida la evaluación actualizada y la DVRNA si procede.
- c. El proveedor aprobado revisará y actualizará el contrato del agresor y el Plan de Tratamiento con el agresor.

5.09 Asesoramiento de parejas

- I. La terapia de pareja no es un componente del tratamiento de la violencia intrafamiliar. El agresor es el cliente en el tratamiento para agresores, no la pareja ni la relación. Por lo tanto, no se permite la terapia de parejas durante el tratamiento de agresores por violencia intrafamiliar.
- II. Se prohíbe al agresor participar en cualquier terapia de pareja mientras esté en tratamiento. Esto incluye cualquier asesoramiento conjunto en el que participen el agresor y la víctima.

Debido a los desafíos terapéuticos potenciales del tratamiento concurrente junto con los peligros y el riesgo para la seguridad de la víctima, esta norma aclara además que los agresores no participarán en ningún tipo de terapia matrimonial o de pareja con la víctima fuera del tratamiento del agresor.



Referencias

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2005). *Level of supervision inventory (LSI) (rev)*. Toronto, ON: Multi- Health Systems, Inc.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing, Co.
- Animal cruelty and family violence: Making the Connection. (2007). http://www.hsus.org/acf/publiced/old_files/animal_cruelty_and_family_violence_making_the_connection/. Date accessed 2008-09-03. Washington, DC: Humane Society of America.
- Ascione, F.R., Weber, C.V., & Wood, D.S. (1997). The abuse of animals and domestic violence: A national survey of shelters for women who are battered. *Society and Animals*, 5(3), 205-218.
- Ascione, F.R. (1998). Battered women's reports of their partners' and their children's cruelty to animals. *Journal of Emotional Abuse* 1(1), 119-133.
- Ascione, F.R., et al (2007). Battered pets and domestic violence: Animal abuse reported by women experiencing intimate violence and by nonabused women. *Violence Against Women*, 13(4), 354-373.
- Ascione, F.R. (2007). Emerging research on animal abuse as a risk factor for intimate partner violence. In K. Kendall-Tackett and S. Giacomoni (eds.), *Intimate partner violence* (pp. 3-1 to 3-17). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Azrael, D., & Hemenway, D. (2000). In the safety of your own home: Results from a national survey of gun use at home. *Social Science and Medicine*, 50(2), 285-291.
- Bancroft, L., & Silverman, J.G. (2002). *The batterer as parent: Addressing the impact of domestic violence on family dynamics*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Barbara J. Hart's collective writings (1995-2004) <http://www.minicava.umn.edu/documents/hart/hart.html>. Date accessed 2009-04-05. St Paul, MN: Minnesota Center Against Violence and Abuse.
- Benson, M. & Fox, G.L. (2004). *Concentrated disadvantage, economic distress, and violence against women in intimate relationships* (NCJ 199709). Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Block, C.R., Campbell, J.C., & Tolman, R.M. (2000). *Chicago women's health risk study: Risk of serious injury or death in intimate violence: A collaborative research project*. Chicago: Illinois Criminal Justice Information Authority.
- Bowker, L.H., Arbitell, M. & McFerron, J.R. (1988). On the relationship between wife beating and child abuse. In K. Yllo and M. Bograd, eds. *Feminist perspectives on wife abuse*. (158-174) Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Buzawa, E., Hotaling, G.T., Klein, A., & Bryne, J. (2000). *Response to domestic violence in a pro- active court setting: Executive summary* (NCJ 95-IJ-CX-0027). Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Campbell, J. C. (2009). The Danger Assessment: Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 653-674.
- Campbell, J.C., ed. (2007). *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers, and child abusers* (2nd ed.). New York: Springer Publishing.
- Campbell, J.C., & Boyd, D. (2003). *Violence against women: Synthesis of research for health care professionals* (98-WT-VX-K001). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Campbell, J.C., Koziol-McLain, J., Webster, D., Block, C.R., Campbell, D., Curry, M.A., Gary, F., McFarlane, J., Sachs, C., Sharps, P., Ulrich, Y., Wilt, S., & Manganello, J. (2004). *Research results from a national study of intimate partner homicide: The Danger Assessment Instrument* (NCJ 199710). Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Campbell, J.C., Webster, D., & Koziol-McLain, J. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1089-1097.
- Carter, J. (2000). *Domestic violence, child abuse, and youth violence: Strategies for prevention and early intervention*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund.
- Cattaneo, L.B. & Goodman, L.A. (2003) Victim-reported risk factors for continued abusive behavior: Assessing the dangerousness of arrested batterers. *Journal of Community Psychology*, 31(4), 349-369.
- Chang, J., Berg, C.J., Saltzman, L.E., & Herndon, J. (2005). Homicide: A leading cause of injury deaths among pregnant and postpartum women in the United States, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 95(3), 471-477.
- Coulter, M. & VandeWeerd, C. (2009). Reducing domestic violence and other criminal recidivism: Effectiveness of a multilevel batterers intervention program. *Violence and Victims*, 24(2), 139-152.
- Development of the Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER): A tool for criminal justice professionals* (2005). http://www.justice.gc.ca/eng/pi/rs/reprap/2005/r005_

- vf1/p5.html. Date modified 2008-03-28. Date accessed 2008-09-03. Ontario, Canada: Department of Justice.
- Domestic violence screening instrument (DVSI)* (1998). Denver, CO: Office of Probation Services.
- Easton, C. & Sinha, R. (2002). Treating the addicted male batterer: Promising directions for dual- focused programming. In Wekerle, C. & Wall, A. M. (eds.), *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 275-292). New York: Brunner-Routledge.
- Faver, C.A. & Strand, E.B. (2003). Domestic violence and animal cruelty: Untangling the web of abuse. *Journal of Social Work Education*, 39(2), 237-253.
- Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E., & Marks, J.S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*, 275(24), 1915-1920
- Gondolf, E.W. (1995). *Discharge criteria for batterer programs*. Indiana, PA: Mid-Atlantic Addiction Training Institute.
- Gondolf, E.W. (2001). *An extended follow-up of batterers and their partners: Final report*. Indiana, PA: Mid-Atlantic Addiction Training Institute.
- Gondolf, E.W. (2002). *Batterer intervention systems: Issues, outcomes, and recommendations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Gondolf, E.W. (2007). *Supplemental mental health treatment for batterer program participants*. (NCJ 223030). Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Gondolf, E.W. & Heckert, A. (2004). Battered women's perceptions of risk versus risk factors and instruments in predicting repeat re-assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(7), 778800.
- Hare, R.D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Simon and Schuster.
- Hare, R.D. (1998). Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice systems. In T. Millon, et al., (eds.), *Psychopathy: antisocial, criminal, and violent behavior* (pp. 188-212). New York: Guilford Press.
- Hart, B.J. (1988). Beyond the duty to warn: A therapist's duty to protect battered women and children. In K. Yllo & M. Bograd (eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp.234-248). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Hart, B.J. (1990). *Assessing whether batterers will kill*. Harrisburg, PA: Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence.
- Hartley, C. & Frohmann, L. (2003). *Cook County target abuser call (TAC): An evaluation of a specialized domestic violence court (2000-WT-VX-0003)*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Heckert, D.A. & Gondolf, E.W. (2004). Battered women's perceptions of risk versus risk factors and instruments in predicting repeat reassault. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(7), 778800.
- Henry, Z.S. (2006). *Preliminary report on the findings from the domestic violence offender management board data collection project: An analysis of offenders in court-ordered treatment*. Denver, CO: Colorado Division of Criminal Justice
- Hilberman, E. & Munson, K. (1978). Sixty battered women. *Victimology*, 2, 460-470
- Hirschel, D., Buzawa, E., Pattavina, A., Faggiana, D. & Ruelan, M. (2007). *Explaining the prevalence, context, and consequences of dual arrest in intimate partner cases (2001-WT- BX-0501)*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Hilton, N.Z. & Harris, G.T. (2005). *Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA) general scoring criteria*. Penetanguishene, ON: Mental Health Centre.
- Hisashima, J. (2008). *Validation study of the Domestic Violence Screening Instrument (DVSI)*. Honolulu: Hawaii State Department of Health.
- Holtzworth`-Munroe, A. & Meehan, J.C. (2004). Typologies of men who are martially violent: Scientific and clinical implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(12), 1369-1389.
- Huss, M. T. & Langhinrichsen-Rohling, J. (2006). Assessing the Generalization of Psychopathy in a Clinical Sample of Domestic Violence Perpetrators. *Law and Human Behavior*, 30, 571-586.
- In harm's way: Domestic violence and child maltreatment (1999). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Klein, A.R. (2008). Practical implications of current domestic violence research Part 1: Law enforcement (2007-M-07032). Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Kropp, R.P. & Hart, S.D. (2000). Spousal assault risk assessment (SARA) guide: reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior: Advances in Assessment and Treatment of Forensic Populations*, 24(1), 101-118.
- Kropp, R.P. & Hart, S.D. (2008). *Manual for the spousal assault risk assessment guide (2nd ed.)*. Vancouver, BC: ProActive Resolutions, Inc.
- Kropp, R.P. & Hart, S.D. (2015). *SARA-V3 User Manual for Version 3 of the spousal assault risk assessment guide (3d ed.)*. Vancouver, BC: ProActive Resolutions, Inc.

- Kyriacou, D.N., Anglin, D., Taliaferro, E., Stone, S., Tubb, T., Linden, J.A., Muelleman, R., Barton, E., & Kraus, J. (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence. *New England Journal of Medicine*, 341(25), 1892-1898.
- Langley, M. (2008). *When men murder women: An analysis of 2006 homicide data*. Washington, DC: Violence Policy Center.
- Lockwood, R. & Ascione, F.R. (eds.) (1998). *Cruelty to animals and interpersonal violence*. West Lafayette, IN: Purdue University Press.
- Lowencamp, C.T., & Latessa, E.J. (2004). Understanding the risk principle: How and why correctional interventions can harm low-risk offenders. *Topics in Community Corrections*. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Martin, S.L., Mackie, L., Kupper, L.L., Buescher, P.A., & Moracco, K.E. (2001). Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA*, 285(12), 1581-1584.
- McFarlane, J., Campbell, J.C., Wilt, S., Sachs, C., Ulrich, Y., & Xu, X. (1999). Stalking and intimate partner femicide. *Homicide Studies*, 3(4), 300-316.
- McFarlane, J., Parker, B. & Soeken, K. (1996). Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research*, 45(1), 37-42.
- Melton, H.C. (2007). Predicting the occurrence of stalking in relationships characterized by domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, (22)1, 3-25.
- Mitchell, D., & Carbon, S.B. (2002). Firearms and domestic violence: A primer for judges. *Court Review*, Summer Office for Victims of Crime (2002). Strengthening anti-stalking statutes. *Legal Series Bulletin*, 1, 1-5.
- Pan, H., Neidig, P., & O'Leary, D. (1994). Predicting mild and severe husband-to-wife physical aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 975-981.
- Paulozzi, L.J. et al. (2001). Surveillance for homicide among intimate partners - United States, 1981-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Surveillance Summaries* 50, 313-346. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth Model*. New York: Springer.
- Piquero, A.F., Brame, R., Fagan, J., & Moffitt, T.E. (2005). Assessing the offending activity of criminal domestic violence suspects: Offense specialization, escalation, and de-escalation evidence from the spouse assault replication program (2004-IJ-DX-0013). Washington, DC: U.S. Department of Justice .
- Piquero, A.F., Brame, R., Fagan, J., & Moffitt, T.E. (2006). Assessing the offending activity of criminal domestic violence suspects: Offense specialization, escalation, and de-escalation evidence from the spouse assault replication program. *Public Health Reports*, 121, 409-418.
- SAFE JeffCo. (2002). *Information for parents of juveniles who sexually offend: Parents guide*. Golden, CO: Jefferson County District Attorney's Office.
- Saltzman, L.E, Mercy J.A, O'Carroll P.W, Rosenberg M.L, & Rhodes P.H. (1992). Weapon involvement and injury outcomes in family and intimate assaults. *JAMA*, 267(22), 3043-3047.
- Saunders, D.G. & Hamill, R.M. (2003). *Violence against women: Synthesis of research on offender intervention (NCJ 201222)*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Sonkin, D.J., Martin, D. & Walker, L.E.A. (1985). *The male batterer: A treatment approach*. New York: Springer.
- Stalans, L.J. et al. (2004). Identifying three types of violent offenders and predicting violent recidivism while on probation: A classification tree analysis. *Law and Human Behavior*, 28(3), 253-271.
- State of America's children 2004: A continuing portrait of inequality fifty years after Brown v. Board of Education*. Washington, DC: Children's Defense Fund.
- Statistics Canada. (2006) *Measuring violence against women: Statistical trends*. Ottawa: Ministry of Supply and Services.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (2000). Extent, nature and consequences of intimate partner violence: *Findings from the National Violence Against Women Survey (93-IJ-CX-0012)*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Tolman, R.M., & Edleson, J.L. (1992). *Intervention for men who batter: An ecological approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ventura, L.A. & Davis, G. (2004) *Domestic violence: Court case conviction and recidivism in Toledo*. Toledo: Urban Affairs Center, University of Toledo.
- Vigdor, E.R., & Mercy, J.A. (2006). Do laws restricting access to firearms by domestic violence offenders prevent intimate partner homicide? *Evaluation Review*, 30(3), 313-346.
- Volant, A.M., Johnson, J.A., Gullone, E. & Coleman, G.J. (2008). The relationship between domestic violence and animal abuse: An Australian study. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(9), 1277-1295.
- Weisz, A.N., Tolman, R.M., & Saunders, D.G. (2000). Assessing the risk of severe domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(1), 75-90.
- Wekerle, C. & Wall, A. M. (2002). *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*. New York: Brunner-Routledge.

Junta de Gestión de agresores de violencia intrafamiliar de Colorado
Normas y directrices para agresores de violencia intrafamiliar

- Wilson, M.I. & Daly, M. (1992). Till death do us part. In J.Radford (ed.), *Femicide: the politics of women killing* (p. 94). New York: Twayne.
- Wilson, M.I., & Daly, M. (1996). Male sexual proprietariness and violence against wives. *Current Directions in Psychological Science*, 5(1), 2-7.
- Wilson, M.I., Daly, M., & Wright, C. (1993). Uxoricide in Canada: Demographic risk patterns. *Canadian Journal of Criminology*, 35,263-291.
- Yllo, K. & Bograd, M. (1990). *On the relationship between wife beating and child abuse: Feminist perspectives on wife abuse*. (pp. 158-174). Newbury Park, CA: Sage Publications.



6.0 Confidencialidad del agresor

Para más información sobre la confidencialidad de las víctimas, consulte la *Norma 7.04*.

El proveedor aprobado se asegurará de que el agresor comprenda los límites de la confidencialidad.

6.01 *Los agresores que hayan cometido delitos relacionados con la violencia intrafamiliar deben renunciar a la confidencialidad a efectos de evaluación, tratamiento, supervisión y gestión de casos. Se informará plenamente al agresor de la disposición alternativa que puede producirse en ausencia de consentimiento/ asentimiento.*

6.02 La supervisión y el tratamiento eficaces de los agresores dependen de una comunicación abierta entre los miembros del Equipo de Tratamiento Multidisciplinar (MTT). La confidencialidad en el tratamiento de agresores difiere de los entornos terapéuticos tradicionales debido a la implicación y supervisión de la justicia penal. La comunicación y la colaboración entre los miembros del MTT son requisitos del tratamiento y deben quedar claros para el agresor.

6.03 Las renunciaciones a la confidencialidad serán exigidas al agresor por (1) las condiciones de la libertad vigilada, la libertad condicional, o las correcciones comunitarias, y 2) el contrato entre el proveedor aprobado y el agresor.

De acuerdo con §12-43-218, C.R.S., los proveedores autorizados mantendrán la confidencialidad de la información de los agresores para los que no se hayan obtenido exenciones de confidencialidad.

La renuncia del agresor a la confidencialidad se extenderá también a la víctima, específicamente en lo que se refiere a (1) el grado de cumplimiento del tratamiento por parte del agresor y (2) la información sobre el riesgo, las amenazas o la posible escalada de violencia.

6.04 El proveedor aprobado obtendrá renunciaciones firmadas de confidencialidad basadas en el consentimiento informado del agresor. Si un agresor tiene más de un terapeuta o proveedor aprobado, la renuncia a la confidencialidad se extenderá a todos los terapeutas que traten al agresor. La renuncia a la confidencialidad se extenderá al defensor de las víctimas del tratamiento o al terapeuta de la víctima (esto puede incluir a parejas anteriores o actuales cuando proceda) y al programa comunitario local para víctimas de violencia intrafamiliar. La renuncia a la confidencialidad se extenderá al agente supervisor, incluido el agente de asistencia a las víctimas. También se extenderá a todos los miembros del MTT y, si procede, al Departamento de Servicios Humanos de Colorado y a otras personas o agencias responsables de la supervisión del agresor o implicados en la reunificación familiar o la protección de los niños.

Punto de discusión: *Todos los miembros del MTT deberán actuar con discreción a la hora de difundir información a los socios actuales o antiguos. La consideración de la seguridad de la víctima guiará las decisiones*

6.05 Un proveedor aprobado notificará a todos los agresores de los límites de confidencialidad impuestos a los terapeutas por la ley de notificación obligatoria §19-3-304, C.R.S.

6.06 Según sea clínicamente apropiado, un proveedor aprobado podrá obtener una exención limitada de confidencialidad para las comunicaciones con otras partes, además de las descritas en esta norma.

7.0 Defensa de las víctimas

Introducción

En la página web de la DVOMB encontrará recursos y formularios para la defensa de las víctimas.

La defensa de las víctimas en el tratamiento de los agresores es fundamental para abordar continuamente los problemas de seguridad de las víctimas. La seguridad de la víctima y el riesgo del agresor son fluidos y dinámicos. La información compartida entre los profesionales implicados en el caso y la toma de decisiones compartida son vitales en esta labor. Los objetivos principales del tratamiento de agresores son el cese de las conductas abusivas y la seguridad de la víctima. (*Principios rectores 3.0*) Ambos son partes necesarias, críticas e interdependientes del tratamiento.

La seguridad de las víctimas y de la comunidad son las máximas prioridades de las *Normas y Directrices*. Esto debería guiar las respuestas del sistema de justicia penal, la defensa de las víctimas, los servicios humanos y el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar. Siempre que las necesidades de los agresores de violencia intrafamiliar en tratamiento entren en conflicto con las necesidades de seguridad de la comunidad (incluidas las víctimas), la seguridad de la comunidad tiene prioridad. (*Principios rectores 3.01*)

7.01 Responsabilidades del proveedor de tratamiento

I. Defensor de las víctimas

Todos los proveedores de tratamiento para agresores deberán contar con un profesional cualificado y designado para desempeñar la función de defensor de las víctimas del tratamiento.

II. Doble función

Los proveedores de tratamiento no tendrán una doble función con su defensor, tal y como se define en la sección 7.03 VIII. Doble función.

III. Cualificaciones del defensor de las víctimas

(consulte la sección 7.03 Cualificaciones del defensor de las víctimas del tratamiento)

IV. Notificación a la Oficina de la DVOMB

- A. Los proveedores de tratamiento mantendrán informado al personal de la DVOMB del nombre del defensor de las víctimas del tratamiento, de la información de contacto actualizada y de la verificación de las cualificaciones del defensor de las víctimas del tratamiento.
- B. Además, se entregará al personal de la DVOMB una carta de confirmación del defensor en la que se verifique que la defensa se está realizando conforme a las Normas y Directrices.

V. Relaciones de cooperación

Los proveedores también mantendrán relaciones de trabajo cooperativas con los servicios para víctimas de violencia intrafamiliar.

7.02 Función de los defensores de las víctimas del tratamiento

El defensor de las víctimas del tratamiento es quien mantiene la confidencialidad de la víctima y la ayuda a determinar no solo si se compartirá información, sino también qué información específica puede compartirse con el MTT. Representar las experiencias y perspectivas de las víctimas, tanto si se ha contactado con ellas como si no, es algo exclusivo de los defensores de las víctimas. Las víctimas de estos delitos íntimos, complejos y peligrosos requieren un enfoque especializado de defensa de las víctimas. Los defensores de las víctimas son profesionales altamente formados, experimentados, conocedores y capacitados.

***Punto de discusión:** Es la expectativa de la DVOMB que las personas que también se rigen bajo la Ley de Práctica de Salud Mental (Título 12, Artículo 43 de los Estatutos Revisados de Colorado) también cumplan con los estatutos, reglas y políticas de su Junta Directiva.*

I. Los defensores de las víctimas del tratamiento son un miembro integral del MTT y trabajan con el MTT y el proveedor del tratamiento para lo siguiente:

- A. Funcionar como enlace y puente entre la víctima y el MTT
- B. Participar en la resolución de problemas del caso

***Punto de discusión:** Una faceta de la función del defensor de las víctimas del tratamiento en el MTT incluye la identificación de creencias o actitudes erróneas que, si están presentes, pueden ser perjudiciales para las víctimas. Esto incluye fomentar un diálogo más profundo para que todo el MTT comprenda los significados y propósitos de las conductas tanto de las víctimas como de los agresores. Los miembros del MTT utilizan toda esta información para tener una mejor comprensión del caso, incluso cuando la información no está alineada.*

- C. Proporcionar perspectivas especializadas sobre el trauma de las víctimas
- D. Aportar conocimientos o experiencia específicos sobre la seguridad de las víctimas
- E. Educar al MTT en consideraciones informadas sobre el trauma para las víctimas

7.03 Cualificaciones para los defensores de las víctimas de tratamiento que trabajan con un programa de tratamiento de agresores

Los Defensores de las Víctimas de Tratamiento deberán estar familiarizados con la totalidad de estas Normas y Directrices.

I. Todos los proveedores deberán contar con un profesional cualificado y designado para desempeñar la función de defensor de las víctimas del tratamiento.

II. Requisitos para ser defensor de las víctimas de tratamiento plenamente cualificado

- A. Se requiere la certificación básica del Programa de Certificación de Defensores de Colorado (CACP, por sus siglas en inglés) o del Programa Nacional de Acreditación de Defensores de la Organización Nacional de Asistencia a las Víctimas (NOVA, or sus siglas en inglés). Estos programas se administran a través de la Organización de Colorado para la Asistencia a las

Víctimas (COVA, por sus siglas en inglés) y NOVA:

(<http://www.coloradocrimevictims.org/colorado-advocate-certification-program-cacp.html>)
o (<http://www.tryNOVA.org/>)

- B. Horas de formación por programa COVA o NOVA con enfoque en lo siguiente como optativas: Confidencialidad, planificación de la seguridad, concurrencia de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, agresión sexual, maltrato de ancianos, DVRNA, MTT, *Normas y Directrices* de la DVOMB, cuestiones relacionadas con los agresores de violencia intrafamiliar, competencias para el tratamiento de agresores de violencia intrafamiliar, evaluación de riesgos/letalidad y poblaciones especiales de víctimas y agresores.
- C. Horas de experiencia según los requisitos de COVA o NOVA
- D. Se recomienda encarecidamente la consulta entre iguales con otros defensores de las víctimas del tratamiento plenamente cualificados, o la consulta con los servicios locales de atención a las víctimas. La consulta entre iguales puede incluir:
 - 1. Compartir información sobre oportunidades de formación
 - 2. Compartir información sobre recursos
 - 3. Cuestiones de confidencialidad
 - 4. Defensa de una población específica
 - 5. Asistencia técnica, planificación de la seguridad, lluvia de ideas en casos difíciles

III. Nivel de entrada de los defensores de las víctimas de tratamiento

Un proveedor puede utilizar un "defensor de víctimas de tratamiento de nivel inicial" que reúna las siguientes cualificaciones:

- A. Horas de formación:
 - 1. Un mínimo de 30 horas iniciales de formación en violencia intrafamiliar que incluya: defensa de las víctimas, dinámica de la violencia intrafamiliar, victimización y planificación de la seguridad
 - 2. Las 30 horas restantes de formación requeridas para el defensor de víctimas de tratamiento plenamente cualificado deberán alcanzarse durante el primer año de trabajo como defensor de víctimas de tratamiento de nivel inicial de violencia intrafamiliar
- B. Horas de experiencia:
 - 1. 70 horas de experiencia de trabajo con víctimas de violencia intrafamiliar. Estas horas pueden conseguirse mediante cualquier combinación de empleo, trabajo voluntario o prácticas.
 - 2. Las 70 horas de experiencia restantes requeridas para un defensor de las víctimas de tratamiento plenamente cualificado deberán alcanzarse en un plazo de dos años.
- C. Consulta entre iguales: se recomienda encarecidamente con otros defensores de las víctimas del tratamiento plenamente cualificados, o la consulta con los servicios locales de atención a las víctimas. La consulta entre iguales puede incluir:
 - 1. Compartir información sobre oportunidades de formación
 - 2. Compartir información sobre recursos
 - 3. Cuestiones de confidencialidad
 - 4. Defensa de una población específica
 - 5. Asistencia técnica, planificación de la seguridad, lluvia de ideas en casos difíciles
- D. La certificación básica COVA CACP deberá solicitarse al final del segundo año de trabajo como defensor de nivel inicial. (También se acepta la certificación NOVA).

IV. Poblaciones específicas de agresores

- A. Las poblaciones específicas de agresores se definen como un grupo de individuos que comparten una o más características comunes como la raza, la religión, la etnia, el idioma, el género, la edad, la cultura, la orientación sexual o la identidad de género que permitirían considerar al grupo como homogéneo (10.01).
- B. Si los proveedores autorizados se especializan en una población específica de agresores, el defensor tendrá un mínimo de siete (7) horas de formación sobre cada población específica de agresores y víctimas.

V. Formación continua y renovación de la certificación para defensores

- A. Renovación de la certificación COVA o NOVA cada 2 años
- B. Los defensores de las víctimas de tratamiento presentarán una prueba de ello al proveedor de tratamiento

VI. Los defensores de las víctimas deben conocer los recursos

Pertinentes a este trabajo y a las necesidades de las víctimas, incluyendo, entre otros: refugios contra la violencia intrafamiliar, programa de confidencialidad de direcciones, servicios de salud conductual, servicios de apoyo a las agresiones sexuales y servicios cultural y lingüísticamente apropiados.

VII. Los defensores de las víctimas de tratamiento estarán libres de violencia

Libre de violencia se define como:

- A. No tener antecedentes penales que puedan afectar a la capacidad del Defensor de las víctimas de tratamiento para ser un defensor eficaz (un mínimo de búsqueda de antecedentes penales CBI).
- B. El defensor de las víctimas del tratamiento no debe realizar ningún acto de violencia física, no abusar verbalmente, no amenazar, no coaccionar ni intimidar a otras personas. Un defensor no niega su responsabilidad personal por sus acciones ni culpa a otras personas por las suyas.
- C. Además, cualquier historial de victimización y trauma no puede impedir la capacidad del defensor para ser un defensor eficaz.

VIII. Doble función

- A. Los defensores de las víctimas de tratamiento no tendrán una doble función con su proveedor de tratamiento, el agresor o la víctima.

Punto de discusión: Es la expectativa de la DVOMB que las personas que también se rigen bajo la Ley de Práctica de Salud Mental (Título 12, Artículo 43 de los Estatutos Revisados de Colorado) también cumplan con los estatutos, reglas y políticas de su Junta Directiva.

- B. El defensor de las víctimas de tratamiento no puede tener otra relación con el proveedor (como cónyuge o pariente).
- C. El defensor de las víctimas de tratamiento no puede estar trabajando también en otras capacidades terapéuticas o de gestión de casos con los agresores o víctimas de violencia intrafamiliar dentro de la misma agencia de tratamiento.

- D. El defensor de las víctimas del tratamiento no podrá ser también el terapeuta de la víctima.

Punto de discusión: *Las relaciones duales pueden crear barreras a un diálogo abierto y honesto. Es posible que al defensor le preocupe plantear cuestiones que puedan afectar a la relación personal o de otro tipo con el proveedor.*

La doble función puede resultar confusa para la víctima e influir en su capacidad para confiar en el defensor.

7.04 Defensa inicial y continua

El tratamiento del agresor no depende del contacto con la víctima y no se utilizará al agresor como mecanismo para llegar a la víctima.

I. Contacto inicial del defensor de la víctima de tratamiento con la víctima

- A. El momento del contacto inicial con la víctima lo determina el defensor de la víctima de tratamiento, basándose en la información disponible y en consideraciones relativas a la seguridad de la víctima. Cualquier contacto o intento de contacto con las víctimas debe ser documentado por el defensor en un expediente separado del expediente del agresor.
- B. Los defensores de la víctima de tratamiento pueden necesitar encontrar información de contacto reciente de las víctimas a través de vías como: el departamento de libertad vigilada, la agencia de orden público o la oficina del fiscal del distrito. Los defensores de la víctima de tratamiento no deben intentar localizar a las víctimas utilizando las redes sociales u otras vías de comunicación electrónicas/digitales similares.
- C. En el contacto inicial con una víctima, el defensor de la víctima de tratamiento informará a la víctima de la información que puede proporcionarse durante los contactos de defensa y explicará el consentimiento informado y cualquier obligación de notificación obligatoria (Consulte la Sección 7.07 *Confidencialidad*). Los recursos para los defensores están disponibles en la página web de la DVOMB.
1. Notificación de sospechas de abuso o negligencia infantil y de ancianos en situación de riesgo
 - a. Todos los defensores de las víctimas de tratamiento tienen la responsabilidad de denunciar y denunciarán las sospechas de abuso o negligencia infantil o de ancianos en situación de riesgo, estén o no obligados legalmente a hacerlo. C.R.S. 19-3-302, C.R.S. 26-3.1-110
 - b. Los defensores informarán de ello a las víctimas en el momento del contacto inicial y, según proceda, durante los contactos con las víctimas.
 - c. Los defensores informarán al proveedor de tratamiento cuando se haya realizado una denuncia.
- D. Los contactos de defensa abordarán lo siguiente:
1. Una breve explicación de quién es el defensor de la víctima de tratamiento y por qué se pone en contacto con él
 2. Explicación de la confidencialidad, incluidas las limitaciones
 3. Si la víctima desea o no ser contactada, incluyendo el método de contacto preferido y más seguro. Las redes sociales u otras vías de comunicación electrónicas/digitales similares no son formas adecuadas de ponerse en contacto con las víctimas, ya que pueden poner en peligro la confidencialidad.
 4. Visión general del proceso de tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar

5. Información general sobre la violencia intrafamiliar, incluidas las señales de advertencia y los riesgos
6. Cualquier preocupación sobre la seguridad que pueda tener la víctima
7. Referencias y recursos

II. Áreas discrecionales iniciales y en curso

Los siguientes tipos de información pueden ser compartidos con una víctima a discreción del defensor de la víctima de tratamiento:

Tras una evaluación más detallada de la seguridad y las necesidades de la víctima, los defensores podrán hacer uso de su discreción, de acuerdo a cada caso, para determinar la información más adecuada que debe compartirse. Cuando trabaje con un codemandado o con una víctima que el defensor crea que puede ser un agresor, siempre prevalecerá la seguridad de la víctima, consulte los Principios rectores 3.0.

- A. Estado del agresor en tratamiento, ausencias del agresor, alta o cambios en el plan de tratamiento, hora y día de las sesiones de grupo o individuales del agresor con el proveedor de tratamiento
- B. Información sobre las órdenes de protección
 1. Planificación individualizada de la seguridad (pensada para que sea fluida y cambie a medida que cambie el riesgo):
 2. Planificación de la seguridad si la víctima permanece en la relación y planificación de la seguridad si la víctima abandona la relación
 3. Planificación de la seguridad específica para los menores que están dentro o fuera del hogar
 4. Deber de advertir: Los defensores de la víctima de tratamiento deben explorar con el proveedor de tratamiento si el defensor tiene el deber legal de advertir, debido a las diferencias en las obligaciones profesionales.
 5. Controles de bienestar a través de las fuerzas del orden
- D. Patrones de riesgo y de conducta abusiva, tanto en general como específicos del agresor
- E. Información específica para poblaciones concretas (como el trabajo con víctimas masculinas o el trabajo con víctimas en relaciones homosexuales)
- F. Respuesta a las solicitudes adicionales de las víctimas
 1. La función del defensor de la víctima de tratamiento en la comunicación con la víctima es proporcionar información sobre el tratamiento del agresor, ofrecer apoyo y proporcionar información y derivaciones a recursos.
 2. La respuesta a las solicitudes adicionales de las víctimas debe guiarse por la confidencialidad, la seguridad y basarse en las particularidades de cada caso. También se anima a los defensores de la víctima de tratamiento a que busquen formación continua, supervisión y a que consulten las políticas de la agencia proveedora de tratamiento para obtener aclaraciones adicionales sobre los temas.

7.05 Coordinación y consulta necesarias con el proveedor de tratamiento autorizado y el defensor de la víctima de tratamiento

I. Coordinación de proveedores requerida

- A. Es responsabilidad del proveedor de tratamiento obtener la opinión del defensor de la víctima de tratamiento para las reuniones del MTT e incluir al defensor en la programación de las reuniones del MTT. El propósito es obtener la experiencia y la perspectiva del defensor de la víctima de tratamiento, no necesariamente información específica sobre la víctima.
- B. Existen múltiples métodos que los defensores de las víctimas y los proveedores de tratamiento pueden utilizar para comunicarse entre sí, dadas las circunstancias específicas y teniendo en cuenta la confidencialidad. (Consulte la página del defensor de la víctima del tratamiento del sitio web de la DVOMB y el documento: *Inclusión de los defensores de la víctima del tratamiento en el MTT*)
- C. Además de la comunicación requerida en la *Sección 7.06 Defensa de la víctima de tratamiento y el MTT*, los proveedores también tienen la responsabilidad de mantener informados a los miembros del MTT, que incluye a los defensores de la víctima de tratamiento, sobre las cuestiones pertinentes durante el tratamiento.

II. Requisitos de intercambio de información de los proveedores de tratamiento

- A. Con el fin de optimizar la seguridad de la víctima y sus consideraciones, los proveedores de tratamiento proporcionarán la información de contacto de la víctima, si está disponible, desde la admisión del agresor al defensor de la víctima de tratamiento tan pronto como esté disponible.
- B. Antes de que el agresor comience el tratamiento, los proveedores de tratamiento proporcionarán información adicional al defensor de la víctima de tratamiento. Esa información incluirá como mínimo:
 - 1. Información de contacto de la víctima (no se exigirá a los agresores que la faciliten, si ello repercute en la seguridad de la víctima)
 - 2. Situación sentimental de la víctima y el agresor, como convivencia, separación, asuntos civiles o penales
 - 3. Si hay menores implicados (como custodia, régimen de visitas)
 - 4. Día y hora del tratamiento grupal o individual del agresor
 - 5. Confirmación de que la autorización está firmada por el agresor para ponerse en contacto con la víctima
 - 6. El nivel inicial de tratamiento del agresor y los factores de riesgo de la DVRNA
 - 7. Estado de la orden de protección (orden civil, orden penal, si incluye orden de no contacto, cualquier modificación)
 - 8. Informe policial sobre el delito actual
- C. Además de los requisitos de comunicación y decisión del MTT (consulte la Sección 7.06); el proveedor de tratamiento es responsable de proporcionar la siguiente información al defensor de la víctima de tratamiento a lo largo del tratamiento:
 - 1. Ausencias del agresor
 - 2. Cambios en el riesgo del agresorLas preocupaciones generales relativas a un riesgo inmediato o a un peligro inminente se comunicarán inmediatamente al defensor de la víctima de tratamiento. En caso de que el proveedor de tratamiento inicie un deber de advertencia, esta información también se facilitará al defensor.

(Los proveedores tienen el deber de advertir, consulte la *Norma 11.09*)

3. Todas las ausencias del agresor se comunicarán en un plazo de 24 horas al defensor de la víctima de tratamiento.
 - a. Si un agresor tiene más de tres ausencias, el proveedor consultará con el defensor de la víctima de tratamiento como parte del MTT para determinar cualquier consecuencia necesaria o modificaciones al Plan de Tratamiento del agresor. El MTT puede exigir al agresor que aporte documentación sobre los motivos de las ausencias.
4. Infracciones del contrato del agresor:

Como mínimo, el proveedor de tratamiento notificará por escrito o verbalmente los incumplimientos al defensor de la víctima de tratamiento. Se realizarán más consultas entre el proveedor de tratamiento y el defensor de la víctima de tratamiento según sea necesario para garantizar la seguridad de la víctima y de la comunidad. (Consulte el *Contrato del agresor 5.05 II*)

III. Directrices para los defensores de la víctima de tratamiento en relación con la comunicación y la consulta con el proveedor

Independientemente de la participación de la víctima, los defensores tienen la responsabilidad de comunicarse con el proveedor (consulte la Sección 7.01)

A. Confidencialidad y seguridad de las víctimas (Consulte la Sección 7.07)

La confidencialidad y la seguridad de la víctima guían el trabajo del defensor de la víctima de tratamiento en la comunicación con el proveedor.

Si la víctima no desea que la información se comunique al proveedor de tratamiento, entonces la información seguirá siendo confidencial, con la excepción de la denuncia de sospechas de abuso o negligencia infantil o de ancianos en situación de riesgo al Departamento de Servicios Humanos local del condado.

B. Consulta con el proveedor

1. Si la víctima da su permiso verbalmente o por escrito, el defensor puede hablar de la conducta del agresor o de las preocupaciones de la víctima con el proveedor. El defensor y el proveedor discutirán las formas en que las conductas del agresor pueden ser abordadas en el tratamiento, sin que el agresor sepa que la información fue proporcionada por la víctima. No se dará al agresor ninguna indicación de que la víctima ha proporcionado información, ya que proteger la información compartida por la víctima es fundamental.
2. Si la víctima no da permiso para que el defensor discuta información específica con el proveedor, el defensor respetará los deseos de la víctima. El defensor puede discutir consideraciones generales sobre la víctima, pero no discutirá información específica sobre la víctima.
 - b. Sin embargo, el defensor puede preguntar sobre el progreso del agresor y la naturaleza de su participación en el tratamiento. El defensor y el proveedor pueden identificar cualquier deficiencia o incumplimiento del agresor que el proveedor pueda abordar de forma más específica.
 - c. El defensor puede proporcionar educación general sobre la violencia intrafamiliar y la dinámica de las víctimas al proveedor.

IV. Responsabilidades del proveedor al utilizar un nuevo defensor

A. Responsabilidades del proveedor de tratamiento

Cuando un defensor termina su servicio con un proveedor o agencia de tratamiento, el proveedor es responsable de coordinar los servicios de defensa de la víctima entre el defensor que finaliza su servicio y el nuevo defensor.

Compartir la información sobre la víctima y el agresor del defensor que finaliza su servicio con el nuevo defensor es importante para garantizar la seguridad de la víctima y promover una transición fluida.

- B. Responsabilidades del defensor de la víctima de tratamiento
El defensor de la víctima de tratamiento que finaliza su servicio hará todo lo posible para que las funciones del defensor que deja el puesto pasen al nuevo defensor y para garantizar que se mantengan la seguridad y la confidencialidad de la víctima.

7.06 Defensa de la víctima de tratamiento y el equipo de tratamiento multidisciplinar (MTT)

I. Importancia de la defensa de la víctima de tratamiento

Los defensores de las víctimas de tratamiento son parte integrante del propósito del MTT. Representan las perspectivas y consideraciones de las víctimas en relación con el tratamiento y la responsabilidad del agresor, se establezca o no contacto con la víctima. Los defensores de la víctima de tratamiento amplían la información disponible para que el MTT tome las decisiones más informadas. Ofrecen perspectivas equilibradas y los defensores de la víctima de tratamiento ven los casos de violencia intrafamiliar desde la perspectiva de la seguridad de la víctima, que es la prioridad del tratamiento del agresor.

Los miembros del MTT son responsables de ser profesionales, respetuosos e inclusivos con los demás miembros del MTT. Los miembros del MTT reconocen la experiencia y la perspectiva que cada uno de ellos aporta al trabajo.

- A. Los defensores de la víctima de tratamiento no solo aportan perspectivas críticas, sino que es crucial que los miembros del MTT proporcionen información al defensor de la víctima de tratamiento para una coordinación eficaz del tratamiento.
- B. Cada miembro del MTT es responsable de la seguridad de la víctima y de la consideración del impacto de las decisiones sobre el tratamiento en las víctimas.

II. Función de los miembros del MTT (Extracto de la Norma 5.02 Miembros de la MTT)

Como miembro de la MTT, los defensores de las víctimas de tratamiento deberán estar familiarizados con la totalidad de las Normas.

- I. El defensor de las víctimas de tratamiento es miembro del MTT y participa en las decisiones del mismo.
- II. Afiliación al MTT
El MTT está formado como mínimo por el proveedor autorizado, la agencia de justicia penal remitente responsable y el defensor de la víctima de tratamiento. Otros profesionales relevantes para un caso concreto también pueden formar parte del MTT, como los servicios humanos, de bienestar infantil y de protección de menores.
- III. Propósito del MTT:
El MTT está diseñado para colaborar y coordinar el tratamiento del agresor. Por lo tanto, el trabajo del MTT debe incluir la dotación de personal para los casos, el intercambio de información y la toma de decisiones informadas relacionadas con la evaluación de riesgos, el tratamiento, la supervisión de la conducta y la gestión de los agresores. El MTT, por su diseño, puede impedir la triangulación del agresor y favorecer la contención.

IV. Formación del MTT:

Para que el MTT sea eficaz, los miembros del equipo deben completar con éxito la formación específica sobre violencia intrafamiliar en cada una de las siguientes áreas:

1. Dinámica de la violencia intrafamiliar
2. Dinámica de las víctimas de violencia intrafamiliar
3. Evaluación del riesgo de violencia intrafamiliar
4. Tratamiento del agresor

Es posible que el MTT también quiera considerar la formación cruzada para desarrollar aún más la competencia del equipo.

V. Comunicación del MTT:

El MTT determinará los métodos y la frecuencia de comunicación más eficaces, que pueden incluir el contacto presencial o no presencial. La información relativa a la frecuencia puede revisarse en los Intervalos de revisión del Plan de Tratamiento de la Norma 5.07. (Consulte también el documento de recursos del MTT del sitio web de la DVOMB: inclusión de los defensores de la víctima)

VI. Contención del agresor

Este es uno de los objetivos del MTT. El MTT colaborará para establecer las consecuencias del incumplimiento por parte del agresor.

VII. Confidencialidad de la víctima

El MTT hará de la seguridad y la confidencialidad de la víctima su máxima prioridad. No obstante, cuando el defensor de la víctima de tratamiento se ponga en contacto con la víctima, ésta será informada sobre los límites de la confidencialidad.

1. El MTT tiene la responsabilidad de proteger la información confidencial que no pueda discutirse durante el proceso del MTT. La información específica de la víctima puede compartirse con el MTT solo después de que la víctima haya dado su consentimiento por escrito (consulte la *Norma 7.07 II.C .*). Por lo tanto, no se espera que el defensor de la víctima de tratamiento viole la confidencialidad de la víctima.
2. En los casos en los que no existe un consentimiento por escrito o en los que el defensor no ha tenido contacto con la víctima, el defensor de la víctima de tratamiento ofrece perspectivas y puntos de vista sobre los problemas de la víctima en general, no sobre una víctima en concreto. (Tenga en cuenta: Algunos datos no son confidenciales, como la ideación/los intentos de homicidio, suicidio y abuso o negligencia infantil). (Consulte la Norma 7.0 en su totalidad).

Punto de discusión: La protección de la víctima es prioritaria, por lo tanto, si la única información disponible que impediría el alta del agresor es la información sobre la víctima, y el MTT ha determinado que la información sobre la víctima no puede revelarse para protegerla, y no hay otras formas de validarla o confirmarla, entonces el MTT puede determinar que el alta es apropiada.

VIII. Consenso del MTT

1. El consenso se define como el acuerdo entre los miembros del equipo. El MTT tendrá como objetivo el consenso en la gestión de los agresores. El MTT deberá alcanzar un consenso para las siguientes fases de tratamiento, como mínimo: la colocación inicial en tratamiento, cuando la planificación del tratamiento indica un cambio de nivel de tratamiento del agresor, y el alta. Aunque se reconoce que existe un agente supervisor del tribunal, la intención y el objetivo son trabajar en colaboración.

2. Se anima a los miembros del MTT a debatir e intentar resolver las diferencias para alcanzar un consenso. Los miembros del MTT deben hacer un esfuerzo por reunirse en persona para trabajar hacia una resolución.

7.07 Sección de confidencialidad de la víctima

I. Importancia de la confidencialidad de la víctima

- A. Cuando una víctima opte por no facilitar información, el proveedor autorizado, el MTT y el defensor de la víctima de tratamiento respetarán la decisión de la víctima y su derecho a controlar su propia información.

***Punto de discusión:** es responsabilidad del defensor de la víctima de tratamiento conocer los diferentes tipos y funciones de otros defensores y asistentes de la víctima en las organizaciones comunitarias o en el sistema de justicia penal. Otros defensores tienen deberes y requisitos diferentes en lo que respecta a la confidencialidad de la información de la víctima. (Consulte también el documento de recursos del MTT del sitio web de la DVOMB: Explicaciones sobre las diferentes funciones de los defensores en Colorado)*

- B. Es importante que los defensores expliquen los beneficios y las limitaciones de la confidencialidad a las víctimas a las que ayudan (consulte la Sección 7.04 I.C.1.).
- C. Cuando una víctima opte por no facilitar información, el proveedor autorizado, el MTT y el defensor de la víctima de tratamiento respetarán la decisión de la víctima y su derecho a controlar su propia información.

II. El deber de confidencialidad

Los defensores de las víctimas de tratamiento tienen la responsabilidad de tomar medidas para proteger la intimidad y la seguridad de las víctimas.

- A. Los defensores de las víctimas de tratamiento tienen la responsabilidad de no revelar ninguna información confidencial relativa a la asistencia prestada en nombre de una víctima de violencia intrafamiliar o a las comunicaciones mantenidas con ella. Este es el deber de confidencialidad del defensor de la víctima de tratamiento hacia la víctima.

Los defensores de las víctimas de tratamiento deberán conocer las políticas y procedimientos de confidencialidad del proveedor o la agencia de tratamiento.

- B. Excepciones a la confidencialidad de la víctima
 1. Notificación de sospechas de abuso o negligencia infantil y de ancianos en situación de riesgo:
 - a. Todos los defensores de las víctimas de tratamiento tienen la responsabilidad de denunciar y denunciarán las sospechas de abuso o negligencia infantil o de ancianos en situación de riesgo, estén o no obligados legalmente a hacerlo. C.R.S. 19-3-302, C.R.S. 26-3.1-110
 - b. Los defensores informarán de ello a las víctimas en el momento del contacto inicial y, según proceda, durante los contactos con las víctimas.
 - c. Las víctimas deben ser notificadas cuando se presente una denuncia por sospecha de abuso o negligencia infantil o de ancianos, o cuando se comparta su información en virtud de una orden judicial.

- d. Los defensores informarán al proveedor de tratamiento cuando se haya realizado una denuncia.
2. Consentimiento informado para la divulgación de información
 - a. Explicar a las víctimas sus opciones en cuanto a dar su consentimiento antes de que su información sea compartida por el defensor de la víctima de tratamiento con cualquier otra persona, incluidos otros miembros del MTT.
 - b. El consentimiento de la víctima debe ser informado, por escrito y razonablemente limitado en el tiempo.
 - i. El consentimiento de la víctima puede obtenerse *verbalmente* para que la información se comparta *solo* con el proveedor de tratamiento; los defensores documentarán el consentimiento verbal de la víctima y todas las condiciones que se apliquen.
 - c. Los defensores de las víctimas de tratamiento respetarán los derechos y las opciones de las víctimas en cuanto a qué información se compartirá, si es que se comparte, y con quién, incluyendo:
 - i. Qué información específica sobre la víctima compartirá el defensor
 - ii. Con quién se compartirá la información
 - iii. Cómo puede utilizarse esa información
 - iv. Cuándo se compartirá esa información
 - v. El plazo para la divulgación
 3. Divulgación de información por orden judicial
El defensor de la víctima de tratamiento o los registros del defensor podrían ser citados (consulte la Sección 7.08 I.C.)

C. Divulgación de información de la víctima

(En la página web de la DVOMB encontrará un modelo de formulario de autorización)

1. No es necesaria la divulgación de información de la víctima para que un defensor de la víctima de tratamiento le preste asistencia.
2. Cuando una víctima solicita que se comparta información con el agresor o el MTT:
 - a. El defensor de la víctima de tratamiento es responsable de explorar con la víctima las posibles consecuencias de compartir la información.
 - b. El proveedor de tratamiento y el MTT deben considerar cómo abordar eficazmente las preocupaciones de la víctima para tener en cuenta el impacto sobre ella y su seguridad. Es posible que la información no se comparta directamente con el agresor, sino que se modifique el plan de tratamiento de éste para abordar las cuestiones que le preocupan.
 - c. El defensor informará a la víctima del plan del MTT para abordar las preocupaciones de la víctima y modificará el plan de seguridad en consecuencia.
 - d. Se requiere una autorización por escrito de la víctima para compartir la información con el MTT y el agresor.
 - e. Los proveedores autorizados verificarán que el defensor de la víctima de tratamiento haya obtenido de la víctima una autorización escrita de confidencialidad antes de que la información sobre la víctima pueda ser compartida con el agresor o con el MTT.
3. Los defensores aceptarán la solicitud verbal de la víctima de retirar una autorización. El defensor obtendrá la verificación por escrito de la víctima lo antes posible.
4. Los defensores no aceptarán un formulario de divulgación de información de otra agencia en lugar de una divulgación de información de su propio proveedor o agencia de tratamiento.

Punto de discusión general: siempre que se divulgue información sobre una víctima, los defensores de las víctimas y los proveedores de tratamiento deben tener presente el "concepto de mínimo necesario". Esto significa que, incluso con una autorización o al presentar un informe obligatorio, comparta solo la información necesaria para lograr el propósito de la víctima o para cumplir los requisitos de la notificación obligatoria. El plazo de divulgación de la información debe ser el mínimo necesario para satisfacer las necesidades de la víctima.

- D. Los defensores de las víctimas de tratamiento no divulgarán información de identificación personal sobre las víctimas sin una autorización de divulgación de información.
- E. Los defensores de las víctimas de tratamiento protegerán la confidencialidad de la víctima a lo largo de su trabajo compartiendo solo la cantidad mínima de información necesaria para satisfacer las necesidades de la víctima o, en otras palabras, según la "necesidad de saber".

Punto de discusión: Los defensores de las víctimas de tratamiento deben considerar siempre la opción de privacidad más protectora. Antes de obtener una autorización de divulgación, los defensores deben determinar si existe otra forma de satisfacer las necesidades de la víctima sin revelar su información confidencial. Por ejemplo, poner en contacto a la víctima con los recursos puede hacerse por derivación o estableciendo una llamada de tres con la organización de derivación, y luego abandonar la llamada para permitir que la víctima tenga privacidad y revele su propia información.

7.08 Documentación y conservación de registros

Esta sección y la de Confidencialidad de la víctima están críticamente vinculadas (también consulte la Sección 7.07 Confidencialidad de la víctima).

I. Documentación

- A. Es necesario intentar ponerse en contacto con la víctima a lo largo del tratamiento, según lo solicite la víctima. Se documentarán los intentos de contactar con la víctima.
- B. La información confidencial de la víctima se guardará en un archivo cerrado con llave, separado del archivo del agresor, y el acceso deberá limitarse a los defensores o al proveedor de tratamiento en función de la "necesidad de saber".
 - 1. Los archivos electrónicos que contengan información de identificación personal de las víctimas deben protegerse adecuadamente con un acceso limitado y protegido por contraseña.
 - 2. Tanto el proveedor de tratamiento como el defensor tienen la responsabilidad de mantener la información de la víctima en un archivo separado y debidamente protegido.
- C. Se permitirá a la víctima el acceso a su propia información y se le proporcionarán copias de sus expedientes cuando lo solicite, y después de haber realizado una planificación de seguridad adecuada con la víctima.

Punto de discusión general: Los defensores de las víctimas de tratamiento deben ser conscientes de que toda la información escrita sobre una víctima podría estar potencialmente sujeta a citación, revisión judicial o divulgación por orden judicial. Por lo tanto, los defensores deben tener presente el "concepto mínimo necesario". Por cada dato que se registre, los defensores deben tener en cuenta: ¿cuál es el objetivo de registrar esto? ¿Es esta información necesaria (a) para satisfacer las necesidades de la víctima? (b) ¿para mantener las funciones de la agencia?

II. Conservación de registros

- A. Los defensores garantizarán la confidencialidad de los expedientes de las víctimas. (Consulte también la Sección 7.07 Confidencialidad para consideraciones adicionales)
- B. Los registros de información confidencial de la víctima solo deben conservarse el tiempo necesario para satisfacer sus necesidades.



8.0 Coordinación con el sistema de justicia penal

8.01 Relaciones comunitarias: Los proveedores autorizados no ejercerán de forma aislada. Los proveedores autorizados tienen la responsabilidad de desarrollar un enfoque comunitario de la prestación de tratamiento. Mantendrán relaciones de trabajo cooperativas con los servicios para víctimas de violencia intrafamiliar, otros proveedores autorizados y programas de justicia penal, así como programas de abuso de alcohol/drogas y servicios sociales. Para aumentar las oportunidades de establecer contactos, se recomienda que los proveedores autorizados asistan a las reuniones de los grupos de trabajo comunitarios.

8.02 Contacto inicial: Si una agencia de justicia penal realiza una derivación a un proveedor autorizado, dicho proveedor autorizado notificará a la agencia de justicia penal si el agresor no se pone en contacto en el plazo indicado. Si no se incluyó ningún plazo con la derivación, el proveedor autorizado notificará a la agencia de justicia penal en el plazo de una semana si el agresor no se pone en contacto con el proveedor autorizado.

8.03 Designación inicial: Los proveedores autorizados harán todos los intentos razonables para proporcionar una cita inicial de admisión en el plazo de una semana a partir del contacto por parte del agresor.

8.04 Denegación de admisión: Los proveedores autorizados proporcionarán documentación escrita con las razones de la denegación de admisión a tratamiento a la agencia de justicia penal responsable en el plazo de una semana.

8.05 Transferencia de programas: Los proveedores autorizados no aceptarán a un agresor que se transfiera a su programa sin la aprobación por escrito de la agencia de justicia penal remitente responsable. El proveedor autorizado receptor, el proveedor autorizado anterior y el MTT harán la coordinación del caso, incluyendo la discusión de cualquier tratamiento adicional que pueda ser necesario. La recomendación final para el tratamiento será determinada por el proveedor autorizado receptor.

8.06 Presentación de informes: Se enviará un informe resumido mensual por escrito a la agencia de justicia penal responsable del agresor, que incluirá información sobre la asistencia, el pago de las cuotas, la participación, el progreso del agresor y cualquier infracción del contrato del agresor. La agencia de justicia penal responsable puede solicitar información adicional sobre el nivel de participación en el tratamiento.

8.07 Ausencias: Un agresor no puede ser dado de alta con éxito a menos que haya completado todos los objetivos requeridos del Plan de Tratamiento y cumplido todos los criterios de alta. El contrato del agresor incluirá los siguientes acuerdos por parte del agresor:

1. Los agresores son responsables de asistir al tratamiento.
2. Si un agresor tiene más de tres ausencias, el MTT consultará para determinar las consecuencias necesarias o las modificaciones del Plan de Tratamiento. El MTT puede exigir al agresor que aporte documentación sobre los motivos de las ausencias.

3. Todas las ausencias del agresor se comunicarán en un plazo de 24 horas al defensor de la víctima de tratamiento y a la agencia remitente. El defensor de la víctima de tratamiento determinará si se notificará a la víctima según lo acordado con ella en el acuerdo de defensa (consulte la Sección de la Norma 7.0 en su totalidad). La agencia remitente podrá solicitar una modificación de los criterios de notificación.

8.08 Tratamiento individual: El tratamiento individual (de 50 minutos como mínimo) puede utilizarse según el caso si el proveedor autorizado puede demostrar al MTT una necesidad adecuada de este tratamiento, como intervención en crisis, estabilización inicial o para abordar la negación grave al comienzo del tratamiento. Si el tratamiento individual es la única forma de tratamiento, será por circunstancias especiales. El proveedor autorizado documentará estas circunstancias especiales y las notas de la consulta con el MTT en el expediente del caso del agresor.

8.09 Duración del tratamiento: Estas Normas incorporan diferentes niveles de tratamiento y se centran en el riesgo del agresor. La duración del tratamiento se determina en función del riesgo individual del agresor y de su progreso en el tratamiento (consulte el Cuadro sinóptico de la página 5-38).

8.10 Intensidad del tratamiento: El MTT deberá llegar a un consenso a la hora de modificar el nivel de tratamiento de un agresor y acordar los cambios correspondientes en el plan de tratamiento.

- I. **Existen tres niveles de tratamiento** que incluyen el Nivel A (intensidad baja), Nivel B (intensidad moderada), y el Nivel C (intensidad alta). Los agresores son colocados en un nivel de tratamiento basado en las conclusiones de la evaluación de admisión, las necesidades de tratamiento del agresor y el nivel de riesgo identificado por la DVRNA. La investigación demuestra que adecuar el riesgo del agresor a la intensidad del tratamiento reduce la reincidencia (Andrews & Bonta, 1994). La intensidad del tratamiento se diferencia por la frecuencia del contacto clínico y el contenido del tratamiento.
- II. **La determinación inicial del nivel de tratamiento** está recomendada por el Proveedor autorizado, después de que la evaluación de admisión del agresor haya sido completada y aprobada por el MTT. Aunque algunos agresores pueden permanecer en el mismo nivel durante todo el tratamiento, también existe la posibilidad de trasladarlos a un nivel de tratamiento diferente según sea necesario. Esto se basa en nueva información como el cambio en los factores de riesgo, la mitigación del riesgo, el abuso continuado o la negación.
 - A. Solo los agresores en el Nivel C pueden ser considerados para una disminución del nivel de tratamiento y entonces solo al Nivel B.
 - B. Ningún agresor de los niveles B o C puede optar a una disminución del tratamiento al Nivel A.
 - C. La disminución del nivel de intensidad del tratamiento de un agresor solo se producirá en los intervalos programados de revisión del Plan de Tratamiento y deberá ser aprobada por consenso del MTT. Este cambio de nivel de tratamiento incluirá una justificación escrita que se incluirá en el expediente del agresor y en la que se describirá la necesidad del cambio de tratamiento.
 - D. El aumento del nivel de tratamiento de un agresor a un tratamiento de mayor intensidad puede producirse en cualquier momento y deberá ser aprobado por consenso del MTT. Este cambio de nivel de tratamiento incluirá una justificación escrita que se incluirá en el expediente del agresor y en la que se describirá la necesidad del cambio de tratamiento.

8.11 Infracciones del contrato del agresor: Las infracciones del contrato del agresor o el incumplimiento del Plan de Tratamiento pueden llevar a la expulsión del programa. Como mínimo, se proporcionará al MTT una notificación escrita o verbal de las infracciones. Se notificarán las infracciones por incumplimiento a las fuerzas del orden o a los tribunales, cuando proceda. Las infracciones del contrato del agresor pueden incluir la exhibición de signos de peligro inminente para los demás o la escalada de conductas que puedan conducir a la violencia.

8.12 Alta del tratamiento: Consulte la Sección de la Norma 5.08: Alta del agresor

8.13 Órdenes judiciales fuera del estado: Los proveedores autorizados cumplirán con la Sección 17-27.1-101 et. seq., C.R.S. El incumplimiento puede acarrear sanciones legales y monetarias de conformidad con la Sección 17-27.1-101(9)(a), C.R.S.



9.0 Cualificaciones del proveedor

Debido a la naturaleza y gravedad de la violencia intrafamiliar, los profesionales que trabajan con agresores de violencia intrafamiliar requieren formación, competencias y experiencia en la dinámica de los agresores de violencia intrafamiliar y en la seguridad de las víctimas.⁷⁵ La siguiente sección describe los requisitos necesarios para convertirse en proveedor autorizado de la DVOMB y para continuar ejerciendo como tal (en adelante, proveedor autorizado). Nada de lo dispuesto en esta sección exime al proveedor autorizado de su obligación de cumplir el código ético de conducta de su credencial, en relación con la supervisión y la consulta.

- I. De conformidad con la Sección 16-11.8-104, C.R.S., los servicios para agresores de violencia intrafamiliar solo serán prestados por un proveedor autorizado de la DVOMB. Los proveedores que no figuren en la lista de proveedores autorizados de la DVOMB, incluido cualquier proveedor al que se le deniegue la colocación o se le elimine de la lista de proveedores, no prestarán ningún servicio de tratamiento, evaluación o valoración conforme a la ley en Colorado a los agresores de violencia intrafamiliar. Ninguna fuente de derivación utilizará a ningún proveedor que no figure en la lista de proveedores, al que se le haya denegado la colocación o que haya sido retirado de la lista de proveedores autorizados según la Sección 16-11.8-104, C.R.S.⁷⁶

- II. Inclusión como proveedor autorizado

Existen tres niveles de práctica y tres categorías específicas de inclusión disponibles en la lista aprobada de la DVOMB.

- Candidato a proveedor de nivel asociado; Sección 9.01
- Proveedor de nivel asociado; Sección 9.02
- Proveedor de nivel operativo completo; Sección 9.03
- Supervisor clínico de violencia intrafamiliar (DVCS); Sección 9.04
- Lista de evaluadores especializados previos a la sentencia; 9.05
- Lista de poblaciones específicas de agresores; 9.06

La población específica de agresores (SOP, por sus siglas en inglés) es una categoría de lista para agresores femeninos o LGBTQIA+. Una vez autorizadas por la DVOMB, estas personas podrán prestar servicios de violencia intrafamiliar a esa población.

- Lista de teleterapia; 9.07

⁷⁵ Babcock, J., Armenti, N., Cannon, C., Lauve-Moon, K., Buttell, F., Ferreira, R., . . . Solano, I. (2016). Domestic Violence Perpetrator Programs: A Proposal for Evidence-Based Standards in the United States. *Partner Abuse, 7*(4), 355-460. doi:10.1891/1946-6560.7.4.355. Lynch, L. & Happell, B. (2008). Implementing clinical supervision: Part I: Laying the groundwork. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*, 57-64.; Roth, A. D., Pilling, S., & Turner, J. (2010). Therapists training and supervision for clinical practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*, 291-302.

⁷⁶ De conformidad con 16-11.8-104(1) C.R.S., a partir del 1 de enero de 2001, el departamento de correcciones, el departamento judicial, la división de justicia penal dentro del departamento de seguridad pública, o el departamento de servicios humanos no empleará o contratará y no permitirá que un agresor de violencia intrafamiliar emplee o contrate a cualquier individuo o entidad para proporcionar servicios de evaluación o tratamiento de agresores de violencia intrafamiliar, de conformidad con este artículo, a menos que el individuo o la entidad aparezca en la lista aprobada desarrollada de conformidad con la sección 16-11.8-103 (4).

Teleterapia significa prestar servicios a través de un sistema de telecomunicaciones seguro que facilite la evaluación, el tratamiento y la gestión conductual sincronizados, en tiempo real y basados en vídeo, de un agresor de violencia intrafamiliar en lugares distintos del proveedor autorizado. Solo aquellos proveedores autorizados que hayan solicitado y hayan sido autorizados por ARC podrán prestar servicios a los agresores de violencia intrafamiliar a través de la teleterapia.

- III. Solicitudes de equivalencia fuera del estado: Las personas que posean una licencia profesional, una licencia para agresores de violencia intrafamiliar (pareja íntima) o una licencia, certificación o aprobación para la intervención con agresores y residan fuera de Colorado pueden solicitar el estado de Asociado o de Nivel Operativo Completo si cumplen todas las cualificaciones enumeradas en las *Normas y Directrices*. Las horas de supervisión requeridas deben haber sido proporcionadas por una persona cuyas cualificaciones coincidan sustancialmente con las de un DVCS de la DVOMB tal y como se define en estas Normas. Las solicitudes de personas que están fuera del estado se revisarán caso por caso.

- IV. Contenido mínimo requerido de un contrato de supervisión clínica de violencia intrafamiliar

El contrato de supervisión clínica de violencia intrafamiliar es el acuerdo de supervisión firmado entre una supervisada y un supervisor clínico de violencia intrafamiliar (DVCS). La supervisión clínica como parte de la Sección 9.0 de las Normas se refiere a la supervisión de una persona supervisada en relación con los servicios para agresores de violencia intrafamiliar que son competencia de la DVOMB. Un supervisado es cualquier persona que, en virtud de estas Normas y Directrices, requiera supervisión como parte de una solicitud (por ejemplo, candidato a proveedor de nivel asociado o proveedor de nivel asociado) o como parte de un Plan de Acción de Cumplimiento (CAP, por sus siglas en inglés). Un DVCS recomendará al supervisado que complete una solicitud o un CAP, solo cuando el supervisado demuestre estar cualificado para dicha aprobación. El DVCS no avalará a ningún supervisado que considere no apto o que demuestre que no es capaz de prestar los servicios adecuados conforme a estas *Normas y Directrices*. Un DVCS puede retirar el apoyo a un supervisado por tales razones o por violaciones del contrato de supervisión.

- A. Como parte del contrato, el supervisor se comprometerá a cumplir con lo siguiente:

1. Revisar el trabajo de los supervisados con los clientes a través de sus informes verbales y los registros escritos de los casos.
2. Asistir a los supervisados en cuestiones de ética y derecho, transferencia, contratransferencia, situaciones críticas, incluidos el suicidio y el homicidio, y autocuidado, entre otros temas.
3. Revisar todos los documentos de solicitud y ayudar al supervisado con el proceso de solicitud.
4. Identificar las áreas de mejora del supervisado y remitirle a la formación adecuada.
5. Estar disponible durante el horario laboral para programar consultas o preguntas urgentes de los clientes.
6. Revisar, criticar, orientar y firmar toda la documentación elaborada por el supervisado. Esto incluye verificar que la documentación elaborada por el solicitante a través de la cofacilitación esté firmada por un proveedor de nivel operativo completo, si procede.
7. Ayudar al supervisado durante todo el proceso de solicitud.
8. Documentar y proporcionar todas las horas completadas al supervisado, independientemente del resultado final de la supervisión.
9. Mantener la licencia profesional, la certificación o las autorizaciones y el seguro de responsabilidad civil, e informar sin demora al supervisado de cualquier acontecimiento que pudiera inhabilitar al DVCS para desempeñar su función profesional como supervisor.

10. Informar al supervisado de cualquier asunto legal o legislativo del que se tenga conocimiento y que pueda afectar a la supervisión o al progreso del supervisado hacia la aprobación de la DVOMB.
 11. Mantener la confidencialidad de la información facilitada por el solicitante. A excepción de las agencias enumeradas en este contrato, el DVCS no revelará ninguna información identificativa del solicitante discutida en las sesiones, o con el consultor entre iguales del DVCS. Se aplican las excepciones estándar a la confidencialidad, como cuando se sospecha de abuso infantil, amenaza para sí mismo o para otros.
 12. Abordar con el supervisado cualquier práctica que encuentre fuera de las *Normas y Directrices* y corregirla inmediatamente.
 13. Notificar a la DVOMB la rescisión del acuerdo de supervisión en el plazo de una semana natural.
 14. Proporcionar la supervisión adecuada en relación con la cobertura, incluida la población cubierta.
- B. Como parte del contrato, el supervisado se comprometerá a cumplir con lo siguiente:
1. Revisar y seguir todas las *Normas y Directrices*, incluidas las Políticas Administrativas.
 2. Revelar al supervisor cualquier antecedente legal penal o civil que pueda afectar a la capacidad del supervisado para ejercer según estas *Normas y Directrices*.
 3. Notificar al supervisor si obtiene cargos legales de cualquier tipo en un periodo de 24 horas.
 4. Reconocer que solo puede proporcionar servicios cofacilitados para agresores de violencia intrafamiliar (evaluación, educación individual y de grupo y tratamiento) con un proveedor de nivel operativo completo o un DVCS. En ningún momento, antes de la autorización de la DVOMB, el supervisado prestará CUALQUIER servicio relacionado con la violencia intrafamiliar de forma independiente.
 5. Proporcionar documentación de la inclusión en la lista de DORA o expedientes académicos no oficiales para las personas que buscan el estado de candidato a proveedor de nivel asociado.
 6. Mantener el cumplimiento de inclusión en la lista actual de salud mental o uso de sustancias con DORA, junto con cualquier otra agencia de licencia y aprobación (por ejemplo, Administración de Salud Conductual, DVOMB, SOMB, etc.), y aceptar informar al DVCS en un plazo de 24 horas de cualquier queja, demanda o sanción contra el supervisado en Colorado o en cualquier otro estado/jurisdicción. Si un candidato a proveedor de nivel asociado no tiene una inclusión en la lista actualizada de salud mental o consumo de sustancias, se entiende que éste será seguido por el supervisado una vez que se obtenga dicha inclusión.
 7. Inscribirse y participar en cualquier formación recomendada por el DVCS.
 8. Comprender que la supervisión NO es psicoterapia. Si surgen problemas personales durante la supervisión clínica, el supervisado se compromete a buscar su propia psicoterapia para resolverlos.
 9. Dar su consentimiento para que el DVCS se comunique con:
 - i. El personal de la DVOMB
 - ii. La(s) agencia(s)
 - iii. El defensor de la víctima de tratamiento identificado (TVA)
 - iv. El proveedor de nivel operativo completo, si la cofacilitación tiene lugar con un proveedor de nivel operativo completo
 - v. Y cualquier otro miembro relevante del MTT

9.01 Requisitos para todos los nuevos solicitantes que busquen la candidatura al nivel asociado⁷⁷

La candidatura de proveedor de nivel asociado es para personas que desean convertirse en proveedores autorizados de la DVOMB. Los candidatos a proveedores de nivel asociado, independientemente de sus credenciales, deben recibir la aprobación del Comité de Revisión de Solicitudes (ARC, por sus siglas en inglés) antes de comenzar a prestar cualquier servicio a agresores de violencia intrafamiliar.

Las personas que nunca hayan solicitado figurar en la lista de proveedores autorizados de la DVOMB deben iniciar primero el proceso solicitando la candidatura de proveedor de nivel asociado, utilizando la solicitud requerida (Solicitud 1: Solicitud de candidato a proveedor de nivel asociado). La inclusión inicial como candidato a proveedor de nivel asociado es válida durante un año a partir de la fecha de autorización, con el fin de dar tiempo al solicitante para desarrollar su competencia en las áreas requeridas. Los candidatos a proveedor de nivel asociado pueden empezar a acumular las horas requeridas una vez aprobadas por el ARC. Los candidatos a proveedor de nivel asociado no prestarán ningún servicio a agresores de violencia intrafamiliar sin cofacilitación, hasta que su DVCS haya determinado que son capaces de facilitar de forma independiente y por sí mismos.

- I. Antes de empezar a trabajar con agresores de violencia intrafamiliar, los solicitantes deben presentar una solicitud y ser aprobados por el ARC como aprendices. La aprobación se basa en que el solicitante cumpla todos los criterios siguientes y a discreción del ARC. El solicitante deberá:

- A. Poseer un título universitario o superior en un campo de las ciencias de la conducta con formación y experiencia como orientador o psicoterapeuta.⁷⁸ El título debe obtenerse en una universidad acreditada por una agencia reconocida por el Departamento de Educación de EE. UU.

O

Poseer un título universitario en cualquier campo con un mínimo de una credencial de especialista certificado en adicciones. El título debe obtenerse en una universidad acreditada por una agencia reconocida por el Departamento de Educación de EE. UU.

O

Poseer un título universitario en cualquier campo con un mínimo de una credencial de técnico certificado en adicciones (CAT, por sus siglas en inglés). El título debe obtenerse en una universidad acreditada por una agencia reconocida por el Departamento de Educación de EE. UU. Si el solicitante solo posee una credencial CAT, el DVCS debe poseer una LAC y verificar que el solicitante es elegible y está trabajando para obtener una CAS o una LAC.

O

⁷⁷ Spence, C., Cantrell, J., Christie, I., & Samet, W. (2002). A collaborative approach to the implementation of clinical supervision. *Journal of Nursing Management*, 10, 65-74.; 16-11.8-104(2)(a) C.R.S. La junta exigirá a toda persona que solicite su colocación, incluida toda persona que solicite la colocación continua, en la lista de proveedores autorizados elaborada de conformidad con la sección 16-11.8-103 (4) que se someta a una investigación de antecedentes actual que vaya más allá del alcance de la verificación de antecedentes penales descrita en la sección 16-11.8-103 (4) (a) (III) (A). Al llevar a cabo la investigación de antecedentes, la junta obtendrá información de referencia y antecedentes penales y recomendaciones que puedan ser relevantes para la aptitud del solicitante para proporcionar servicios de evaluación o tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar, de conformidad con este artículo.

⁷⁸ Babcock, J., Armenti, N., Cannon, C., Lauve-Moon, K., Buttell, F., Ferreira, R., Solano, I. (2016). Domestic Violence Perpetrator Programs: A Proposal for Evidence-Based Standards in the United States. *Partner Abuse*, 7(4), 355-460. doi:10.1891/1946-6560.7.4.355. Cannon, C., Hamel, J., Buttell, F., & Ferreira, R. J. (2016). A survey of domestic violence perpetrator programs in the United States and Canada: Findings and implications for policy intervention. *Partner Abuse*, 7(3), 226–276.

Ser un estudiante de nivel de máster que participe en unas prácticas clínicas formales o prácticas de campo durante la parte final de su titulación conducente a la matriculación para poder ser incluido en la lista de DORA. Los solicitantes de esta categoría deberán presentar la documentación de las prácticas o de las prácticas de campo a través de sus expedientes académicos no oficiales.

- B. Someterse a una investigación de antecedentes actual, además de a una comprobación de antecedentes penales estatales y nacionales, de conformidad con las secciones 16-11.8-103(4)(a)(III)(A) y 16-11.8-104(2)(a), C.R.S.
- C. Todas las horas de formación utilizadas a efectos de una solicitud deberán haberse obtenido en los últimos cinco (5) años naturales.
- D. Aceptar cumplir con las *Normas y Directrices* de la DVOMB completando todos los requisitos de la solicitud que incluyen, entre otros, la presentación del producto del trabajo de los servicios para agresores, cartas de referencia y una evaluación de competencias.
- E. No deberá tener una condena o una sentencia diferida (que no sea una infracción de tráfico de 7 puntos o menos) por una infracción de ordenanza municipal, delito menor, delito grave, o haber aceptado por un tribunal una declaración de culpabilidad o nolo contendere por una infracción de ordenanza municipal, delito menor o delito grave si la infracción de ordenanza municipal, delito menor o delito grave está relacionada con la capacidad para ejercer según estas *Normas y Directrices* según lo revisado y determinado por el ARC. Una copia certificada de la sentencia de un tribunal de jurisdicción competente de dicha condena o declaración será prueba concluyente de dicha condena o declaración.
- F. No deberá tener ningún litigio civil que esté relacionado con la capacidad para ejercer conforme a estas *Normas y Directrices* según lo revisado y determinado por el ARC.
- G. Cumplir todos los demás requisitos establecidos en las Políticas Administrativas de la DVOMB.

II. Requisitos de supervisión para los **candidatos a proveedor de nivel asociado**

- A. La supervisión de un candidato a proveedor de nivel asociado será realizada por un DVCS que esté registrado y en regla con el Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (DORA). Junto con la solicitud deberá presentarse un acuerdo de supervisión firmado por el candidato a proveedor de nivel asociado y por el DVCS.
- B. Los candidatos a proveedor de nivel asociado deben cofacilitar todas las sesiones cara a cara con los agresores con un proveedor de nivel operativo completo o un DVCS, presente física o virtualmente durante todo el proceso de solicitud hasta que el DVCS haya determinado que el candidato a proveedor de nivel asociado puede facilitar de forma independiente. Esto incluye todos los servicios relacionados con la violencia intrafamiliar, entre otros, sesiones individuales, sesiones de grupo, evaluaciones y cualquier otro servicio relacionado con la violencia intrafamiliar que se rija por estas *Normas y Directrices*.
- C. Los candidatos a proveedor de nivel asociado pueden identificar poblaciones de agresores específicas (SOP, por sus siglas en inglés) en su solicitud. El DVCS seleccionado deberá ser aprobado con las SOP identificadas.
- D. El DVCS revisará y firmará conjuntamente todas las notas de las sesiones de violencia intrafamiliar, los planes de tratamiento, los informes de revisión del plan de tratamiento, las evaluaciones y todos los demás informes y documentación del

solicitante. El DVCS es responsable de todo el trabajo clínico sobre violencia intrafamiliar realizado por el candidato a proveedor de nivel asociado. En caso de que se obtenga la cofacilitación con un proveedor de nivel operativo completo, las notas de la sesión deberán estar firmadas por el proveedor de nivel operativo completo que realice la cofacilitación.

- E. El DVCS empleará métodos de supervisión destinados a evaluar y desarrollar las competencias requeridas. Esto incluye la búsqueda de información continua de un proveedor de nivel operativo completo para cualquier hora de cofacilitación acumulada (si procede). Corresponde al supervisor determinar la necesidad de horas adicionales de formación y supervisión en función de los progresos de esa persona en la consecución de la competencia para llevar a cabo dicho tratamiento.⁷⁹
- F. La frecuencia de las horas de supervisión presencial específicas para el tratamiento o la evaluación de violencia intrafamiliar se calcula como sigue:

Contacto clínico directo	Supervisión mínima
Horas al mes	Horas al mes
0-59	2
60-79	3
80 o más	4

- G. La modalidad apropiada para la supervisión será determinada por el DVCS basándose en las competencias, formación, educación y experiencia del supervisado, así como en el entorno del tratamiento. Los factores que se tendrán en cuenta son la seguridad de la comunidad y las necesidades del agresor, el entorno urbano frente al rural y la disponibilidad de recursos.
- H. Los modos de supervisión pueden incluir supervisión individual o en grupo, observación directa y electrónica (como teléfono, audio, teleconferencia e Internet). La supervisión presencial puede realizarse a través de videoconferencia. Todas las comunicaciones serán sincrónicas.
- I. El DVCS solicitará la opinión, como mínimo, de los miembros principales del MTT (es decir, el proveedor de tratamiento, el oficial supervisor y el defensor de las víctimas del tratamiento) para ayudar en la evaluación de las competencias del solicitante.
- J. El DVCS evaluará y certificará un nivel mínimo de competencia para realizar servicios relacionados con la DVOMB, del candidato a proveedor de nivel asociado antes de presentar esta solicitud.

9.02 Requisitos de los proveedores de nivel asociado

El nivel asociado es un nivel introductorio para quienes cumplen los requisitos mínimos de las Normas y requiere la supervisión continua de un supervisor clínico de violencia intrafamiliar (DVCS, por sus siglas en inglés). Todos los solicitantes deberán solicitar y ser aprobados en el estado de nivel asociado antes de solicitar el nivel operativo completo.

Los candidatos a proveedor de nivel asociado que deseen obtener el nivel asociado deberán solicitarlo utilizando la solicitud requerida (Solicitud 2: Solicitud de nivel de práctica) y ser aprobados por el ARC.

⁷⁹ Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.; Lynch, L. & Happell, B. (2008). Implementing clinical supervision: Part I: Laying the groundwork. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 57-64.

La aprobación se basa en que el candidato a proveedor de nivel asociado cumpla todos los criterios siguientes y a discreción del ARC.

I. Criterios educativos y de experiencia

Los candidatos a proveedores de nivel asociado deberán:

- A. Poseer una licencia profesional de salud mental, una certificación de uso de sustancias, o figurar como candidato a una licencia de salud mental o una certificación de uso de sustancias, o figurar como psicoterapeuta sin licencia en el Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (DORA), y no estar bajo una acción disciplinaria actual que el Comité de Revisión de Solicitudes (en adelante, ARC) determine que impediría la capacidad del candidato a proveedor de nivel asociado para continuar ejerciendo como proveedor autorizado de la DVOMB.
- B. Poseer 300 horas de asesoramiento experiencial general. Estas horas serán horas de contacto presencial con el cliente proporcionando evaluaciones o sesiones de asesoramiento individual o en grupo. El candidato a proveedor de nivel asociado debe haber recibido un mínimo de 15 horas de supervisión individual mientras acumulaba las 300 horas.

Punto de discusión: Los candidatos a proveedor de nivel asociado con un CAS o superior o un máster en asesoramiento pueden demostrarlo con expedientes académicos, licencias o certificaciones.

- C. Haber acumulado **54 horas presenciales de contacto con agresores de violencia intrafamiliar trabajando con agresores de violencia intrafamiliar** en los últimos cinco años para aquellos que posean un máster en asesoramiento o superior. Estas horas de contacto no podrán acumularse únicamente a través de la teleterapia y se sumarán a las 300 horas de experiencia general e incluirán la cofacilitación de evaluaciones de agresores, sesiones de grupo y podrán incluir tratamiento individual. Estas horas de contacto no podrán obtenerse en un periodo inferior a cuatro meses.

O

Haber acumulado **108 horas presenciales de contacto con agresores de violencia intrafamiliar trabajando con agresores de violencia intrafamiliar** en los últimos cinco años para aquellos que posean un título universitario. Estas horas de contacto se suman a las 300 horas de experiencia general e incluirán la cofacilitación de evaluaciones de agresores, sesiones de grupo y podrán incluir tratamiento individual. Estas horas de contacto no podrán obtenerse en un periodo inferior a cuatro meses.

- D. Presentar la documentación de las horas de cofacilitación de un proveedor de nivel operativo completo o de un DVCS mediante una carta de apoyo, que verifique las horas de contacto cara a cara con el cliente trabajando con agresores de violencia intrafamiliar.
- E. Poseer un mínimo de 25 horas de contacto presencial con el cliente proporcionando tratamiento clínico por abuso de sustancias en un centro autorizado por la Administración de Salud Conductual (BHA, por sus siglas en inglés) o cofacilitado por un CAS o superior, y supervisado por un LAC.

II. Criterios de formación

El candidato a proveedor de nivel asociado deberá:

- A. Haber obtenido las siguientes formaciones BÁSICAS de la DVOMB:
 - DV100 - Formación de la DVOMB y las normas (Obligatorio)

- DV101 - Formación sobre evaluación de riesgos y necesidades en materia de violencia intrafamiliar (DVRNA) (Obligatorio)
 - DV102 - Formación en evaluación de agresores (Obligatorio)
 - DV103 - Formación para el tratamiento de agresores (Obligatorio)
- B. Poseer un mínimo de **14 horas** de formación documentada en los últimos cinco años sobre seguridad de las víctimas y áreas temáticas dinámicas.⁸⁰
- Seguridad y dinámica de las víctimas de violencia intrafamiliar - 14 horas
- La función del defensor de las víctimas en el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar
 - Contención del agresor y trabajo con un defensor de la víctima
 - Intervención en crisis
 - Cuestiones jurídicas como la confidencialidad, el deber de advertir y las órdenes de protección
 - Impacto de la violencia intrafamiliar en las víctimas
 - Dinámica de la víctima para incluir los obstáculos y barreras para abandonar las relaciones abusivas
- C. Completar cualquier formación recomendada por el DVCS para cumplir o mejorar las competencias del solicitante.
- III. El candidato a proveedor de nivel asociado deberá completar todos los requisitos de la solicitud, lo que incluye presentar lo siguiente:
- A. Productos de trabajo de los servicios para agresores (por ejemplo, evaluaciones de agresores, planes de tratamiento y contratos) que demuestren el cumplimiento de las *Normas y Directrices* de la DVOMB.
 - B. Cartas de referencia que demuestren la coordinación de la MTT
 - C. Evaluación de la competencia por parte del DVCS del solicitante que indique que cumple con la competencia mínima en cada categoría.⁸¹
- IV. Requisitos de supervisión para la colocación continua de **candidatos a proveedor de nivel asociado**
- A. Una vez aprobados por el ARC, todos los proveedores aprobados de nivel asociado (tanto con licencia como sin ella) recibirán supervisión continua durante un mínimo de dos horas al mes o más, según determine apropiado un DVCS. Una hora será de supervisión individual y otra podrá ser de supervisión en grupo. Las reuniones del grupo de trabajo no son una modalidad aceptable para la supervisión de los proveedores de nivel asociado.
 - B. La modalidad apropiada para la supervisión será determinada por el DVCS basándose en la formación, la carga de trabajo, la educación, la experiencia y el juicio profesional del DVCS. Los factores que se tendrán en cuenta son la seguridad de la comunidad y las necesidades del agresor, el entorno urbano frente al rural y la disponibilidad de recursos. Las modalidades de supervisión pueden incluir la supervisión individual o en grupo, la observación directa y la

⁸⁰ Cannon, C., Hamel, J., Buttell, F., & Ferreira, R. J. (2016). A survey of domestic violence perpetrator programs in the United States and Canada: Findings and implications for policy intervention. *Partner Abuse*, 7(3), 226–276.

⁸¹ Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.; Lynch, L. & Happell, B. (2008). Implementing clinical supervision: Part I: Laying the groundwork. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 57-64.

electrónica (como el teléfono, las teleconferencias e Internet). La supervisión presencial puede realizarse a través de videoconferencia. Todas las comunicaciones serán sincrónicas.

- C. El DVCS empleará métodos de supervisión destinados a evaluar y seguir desarrollando las competencias requeridas del proveedor de nivel asociado. Esto puede incluir la búsqueda de aportaciones continuas de, como mínimo, los miembros principales del MTT (es decir, el proveedor de tratamiento, el oficial supervisor y el defensor de las víctimas del tratamiento).⁸²⁷

V. Colocación continua para **proveedores autorizados de nivel asociado**.

Los proveedores de nivel asociado deberán volver a solicitar la continuidad de la colocación cada dos años o según lo determine la DVOMB, utilizando la solicitud requerida (Solicitud 3: Solicitud de renovación bienal). La aprobación para seguir figurando en la lista se basa en que el proveedor de nivel asociado cumpla todos los criterios siguientes y a discreción del ARC:

- A. La formación continua consistirá en la realización de un mínimo de 28 horas de reloj durante un período de dos años, que se dividirán por igual en los años entre períodos de renovación (por ejemplo, del 1 de agosto de 2025 al 31 de julio de 2027, el proveedor realiza 14 horas de formación continua). Estas formaciones se impartirán en áreas relevantes para mejorar las competencias de los proveedores en la prestación de servicios y en el trabajo con agresores de violencia intrafamiliar. Las 28 horas deberán:
- Comprender las formaciones recomendadas por el DVCS para mejorar las competencias del proveedor de nivel asociado.
 - Incluir formación sobre diversidad, equidad e inclusión, y sobre seguridad y dinámica de las víctimas.
 - Incluir la realización de un curso de refuerzo de las Normas y actualización de políticas de la DVOMB, junto con un curso de refuerzo de la DVRNA.
- B. Presentar cartas de referencia que demuestren la coordinación del MTT.
- C. Reconocer el cumplimiento de cualquier actualización realizada a las *Normas y Directrices* de la DVOMB desde su aprobación inicial.
- D. Cumplir con todos los demás requisitos que se indican en la solicitud y en las Políticas Administrativas de la DVOMB.

9.03 Requisitos del proveedor de nivel operativo completo

El nivel operativo completo es un nivel avanzado para aquellos que superan los requisitos mínimos de las Normas y demuestran un dominio de las competencias superior al de un proveedor de nivel asociado. Se espera que los proveedores de nivel operativo completo sean competentes y capaces de proporcionar tanto servicios de evaluación del agresor posterior a la sentencia por violencia intrafamiliar como servicios de tratamiento del agresor. Los proveedores de nivel operativo completo no requieren la supervisión continua de un supervisor clínico de violencia intrafamiliar (DVCS), pero deben contar con la consulta continua de sus pares. Los proveedores de nivel operativo completo pueden cofacilitar con los candidatos a proveedor de nivel asociado, pero no pueden proporcionar supervisión a los candidatos a proveedor de nivel asociado ni a los proveedores de nivel asociado.

Los proveedores de nivel asociado que deseen figurar en la lista de nivel operativo completo deberán solicitarlo utilizando la solicitud requerida (Solicitud 2: Solicitud de nivel de práctica). La aprobación se basa en que el proveedor de nivel asociado cumpla todos los criterios siguientes y a discreción del ARC:

⁸² Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.; Lynch, L. & Happell, B. (2008). Implementing clinical supervision: Part I: Laying the groundwork. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 57-64.

I. Criterios educativos y de experiencia

El candidato a proveedor de nivel asociado deberá:

- A. Poseer una licencia profesional de salud mental, una certificación de uso de sustancias o figurar como psicoterapeuta sin licencia en el Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (DORA), y no estar bajo una acción disciplinaria actual que el Comité de Revisión de Solicitudes (en adelante, ARC) determine que impediría su capacidad para ejercer como proveedor autorizado de la DVOMB.
- B. Poseer un mínimo de 600 horas de asesoramiento experiencial general. Estas horas serán horas de contacto presencial con el cliente proporcionando evaluaciones o sesiones de asesoramiento individual o en grupo. El solicitante debe haber recibido 50 horas de supervisión individual para las 600 horas.

Punto de discusión: Los solicitantes con un CAS o superior o un máster en asesoramiento pueden demostrar este requisito de 600 horas de asesoramiento general con expedientes académicos, licencias o certificaciones.

- C. Tener un mínimo de 500 horas de contacto presencial con el cliente trabajando con agresores de violencia intrafamiliar en los últimos cinco años. Las horas requeridas pueden incluir la cofacilitación relacionada con la violencia intrafamiliar de evaluaciones de agresores, sesiones de grupo o sesiones de tratamiento individual. Estas horas de contacto no se obtendrán en menos de un período de seis meses para permitir que el DVCS evalúe las competencias y la capacidad del proveedor de nivel asociado para cofacilitar con los candidatos a proveedor de nivel asociado.
- D. Tener 50 horas de contacto presencial con el cliente proporcionando tratamiento clínico por abuso de sustancias en un centro autorizado por la Administración de Salud Conductual (BHA) o cofacilitado por un CAS o superior, y supervisado por un LAC.

II. Criterios de formación

El candidato a proveedor de nivel asociado deberá:

- A. Demostrar un historial de formación equilibrado para trabajar hacia las competencias, según lo diseñado y dirigido por el DVCS.
- B. Tener un mínimo de 50 horas de formación documentada en los últimos cinco años que esté específicamente relacionada con los métodos de evaluación y tratamiento de la violencia intrafamiliar para aquellos que posean un máster.

O

Tener un mínimo de 100 horas de formación documentada en los últimos cinco años que esté específicamente relacionada con los métodos de evaluación y tratamiento de la violencia intrafamiliar para quienes posean un título universitario.

C. Haber obtenido formación en las siguientes áreas temáticas:

Cuestiones jurídicas

- Leyes de Colorado relacionadas con la violencia intrafamiliar y familiar
- Órdenes de protección
- Terapia forense
- Confidencialidad y deber de advertencia en casos de violencia intrafamiliar
- Tratamiento dentro del sistema de justicia penal

Seguridad y dinámica de las víctimas de violencia intrafamiliar

- La función del defensor de las víctimas en el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar
- Contención del agresor y trabajo con un defensor de la víctima
- Intervención en crisis
- Cuestiones jurídicas como la confidencialidad, el deber de advertir y las órdenes de protección
- Impacto de la violencia intrafamiliar en las víctimas
- Dinámica de la víctima para incluir los obstáculos y barreras para abandonar las relaciones abusivas

Evaluación y valoración del agresor específicas para la violencia intrafamiliar

- Habilidades de entrevista clínica
- Evaluación del riesgo de violencia intrafamiliar
- Evaluación del riesgo de letalidad
- Detección de abuso de sustancias
- El uso de fuentes de información colaterales
- Tipos de abuso
- Tipologías de agresores de violencia intrafamiliar
- Distorsiones cognitivas
- Errores de pensamiento delictivo
- Necesidades criminógenas

Facilitación y planificación del tratamiento

- Abuso de sustancias y violencia intrafamiliar
- Autogestión del agresor
- Entrevista motivacional
- La función del proveedor en la contención del agresor
- Psicoterapia forense
- Coordinación con el sistema de justicia penal
- Responsabilidad del agresor
- Reconocer y superar la resistencia de los agresores
- Contrato del agresor
- Evaluación continua de los agresores de violencia intrafamiliar: habilidades y herramientas

- Capacidad de respuesta del agresor al tratamiento
- Estilos de aprendizaje
- Trastornos de la personalidad
- Riesgo, necesidades y capacidad de respuesta
- Entrevista motivacional
- Limitaciones de la confidencialidad de los agresores

III. Los proveedores de nivel asociado deberán demostrar el cumplimiento de las *Normas y Directrices* de la DVOMB completando todos los requisitos de la solicitud que incluyen, entre otros, la presentación de:

- A. Productos de trabajo de los servicios para agresores (por ejemplo, evaluaciones de agresores, planes de tratamiento y contratos) que superen los requisitos mínimos de las *Normas y Directrices* de la DVOMB y que representen un trabajo indicativo de sus capacidades para desarrollar y formar a otros a través de la cofacilitación de otros.
- B. Cartas de referencia que demuestren la coordinación del MTT.
- C. La evaluación de las competencias del proveedor de nivel asociado realizada por el DVCS indica que supera la competencia mínima en cada categoría y demuestra un dominio de las competencias superior al de un proveedor de nivel asociado.

Punto de discusión: Es importante señalar que para ser autorizado como proveedor de nivel operativo completo, los proveedores de nivel asociado deben demostrar un mayor nivel de destreza en cada una de las competencias para garantizar que están preparados para operar sin supervisión, así como para enseñar a otros a través de la cofacilitación.

IV. Requisitos de la consulta entre pares para los **proveedores de nivel operativo completo** tras la aprobación del ARC

Una vez aprobados por el ARC, todos los proveedores de nivel operativo completo autorizados (tanto con licencia como sin ella) están obligados a tener una consulta entre pares con otro proveedor de nivel operativo completo autorizado, o con un DVCS durante un mínimo de una hora al mes. El consultor paritario también debe estar autorizado en todas las poblaciones específicas en las que esté autorizado el proveedor de nivel operativo completo. Las reuniones del grupo de trabajo local pueden contar para el requisito de consulta mensual entre pares.

Los proveedores de nivel operativo completo deberán cofirmar cualquier documentación de cofacilitación realizada a efectos de una solicitud a la DVOMB para su inclusión en la lista de proveedores autorizados.

V. Colocación continua para proveedores de nivel operativo completo

Los proveedores de nivel operativo completo deberán volver a solicitar la colocación continua cada dos años o según lo determine la DVOMB utilizando la solicitud requerida (Solicitud 3: Solicitud de renovación bienal). La aprobación para continuar en la lista se basa en que el proveedor de nivel operativo completo cumpla todos los criterios siguientes y está sujeta a discreción del ARC:

- A. La formación continua para los proveedores de nivel operativo completo consistirá en la realización de 20 horas reloj cada dos años en áreas relevantes para mejorar las competencias del proveedor en la prestación de servicios de tratamiento y evaluación con agresores de violencia intrafamiliar. Como opción para acumular horas de formación continua, no más de la mitad de las horas de formación continua requeridas pueden demostrarse a través de educación y formación comunitaria documentada sobre temas relacionados con la violencia intrafamiliar. De las 20 horas, el Proveedor deberá:

- Incluir formaciones que ayuden al desarrollo del proveedor de nivel operativo completo en su prestación de servicios de tratamiento de agresores.
 - Incluir formación sobre diversidad, equidad e inclusión, y sobre seguridad y dinámica de las víctimas.
 - Incluir la realización de un curso de refuerzo de las Normas y actualización de políticas de la DVOMB, junto con un curso de refuerzo de la DVRNA. El proveedor de nivel asociado puede aplicar el refuerzo de Normas y actualización de políticas de la DVOMB, además de las horas de formación del refuerzo de la DVRNA hacia el total de horas CEU para la renovación.
- B. Presentar cartas de referencia que demuestren la coordinación del MTT.
- C. Reconocer el cumplimiento de cualquier actualización realizada a las *Normas y Directrices* de la DVOMB desde su aprobación inicial.
- D. Cumplir con todos los demás requisitos que se indican en la solicitud y en las Políticas Administrativas de la DVOMB.

9.04 Requisitos del supervisor clínico de violencia intrafamiliar

Supervisor clínico de violencia intrafamiliar (DVCS) es para proveedores con licencia de nivel operativo completo y representa el estado más alto de aquellos que han obtenido los requisitos adicionales de formación, educación y experiencia para ser supervisores. Una vez autorizados, estos individuos pueden proporcionar supervisión a los candidatos a proveedor de nivel asociado, a los proveedores de nivel asociado y a los aprendices DVCS de acuerdo con las *Normas y Directrices*.

Los proveedores de nivel operativo completo que deseen obtener la aprobación como supervisor clínico de violencia intrafamiliar (DVCS) deberán solicitarla utilizando la solicitud requerida del proceso de solicitud de dos pasos (Solicitud 4: Solicitud de supervisor clínico de violencia intrafamiliar). La aprobación se basa en que el proveedor de nivel asociado cumpla todos los criterios siguientes y a discreción del ARC:

I. Parte 1: Intención de solicitud de DVCS

Las personas que deseen figurar en la lista de DVCS deberán cumplir los siguientes criterios:

- A. Estar inscrito actualmente como proveedor de nivel operativo completo durante un mínimo de dos años y poseer un mínimo de 1000 horas de contacto presencial con el cliente trabajando con agresores de violencia intrafamiliar.
- B. Tener licencia o certificación como psicólogo licenciado, trabajador social clínico licenciado, consejero profesional licenciado, terapeuta matrimonial y familiar licenciado, o consejero de adicciones licenciado, y no estar bajo una acción disciplinaria actual que el ARC determine que impediría la capacidad del solicitante para ejercer como DVCS.
- C. Poseer un mínimo de 49 horas de formación específica en abuso de sustancias y adicción.
- D. Poseer un mínimo de 21 horas de formación en supervisión clínica.
- E. Poseer un mínimo de 100 horas proporcionando supervisión clínica general durante los últimos cinco (5) años.

- F. Atestiguar que conoce los requisitos de la aplicación de la DVOMB relativos a las responsabilidades de los DVCS. El proveedor autorizado de la DVOMB o el solicitante no se representará a sí mismo como DVCS hasta que el ARC le haya concedido su aprobación.
- G. Recibir una evaluación inicial por parte de un DVCS autorizado para determinar si la persona supervisada cumple los requisitos mínimos y las competencias de la Sección 9.04, antes de comenzar la supervisión. Aquellos que sean evaluados por el DVCS autorizado como competentes deberán presentar una solicitud de intención de solicitud.

II. Parte 2: Aprendizaje de supervisión clínica de la violencia intrafamiliar

- A. Una vez que un proveedor de nivel operativo completo ha recibido la aprobación del ARC para su intención de solicitud, el proveedor de nivel operativo completo se denominará aprendiz. Un aprendiz puede proporcionar supervisión a los solicitantes de la DVOMB con la supervisión de un DVCS autorizado. El DVCS revisará y se responsabilizará de todo el trabajo de supervisión clínica realizado por el aprendiz.
- B. El DVCS empleará métodos de supervisión dirigidos a evaluar y desarrollar las competencias requeridas del aprendiz. Corresponde al supervisor determinar la necesidad de horas adicionales de formación y supervisión, basándose en el progreso de ese aprendiz para alcanzar la competencia en las áreas requeridas.⁸³

Punto de discusión: Los métodos de supervisión basados en las mejores prácticas deben utilizarse siempre que sea posible y apropiado para maximizar el aprendizaje y el desarrollo de las habilidades de supervisión del aprendiz.

- C. La frecuencia de las horas de supervisión presencial específicas para la supervisión de los servicios de violencia intrafamiliar será determinada por el DVCS.
- D. La modalidad apropiada para la supervisión será determinada por el DVCS basándose en las competencias, formación, educación y experiencia del supervisado, así como en el entorno del tratamiento. Los factores que se tendrán en cuenta son la seguridad de la comunidad y las necesidades del agresor, el entorno urbano frente al rural y la disponibilidad de recursos.
- E. Las modalidades de supervisión pueden incluir la supervisión individual o en grupo, la observación directa y la electrónica (como el teléfono, las teleconferencias e Internet). La supervisión presencial puede realizarse a través de videoconferencia. Todas las comunicaciones serán sincrónicas.
- F. El DVCS solicitará la opinión, como mínimo, de los miembros principales de la MTT (es decir, el proveedor de tratamiento, el oficial supervisor y el defensor de las víctimas del tratamiento) para ayudar en la evaluación de las competencias del aprendiz.
- G. El aprendiz deberá presentar las calificaciones de competencia del DVCS utilizando la "Evaluación basada en la competencia para la aprobación como supervisor clínico de la DVOMB", incluyendo una carta de recomendación y una narrativa que aborde lo siguiente cómo el aprendiz se ha mantenido al día en la bibliografía/investigación en el campo (por ejemplo, asistir a conferencias, formaciones, revistas, libros, etc.).
- H. El aprendiz debe seguir figurando en la lista de las áreas que está supervisando y debe mantener el cumplimiento de las Normas.

⁸³ Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.; Lynch, L. & Happell, B. (2008). Implementing clinical supervision: Part I: Laying the groundwork. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 57-64.

III. Producto del trabajo del aprendiz y competencias de supervisión

El aprendiz deberá demostrar el cumplimiento de las *Normas y Directrices* de la DVOMB completando todos los requisitos de la solicitud que incluyen, entre otros, la presentación de:

- A. Producto del trabajo de los servicios para agresores (por ejemplo, evaluaciones de agresores, planes de tratamiento y contratos). El producto del trabajo debe demostrar el máximo nivel de comprensión, aplicación y cumplimiento de las *Normas y Directrices*. El aprendiz debe demostrar su capacidad para desarrollar un producto de trabajo escrito altamente sofisticado que sea indicativo de sus habilidades para enseñar eficazmente a otros como supervisor.
- B. La evaluación de las competencias del aprendiz realizada por el DVCS indica que supera el nivel mínimo de competencia en cada categoría y demuestra un dominio de las competencias que sugiere que está preparado para supervisar a otras personas.

***Punto de discusión:** Es importante tener en cuenta que para ser aprobado como DVCS, un aprendiz debe demostrar su competencia en la evaluación de competencias DVCS con el fin de garantizar que está preparado para ser mentor y supervisor.*

IV. Requisitos de consulta entre pares para **supervisores clínicos de violencia intrafamiliar** tras la aprobación del ARC.

- A. El DVCS dispondrá de un mínimo de una hora de consulta por pares al mes con otro proveedor autorizado que también tenga licencia y, como mínimo, sea de nivel operativo completo. Esta consulta entre pares se documentará en cuanto a la hora, la fecha y quién asistió. La supervisión en grupo y las horas de supervisión formal individual también pueden aplicarse a este requisito. Las reuniones del grupo de trabajo local no contarán para el requisito de consulta mensual entre pares.
- B. La consulta presencial entre pares puede realizarse a través de videoconferencia (como teléfono, teleconferencia e Internet). Todas las comunicaciones serán sincrónicas.

VI. Colocación continua para supervisores clínicos de violencia intrafamiliar

Los DVCS volverán a solicitar la continuación de la colocación cada dos años o según lo determine la DVOMB utilizando la solicitud requerida (Solicitud 3: Solicitud de renovación bienal). La aprobación para continuar en la lista se basa en que el DVCS cumpla todos los criterios siguientes y está sujeta a discreción del ARC:

- A. La formación continua para DVCS consistirá en la realización de 20 horas cada dos (2) años en áreas temáticas relevantes para la mejora del tratamiento con agresores de violencia intrafamiliar, y la mejora de la supervisión con supervisados. Como opción para acumular horas de formación continua, no más de la mitad de las horas de formación continua requeridas pueden demostrarse a través de educación y formación comunitaria documentada sobre temas relacionados con la violencia intrafamiliar. De las 20 horas, se incluirá formación sobre diversidad, equidad e inclusión, y formación sobre seguridad y dinámica de las víctimas. Además, el DVCS deberá completar la formación de refuerzo de *Normas y actualización de políticas de la DVOMB* y una formación de *refuerzo del DVRNA* cada dos años.
- B. Presentar cartas de referencia que demuestren la coordinación del MTT.
- C. Reconocer el cumplimiento de cualquier actualización realizada a las Normas y Directrices de la DVOMB desde su aprobación inicial.
- D. Cumplir con todos los demás requisitos que se indican en la solicitud y en las Políticas Administrativas de la DVOMB.

9.05 Requisitos de la solicitud de evaluador especializado previo a la sentencia para obtener el estado de aprobado

Los proveedores de nivel operativo completo (FOL, por sus siglas en inglés) o los proveedores de nivel asociado que estén solicitando el estado de FOL, y estén buscando una inclusión adicional como evaluador previo a la sentencia especializado, deberán solicitarlo utilizando la solicitud requerida (Solicitud de inclusión a la lista de evaluación previa a la sentencia). La aprobación se basa en que el proveedor de nivel operativo completo o los proveedores de nivel asociado que soliciten el estado de FOL cumplan todos los criterios siguientes y a discreción del ARC:

I. Criterios educativos y de experiencia

El proveedor de nivel operativo completo o el proveedor de nivel asociado que soliciten FOL deberá:

- A Poseer una licencia profesional de salud mental del Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (DORA), y no estar bajo una acción disciplinaria actual que el ARC determine que impediría la capacidad del solicitante para ejercer como proveedor autorizado de la DVOMB. Las certificaciones y candidaturas no cumplen este requisito.
- B Poseer un mínimo de 21 horas de formación específica en estrategias avanzadas de evaluación, técnicas, procedimientos para llevar a cabo evaluaciones forenses obtenidas en los últimos cinco (5) años naturales.
- C Poseer un mínimo de 50 horas de experiencia realizando evaluaciones de agresores previas a la sentencia por violencia intrafamiliar.
- D Demostrar competencia de acuerdo con las respectivas normas profesionales del solicitante y una ética coherente con las normas aceptadas de la práctica de las evaluaciones de agresores de violencia intrafamiliar.
- E Estar evaluado como competente de las competencias del evaluador de la DVOMB por un DVCS que también esté aprobado como evaluador previo a la sentencia especializado.

II. Requisitos de supervisión para los aspirantes a la lista de evaluador previo a la sentencia:

- A El DVCS revisará y cofirmará todas las evaluaciones previas a la sentencia realizadas por el proveedor a tiempo completo o los proveedores de nivel asociado que soliciten el estado de FOL.
- B En el caso de los proveedores de nivel asociado que soliciten simultáneamente convertirse en proveedores de nivel operativo completo, el DVCS será responsable de todo el trabajo clínico realizado por el solicitante y las evaluaciones previas a la sentencia serán facilitadas conjuntamente.
- C El DVCS empleará métodos de supervisión destinados a evaluar y desarrollar las competencias requeridas. Corresponde al supervisor determinar la necesidad de horas adicionales de formación y supervisión, basándose en que el progreso del individuo en la⁸⁴supervisión presencial puede estar alcanzando la competencia para realizar dicho tratamiento. completado a través de videoconferencia. Todas las comunicaciones serán sincrónicas.
- D La frecuencia de horas de supervisión presencial específica para las evaluaciones de la sentencia por violencia intrafamiliar se calcula del siguiente modo:

⁸⁴ Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.; Lynch, L. & Happell, B. (2008). Implementing clinical supervision: Part I: Laying the groundwork. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 57-64.

Contacto clínico directo	Supervisión mínima
Horas al mes	Horas al mes
0-59	2
60-79	3
80 o más	4

- III. Los proveedores de nivel asociado deberán demostrar el cumplimiento de las *Normas y Directrices* de la DVOMB completando todos los requisitos de la solicitud que incluyen, entre otros, la presentación de:
- A. Productos de trabajo de los servicios para agresores (por ejemplo, evaluaciones de agresores, planes de tratamiento y contratos) que alcancen o superen los requisitos mínimos de las *Normas y Directrices* de la DVOMB y que representen un trabajo indicativo de sus capacidades para desarrollar y formar a otros a través de la cofacilitación de otros.
 - B. Cartas de referencia que demuestren la coordinación del MTT.
 - C. La evaluación de las competencias del proveedor de nivel asociado realizada por el DVCS indica que superan el nivel mínimo de competencia en cada categoría y demuestran el dominio de las competencias.

9.06 Poblaciones específicas de agresores⁸⁵

La población específica de agresores (SOP) es una categoría de lista para agresores femeninos o LGBTQIA+. Una vez autorizadas por la DVOMB, estas personas podrán prestar servicios de violencia intrafamiliar a esa población designada.

Para poder prestar servicios a las poblaciones específicas de agresores (SOP) identificadas por la DVOMB, el candidato de nivel asociado o el proveedor autorizado deberá obtener el correspondiente estado de aprobación específico para prestar servicios de violencia intrafamiliar a dicha población. Actualmente hay dos poblaciones específicas de agresores que requieren la aprobación de la DVOMB antes de que puedan prestarse servicios a los agresores de violencia intrafamiliar (por ejemplo, evaluación, tratamiento, defensa): mujeres agresoras y agresores LGBTQIA+.

⁸⁵ Una población específica de agresores se define como un grupo de individuos que comparten una o más características comunes como la raza, la religión, la etnia, el idioma, el sexo, la edad, la cultura, la orientación sexual o la identidad de género que permitirían considerar al grupo como culturalmente sensible al agresor.

Los candidatos de nivel asociado o los proveedores aprobados que busquen la inclusión en una lista adicional como con agresores mujeres, agresores LGBTQIA+, o ambos, deberán solicitarlo utilizando la solicitud requerida (solicitud para figurar en la lista de SOP). La aprobación se basa en que el candidato de nivel asociado o el proveedor autorizado cumpla todos los criterios siguientes y a discreción del ARC:

I. Criterios de experiencia y formación

El candidato de nivel asociado o proveedor autorizado deberá:

- A. Tener 50 horas de contacto presencial general con clientes con esa población específica. Basándose en la evaluación de competencias por parte del SOP DVCS SOP del solicitante, estas horas pueden demostrarse con servicios a poblaciones de violencia intrafamiliar implicadas y no implicadas en la justicia, incluyendo otros servicios de salud mental o abuso de sustancias obtenidos bajo un registro DORA válido. Todas las horas presenciales adquiridas con agresores de violencia intrafamiliar se obtendrán cofacilitando con un proveedor autorizado que esté autorizado con esa población específica, que sea de nivel operativo completo o un DVCS.
- B. Tener un mínimo de 14 horas de formación SOP para agresores de violencia intrafamiliar. Con el fin de cumplir con todas las competencias requeridas, el DVCS puede requerir formación adicional en áreas en las que el solicitante pueda necesitar crecimiento y mejora. Las horas de formación SOP también pueden utilizarse en aplicaciones nuevas o adicionales, en las categorías de formación adecuadas.

II. Requisitos de supervisión para los que buscan figurar en la lista de SOP:

- A. El candidato de nivel asociado o proveedor autorizado debe trabajar bajo la supervisión de un DVCS que esté aprobado para trabajar con la población específica de agresores correspondiente (denominado SOP DVCS) mientras completa el proceso de solicitud.
- B. El DVCS recabará la opinión, como mínimo, de los miembros principales del MTT (es decir, el proveedor de tratamiento, el funcionario supervisor de la justicia penal, el defensor de las víctimas del tratamiento) con el fin de ayudar en la evaluación de las competencias de SOP del solicitante.
- C. La modalidad apropiada para la supervisión será determinada por el DVCS basándose en las competencias, formación, educación y experiencia del supervisado, así como en el entorno del tratamiento. Los factores que se tendrán en cuenta son la seguridad de la comunidad y las necesidades de los agresores, el entorno urbano frente al rural y la disponibilidad de recursos.
- D. Las horas de supervisión clínica de violencia intrafamiliar de la población específica de agresores pueden ser en conjunto con los requisitos de horas de supervisión de las horas de supervisión requeridas del supervisado.
- E. Las modalidades de supervisión pueden incluir la supervisión individual o en grupo, la observación directa y la electrónica (como el teléfono, las teleconferencias e Internet). La supervisión presencial puede realizarse a través de videoconferencia. Todas las comunicaciones serán sincrónicas. Las reuniones del grupo de trabajo no son una modalidad aceptable de supervisión para la supervisión SOP o la consulta entre pares.

III. El candidato de nivel asociado o proveedor autorizado deberá demostrar el cumplimiento de las *Normas y Directrices* de la DVOMB completando todos los requisitos de la solicitud que incluyen, entre otros, la presentación de:

- A. Productos de trabajo de los servicios para agresores (por ejemplo, evaluaciones de agresores, planes de tratamiento y contratos) que cumpla o supere los requisitos mínimos de las *Normas y Directrices* de la DVOMB.
- B. Cartas de referencia que demuestren la coordinación del MTT.
- C. Evaluación por parte del DVCS de las competencias de SOP para el candidato a nivel asociado o el proveedor autorizado, indicando que cumple o supera la competencia mínima en cada categoría y demuestra el dominio de las competencias.

IV. Requisitos para los proveedores autorizados que figuran en la lista de SOP:

- A. Requisitos de supervisión continua para los **proveedores autorizados de SOP**:
 - 1. Según el nivel de aprobación, los proveedores autorizados de SOP con licencia y sin licencia deben tener:
 - a. Supervisión clínica de violencia intrafamiliar acorde con los requisitos del nivel de autorización actual (por ejemplo, nivel asociado). El supervisor clínico de violencia intrafamiliar también debe tener la misma autorización de SOP.
 - b. Consulta entre pares acorde con los requisitos del nivel de autorización actual, (por ejemplo, FOL, DVCS). El consultor entre pares también debe poseer la misma autorización SOP.
 - 2. La supervisión de SOP o la consulta entre pares, se realizará siguiendo las Normas de esta Sección 9.06, II.
- B. Colocación continua para proveedores autorizados de población específica de agresores aprobada:
 - 1. Todos los proveedores autorizados deberán volver a solicitar la colocación continua cada dos años o según lo determine la Junta.
 - 2. Los proveedores autorizados de SOP deben completar una parte de su formación continua para incluir temas en la SOP aprobado.

Nota: Las investigaciones citadas en este documento hablan de los beneficios de la supervisión clínica, la formación de los terapeutas y las competencias de los terapeutas, pero no dictaminan específicamente su necesidad.

9.07 Proveedor de teleterapia

I. El candidato de nivel asociado o proveedor autorizado deberá presentar su solicitud utilizando la solicitud requerida (solicitud de teleterapia). La aprobación se basa en que el aprendiz o el proveedor autorizado cumpla todos los criterios siguientes y está sujeta a discreción del ARC. El candidato de nivel asociado o proveedor autorizado deberá:

- A. Poseer 25 horas de experiencia de asesoramiento general en la realización de servicios de telesalud,

O

Poseer una certificación en teleterapia (por ejemplo, PESI, Inc.)

- B. Demostrar competencia con el uso de la teleterapia y su aplicación conforme a las Normas y Directrices de la DVOMB.
 - C. Utilizar una plataforma aprobada por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y poseer un Acuerdo de Asociados Comerciales (BAA, por sus siglas en inglés) válido.
 - D. Recibir la cantidad necesaria de supervisión para llegar a ser competente en la prestación de servicios de telesalud a agresores.
 - E. Cumplir todos los requisitos de la solicitud asociados a este estado de inclusión en la lista.
- II. Requisitos de supervisión para los que trabajan para obtener la aprobación en teleterapia:
- A. El DVCS revisará y firmará conjuntamente todas las notas de las sesiones de violencia intrafamiliar, los planes de tratamiento, los informes de revisión del plan de tratamiento, las evaluaciones y todos los demás informes y documentación del solicitante. La DVCS es responsable de todo el trabajo clínico sobre violencia intrafamiliar realizado por el solicitante.
 - B. El DVCS empleará métodos de supervisión destinados a evaluar y desarrollar las competencias requeridas. Corresponde al supervisor determinar la necesidad de horas adicionales de formación y supervisión, basándose en el progreso de ese individuo en la consecución de la competencia para llevar a cabo dicho tratamiento.⁸⁶
 - C. La frecuencia de las horas de supervisión presencial específicas para el tratamiento o la evaluación de violencia intrafamiliar se calcula como sigue:

Contacto clínico directo	Supervisión mínima
Horas al mes	Horas al mes
0-59	2
60-79	3
80 o más	4

- D. La modalidad apropiada para la supervisión será determinada por el supervisor clínico de violencia intrafamiliar basándose en la formación, la carga de trabajo, la educación, la experiencia del supervisado, el trabajo hacia las competencias del proveedor y el juicio profesional del DVCS. Los factores que se tendrán en cuenta son la seguridad de la comunidad y las necesidades de los agresores, el entorno urbano frente al rural y la disponibilidad de recursos.
- E. Las modalidades de supervisión pueden incluir la supervisión individual o en grupo, la observación directa y la electrónica (como el teléfono, las teleconferencias e Internet). La supervisión presencial puede realizarse a través de videoconferencia. Todas las comunicaciones serán sincrónicas.
- F. El DVCS evaluará al solicitante en las competencias de teleterapia y solicitará la opinión, como mínimo, de los miembros principales del MTT (es decir, el proveedor de tratamiento, el oficial supervisor y el defensor de las víctimas del tratamiento) para ayudar en la evaluación de las competencias del solicitante.

⁸⁶ Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.; Lynch, L. & Happell, B. (2008). Implementing clinical supervision: Part I: Laying the groundwork. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 57-64.

- III. Requisitos de supervisión continua para los proveedores autorizados de teleterapia:
- A. En el curso de la supervisión requerida, los proveedores autorizados de nivel asociado abordarán la teleterapia en la medida necesaria con un DVCS que esté autorizado para la teleterapia.
 - B. En el transcurso de la consulta entre pares requerida, los proveedores de nivel operativo completo y autorizados de la DVCS abordarán la teleterapia en la medida necesaria con un consultor paritario. El consultor paritario también debe estar autorizado para la teleterapia.
- IV. Colocación continua para el estado de teleterapia
- A. La formación continua para proveedores autorizados que figuren en la lista de teleterapia consistirá en la realización de un mínimo de 1 hora reloj cada dos años en áreas relevantes para mejorar las competencias del proveedor en la prestación de servicios de tratamiento y evaluación con agresores de violencia intrafamiliar por orden judicial.

Guía de referencia para los solicitantes

Requisitos	Licenciatura y credenciales DORA (una de las siguientes opciones)	Requisitos administrativos	Supervisión clínica	Aprobación
Candidatura a nivel asociado	<ul style="list-style-type: none"> Poseer un título universitario o superior en un campo de las ciencias de la conducta con formación y experiencia como orientador o psicoterapeuta Poseer un título universitario en cualquier campo con un mínimo de una credencial de especialista certificado en adicciones Poseer un título universitario en cualquier campo con un mínimo de una credencial de técnico certificado en adicciones (CAT) Ser un estudiante de nivel de máster que participe en unas prácticas clínicas formales o prácticas de campo durante la parte final de su titulación conducente a la matriculación para poder ser incluido en la lista de DORA 	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdo de supervisión clínica Comprobación de antecedentes penales estatales y federales Comprobación de antecedentes civiles 	<ul style="list-style-type: none"> Mínimo de 2 a 4 horas al mes en función del número de horas de contacto clínico directo 	<p>Tras la aprobación, el solicitante aparece como candidato de nivel asociado en la lista de proveedores autorizados y dispone de 12 meses para presentar una solicitud de nivel de práctica para el nivel asociado.</p> <p>Se requiere supervisión clínica continua tras la autorización.</p>

*Junta de Gestión de Agresores de Violencia Intrafamiliar de Colorado
Normas y Directrices para agresores de violencia intrafamiliar*

Requisitos	Titulación y credenciales DORA	Horas de experiencia			Horas de formación	Supervisión clínica y consulta entre pares	Aprobación
		Asesoramiento general*	Tratamiento y evaluación de la violencia intrafamiliar	Tratamiento del abuso de sustancias			
Nivel asociado*	Poseer una licencia profesional de salud mental, una certificación de uso de sustancias, o figurar como candidato a una licencia de salud mental o una certificación de uso de sustancias, o figurar como psicoterapeuta sin licencia en el DORA.	300 horas un mínimo de 15 horas de supervisión individual**	54 horas para los solicitantes con un máster 108 horas para solicitantes con un título universitario	25 horas	DV100 - 1.5 horas DV101 - 7 horas DV102 - 7 horas DV103 - 7 horas 14 Horas de seguridad y dinámica de las víctimas Total: 36.5 horas	Mínimo de 2 a 4 horas de supervisión clínica sobre violencia intrafamiliar al mes en función del número de horas de contacto clínico directo.	Tras la aprobación, el solicitante figurará como nivel asociado en la lista de proveedores autorizados. Se requiere supervisión clínica continua.
Nivel operativo completo*	Poseer una licencia profesional de salud mental, una certificación de uso de sustancias o figurar como psicoterapeuta sin licencia de DORA.	600 horas un mínimo de 50 horas de supervisión individual**	500 horas	50 horas	50 horas para solicitantes con un máster 100 horas para solicitantes con una licenciatura	Mínimo de 1 hora de consulta entre pares al mes	Tras la aprobación, el solicitante figurará como nivel operativo completo en la lista de proveedores autorizados. No se requiere supervisión clínica.
Aprendiz de supervisor clínico de violencia intrafamiliar (DVCS)*	Ser titular de una licencia o certificación que figure en la lista de DORA como: <ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo licenciado • Trabajador social clínico licenciado • Consejero profesional licenciado • Terapeuta matrimonial y familiar licenciado • Consejero licenciado en adicciones 	Un mínimo de 100 horas proporcionando supervisión clínica general durante los últimos 5 años.	1000 horas	N/A	21 horas de formación en supervisión clínica 49 Horas de formación específica sobre el abuso de sustancias y la adicción.	Un mínimo de 2 a 4 horas de supervisión clínica sobre violencia intrafamiliar al mes, en función del número de horas de contacto clínico directo necesarias durante el aprendizaje.	Tras la aprobación, el solicitante aparece como Aprendiz DVCS en la lista de proveedores autorizados. El aprendiz puede solicitar ser DVCS y si se aprueba, figuraría como DVCS en la lista de proveedores autorizados

* Existen requisitos de formación continua para cada nivel de práctica. Consulte la sección 9.0 para obtener más información.

** Los candidatos a nivel asociado con un CAS o superior o un máster en asesoramiento pueden demostrar las horas de asesoramiento general con expedientes académicos, licencias o certificaciones.

10.0 Normas administrativas

10.01 Sin violencia: Los proveedores aprobados deberán estar libres de violencia en sus propias vidas.

10.02 Condenas penales:

- a) Los proveedores aprobados no deberán tener una condena por violación de una ordenanza municipal, delito menor, delito grave, ni haber aceptado por un tribunal una declaración de culpabilidad o nolo contendere por violación de una ordenanza municipal, delito menor o delito grave si la violación de la ordenanza municipal, delito menor o delito grave está relacionada con la capacidad del proveedor aprobado para ejercer según estas Normas. Una copia certificada de la sentencia de un tribunal de jurisdicción competente de dicha condena o declaración será prueba concluyente de dicha condena o declaración.

Punto de discusión: Un solicitante puede presentar una carta solicitando información al Comité de Revisión de Solicitudes sobre sus antecedentes penales antes de presentar una solicitud y recibir información sobre si esos antecedentes penales pueden impedir que se le apruebe como proveedor de tratamiento.

- b) Los proveedores aprobados no participarán en actividades delictivas.

10.03 Respeto y no discriminación: Los proveedores aprobados deberán comunicarse y ser respetuosos con la singularidad de todas las personas. Un proveedor aprobado no practicará, condonará, facilitará ni colaborará con ninguna forma de discriminación.

10.04 Abuso de sustancias: Los proveedores aprobados no abusarán de las drogas ni del alcohol.

10.05 Honorarios para los agresores: Que el agresor pague su propia evaluación y tratamiento es un indicador de responsabilidad y deberá incorporarse al plan de tratamiento. Todos los proveedores aprobados ofrecerán servicios de evaluación y tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar basados en una tarifa de escala móvil. (Consulte el Glosario de términos, Apéndice C)

10.06 Registros de agresores: Todos los proveedores aprobados tendrán documentación escrita de la información de evaluación del agresor, el plan de tratamiento, las revisiones del plan de tratamiento, el contrato del agresor, las notas del caso, el progreso observado del agresor, la asistencia, el pago de cuotas, los contactos colaterales y los registros, el registro de remisiones, las violaciones del contrato del agresor, los informes mensuales a Libertad Condicional y el resumen de alta. Además, los proveedores aprobados que trabajen con agresores de violencia intrafamiliar deberán cumplir las normas de mantenimiento de registros establecidas por sus grupos profesionales. Las preguntas relativas a la conservación de registros profesionales deberán dirigirse al Departamento de Agencias Reguladoras.

10.07 Confidencialidad: Un proveedor aprobado no revelará las comunicaciones confidenciales de conformidad con la Sección 12-43-218, C.R.S.

10.08 Divulgación de la información: Al inscribir a un cliente en el tratamiento, el proveedor deberá obtener ciertas autorizaciones firmadas de confidencialidad basadas en el consentimiento informado del cliente. La información se facilitará de forma que sea fácilmente comprensible, verbalmente y por escrito, en la lengua

materna de la persona o a través de otros modos de comunicación que puedan ser necesarios para mejorar la comprensión. El proveedor deberá obtener las siguientes autorizaciones, cada una de las cuales deberá cumplimentarse como un documento independiente con la firma del cliente:

- a) Exención de tratamiento requerida: Esta exención explicará que la información escrita y verbal será compartida entre las siguientes personas: víctima(s) de registro, todos los miembros del MTT y, si procede, se extenderá al Departamento de Servicios Humanos o a otras personas u organismos responsables de la supervisión del cliente. Otras liberaciones de confidencialidad pueden incluir a la(s) ex pareja(s) del agresor, el terapeuta actual o pasado o el proveedor aprobado, y cuando esté justificado, cualquier tutor ad litem u otros profesionales que trabajen en nombre de las víctimas adultas e infantiles del agresor. El proveedor documentará cualquier excepción a esta Norma.
- b) Tratamiento adjunto requerido o liberación de intervención: En el caso de los clientes a los que se recomiende y se prevea someter a un tratamiento o intervención complementarios necesarios para abordar un problema concurrente como segundo contacto además del tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar, esta liberación deberá cumplir todas las normativas estatales y federales.
- c) Exención requerida para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias: En el caso de los clientes sometidos a un tratamiento de trastornos por consumo de sustancias coexistente con el tratamiento de agresores por violencia intrafamiliar, esta exención deberá cumplir las disposiciones de 42 C.F.R. § 2.31.
- d) Exención de investigación: El proveedor presentará esta exención para que el cliente dé su consentimiento informado voluntario. El cliente puede aceptar una exención de confidencialidad para que la información se comparta con la Junta con fines de investigación relacionados con la evaluación o aplicación de las Normas y Directrices para la gestión de agresores de violencia intrafamiliar en Colorado, de conformidad con 45 CFR § 164.508.

Punto de discusión: La exención de la investigación es voluntaria y debe presentarse para que el cliente la revise y determine si se trata de un consentimiento informado voluntario. Todas las demás exenciones son necesarias para el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar.

10.09 Los proveedores aprobados tienen el deber de advertir tal y como se define en la Sección 13-21- 117, C.R.S. Si el agresor muestra signos de peligro inminente o comportamientos escalados que puedan llevar a la violencia, el proveedor aprobado deberá:

- a) Ponerse en contacto con la víctima o con la persona a la que se dirige la amenaza y con los servicios para víctimas, si procede;
- b) Notificar a las fuerzas policiales cuando proceda;
- c) Ponerse en contacto con la agencia de justicia penal responsable para discutir las respuestas apropiadas. La respuesta incluirá, entre otras cosas, una evaluación por parte del MTT del tratamiento actual y una decisión sobre si los cambios en el tratamiento son apropiados en función de las mayores necesidades de contención del agresor.

- 10.10 Deber de advertir:** Los proveedores aprobados están obligados por ley a denunciar el maltrato o la negligencia infantil de acuerdo con el estatuto Sección 19-3-304, C.R.S.
- 10.11 Delitos relacionados con conductas sexuales ilícitas:** Cuando exista una condena por un delito cuya base fáctica subyacente haya sido encontrada por el tribunal en el expediente para incluir un acto de violencia intrafamiliar, y la condena incluya un delito sexual como se define en la Sección 16-11.7- 102 (3), C.R.S. o un delito que el tribunal encuentre en el expediente para incluir una base fáctica subyacente de un delito sexual, entonces ese agresor será evaluado y tratado de acuerdo con las Normas y Directrices de la Junta de Gestión de agresores Sexuales de Colorado para la Evaluación, Valoración, Tratamiento y Vigilancia Conductual de agresores Sexuales Adultos.
- 10.12 Datos sobre el tratamiento:** Los proveedores aprobados participarán y cooperarán con los proyectos de investigación de la Junta relacionados con la evaluación o implementación de las Normas o la gestión de agresores de violencia intrafamiliar en Colorado de acuerdo con la Sección 16-11.8-103(4)(b)(IV), C.R.S.
- 10.13 Información de contacto del proveedor aprobado:** Los proveedores aprobados son responsables de notificar a la Junta por escrito cualquier cambio en el nombre del proveedor, dirección, número de teléfono, nombre del programa, Defensor de Víctimas de Tratamiento, Supervisor Clínico de violencia intrafamiliar o Consultor de Pares y cualquier ubicación adicional de Tratamiento, a más tardar 2 semanas después de cualquier cambio.
- 10.14 Auditoría de proveedores aprobados:** La Junta podrá auditar a un proveedor aprobado para comprobar el cumplimiento de las Normas y Directrices cuando sea necesario. La auditoría puede incluir: revisiones in situ de la aplicación de las políticas y procedimientos administrativos y del programa, entrevistas con el personal, revisión de los expedientes de los casos, observación del programa y entrevistas con la comunidad, o solicitud de comentarios.
- 10.15 Reclamaciones:** Cualquier víctima, agresor o miembro de la comunidad que tenga dudas o preguntas sobre un proveedor aprobado o sus prácticas de tratamiento puede ponerse en contacto con la Junta. Las quejas y reclamaciones deben presentarse por escrito a la Junta o al Departamento de Agencias Reguladoras (DORA). Todas las quejas y reclamaciones recibidas por la Junta serán remitidas a DORA y tratadas por la junta de DORA correspondiente.
- 10.16 Infracciones de las normas:** Las violaciones de estas Normas y Directrices pueden ser motivo de acción por parte de la Junta de conformidad con la Sección 16-11.8-103, C.R.S.
- 10.17 Variaciones:** Un proveedor aprobado puede solicitar una variación de las Normas y Directrices que estará sujeta a la aprobación del Comité de Revisión de Solicitudes. Las variantes pueden referirse a dificultades económicas o a la defensa de las víctimas y suelen aplicarse a las zonas rurales.

Apéndices

- Apéndice A: Declaración de la DVOMB sobre la evaluación y el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar no implicados en la justicia
- Apéndice B: Directrices de buenas prácticas sobre la visión general para trabajar con una población específica de agresores
- I. Agresores de violencia intrafamiliar en relaciones homosexuales
 - II. Mujeres agresoras de violencia intrafamiliar
- Apéndice C: Glosario de términos
- Apéndice D: Políticas administrativas
- Apéndice E: Recurso y guía de términos y conceptos de las normas de evaluación previa o posterior a la sentencia
- Apéndice F: Bibliografía
- Apéndice G: Trabajar con agresores de violencia intrafamiliar en las Fuerzas Armadas
- Apéndice H: Directrices para promover relaciones sexuales sanas
- Apéndice I: Requisitos y criterios para la teleterapia con agresores de violencia intrafamiliar
- Apéndice J: Directrices para agresores jóvenes adultos

Apéndice A: Declaración de la DVOMB sobre la evaluación y el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar no implicados en la justicia

Adoptada el 9 de septiembre de 2011

la DVOMB entiende que a los proveedores de tratamiento de violencia intrafamiliar (DV) aprobados a veces se les presentan personas que buscan evaluación y tratamiento de violencia intrafamiliar que no han sido acusadas o condenadas por delitos de DV. Dicha evaluación y tratamiento quedan fuera del mandato estatutario de la DVOMB y, por lo tanto, no están sujetos directamente a las *Normas y Directrices de la DVOMB*. La DVOMB no se opone a que los proveedores aprobados de Tratamiento de DV proporcionen evaluación y tratamiento a dichas personas, utilizando el juicio profesional y ético de los proveedores de manera apropiada, y utilizando las *Normas y Directrices* de la DVOMB como el proveedor considere apropiado.



Apéndice B: Visión general para trabajar con poblaciones específicas de agresores

La Junta reconoce que el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar es un campo especializado en desarrollo. Las *Normas y Directrices* se basan en las mejores prácticas conocidas hasta la fecha para la gestión y el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar.

Cada vez se es más consciente de la importancia de diseñar y aplicar programas de tratamiento específicos y sensibles a las diversas poblaciones. **Las Normas y Directrices no reflejan** específicamente la conciencia o sensibilidad hacia las diferencias dentro de poblaciones específicas de agresores. **Estos apéndices pretenden complementar las Normas y Directrices en estas áreas.** La Junta se compromete a modificar y adaptar las técnicas, normas y principios de tratamiento para aquellas poblaciones específicas de agresores que estén representadas en el estado de Colorado.

Todas las directrices para trabajar con poblaciones específicas de agresores seguirán el mismo formato general que incluye las siguientes áreas de contenido:

- Requisitos de competencia, formación y experiencia para los proveedores
- Evaluación de los agresores
- Parámetros y dinámica del tratamiento
- Programa de áreas temáticas únicas
- Cuestiones de supervisión/consulta
- Defensa de las víctimas
- Recursos
- Bibliografía
- Definiciones

La Junta se mantendrá al corriente de la literatura y la investigación emergentes y modificará los documentos incluidos en este apéndice según **sea necesario**. Dado que la literatura y la investigación son de naturaleza evolutiva, este apéndice es un trabajo en curso.

La filosofía rectora de seguridad pública **y comunitaria** y de protección de las víctimas guiará a la Junta en el desarrollo de los criterios para trabajar con poblaciones específicas de agresores.

Apéndice B: Directrices de buenas prácticas para poblaciones específicas de agresores

I. Para proporcionar tratamiento a los agresores de violencia intrafamiliar en relaciones homosexuales

El 9 de junio de 2006, la Junta de Gestión de agresores de violencia intrafamiliar (DVOMB) adoptó formalmente estas Directrices. Las siguientes directrices se han elaborado para abordar los aspectos únicos del tratamiento con personas que han ejercido violencia contra una pareja del mismo sexo. Estas directrices pueden ser relevantes para las personas que se identifican como gays, lesbianas, bisexuales, transexuales, intersexuales, pansexuales, cuestionadores o queer (consulte I. Definiciones). Aunque la investigación y el tratamiento de la violencia intrafamiliar con algunas "minorías sexuales" (es decir, personas transexuales, intersexuales y pansexuales) es limitada, la experiencia de marginación y opresión atraviesa todas estas orientaciones e identidades. El proveedor de tratamiento no solo debe demostrar habilidad para abordar los problemas de violencia en las relaciones entre personas del mismo sexo (independientemente de cómo se identifique el agresor: es decir, un agresor varón identificado como "heterosexual" en una relación con un varón), el proveedor también debe reconocer las cuestiones relacionadas con la orientación y la identidad sexuales. Estas Directrices complementan las *Normas y Directrices* de la DVOMB y se encuentran en el Apéndice de las Normas.

Se creó un Subcomité de Población de Agresores Específico de la DVOMB para desarrollar estas Directrices. El Subcomité, compuesto por expertos estatales y locales en el campo de los malos tratos infligidos por parejas del mismo sexo (incluidos proveedores de tratamiento, proveedores de servicios y defensores de las víctimas, funcionarios de libertad condicional/correccionales y otros implicados en el sistema de justicia penal) colaboró en la creación de estas Directrices. La experiencia clínica y profesional, así como una revisión de la investigación y la literatura disponibles, sirvieron de base para estas directrices.

Los problemas de tratamiento exclusivos de los agresores en relaciones homosexuales requieren que los proveedores que trabajan con esta población tengan experiencia, conocimientos y habilidades de evaluación específicos para evaluar y proporcionar tratamiento a los agresores de forma eficaz. A continuación se describen cuestiones de formación, evaluación, tratamiento y supervisión relacionadas con el trabajo eficaz con agresores del mismo sexo.

Las cuestiones identificadas aquí deben integrarse en todo el tratamiento, en lugar de plantearse como algo separado del núcleo del programa de tratamiento.

A. Requisitos de competencia, formación y experiencia de los proveedores

1. Competencias mínimas: obtenidas a través de formaciones básicas o troncales (10.03 horas de formación)
 - Definiciones básicas/terminología: lesbiana, gay, bisexual, transexual, queer (LGBTQ). Consulte I. Definiciones
 - Homofobia/heterosexismo
 - Orientación sexual vs. Etapas de la Identidad de género en el proceso de salida del clóset (por ejemplo, Cass, Coleman, La Pierre; véase H. Bibliografía)
 - La función del sexo en las relaciones
 - Estereotipos de género
 - Violencia en las relaciones homosexuales: rueda de poder y control
 - Revelación LGBTQ
 - Delitos motivados por el odio LGBTQ
 - Discriminación del sistema: policía, tribunales, tratamiento
 - Marginación social: familia, iglesia, vivienda, empleo
 - Leyes/políticas/procedimientos de detención por causa probable
 - Doble arresto: agresor predominante vs. cocombatiente vs. verdadera víctima
 - Familiaridad con los recursos comunitarios para víctimas o agresores LGBTQ

2. Áreas críticas de formación: obtenidas a través de formaciones avanzadas (Ver G. Recursos y I. Bibliografía)
 - a. Homofobia/heterosexismo interiorizado
 - b. Etapas del desarrollo de una relación entre personas del mismo sexo
 - c. Modelos de conducta en las comunidades LGBTQ
 - d. Dinámicas o procesos de relación saludables
 - e. Crianza: adopción, acogida, nacimiento, coparentalidad
3. Requisitos de la experiencia de campo (10.04 Horas de experiencia)

B. Evaluación de los agresores

1. Aspectos singulares del historial de violencia (por ejemplo, vulnerabilidad a los delitos motivados por el odio)
2. Historial de detenciones y condenas previas, incluida la comprobación de antecedentes, implicación delictiva relacionada con la pareja. Casos penales anteriores en los que el agresor fue la víctima identificada.
3. Aspectos únicos de la historia de la relación (por ejemplo, más extensa que la estándar; acuerdo de relación respecto a la monogamia)
4. Aspectos únicos de la adicción a las drogas/alcohol y la recuperación. Historial de adicciones: Evaluaciones de drogas/alcohol (SSI, ASI, ASAM o DSM); "furia de la metanfetamina"; actividades delictivas relacionadas con la adicción.
5. Historial único de actividad sexual
6. Estereotipos de género en la(s) relación(es)
7. Problemas de salud únicos (por ejemplo, VIH, cáncer, hepatitis, ETS)
8. Información actual sobre delitos/arrestos: nivel de agresividad (agresor predominante vs. co-combatiente vs. verdadera víctima)
9. Nivel de homofobia interiorizada
10. Etapa de socialización LGBTQ
11. Etapa de salida del clóset
12. Nivel de aceptación/rechazo: familia, amigos, empleador, arrendador
13. Nivel de acceso a los recursos de apoyo LGBTQ
14. Preocupaciones únicas sobre el acoso
15. Evaluación de las relaciones
 - Estado actual de la relación
 - Evaluación de la mutualidad: ¿Ambos miembros de la pareja son maltratadores? ¿Solo el demandado es maltratador? ¿O solo la "víctima"? Acoso, hostigamiento, violencia potencial por parte de la pareja actual
 - Evaluación de la letalidad según proceda
 - Violencia previa: ¿Estuvo el acusado en otras relaciones abusivas como agresor o como víctima?
16. Evaluación de la ira: comportamientos cuando se enfada; "desencadenantes" de la ira; volatilidad emocional
17. Violación, antecedentes de abuso sexual, antecedentes de victimización en la infancia
18. Información actual sobre delitos/arrestos: nivel de agresividad (agresor predominante vs. co-combatiente vs. verdadera víctima)
19. Autodefensa de las víctimas

C. Parámetros y dinámica del tratamiento (10.08 Orientación sexual)

1. Grupos de agresores del mismo sexo: beneficios, retos, límites, estructura
2. Resistencia
3. Singularidad y aislamiento
4. Métodos únicos de victimización: exclusión de la víctima; invisibilidad de la víctima; desgenerización de la víctima
5. Impacto de la singularidad de la comunidad: confidencialidad limitada; amigos actuales frente a futuros socios
6. Finalización/alta
 - Aspectos únicos de la responsabilidad
 - Aspectos únicos del uso coherente del tiempo fuera
 - Mayor expectativa de una comunicación más abierta y honesta con la víctima
 - Roles menos estereotipados en la relación
 - Comportamiento social menos controlador
7. Cuestiones de seguridad únicas

D. Programa de áreas temáticas únicas que trabajan con agresores que mantienen relaciones homosexuales (10.06 Objetivos del tratamiento de agresores)

1. Las áreas temáticas LGBTQ abordadas aquí deben integrarse en todo el tratamiento, en lugar de enfocarse como algo separado del núcleo del programa del tratamiento
2. Etapas del proceso de revelación LGBTQ
3. Etapas del desarrollo de una relación LGBTQ
4. Modelos a seguir en las comunidades
5. Función del sexo en las relaciones 6. Estereotipos de género
7. Homofobia/heterosexismo
8. Revelación
9. Delitos de odio
10. Marginación del sistema
11. Discriminación del sistema

E. Cuestiones de supervisión/consulta (10.05 Supervisión)

El supervisor/consultor debe tener experiencia en el trabajo tanto con agresores como con víctimas y contar con la formación adecuada en ambas áreas.

F. Defensa de las víctimas (7.03 b)

1. Consideraciones únicas de defensa; por ejemplo, "alcance de socios".
2. Recomendaciones de formación
 - a. Definiciones básicas/terminología LGBTQ
 - b. Conocimiento de técnicas únicas de abuso (por ejemplo, homofobia interiorizada, salida del clóset, estado médico, estigmatización o aislamiento de la víctima)
 - c. Preocupaciones de seguridad únicas (por ejemplo, minimización, falta de casas seguras)
3. Recursos: CAVP, centro Q, terapeutas privados, grupos de apoyo

G. Recursos

1. Recursos comunitarios contra la violencia en las relaciones LGBTQ (por ejemplo, el Programa Antiviolenencia de Colorado)
2. Centros LGBTQ

3. Terapeutas especializados en LGBTQ
4. Proveedores de tratamiento aprobados por DVOMB/SOP
5. Formaciones DVOMB/SOP

H. Bibliografía

Lecturas sugeridas sobre violencia en las relaciones homosexuales:

- Balsam, K. F. (2001). Nowhere to hide: Lesbian battering, homophobia, and minority stress. *Women & Therapy, 23*(3), 25-37.
- Burke, L. K., & Follingstad, D. R. (1999). Violence in lesbian and gay relationships: Theory, prevalence, and correlational factors. *Clinical Psychology Review, 19*(5), 487-512.
- Coleman, V. E. (1994). Lesbian battering: The relationship between personality and the perpetuation of violence. *Violence & Victims, 9*(2), 139-152.
- Cruz, J. M., & Peralta, R. L. (2001). Family violence and substance use: The perceived effects of substance use within gay male relationships. *Violence & Victims, 16*(2), 161-172.
- Dutton, D. G., Landolt, M. A., Starzomski, A., & Bodnarchuk, M. (2001). Validation of the Propensity for Abusiveness Scale in diverse male populations. *Journal of Family Violence, 16*(1), 59-73.
- Hamberger, L. K., & Renzetti, C. (Eds.). (1996). *Domestic partner abuse*. New York, NY: Springer Publishing Co, Inc.
- Island, D., & Letellier (1991). *Men who beat the men who love them*. Binghamton, NY; Harrington Park Press.
- Kanuha, V. (1990). Compounding the triple jeopardy: Battering in lesbian of color relationships. *Women & Therapy, 9*(1-2), 169-184.
- Klinger, R. L. (1991). Treatment of a lesbian batterer. In C. Silverstein (Ed.), *Gays, lesbians, and their therapists: Studies in psychotherapy* (pp. 126-142). New York, NY: W. W. Norton & Co, Inc.
- Landolt, M. A., & Dutton, D. G. (1997). Power and personality: An analysis of gay male intimate abuse. *Sex Roles, 37*(5-6), 335-359.
- Letellier, P. (1994). Gay and bisexual domestic violence victimization: Challenges to feminist theory and responses to violence. *Violence & Victims, 9*(2), 95-106.
- Lobel, K. (Ed). (1986). *Naming the violence: Speaking out about lesbian battering*. Seattle, WA; Seal Press.
- Margolies, L., & Leeder, E. (1995). Violence at the door: Treatment of a lesbian batterer. *Violence Against Women, 1*(2), 139-157.
- Miller, A. J., Bobner, R. F., & Zarski, J. J. (2000). Sexual identity development: A base for work with same-sex couple partner abuse. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 22*(2), 189-200.
- Miller, D. H., Greene, K., Causby, V., White, B. W., & Lockhart, L. L. (2001). Domestic violence in lesbian relationships. *Women & Therapy, 23*(3), 107-127.
- Renzetti, C. M. (1992). *Violent betrayal: Partner abuse in lesbian relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Renzetti, C. M., & Miley, C. H. (Eds.). (1996). *Violence in gay and lesbian domestic partnerships*. New York, NY: Harrington Park Press/Haworth Press, Inc.
- Savin-Williams, R. C., & Cohen, K. M. (1996). Psychosocial outcomes of verbal and physical abuse among lesbian, gay, and bisexual youths. In R. C. Savin-Williams & K. M. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults* (pp. 181-200). Orlando, FL: Harcourt Brace College Publishers.
- Stahly, G. B., & Lie, G.-Y. (1995). Women and violence: A comparison of lesbian and heterosexual battering relationships. In J. C. Chrisler & A. Hemstreet (Eds.), *Variations on a theme: Diversity and the psychology of women* (pp. 51-78). Albany, NY: State University of New York Press.
- Tigert, L. M. (2001). The power of shame: Lesbian battering as a manifestation of homophobia. *Women & Therapy, 23*(3), 73-85.

- Waldner-Haugrud, L. K., & Gratch, L. V. (1997). Sexual coercion in gay/lesbian relationships: Descriptives and gender differences. *Violence & Victims*, 12(1), 87-98.
- Waldron, C. M. (1996). Lesbians of color and the domestic violence movement. In C. M. Renzetti & C. H. Miley (Eds.), *Violence in gay and lesbian domestic partnerships* (pp. 43-51). New York, NY: Harrington Park Press/Haworth Press, Inc.
- West, C. M. (1998). Leaving a second closet: Outing partner violence in same-sex couples. In J. L. Jasinski & L. M. Williams (Eds.), *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research* (pp. 163-183). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

I. Definiciones:

A lo largo de este documento, el acrónimo "LGBTQ" se utiliza para referirse a "GLBTQ" y "GLBTIQA", tal y como se definen a continuación.

1. **GLBTQ & GLBTIQA:** Estas letras se utilizan como abreviatura de la comunidad gay, lesbiana, bisexual, transexual, cuestionadora y aliada. La "I" de intersexual y la "A" de aliado suelen incluirse en esta "sopa de letras".
2. **Gay:** La palabra gay se utiliza generalmente para describir a los hombres que se sienten atraídos romántica y sexualmente por otros hombres. A veces se utiliza para referirse a la comunidad GLBTQ en general, pero la mayoría de las veces se refiere solo a los hombres homosexuales. Hay muchos otros términos utilizados para referirse a los hombres homosexuales, pero la mayoría de las veces son despectivos, ofensivos y a menudo dolorosos y no deberían utilizarse (por ejemplo, maricón, etc.).
3. **Lesbiana:** La palabra lesbiana se utiliza generalmente para describir a las mujeres que se sienten atraídas romántica y sexualmente por otras mujeres. Este término tiene su origen en la poetisa Safo, que vivió en una comunidad formada predominantemente por mujeres en la isla de Lesbos, en la antigua Grecia. Hay muchos otros términos utilizados para describir a las lesbianas, pero la mayoría de las veces son despectivos, ofensivos y a menudo dolorosos y no deberían utilizarse (por ejemplo, machorra, etc.).
4. **Bisexual:** El término bisexual se utiliza generalmente para describir a las personas que se sienten atraídas romántica o sexualmente por personas de más de un sexo o género.
5. **Sexo y género:** Es fácil confundir estos dos conceptos y términos; sin embargo, son diferentes. El sexo se refiere al sexo biológico de una persona. El género se refiere a su apariencia social, manierismos y roles.
6. **Transgénero:** La palabra transexual es un término general utilizado para referirse a las personas que trascienden el concepto tradicional de género. Muchos sienten que no son ni un hombre ni una mujer en concreto y muchos sienten que su sexo biológico (hombre, mujer, etc.) y su género socializado (hombre, mujer, etc.) no coinciden. Algunos optan por cambiar/reasignar su sexo a través de hormonas o cirugía y otros cambian su apariencia externa, o expresión de género, a través de la ropa, peinados, manierismos, etc. Muchas personas que se identifican como transexuales se sienten como si estuvieran confinadas en un sistema binario (hombre-mujer, hombre-mujer) que no se corresponde con lo que sienten ser. Si consideramos el género como un continuo y no como un concepto de "una cosa o la otra", tendremos una mejor idea para entender esta cuestión.
7. **Transexual:** Transexual se utiliza para describir a aquellas personas que recurren a la terapia hormonal o a la cirugía para alterar su sexo.
8. **Intersexuales:** La palabra intersexual se refiere a las personas que, a nivel genético, no son ni hombres ni mujeres. Son individuos cuyos cromosomas sexuales no son xx ni xy o que nacen con genitales ambiguos (hermafroditas). La cirugía realizada en la infancia o la niñez, sin el consentimiento informado, deja a algunos de estos individuos sintiéndose incompletos o alterados. Para más información, consulte la página web de la [Sociedad Intersexual de Norteamérica](#).

9. **Cuestionador:** Las personas que están en proceso de cuestionar su orientación sexual suelen necesitar apoyo y comprensión durante esta etapa de su identidad. Buscan información y orientación en su autodescubrimiento.
10. **Aliado:** Un aliado es una persona que apoya a la comunidad GLBTQ. Creen en la dignidad y el respeto de todas las personas y están dispuestos a asumir ese papel.
11. **Homosexual:** La palabra homosexual es un término científico inventado en el siglo XVIII para referirse a los individuos que se sienten atraídos sexualmente por su propio sexo/género. Este término no se utiliza mucho en la comunidad GLBTIQA, ya que se considera demasiado clínico.
12. **Heterosexual:** El término heterosexual se creó más o menos en la misma época para describir a los individuos que se sienten atraídos sexualmente por el sexo/género opuesto. Estas palabras siguen utilizándose ampliamente, aunque tienden a perpetuar una mentalidad de "nosotros contra ellos" y un sistema dicotómico de sexo/género.
13. **Hétero:** La palabra hetero es un argot utilizado para referirse a los miembros heterosexuales de nuestra comunidad.
14. **Heterosexismo y homofobia:** El término heterosexismo se refiere a la suposición de que todas las personas son heterosexuales y que la heterosexualidad es superior y más deseable que la homosexualidad. "Homofobia" se define como "el miedo y el odio irracionales a los homosexuales". Ambos son perpetuados por estereotipos negativos y son peligrosos para los individuos y las comunidades.
15. **Sexismo:** El término sexismo se refiere a la suposición de que la identidad de género o la expresión de género de una persona se ajustarán a los estereotipos tradicionalmente mantenidos asociados a su sexo biológico.
16. **Orientación sexual:** La orientación sexual de una persona se refiere a por quién se siente atraída sexual o románticamente. Algunas personas creen que se trata de una elección (una preferencia) y otras que es innato (las personas GLBT nacen así).
17. **Identidad de género:** La identidad de género de una persona es la forma en que define y actúa según su género. La expresión de género es cómo expresan su género.
18. **Salir del clóset:** El proceso de salir del clóset es el proceso mediante el cual las personas GLBTQ revelan su orientación sexual y su identidad de género a los demás. Es un proceso que dura toda la vida. Salir del clóset puede resultar difícil para algunos porque las reacciones de la sociedad y la comunidad varían desde la aceptación y el apoyo totales hasta la desaprobación, el rechazo y la violencia. [La página web de la Campaña](#) de Derechos Humanos tiene muy buena información y recursos sobre la salida del clóset.
19. **Queer:** El término queer tiene una historia de uso como nombre despectivo para los miembros de la comunidad GLBTQ (y Ally) y para aquellos cuya orientación sexual se percibe como tal. Muchas personas utilizan esta palabra de forma positiva para referirse a la comunidad; han reclamado el término como propio. No todo el mundo lo cree y se debe ser sensible al utilizarlo u oírlo ya que todavía existen muchas connotaciones negativas con su uso.
20. **Pansexual/Polisexual:** En los últimos años, los términos "pansexual" y "polisexual" se han unido a "bisexual" como términos que indican la atracción de un individuo por más de un género.

Tomado de the University of Southern Maine's Center for Sexualities and Gender Diversity website; Definitions assembled by Sarah E. Holmes (GLBTQA Resources Coordinator) and Andrew J. Shepard, 2000 and 2002.

Apéndice B: Directrices de buenas prácticas para poblaciones específicas de agresores

I. Para proporcionar tratamiento a las mujeres agresoras de violencia intrafamiliar

Las siguientes directrices se han elaborado para abordar los aspectos singulares del tratamiento con mujeres agresoras de violencia intrafamiliar. Estas Directrices complementan las *Normas y Directrices* de la DVOMB y se encuentran en el Apéndice de las Normas.

Se creó un Subcomité de Población de Agresores Específico de la DVOMB para desarrollar estas Directrices. El Subcomité, compuesto por expertos estatales y locales en el campo del tratamiento de mujeres y mujeres agresoras (incluidos proveedores de tratamiento, proveedores y defensores de servicios para víctimas, funcionarios de libertad condicional/correccionales y otros implicados en el sistema de justicia penal) colaboró en la creación de estas Directrices. La experiencia clínica y profesional, así como una revisión de la investigación y la literatura disponibles, sirvieron de base para estas directrices.

Los problemas de tratamiento exclusivos de las mujeres agresoras requieren que los proveedores que trabajan con esta población tengan experiencia, conocimientos y habilidades de evaluación específicos para evaluar y proporcionar tratamiento a las mujeres agresoras de forma eficaz. Aunque algunas mujeres agresoras pueden compartir raza, clase social u otras similitudes, se advierte a los proveedores de tratamiento que no enfoquen su trabajo con las mujeres agresoras ni hagan suposiciones sobre ellas desde una perspectiva de lente único. Las mujeres de color, por ejemplo, pueden tener experiencias vitales muy diferentes a las de las mujeres blancas, incluido el reto de negociar tanto la violencia de género como el racismo en sus vidas. Es imperativo que los proveedores de tratamiento estén preparados para evaluar y responder a la diversidad de experiencias y necesidades dentro de las poblaciones de mujeres agresoras. Los proveedores deben buscar la formación adecuada para trabajar eficazmente con mujeres que pertenezcan a minorías raciales o étnicas, que no hablen inglés, que tengan medios económicos limitados, que ejerzan la prostitución o el trabajo sexual o que se identifiquen como lesbianas, bisexuales o transexuales. A continuación se esbozan cuestiones generales de formación, evaluación, tratamiento y supervisión relacionadas con el trabajo eficaz con mujeres agresoras. Se anima a los proveedores a utilizar estas directrices como referencia y a buscar formación adicional para aumentar su competencia en el trabajo con diversos grupos de mujeres.

Las cuestiones identificadas aquí deberían integrarse en toda la evaluación de admisión y el tratamiento, en lugar de enfocarse como algo separado del núcleo del programa de tratamiento.

A. Requisitos de competencia, formación y experiencia de los proveedores

1. Competencias mínimas: obtenidas a través de formaciones troncales o básicas (10.03 horas de formación)
 - a. Sexismo, estereotipos de género, incluido el sexismo interiorizado.
 - b. La experiencia de las mujeres en cuestiones de raza, etnia y cultura; incluido el racismo interiorizado.
 - c. Supuestos de competencia y adaptabilidad de diversas culturas
 - d. Impacto único de la violencia sobre las mujeres
 - e. Orígenes de la ira, modos de ira, niveles de ira
 - f. Problemas traumáticos de la mujer (por ejemplo, aborto espontáneo, mortinato, aborto, violación, agresión sexual), incluido el abuso emocional/verbal.
 - g. Efectos de la violencia intrafamiliar en las víctimas
 - h. Cuestiones de apoyo a las víctimas, incluidos los planes de seguridad
 - i. Problemas de drogas/alcohol para mujeres y víctimas
 - j. Detenciones dobles: agresor predominante vs. cocombatiente vs. víctima
 - k. Leyes/políticas/procedimientos de detención por causa probable
 - l. Cuestiones de paternidad

2. Áreas críticas de formación: obtenidas a través de formaciones avanzadas (Consulte la sección "Recursos" y "Bibliografía")
 - a. Las mujeres y la ira: estereotipos de pasividad o indefensión de la mujer;
 - b. Prejuicios de raza y clase en el uso de la ira por parte de las mujeres.
 - c. Víctimas en defensa propia: distinguir la "legítima defensa" de la "represalia" o la "perpetración"
 - d. Trabajar con temas relacionados con el "perpetrador", "vengador" y "víctima" en el mismo grupo
 - e. Conocimiento profundo de la Norma 4.06 y CRS 18-6-801(1)(a) para las mujeres que han sido evaluadas como inadecuadas para el tratamiento de agresores de violencia intrafamiliar.
 - f. Abordar cuestiones penales del pasado (por ejemplo, Departamento de Correcciones [DOC])
 - g. Formación en competencia cultural
3. Requisitos de la experiencia de campo (10.04)

B. Evaluación de los agresores [la evaluación debe realizarse en la lengua principal/dominante del agresor]

1. Historial de detenciones y condenas previas, incluida la comprobación de antecedentes, implicación delictiva relacionada con la pareja (por ejemplo, fraude con cheques en nombre de la pareja, delitos relacionados con drogas con la pareja, prostitución/trabajo sexual). Casos penales anteriores en los que el agresor fue la víctima identificada (por ejemplo, violencia intrafamiliar, casos de agresión sexual)
2. La experiencia de violencia de la mujer agresor en su relación actual y las barreras para acceder a la aplicación de la ley y a otros servicios (por ejemplo, cuestiones de clase y económicas, situación de inmigración, racismo institucional, inaccesibilidad lingüística/cultural).
3. Posibles represalias por parte del socio.
4. Comportamientos físicamente abusivos perpetrados en el pasado
5. Historial de adicciones: evaluaciones de drogas/alcohol (SSI, ASI, ASAM o DSM); "furia de la metanfetamina"; actividades delictivas relacionadas con la adicción (por ejemplo, fraude con cheques, trabajo sexual)
6. Evaluación de las tácticas agresoras predominantes
7. Evaluación de las relaciones
 - a. Estado actual de la relación: Maltrato real o amenaza de maltrato continuado por parte de la pareja.
 - b. Evaluación de la mutualidad: ¿Ambos miembros de la pareja son maltratadores? ¿Solo el demandado es maltratador? ¿O solo la "víctima"?
 - c. Acoso, hostigamiento, violencia potencial por parte de la pareja actual
 - d. Evaluación de la letalidad según proceda
 - e. Violencia previa: ¿Estuvo el acusado en otras relaciones abusivas como agresor o como víctima?
8. Evaluación de la ira: comportamientos cuando se enfada; "desencadenantes" de la ira; volatilidad emocional
9. Violación, antecedentes de abuso sexual, antecedentes de victimización en la infancia
10. Problemas emocionales, psiquiátricos y de salud física agudos para las mujeres (por ejemplo, estrés posttraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) u otros problemas psiquiátricos relacionados con la victimización adulta/infantil; dificultades reproductivas, perimenopausia, menopausia; tasa de ideación suicida entre las mujeres supervivientes de violencia/trauma).
11. El uso de la violencia letal por parte de las mujeres (Consulte la sección "Bibliografía")
12. Roles de género y actitudes hacia las mujeres
13. Estereotipos de raza/clase; racismo interiorizado. En las parejas birraciales, creencias sobre la identidad racial propia o de la pareja.
14. Cuestiones de dependencia, incluida la socialización de la mujer para que dependa emocional y económicamente de su pareja masculina
15. Patrones de pensamiento delictivo exclusivos de las mujeres
16. Información actual sobre delitos/arrestos: nivel de agresividad (agresor predominante vs. co-combatiente vs. verdadera víctima)
17. Autodefensa de las víctimas

C. Parámetros y dinámica del tratamiento (10.08)

1. Se requieren grupos específicos de género.
2. El tratamiento debe realizarse en la lengua principal/dominante del agresor
3. Conciencia de tratamiento/sensibilidad ante las diferencias de raza, clase, cultura, idioma y orientación sexual dentro del grupo
4. Problemas traumáticos que afectan a las mujeres (por ejemplo, aborto, violación, aborto espontáneo, mortinato)
5. Uso clínico del procesamiento en grupo (por ejemplo, dinámica de interacción relacional frente a discusión didáctica de temas)
6. Inmediatez clínica (por ejemplo, "aquí y ahora" frente a "teórico o idealizado")
7. Empoderamiento sexual frente a compulsión
8. La respuesta al trauma y su efecto en el grupo: "gafas del trauma"
9. Fortalecer el ego sin dividir ni polarizar
10. Consideraciones sobre los centros penitenciarios (por ejemplo, el Departamento de Correcciones): tratamiento individual frente a tratamiento en grupo, grupos "en la cárcel", gestión especializada de casos
11. Grupos de diagnóstico dual
12. Ostracismo dentro del grupo (por ejemplo, límites frente a aislamiento)
13. Finalización/alta
 - a. Aspectos únicos de la responsabilidad
 - b. Aspectos únicos del uso coherente del tiempo fuera
 - c. Roles menos estereotipados en la relación
14. Parámetros de seguridad únicos
15. Planificación de la seguridad en respuesta al maltrato continuado en la relación Posibilidad de represalias por parte de la pareja

Programa de temas exclusivos/agudos para las mujeres (10.07)

Diferentes "tipos" de ira (por ejemplo, ira por derecho, ira basada en el "miedo al abandono", ira residual de una relación pasada, ira residual de la victimización previa de un adulto o un niño, problemas de ira y la ira apropiada como respuesta sana a la injusticia/violencia).

Problemas experimentados por las mujeres (por ejemplo, aborto, aborto espontáneo, mortinato, duelo, violación u otras agresiones sexuales, acoso sexual, abuso emocional/verbal). Injusticias sociales, raciales o de clase, percibidas o reales, experimentadas por algunas mujeres. Estas cuestiones pueden contribuir a la ira.

Integrar las cuestiones relacionadas con la crianza y la "maternidad" es fundamental para el éxito del tratamiento de muchas mujeres agresoras. Estas preocupaciones incluyen la custodia de los hijos, la seguridad de los niños, las habilidades parentales, la monoparentalidad, la reunificación, los hijastros, el cuidado de los niños, el apego, la custodia, las visitas, etc. Intervención de los Servicios de Protección de la Infancia.

Trauma de arresto y encarcelamiento experimentado por algunas agresoras femeninas Responsabilidad por el comportamiento, a pesar del comportamiento de la pareja (es decir, no culpabilización).

Cuestiones de supervisión/consulta (10.05)

El supervisor/consultor debe tener experiencia en el trabajo tanto con agresores como con víctimas y contar con la formación adecuada en ambas áreas.

Defensa de las víctimas (7.03 b)

1. La "defensa de la víctima" ante la víctima definida por el sistema puede describirse como "acercamiento a la pareja" en reconocimiento de que la mujer acusada puede ser de hecho la "víctima predominante" en la relación o de que la víctima definida por el sistema puede sentirse estigmatizada por el término "víctima".
2. Concienciación y formación en cuestiones de agresor predominante, detenciones dobles y detenciones de cocombatientes. (Referencia CRS 18-6-803.6)
3. Formación y experiencia para proporcionar defensa/apoyo en casos que impliquen a una víctima-agresor detenido indebidamente.
4. Conciencia y formación en el trabajo con diversos grupos de mujeres, incluyendo pero no limitándose a las diferencias de raza, clase, orientación sexual e identidad de género.

Recursos

Servicios/recursos comunitarios contra la violencia intrafamiliar

Para víctimas y agresores (heterosexuales, del mismo sexo, hombres, mujeres, transexuales) Terapeutas locales especializados en cuestiones de la mujer y violencia intrafamiliar Proveedores de tratamiento aprobados por DVOMB/SOP Formaciones recomendadas por DVOMB/SOP

Bibliografía

Investigación/literatura sobre la mujer y la salud mental, el suicidio, el trauma, la adicción y la criminalidad. Un estudio del Departamento de Justicia Penal de Colorado, *Community Corrections in Colorado: A Study of Program Outcomes and Recidivism, FY00-FY04* (publicado en mayo de 2006), indicaba que "...las mujeres en programas correccionales comunitarios solo para mujeres tenían tasas de reincidencia mucho más bajas que las mujeres en programas mixtos. Las tasas de reincidencia de las mujeres que completaron con éxito los programas exclusivamente femeninos fueron inferiores en aproximadamente un tercio, en comparación con las mujeres de los programas mixtos". http://dcj.state.co.us/ors/pdf/docs/Comm_Corr_05_06.pdf

Warden In Pink, de Tekla Miller (la ex alcaide describe las diferencias que observó entre los agresores masculinos y femeninos).

Lecturas recomendadas:

- Bachman, R. & Carmody, D. C. (1994). Fighting fire with fire: The effects of victim resistance in intimate versus stranger perpetrated assaults against females. *Journal of Family Violence*, 9(4), 317-331.
- Barnett, O. W., Lee, C. Y., & Thelen, R. E. (1997). Gender differences in attributions of self-defense and control in interpartner aggression. *Violence Against Women*, 3(5), 462-481.
- Bograd, M. (1988). Feminist perspectives on wife abuse: An introduction. In K. Yllo & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 11-26). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Caulfield, M. & Riggs, D. (1992). The assessment of dating aggression: Empirical evaluation of the conflicts tactics scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(4), 549-558.
- Coleman, V. E. (1994). Lesbian battering: The relationship between personality and the perpetuation of violence. *Violence and Victims*, 9(2), 139-152.
- Cook, P. W. (1997). *Abused men: The hidden side of domestic violence*. Westport, CT: Praeger.
- Dasgupta, S. D. (1999). Just like men? A critical view of violence by women. In E. Pence & M. Shepard (Eds.), *Coordinating community response to domestic violence: Lesson from the Duluth model* (pp. 195-222). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Dasgupta, S. D. & Warriar, S. (1996). In the footsteps of "Arundhati": Asian Indian women's experience of domestic violence in the United States. *Violence Against Women*, 2(3), 238- 259.
- Dasgupta, S.D. (2001). Towards an understanding of women's use of non-lethal violence in intimated heterosexual relationships. Manavi, Inc.
- DeMaris, A. (1992). Male versus female initiation of aggression: The case of courtship violence. In E. C. Viano (Ed.), *Intimate violence: Interdisciplinary perspectives* (pp. 111- 120), Bristol, PA: Taylor & Francis.

- DeKeseredy, W. S. & Schwartz, M. D. (1998). Measuring the Extent of Woman Abuse in Intimate Heterosexual Relationships: A Critique of the Conflict Tactics Scales. VAWnet Applied Research Forum paper.
- Dobash, R. E. & Dobash, R. P. (1992). Women, violence, and social change. New York, NY: Routledge.
- Dutton, D. G. (1994). Patriarchy and wife assault: The ecological fallacy. Violence and Victims, 9(2), 167-182.
- Dutton, M. A. (1996). Battered women's strategic response to violence: The role of context. In J. L. Edleson & Z. C. Eisikovits (Eds.), Future interventions with battered women and their families (pp. 105-124), Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Fiebert, M. S. & Gonzalez, D. M. (1997). Women who initiate assaults: The reasons offered for such behavior. Psychological Reports, 80, 583-590.
- Gryl, F. E., Stith, S. M., & Bird, G. W. (1991). Close dating relationships among college students: Differences by use of violence and by gender. Journal of Social and Personal Relationships, 8, 243-264.
- Hamberger, L. K. (1997). mujeres agresoras por violencia intrafamiliar A look at actions in their contexts. Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma, 1(1), 117-129.
- Hamberger, L. K. & Potente, T. (1994). Counseling heterosexual women arrested for domestic violence: A review with implications for research and practice. Violence and Victims, 9(2), 125-137.
- Jones, D. E. (1997). Women warriors: A history. Washington, DC: Brassey's.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Neidig, P., & Thorn, G. (1995). Violent marriages: Gender differences in levels of current violence and past abuse. Journal of Family Violence, 10, 159- 176.
- Levinson, D. (1989). Family violence in a cross-cultural perspective. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Morse, B. J. (1995). Beyond the conflict tactics Scale: Assessing gender differences in partner violence. Violence and Victims, 10(4), 251-272.
- Renzetti, C. M. (1992). Violent betrayal: Partner abuse in lesbian relationships. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Saunders, D. G. (1988). Wife abuse, husband abuse, or mutual combat? In K. Yllo & M. Bograd (Eds.), Feminist perspectives on wife abuse (pp. 90-113), Beverly Hills, CA: Sage.
- Stets, J. E. & Straus, M. A. (1990b). Gender differences in reporting marital violence and its medical and psychological consequences. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families (pp. 151-165), New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Vivian, D. & Langhinrichsen-Rohling, J. (1994). Are bi-directionally violent couples mutually victimized? A gender-sensitive comparison. Violence and Victims, 9, 107-124.
- White, J. W. & Kowalski, R. M. (1994). Deconstructing the myth of the nonaggressive woman: A feminist analysis. Psychology of Women Quarterly, 18, 487-508.
- Yllo, K. (1993). Through a feminist lens: Gender, power, and violence. In R. C. Gelles & D.R. Loseke (Eds.), Current controversies on family violence (pp. 47-62), Newbury Park, CA: Sage Publications.

Definiciones seleccionadas

[No se definirán aquí todos los términos relevantes. Las definiciones de los términos y conceptos clínicos, de tratamiento y de formación (por ejemplo, "trastorno de estrés postraumático" o "racismo interiorizado") deben abordarse en los materiales curriculares de formación o tratamiento].

1. Agresor predominante: Se refiere al individuo que, en el incidente o históricamente en la relación, mantiene el poder y el control sobre su pareja mediante el uso o la amenaza de uso de la violencia. También se refiere al CRS 18-6-803.6(2) que ordena a los agentes de la paz que evalúen lo siguiente al valorar las denuncias de violencia intrafamiliar de dos o más partes: "(a) cualquier denuncia previa por violencia intrafamiliar; (b) la gravedad relativa de las lesiones infligidas a cada persona; (c) la probabilidad de lesiones futuras para cada persona; y (d) la posibilidad de que una de las personas actuara en defensa propia".

2. Víctima-Agresor: Es el "agresor" definido por el sistema en el caso, quien históricamente ha sido la víctima en la relación.

3. Alcance de los socios: Defensa o asistencia prestada a la "víctima" definida por el sistema en el caso. En las situaciones que implican la detención de la víctima-agresor, la "víctima" definida por el sistema puede tener un historial de uso de la violencia o de amenaza de violencia para intimidar o controlar a la víctima-agresor. Además, la víctima definida por el sistema puede sentirse estigmatizada por el término "víctima"



Apéndice C: Glosario de términos

Responsabilidad: La plena asunción de la responsabilidad, sin distorsión, minimización o negación, al tiempo que se reclama la responsabilidad por los comportamientos abusivos, se aceptan las consecuencias de esos comportamientos y se trabaja activamente para reparar el daño y prevenir futuros comportamientos abusivos.

Plan de cuidados posteriores: Un plan escrito del agresor para utilizar los conceptos aprendidos en el tratamiento. Este plan incluirá formas de abordar los factores de riesgo individuales, las necesidades criminógenas y los sistemas de apoyo prosocial continuados con el fin de mantener un cambio no abusivo a largo plazo.

Tratamiento del control de la ira: Suele ser un programa basado en la psicoeducación y la terapia para abordar las luchas de una persona o su incapacidad para controlar su comportamiento colérico perturbador. El tratamiento de control de la ira nunca será un sustituto del tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar.

Comité de Revisión de Solicitudes (ARC): El Comité de Revisión de Solicitudes (ARC, por sus siglas en inglés) tiene la autoridad delegada por la Junta de Gestión de agresores de violencia intrafamiliar (DVOMB, por sus siglas en inglés) dentro de la División de Justicia Penal (DCJ, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo las funciones identificadas en C.R.S. Esto incluye la revisión de todas las solicitudes que buscan aprobación con el fin de determinar si un solicitante ha cumplido con los requisitos para ser incluido en la lista, incluyendo aquellas solicitudes de proveedores aprobados que buscan un estado diferente.

proveedor aprobado: Una persona que se anuncia o se presenta como poseedora de la capacidad, competencias y formación para evaluar o tratar a agresores de violencia intrafamiliar en el Estado de Colorado y que ha sido aprobada por la Junta de Gestión de agresores de violencia intrafamiliar y cuyas credenciales han sido verificadas por el Departamento de Agencias Reguladoras de conformidad con la Sección 16-11.8103, C.R.S.

Proveedor aprobado que trabaja con poblaciones específicas de agresores: Un proveedor aprobado que ha demostrado su capacidad para cumplir los criterios descritos en las *Normas y Directrices* y en el proceso de solicitud para poblaciones específicas de agresores, y que ha sido aprobado como proveedor DVOMB por el Comité de Revisión de Solicitudes.

Evaluación: Una recopilación continua de hechos para sacar conclusiones sobre la progresión o el retroceso de un agresor en el tratamiento, lo que puede sugerir el curso de acción adecuado.

Herramienta de evaluación: Herramienta utilizada junto con una evaluación clínica exhaustiva para determinar el diagnóstico, los factores de riesgo, la letalidad o las necesidades de tratamiento del agresor.

Junta: Tal y como se define en la Sección 16-11.8-102, C.R.S. la Junta de Gestión de agresores de violencia intrafamiliar de Colorado (DVOMB) es una junta política formada por 19 expertos multidisciplinares en el campo de la violencia intrafamiliar que tienen la responsabilidad de desarrollar *Normas y Directrices* relacionadas con la evaluación coherente y exhaustiva, el tratamiento y la supervisión continua de los agresores de violencia intrafamiliar (16-11.8-101 C.R.S.). La DVOMB está ubicada organizativamente en el Departamento de Seguridad Pública de Colorado (CDPS), en la División de Justicia Penal, Oficina de violencia intrafamiliar y Gestión de agresores Sexuales.

Gestión de casos: La coordinación e implementación del conjunto de actividades dirigidas a supervisar, tratar y gestionar el comportamiento de los agresores de violencia intrafamiliar.

Características clínicas de la violencia intrafamiliar y los comportamientos abusivos: La siguiente definición de violencia intrafamiliar es una definición más completa de violencia intrafamiliar que se utilizará a efectos de evaluación, valoración y tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar con arreglo a las presentes Normas y Directrices. Debe tenerse precaución al aplicar esta definición y lista de tipos de abuso en circunstancias que no hayan sido identificadas a través del sistema legal. No todos los comportamientos de violencia intrafamiliar son ilegales, pero pueden ser abusivos o perjudiciales para la persona que los ha experimentado. Esta definición y la lista de tipos de maltrato sirven de marco para definir ampliamente las conductas de violencia intrafamiliar en un contexto clínico que puede utilizarse

para abordar holísticamente todas las formas de maltrato con un agresor que ha sido remitido para recibir servicios.

La violencia intrafamiliar es un patrón emergente, cíclico o establecido de actitudes o comportamientos abusivos, controladores, dañinos o depredadores contra una persona. Estos comportamientos de violencia intrafamiliar son elecciones que intentan provocar un resultado específico arraigado en el poder y el control y a menudo se entrecruzan con múltiples formas de maltrato. Los agresores por violencia intrafamiliar pueden presentar múltiples áreas de riesgo de reincidencia (es decir, reincidencia por violencia intrafamiliar, letalidad, reincidencia por violencia no doméstica). Un agresor de violencia intrafamiliar es una persona que incurre en un patrón de una o más de las siguientes categorías de abuso: dominación, dependencia, disonancia, venganza, vigilancia y violencia. Esta lista no es exhaustiva en cuanto a las formas de maltrato relacionadas con la violencia intrafamiliar y debe considerarse y utilizarse con fines clínicos.

Categoría	Descripción
Dominación	<p><u>Control coercitivo</u>: adoptar un patrón de conductas para obtener el control y el poder erosionando la autonomía, la autoeficacia y la autoestima de la víctima, marcado por la dominación y la trampa que se extiende por todo el espectro de tácticas violentas.⁸⁷</p> <p><u>Abuso cultural</u>: utilizar la cultura como medio para excusar, minimizar o justificar de otro modo su conducta abusiva. Esto puede incluir menospreciar la cultura de la víctima, obligar a la víctima a adoptar la cultura del agresor, aislar a la víctima de la cultura dominante, utilizar la cultura para silenciar a la víctima, utilizar la barrera del idioma para aislar a la víctima, utilizar otro idioma para dejar fuera a la víctima, etc. <u>Abuso emocional</u>: utilizar comportamientos no físicos que pueden ser sutiles o más evidentes y que tienen como objetivo controlar, aislar o atemorizar a la víctima. Este tipo de maltrato puede presentarse como amenazas, insultos, gritos, vigilancia constante, celos excesivos, manipulación, humillación, intimidación o desprecio. Aunque estos comportamientos emocionalmente abusivos no dejan marcas físicas, causan daño, desempoderan y traumatizan a la víctima que los sufre.</p> <p><u>Abuso financiero</u>: controlar, explotar, limitar o retener el acceso a activos económicos, empleo o recursos para afectar negativamente a la capacidad financiera de la víctima.</p> <p><u>Abuso psicológico</u>: un patrón intenso o repetido de conducta que induce a confusión o duda y que crea estrés psicológico, confusión o duda en la víctima. Esto puede incluir amenazas o actos de autolesión u homicidio, negación del maltrato, manipulación psicológica (gaslighting) o acoso.</p> <p><u>Abuso verbal</u>: utilizar palabras o iteraciones verbales como medio para controlar, coaccionar, manipular, intimidar, ridiculizar o degradar a la víctima e impactar negativamente en su salud psicológica o causar daño de cualquier otra forma. <u>Daño o abuso colateral</u>: causar daño a víctimas secundarias ya sea directa o indirectamente para dañar, manipular, intimidar o coaccionar de forma abusiva o controladora.</p> <p><u>Abuso reproductivo</u>: utilizar la coacción, el control, el engaño, la manipulación o las amenazas para influir en el embarazo, sabotear los anticonceptivos, el uso de anticonceptivos, el acceso a los anticonceptivos y decidir unilateralmente las opciones reproductivas como método para obtener poder y control sobre otra(s) persona(s).</p>
Dependencia	<p><u>Abuso de la inmigración o del estado legal</u>: utilizar o explotar la falta de documentación, el estado legal o ilegal o la ciudadanía de una víctima o de su familia como medio para amenazar, controlar o coaccionar a la víctima.</p> <p><u>Aislamiento y abuso social</u>: intentar fomentar condiciones que tengan como objetivo aislar a la víctima de sus amigos, familia o comunidad. Estos comportamientos causan daño al cortar relaciones sanas, limitar el compromiso social, interferir en las redes sociales, perturbar las interacciones sociales o intentar causar daños a la reputación.</p>

⁸⁷ Dutton, M. A., Goodman, L., James, R. J. (2006). Development and Validation of a Coercive Control Measure for Intimate Partner Violence: Final Technical Report.

Disonancia	<p>Abuso de sustancias: uso de sustancias que alteran el estado de ánimo como herramienta para perpetuar el control coercitivo contra la víctima, lo que incluye, entre otras cosas, sabotear la sobriedad o limitar los recursos. El consumo de sustancias que alteran el estado de ánimo por parte de un agresor no causa violencia intrafamiliar ni es una excusa para el maltrato.⁸⁸</p> <p>Abuso intelectual: faltar al respeto al estilo de aprendizaje, la capacidad, la forma de pensar o los intereses intelectuales de otra persona. Esto puede implicar ridiculizar las ideas de la víctima, devaluar sus opiniones o controlar su acceso a la educación u otras oportunidades de aprendizaje.</p> <p>Maltrato psicológico (gaslighting): intentar crear dudas y confusión en la mente de la víctima, distorsionando la realidad y forzándola a cuestionar su propio juicio e intuición.</p> <p>Abuso espiritual: utilizar la fe, la espiritualidad, la religión o la falta de ellas como medio para intimidar, herir o controlar a la víctima.</p>
Venganza	<p>Abuso de animales: maltratar, amenazar o matar a cualquier mascota o animal, como torturar, atormentar, mutilar, mutilar, envenenar o abandonar para manipular emocionalmente o coaccionar a la víctima.⁸⁹</p> <p>Abuso administrativo a través de sistemas: utilización de sistemas destinados a proporcionar seguridad a una víctima para acosarla, amenazarla, intimidarla o controlarla.</p> <p>Utilización de los niños: utilizar o manipular a los niños como medio para controlar, coaccionar, manipular o causar cualquier otro daño a una víctima.</p> <p>Destrucción de bienes: dañar, destruir, devaluar o apoderarse de los bienes tangibles de la víctima como acto para perjudicarla, tomar represalias o intimidarla.</p>
Vigilancia	<p>Abuso de vigilancia: utilizar o manipular el entorno de forma física o virtual para obtener acceso y recabar información sobre una víctima en relación con sus horarios, actividades, paradero e interacciones. Estas conductas constituyen una violación de la expectativa y el derecho a la privacidad de la víctima, independientemente de su consentimiento, conciencia o conocimiento. Estas conductas pueden perjudicar la sensación de seguridad, cordura y la protección de la víctima. Esta definición puede incluir avances no deseados por parte del agresor de violencia intrafamiliar en la persecución de la víctima identificada.</p> <p>Acoso: participar en un patrón de conducta dirigido a una persona específica que intenta desarrollar, ampliar o mantener una relación con la víctima. Estos comportamientos pueden causar una angustia emocional considerable o temor por la seguridad de la víctima o de los demás. Las víctimas pueden o no ser conscientes de estos comportamientos.⁹⁰</p> <p>Abuso facilitado por la tecnología: uso de las tecnologías para acosar, hostigar, acechar o intimidar. Estos comportamientos pueden incluir el intercambio no consentido de imágenes.</p>
Violencia	<p>Abuso físico: utilizar cualquier acto físico u objeto (incluidas las armas) con el potencial de causar daño, lesión, discapacidad o muerte para ejercer poder y control sobre la víctima. Dichos actos físicos pueden dirigirse contra cualquier persona o cosa a la que la víctima pueda tener apego. El maltrato físico puede incluir coaccionar a otras personas para que cometan cualquier acto físico contra la víctima.</p> <p>Estrangulación⁹¹: impedir o restringir las vías respiratorias o la circulación de la sangre de una víctima aplicando presión en el cuello o el pecho, o taponando la nariz o la boca.⁹²</p>

⁸⁸ Rivera, E. A., Phillips, H., Warsaw, C., Lyon, E., Bland, P. J., Kaewken, O. (2015). An applied research paper on the relationship between intimate partner violence and substance use. Chicago, IL: National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health.

⁸⁹ Fabres et al., (2014). Adulthood Animal Abuse Among Men Arrested for Domestic Violence. *Violence Against Women*, 20(9) 1059-1077.

⁹⁰ Woodlock, W. (2017). The Abuse of Technology in Domestic Violence and Stalking, *Violence Against Women*, 23(5) 584-602; Senkans et al. (2017). Acceso al enlace

Between Intimate Partner Violence and Postrelationship Stalking: A Gender-Inclusive Study, *Journal of Interpersonal Violence*, 1-31.

⁹¹ § 18-3-202(1)(g), C.R.S.: "Con la intención de causar lesiones corporales graves, aplica presión suficiente para impedir o restringir la respiración o la circulación de la sangre de otra persona aplicando dicha presión en el cuello o bloqueando la nariz o la boca de la otra persona y, de este modo, causa lesiones corporales graves".

§ 18-3-203(1)(h)(i), C.R.S.: "Con la intención de causar lesiones corporales, aplica presión suficiente para impedir o restringir la respiración o la circulación de la sangre de otra persona aplicando dicha presión en el cuello o bloqueando la nariz o la boca de la otra persona y, de este modo, causa lesiones corporales graves".

⁹² Mcquown et al. (2016). Prevalence of strangulation in survivors of sexual assault and domestic violence. *American Journal of Emergency Medicine*, 34, 1281-1285; Thomas et al. (2014). "Do You Know What It Feels Like to Drown?": Strangulation as Coercive Control in Intimate

	Abuso sexual⁹³: cualquier acto físico, conducta o explotación de naturaleza sexual que cause daño a la víctima sin su consentimiento.
--	---

Departamento de Salud Pública de Colorado: El Departamento de Seguridad Pública de Colorado es responsable de dotar de personal a la Junta de conformidad con la Sección 16-11.8-103, C.R.S.

Horas de reloj: 60 minutos en una hora.

Cofacilitación: horas de experiencia acumuladas por un futuro solicitante, que se completan en presencia física de un proveedor de Nivel Operativo Completo o de un proveedor de Nivel de Supervisor Clínico de violencia intrafamiliar. Las horas de cofacilitación solo podrán acumularse mientras el futuro solicitante también sea supervisado por un supervisor clínico de violencia intrafamiliar durante el periodo de tiempo en que se esté llevando a cabo la cofacilitación.

Competencias, adicional: algunos agresores tienen factores de riesgo adicionales que requieren la demostración de competencias adicionales. Se exigirán competencias adicionales a los agresores en función de los factores de riesgo y las necesidades individuales de tratamiento, según se determine en la evaluación inicial o durante las revisiones del plan de tratamiento. En la *norma* 5.08VI (A-G) figuran ejemplos de competencias adicionales.

Competencias principales: las competencias principales representan los objetivos del tratamiento y son medidas a lo largo del mismo por el MTT. Hay 18 competencias principales enumeradas en la *Norma* 5.08V (A-R). Estas competencias deberán ser demostradas por los agresores antes de ser dados de alta.

Contención: el proceso de frenar, detener y evitar que el agresor ejerza más violencia contra una pareja íntima mediante la aplicación de supervisión, vigilancia, consecuencias, restricciones y tratamiento impuestos por los tribunales, los agentes supervisores de los tribunales y los proveedores aprobados.

Asesoramiento de parejas: una intervención prohibida mientras un agresor de violencia intrafamiliar recibe tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar.

Sistema de justicia penal: incluye las actividades y los organismos, ya sean estatales o locales, públicos o privados, relacionados con la prevención, persecución y defensa de los delitos, la disposición de los agresores en virtud del derecho penal y la disposición o el tratamiento de los menores juzgados por haber cometido un acto que, de haber sido cometido por un adulto, constituiría un delito. Este sistema incluye a la policía, los fiscales, los abogados defensores, los tribunales, los sistemas penitenciarios, los organismos de salud mental, las víctimas de delitos y todos los organismos públicos y privados que prestan servicios en relación con esos elementos, ya sea de forma voluntaria, contractual o por orden de un tribunal.

Necesidades criminógenas: término utilizado para referirse a los factores dinámicos del agresor, como el abuso de sustancias (alcohol y otras drogas), las actitudes antisociales, los rasgos de personalidad, los socios, el empleo, las relaciones conyugales y familiares y otras variables dinámicas que estadísticamente han demostrado estar correlacionadas con la conducta delictiva y la propensión al cambio (Andrews y Bonta, 1994). Como factores de riesgo dinámicos, las necesidades criminógenas pueden contribuir a la conducta delictiva (por ejemplo, la violencia intrafamiliar) y, si se abordan eficazmente, deberían disminuir el nivel de riesgo (Andrews, 1989, Andrews & Bonta, 1994; Bonta, 2002).

Negación severa: este nivel de negación consiste en agresores que niegan haber cometido el delito actual y se niegan a reconocer la responsabilidad de comportamientos incluso remotamente similares. Los agresores también pueden mostrarse excesivamente hostiles o a la defensiva. Este tipo de negación es la más resistente al cambio y puede requerir otras intervenciones o no ser susceptible de tratamiento. Consulte las normas 5.06 y 5.08 para más detalles.

Relationships, *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 38(1) 124-137; Zilkens et al. (2016). Non-fatal strangulation in sexual assault: a study of clinical and assault characteristics highlighting the role of intimate partner violence, *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 43, 1-7.
⁹³ §16-11.7-102(3), C.R.S.

Lista de proveedores aprobados DVOMB: la Lista de proveedores aprobados de la DVOMB es una lista que identifica a los proveedores que son elegibles para recibir remisiones para proporcionar servicios de evaluación, tratamiento y valoración a los agresores de violencia intrafamiliar en Colorado.

Violencia intrafamiliar, definición jurídica penal: de conformidad con la Sección 18-6-800.3(1), C.R.S., "violencia intrafamiliar" significa un acto o amenaza de acto de violencia sobre una persona con la que el actor mantiene o ha mantenido una relación íntima. La "violencia intrafamiliar" también incluye cualquier otro delito contra una persona, o contra una propiedad, incluido un animal, o cualquier violación de una ordenanza municipal contra una persona, o contra una propiedad, incluido un animal, cuando se utiliza como método de coacción, control, castigo, intimidación o venganza dirigido contra una persona con la que el actor mantiene o ha mantenido una relación íntima.

Supervisor clínico de violencia intrafamiliar: un proveedor aprobado que reúna las cualificaciones identificadas en la *Norma* 9.0, y que haya sido aprobado como tal por el ARC como supervisor clínico de violencia intrafamiliar.

Evaluación del riesgo de violencia intrafamiliar una herramienta de evaluación válida y fiable que identifique

factores de riesgo de reincidencia en la violencia intrafamiliar. Se utilizará la versión más reciente del instrumento.

Departamento de Agencias Reguladoras (DORA): el Departamento de Agencias Reguladoras es responsable de la supervisión y el control de las juntas profesionales de salud mental y de los psicoterapeutas sin licencia de acuerdo con la Sección 12-43-101, et. seq., C.R.S.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Los proveedores que utilicen este manual deberán utilizar la versión más actualizada.

Acción de emergencia: en caso de que se produzca un problema de seguridad pública, el presidente del ARC, junto con el director del Programa ODVSOM, podrá retirar a un proveedor de la lista de proveedores aprobados y tomar las medidas necesarias para informar a las autoridades policiales y reguladoras competentes.

Sesión ejecutiva: los miembros de la DVOMB, o el ARC, con el voto afirmativo de dos tercios del cuórum presente, podrán celebrar una sesión ejecutiva para discutir asuntos legales con el abogado de la DVOMB o para revisar el personal y la información confidencial como se indica en la Ley de Reuniones Abiertas de Colorado (Sección 24-6-402(4), 24-6-402(3)(a)(III), 24-6-402(3)(a)(IV), 24-6-402(3)(a)(XII), 13-90-107 (1)(g), 1390-107 (1)(k), C.R.S.).

Evaluador: un proveedor aprobado que realiza evaluaciones de agresores antes o después de la sentencia de acuerdo con las normas contenidas en este documento y según los estándares profesionales. Solo los profesionales de la salud mental autorizados que sean proveedores aprobados realizarán evaluaciones previas a la sentencia.

Horas de contacto clínico presenciales: El tiempo real que un solicitante o proveedor aprobado pasa con un agresor en persona, en la misma habitación, al mismo tiempo realizando evaluaciones, sesiones u otras intervenciones terapéuticas. La terapia virtual está prohibida en virtud de estas Normas.

Agresor indigente: persona declarada indigente por los tribunales basándose en las directrices federales de pobreza.

Pacto interestatal/agresores de fuera del estado por violencia intrafamiliar: cuando un agresor de violencia intrafamiliar busca tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar en Colorado, en un caso de otro estado, el proveedor aprobado cumplirá con la Sección 17-27.1.101 et. seq. y deben recibir la aprobación

de la oficina del Pacto Interestatal para cada agresor, antes de proporcionar cualquier servicio clínico al agresor. El incumplimiento puede dar lugar a sanciones legales y monetarias de conformidad con la Sección 17-27.1-101(9)(a) y 17-27.1101(7), C.R.S. Se deben tomar las huellas dactilares del agresor en el lugar donde asiste al tratamiento, no en el lugar donde vive.

Pareja íntima: de conformidad con 18-6-800.3(2), una relación íntima significa una relación entre cónyuges, excónyuges, parejas de hecho pasadas o presentes o personas que son ambos padres del mismo hijo, independientemente de si las personas han estado casadas o han vivido juntas en algún momento.

Evaluación de la letalidad: La evaluación de la letalidad consiste en identificar los factores de riesgo que pueden estar relacionados con el homicidio en la pareja (Jurik & Winn, 1990). Aunque existen preocupaciones que se solapan, la evaluación de riesgos, la evaluación de la letalidad y la planificación de la seguridad no son lo mismo. Las víctimas pueden ser o no conscientes de su nivel de riesgo. Esta información puede utilizarse para identificar riesgos potenciales en un agresor y para planificar la seguridad de las víctimas.

LGBTQIA+: abreviatura de lesbiana, gay, bisexual, transexual, queer/queer, intersexual, asexual/agénero/aromántico, etc. Término general utilizado para referirse a las víctimas y a los agresores de esta comunidad en su conjunto.

Equipo de tratamiento multidisciplinar (MTT): grupo de profesionales compuesto como mínimo por el proveedor de tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar aprobado por la DVOMB, el funcionario supervisor judicial y el defensor de las víctimas del tratamiento, diseñado para colaborar y coordinar el tratamiento de los agresores.

Oficina de Salud Conductual (OBH): la Oficina de Salud Conductual anteriormente conocida como División de Salud Conductual (DBH), y la División de Abuso de Alcohol y Drogas (ADAD), son responsables de conceder licencias a los programas de abuso de sustancias, de acuerdo con la Parte 2 del Artículo 2 del Título 25, C.R.S.

Agresor: de conformidad con la Sección 16-11.8-102, C.R.S, cualquier persona que a partir del 1 de enero de 2001 haya sido condenada, se haya declarado culpable o haya recibido un fallo y sentencia diferidos por cualquier delito de violencia intrafamiliar que incluya cualquier delito en el que la base fáctica subyacente, tal y como se define en la Sección 18-6-800.3 (1), C.R.S.

Responsabilidad del agresor: el agresor se responsabiliza de sus conductas abusivas, acepta las consecuencias de esas conductas y trabaja activamente para reparar el daño y prevenir futuras conductas abusivas.

Contrato de agresor: El acuerdo de tratamiento firmado entre el proveedor aprobado y el agresor que especifique las responsabilidades y expectativas del agresor, del proveedor aprobado y del MTT. Todos los puntos identificados en la sección 5.05, II, A, B, C y D se incluirán en el contrato firmado del infractor.

Evaluación de agresores: la recopilación y el análisis sistemáticos de información psicológica, conductual y social. Proceso mediante el cual se recopila, analiza y documenta la información para que un agresor se someta a una evaluación previa o posterior a la sentencia antes de iniciar un tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar.

Delito: cualquier delito en el que la base fáctica subyacente sea un acto de violencia intrafamiliar.

Reuniones abiertas: todas las reuniones de la DVOMB o de sus comités estarán sujetas a las disposiciones de la Ley de Reuniones Abiertas de Colorado (Sección 24-6-401 y siguientes, C.R.S.).

Plan de cambio personal: el plan de cambio personal de un agresor incluye un plan para prevenir los comportamientos abusivos, identificar los desencadenantes, identificar los ciclos de pensamientos y comportamientos abusivos, así como un plan para prevenir o interrumpir los desencadenantes y los ciclos. Este plan debe diseñarse y aplicarse durante el tratamiento y utilizarse también después del alta.

Orden de protección: una orden judicial penal o civil que prohíbe o limita el acceso del agresor a las víctimas y, en ocasiones, a los niños o animales.

Factores de protección condiciones o atributos (habilidades, fortalezas, recursos, apoyos o estrategias de afrontamiento) en los individuos, las familias, las comunidades o la sociedad en general que ayudan a las personas a afrontar de forma más eficaz los acontecimientos estresantes y a mitigar o eliminar el riesgo en las familias y las comunidades.

Agencia de justicia penal responsable: el organismo de justicia penal que tiene jurisdicción o responsabilidad sobre la supervisión del agresor.

Responsividad: la prestación eficaz de servicios de tratamiento y supervisión requiere una individualización que se ajuste a la cultura, el estilo de aprendizaje y las capacidades del agresor, entre otros factores. Los factores de responsividad son elementos que pueden influir en qué tan bien responde una persona a los esfuerzos dirigidos a cambiar sus actitudes, pensamientos y comportamientos.

Riesgo: los servicios prestados a los agresores deben ser proporcionales a su nivel relativo de riesgo estático y dinámico (es decir, riesgo bajo, moderado o alto), sobre la base de instrumentos de evaluación del riesgo precisos y válidos, respaldados por investigaciones (Bonta y Wormith, 2013). El principio de riesgo indica que el comportamiento delictivo es predecible y que los servicios de tratamiento deben ajustarse al nivel de riesgo del agresor.

Evaluación de riesgo: una herramienta utilizada para evaluar el riesgo del agresor, las necesidades de tratamiento, ayudar en el diagnóstico y que informa la planificación del tratamiento.

Segundo contacto clínico: los agresores que suponen un mayor riesgo para las víctimas y la comunidad requieren un tratamiento y una supervisión más intensivos diseñados para abordar las necesidades criminógenas del agresor. Los segundos contactos clínicos requieren intervenciones de tratamiento complementarias que se basen en el plan de tratamiento del agresor y se ajustarán al Documento de posición sobre los segundos contactos clínicos (noviembre de 2013).

Escala móvil de honorarios: Tal y como se define en la Sección 18-6-802.5, C.R.S., una escala móvil de honorarios es una política y un procedimiento que está escrito y a disposición de todos los clientes y que se basa en criterios desarrollados por el proveedor aprobado. La escala de honorarios tiene dos o más niveles de honorarios y se basa en la capacidad de pago de los agresores. La escala de honorarios está a disposición de cada agresor. Los proveedores aprobados no deben ocultar esta información a los clientes.

Poblaciones específicas de agresores: definido como un grupo de individuos que comparten una o más características comunes como la raza, la religión, la etnia, la lengua, el sexo, la edad, la cultura, la orientación sexual o la identidad de género que permitirían considerar al grupo como homogéneo.

Criterios de evaluación para poblaciones específicas de agresores: sección del Apéndice B que contiene criterios basados en la investigación y la literatura para trabajar con poblaciones específicas de agresores. Esta sección podrá modificarse periódicamente.

Acoso: de conformidad con 18-3-602(1), C.R.S., una persona comete acoso si directamente, o indirectamente a través de otra persona, la persona a sabiendas:

- a) Hace una amenaza creíble a otra persona y, en relación con la amenaza, sigue, se acerca, contacta o pone bajo vigilancia repetidamente a esa persona, a un miembro de la familia inmediata de esa persona o a alguien con quien esa persona tiene o ha tenido una relación continuada; o
- b) Hace una amenaza creíble a otra persona y, en relación con la amenaza, sigue, se acerca, contacta o pone bajo vigilancia repetidamente a esa persona, a un miembro de la familia inmediata de esa persona o a alguien con quien esa persona tiene o ha tenido una relación continuada; o

- c) Siga, se acerque, contacte, ponga bajo vigilancia o establezca cualquier forma de comunicación de forma repetida con otra persona, un familiar directo de esa persona o alguien con quien esa persona tenga o haya tenido una relación continuada de un modo que provocaría que una persona razonable sufriera una angustia emocional grave y, de hecho, provoca que esa persona, un familiar directo de esa persona o alguien con quien esa persona tenga o haya tenido una relación continuada sufra una angustia emocional grave.

Revisión del cumplimiento de las normas: un proceso emprendido por el ARC para llevar a cabo una revisión de un proveedor aprobado con el fin de determinar el nivel de cumplimiento de las *Normas y Directrices*, las áreas de mejora o mantenimiento y para identificar cualquier mejor práctica.

Agentes supervisores: el gestor de casos de libertad condicional, libertad vigilada, correccionales comunitarios al que se asigna el caso del agresor.

Alianza terapéutica: la formación de una relación positiva entre el cliente y el terapeuta que consta de los siguientes elementos básicos: (1) un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento, (2) la colaboración sobre las tareas que se utilizarán para alcanzar los objetivos (intervenciones específicas), y (3) un vínculo general que facilite un entorno de progreso y colaboración. Sin embargo, desarrollar una alianza terapéutica suele ser un proceso dinámico y difícil con las poblaciones forenses debido a la naturaleza involuntaria del tratamiento obligatorio (Skeem et al., 2007).

Contrato de supervisión: contrato entre el supervisor clínico de violencia intrafamiliar y el supervisado (solicitante o proveedor aprobado), delineando los acuerdos de supervisión, los acuerdos del supervisor y los acuerdos del supervisado.

Formación: instrucción educativa específica que apoye la filosofía y los principios descritos en las *Normas y Directrices*.

Formación, experiencia equivalente demostrada y formación: capacidad de documentar la experiencia y la formación equivalentes para un requisito específico.

Tratamiento: tal y como se define en la Sección 16-11.8.102, C.R.S, el tratamiento significa la terapia, el seguimiento y la supervisión de cualquier agresor de violencia intrafamiliar que se ajuste a las *Normas y Directrices* creadas por la DVOMB. En consonancia con la investigación y las prácticas profesionales actuales, el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar es el conjunto integral de experiencias e intervenciones terapéuticas planificadas y diseñadas para cambiar de forma única el poder y el control, los pensamientos y las conductas abusivas. Dicho tratamiento aborda específicamente la aparición y la dinámica de la violencia intrafamiliar y utiliza estrategias diferenciales para promover el cambio del agresor. Se da mucha más importancia a la reunión

de todos los objetivos del tratamiento que el paso de una cantidad específica de tiempo, ya que los agresores progresan en el tratamiento a ritmos diferentes. El tratamiento tiene más éxito cuando se administra con coherencia y fidelidad a las necesidades individuales del agresor.

Adaptabilidad al tratamiento: la adaptabilidad al tratamiento de la violencia intrafamiliar se refiere a la capacidad del agresor para participar, funcionar y comprender eficazmente los conceptos del tratamiento. Las deficiencias cognitivas significativas (por ejemplo, del pensamiento) pueden impedir la capacidad de un individuo para prestar suficiente atención durante las sesiones de tratamiento, aprender nueva información o autorreflexionar. Del mismo modo, algunos casos de enfermedad mental aguda pueden interferir en la participación debido a la presencia de pruebas de realidad alteradas (por ejemplo, delirios o alucinaciones).

Plan de tratamiento: el Plan de Tratamiento escrito incluirá objetivos que aborden específicamente todos los problemas clínicos identificados en la evaluación de admisión. Los objetivos del tratamiento se basarán en las necesidades criminógenas del agresor, sus competencias y los factores de riesgo identificados. Un Plan de cambio personal y un Plan de cuidados posteriores serán componentes del Plan de Tratamiento. El plan de tratamiento debe incluir un plan de cambio personal y un plan de cuidados posteriores. Sección 5.05, I.

Revisión del plan de tratamiento: El propósito de la revisión del plan de tratamiento es reevaluar el grado de progreso y riesgo del agresor y realizar las modificaciones necesarias en el plan de tratamiento y los objetivos. Todos los agresores tendrán al menos el número mínimo de revisiones del Plan de Tratamiento requeridas a intervalos identificados en función del nivel de tratamiento y del Plan o Planes de tratamiento individuales. Sección 5.07.

Programa de tratamiento: Un programa que proporciona tratamiento tal y como se define en la Sección 16-11.8.102 (4), C.R.S. por uno o más proveedores aprobados.

Informe sobre el tratamiento: como mínimo una vez al mes, los proveedores aprobados presentarán un informe escrito al organismo de justicia penal supervisor que incluya los resultados de la revisión más reciente del plan de tratamiento del agresor; los progresos en relación con las competencias; las recomendaciones relacionadas con la planificación del alta; el nivel de tratamiento; las pruebas de nuevos factores de riesgo; y el grado de cumplimiento con los honorarios, asistencia y nivel de participación del agresor. Sección 8.06.

Defensor de las víctimas del tratamiento: es la persona que trabaja conjuntamente con el proveedor aprobado y la comunidad de violencia intrafamiliar para proporcionar defensa a la víctima, como se indica en la sección 7.0.

Trauma vicario: estado de tensión o angustia emocional de los profesionales que trabajan en un campo relacionado con los servicios debido a una preocupación por los pensamientos, conductas y recreaciones de los abusos de los agresores contra las víctimas. A veces denominado como fatiga por compasión, el trauma vicario puede afectar a la vida profesional o personal de una persona, como las relaciones con amigos y familiares, así como a su salud general, tanto emocional como física.

Víctima: una persona que es o ha sido objeto de violencia intrafamiliar tal y como se define en el Glosario.

Defensor de las víctimas: consulte Defensor de las víctimas del tratamiento.

Víctima secundaria: las víctimas secundarias son niños, familiares u otras personas que sufren un impacto emocional, psicológico o físico en virtud de su relación o implicación con el trauma sufrido por la víctima primaria.

Apéndice D: Políticas administrativas

Este Apéndice está diseñado para los proveedores aprobados por la Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar (DVOMB, por sus siglas en inglés) que figuran en la lista (en adelante denominados Proveedores) de conformidad con la Sección 16-11.8-103, C.R.S., así como para aquellos que han presentado una Solicitud de Candidato de Nivel Asociado para ser incluidos en la lista de la Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar (DVOMB, por sus siglas en inglés). La DVOMB no tiene autoridad para otorgar licencias profesionales, sino autoridad estatutaria para desarrollar un proceso de solicitud y revisión para los proveedores aprobados y para añadir o eliminar proveedores aprobados de su Lista de proveedores aprobados de conformidad con la sección 16-11.8-101, et. seq. Las disposiciones de este Apéndice constituyen los procesos de la DVOMB relacionados con las solicitudes, la inclusión en la lista, la denegación de la colocación, las quejas sobre la revisión del cumplimiento de las normas, las apelaciones y otras acciones administrativas.

El director del Departamento de Seguridad Pública de Colorado (CDPS) podrá suspender o modificar cualquiera de estos procedimientos en interés de la justicia para evitar daños irreparables a las víctimas de delitos o a los ciudadanos de Colorado. Si la situación lo justifica, la DVOMB puede ejercer la opción de solicitar orientación a la oficina del Fiscal General para una posible acción legal.

I. INCLUSIÓN EN LA LISTA DE PROVEEDORES

- A. Este apéndice se aplica a las personas que figuran en las siguientes categorías:
 - 1. Estado practicante
 - 2. Estado no ejerciente actualmente
 - 3. Estado inactivo
- B. Requisitos para el estado de Practicante (Activo)
 - 1. Las personas deben solicitar y ser aprobadas para figurar en la DVOMB de conformidad con la sección 16-11.8-103 (4), C.R.S. El estado activo se refiere a un proveedor aprobado que trabaja en una capacidad conforme a las Normas y Directrices. Los proveedores aprobados pueden mantener un estado activo independientemente de si el proveedor aprobado opta por prestar servicios directos a los clientes o servicios conforme a las Normas y Directrices.
 - 2. Los proveedores que no figuren en la Lista de proveedores aprobados de la DVOMB (en adelante, Lista de proveedores), incluido cualquier proveedor al que se le deniegue la colocación o se le elimine de la Lista de Proveedores, no proporcionarán ningún servicio de tratamiento, evaluación o valoración de conformidad con la Sección 16-11.8-104, C.R.S. en Colorado a los agresores de violencia intrafamiliar. Según la sección 16-11.8-104, C.R.S., las fuentes de derivación "no emplearán ni contratarán y no permitirán que un agresor de violencia intrafamiliar emplee o contrate a ningún individuo o entidad para proporcionar servicios de evaluación o tratamiento de agresores de violencia intrafamiliar de conformidad con este artículo a menos que el individuo o entidad aparezca en la lista aprobada elaborada de conformidad con la sección 16-11.8-103 (4)".
- C. Requisitos para el estado de no ejerciente actualmente
 - 1. No ejerce actualmente: si un proveedor desea conservar su estado de inclusión en la lista pero no está proporcionando ningún servicio de evaluación, tratamiento, cobertura, consulta entre pares o supervisión clínica para agresores de violencia intrafamiliar, el proveedor puede solicitar que se le coloque en el estado no ejerciente actualmente. Durante este tiempo, el proveedor conservará su estado en la Lista de proveedores, pero

no prestará ningún servicio a los agresores de violencia intrafamiliar, incluidos el tratamiento, las evaluaciones, la cobertura y la consulta entre pares o la supervisión clínica. El estado no ejerciente actualmente puede ser solicitado por el proveedor en cualquier momento.

2. El proveedor no podrá permanecer bajo el estado de no ejerciente actualmente más de dos ciclos de renovación (4 años). Tras la finalización y aprobación de la segunda solicitud de renovación, el proveedor deberá renunciar por completo a la condición de listado o pasar a la condición de practicante.
3. Antes de que un proveedor que se encuentre bajo el estado de no ejerciente actualmente pueda reanudar la prestación de servicios de evaluación, tratamiento, cobertura, consulta entre pares o supervisión clínica, el proveedor deberá notificar por escrito a la DVOMB la intención de reanudar la prestación de dichos servicios (incluyendo el nombre de un supervisor para aquellos que sean proveedores de nivel asociado o provisional, o de un consultor paritario requerido para aquellos que fueran proveedores de nivel operativo completo) y recibir una verificación por escrito de la DVOMB de la presentación.
4. En caso necesario, el ARC podrá solicitar al proveedor que presente documentación sobre su cumplimiento de las *Normas* antes o en los seis meses siguientes a la reanudación de la práctica. El proveedor incluido en la lista deberá reunir las cualificaciones mínimas (por ejemplo, formación, experiencia clínica, competencia, mantenerse activo en el campo, etc.) para mantener el estado de inclusión en la lista anterior y el nivel de ejercicio (nivel provisional, nivel asociado o nivel operativo completo).

D. Requisitos para el estado inactivo

A las personas que ya no presten ningún servicio de violencia intrafamiliar conforme a estas Normas y Directrices se les puede retirar la aprobación de su estado voluntaria o involuntariamente. Un proveedor aprobado puede pasar temporalmente a un estado inactivo si no responde en un plazo de 30 días al personal del programa de la DVOMB. Es responsabilidad del proveedor mantener actualizada la información postal en su perfil del PDMS.

E. Mantenimiento de la lista de proveedores aprobados de la DVOMB

1. El personal de la DVOMB mantendrá la Lista de Proveedores en el sitio web de la DCJ. Se facilitarán y distribuirán copias en papel si así se solicita.
2. La DVOMB actualizará y publicará cualquier cambio en la situación de un proveedor en la Lista de proveedores de acuerdo con la Sección 16-11.8-103(4)(c), C.R.S.
3. Las personas incluidas en la lista de proveedores deberán notificar por escrito a la DVOMB en un plazo de 10 días cualquier arresto, condena, declaración de nolo contendere o sentencia diferida (que no sea una infracción de tráfico de 7 puntos o menos) por una infracción de ordenanza municipal, delito menor, delito grave o el inicio de cualquier disputa civil que implique una base fáctica subyacente de violencia intrafamiliar. La Oficina de Investigación de Colorado (CBI) notificará a la DVOMB si se retiene o arresta a un proveedor y posteriormente se le toman las huellas dactilares. La DVOMB tendrá en cuenta dicha información, incluida la correcta notificación del proveedor a la DVOMB, a la hora de decidir si toma medidas administrativas en relación con el estado de aprobación de un Proveedor.

4. Las fuentes de derivación serán notificadas y el proveedor aprobado será retirado de la Lista de proveedores o bien 31 días después de la fecha de emisión de la Carta de remoción o bien tras la finalización del proceso de apelación de la DVOMB en caso de que alguna de las partes recurra la decisión. Si la situación lo justifica, la DVOMB puede ejercer la opción de solicitar orientación a la oficina del Fiscal General para una posible acción legal.

II. SOLICITUDES DE INCLUSIÓN EN LA LISTA

El propósito del proceso de solicitud es permitir que los solicitantes demuestren sus competencias, cualificaciones y habilidades individuales para trabajar con agresores de violencia intrafamiliar. Los solicitantes deben demostrar el cumplimiento de las Normas a través de cualquier solicitud. Hay una solicitud asociada a cada estado de listado que debe presentarse al ARC antes de que se conceda la aprobación.

A. Existen cuatro tipos de niveles de práctica activa, tal y como se definen en la sección 9.0:

1. Candidato de nivel asociado
2. Nivel asociado
3. Nivel operativo completo
4. Supervisor clínico de violencia intrafamiliar:

B. Tipos de aplicaciones

1. Candidato de nivel asociado: esta solicitud es para personas que desean iniciar el proceso para convertirse en proveedor aprobado DVOMB. Los solicitantes, independientemente de sus credenciales, deben completar la solicitud y recibir la aprobación del Comité de Revisión de Solicitudes (ARC) antes de comenzar cualquier servicio cofacilitado a agresores de violencia intrafamiliar. Una vez aprobados, los solicitantes figurarán en la lista de candidatos de nivel asociado.
2. Solicitud de estado de nivel de práctica: esta solicitud es para individuos que buscan ser incluidos en la Lista de proveedores en el nivel provisional, nivel asociado o proveedores actualmente aprobados que buscan ascender de nivel de práctica. Los solicitantes deben demostrar que reúnen las cualificaciones y el cumplimiento de las Normas para el Tratamiento con agresores de violencia intrafamiliar por orden judicial publicadas por la Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar (en adelante, las Normas).
3. Solicitudes adicionales: estas solicitudes son para personas que han recibido la aprobación o están en proceso de solicitar su inclusión en la Lista de proveedores y que buscan un puesto como supervisor clínico de violencia intrafamiliar (DVCS), evaluador previo a la sentencia o que buscan la aprobación para trabajar con una población de agresores específica (SOP).
4. Solicitud de renovación para continuar en la lista de proveedores: solicitantes que están actualmente en la lista de proveedores y desean permanecer como tales.

C. Requisitos generales para las solicitudes

1. Prestación de servicios: los solicitantes que pretendan trabajar para convertirse en un proveedor aprobado deberán presentar una Solicitud de candidatura de nivel asociado. La solicitud debe ser aprobada por el ARC.
2. Normas profesionales y ética: los solicitantes deberán demostrar su competencia de acuerdo con las respectivas normas profesionales y éticas del individuo en consonancia con las normas aceptadas de la práctica de los servicios para agresores de violencia intrafamiliar.
3. Documentación: Deberá presentarse toda la información requerida en la solicitud. El incumplimiento de los requisitos de la solicitud puede dar lugar a la denegación de la misma o a la permanencia en un estado específico de la Lista de Proveedores.
4. Límites de tiempo: a excepción de las solicitudes de renovación, todas las solicitudes pendientes caducan automáticamente a los ocho meses de la fecha de la revisión inicial del ARC. Si el ARC experimenta un retraso en la tramitación de una solicitud, se podrá conceder una prórroga al solicitante en función de cada caso.
5. Solicitudes de prórroga: los solicitantes pueden pedir una prórroga antes de la fecha de vencimiento de una solicitud o antes de la fecha límite de una solicitud. La solicitud de prórroga por parte de un solicitante deberá demostrar por escrito la necesidad de la misma. En el caso de las solicitudes de renovación, la tasa requerida deberá presentarse junto con la solicitud de prórroga.
6. Honorarios de solicitud: la DVOMB cobra honorarios para cubrir los costos de tramitación de las solicitudes. Consulte "El baremo de honorarios de solicitud" para conocer el baremo de honorarios correspondiente a cada estado de la lista. Los honorarios de solicitud no pueden transferirse a otra persona, pero pueden utilizarse como pago para otras funciones de la DVOMB en función de cada caso.

D. Requisitos de colocación continua

1. Solicitud de renovación: todos los proveedores que se encuentren actualmente en la Lista de proveedores, incluido el estado de no ejerciente actualmente, deberán presentar una solicitud de renovación cada dos años para mantener su inclusión en la Lista de proveedores.
2. Periodo de gracia para la renovación: los proveedores que no presenten la solicitud de renovación de su estado antes de la fecha de vencimiento dispondrán de un periodo de gracia de 30 días para presentar los materiales de su solicitud. Si no se presentan los materiales de solicitud en los 30 días siguientes a la fecha de expiración del estado de proveedor aprobado, los proveedores tendrán que iniciar el proceso de solicitud presentando una Solicitud de candidato de nivel asociado.
3. Posibilidad de renovación futura una vez caducada la aprobación del proveedor

Si se eliminó a alguien voluntariamente de la Lista de proveedores aprobados en los dos últimos años, la persona puede conservar su aprobación presentando una Solicitud de candidato de nivel asociado y una Solicitud de nivel de práctica que excluya los siguientes

requisitos: horas de cofacilitación, producto del trabajo, horas de Unidad de Educación Continua (CEU, por sus siglas en inglés) fuera de lo que se requiere para las CEU de nivel de práctica para la renovación.

Punto de Discusión: si una persona vuelve a presentar una solicitud después de una remoción voluntaria que fue precedida por un periodo de estado no practicante, el ARC considerará dichas solicitudes caso por caso y determinará los requisitos.

Si se removió a alguien voluntariamente de la Lista de proveedores aprobados durante más de dos años, deberá completar el proceso normal de solicitud que exige la Sección 9.0.

III. REQUISITOS ADMINISTRATIVOS PARA LOS PROVEEDORES APROBADOS

- A. Respeto y no discriminación: un proveedor aprobado deberá modelar su comportamiento y conducta de una manera que sea humana, no discriminatoria y coherente con su ética y reglas profesionales. Además, los proveedores aprobados no permitirán que los sentimientos personales con respecto a los delitos o la conducta de un cliente interfieran con el juicio profesional y la objetividad. Cuando un proveedor aprobado no pueda prestar un servicio de la máxima calidad por cualquier motivo, remitirá al cliente a otro lugar.
- B. Los proveedores aprobados no se involucrarán en ningún comportamiento abusivo, violento o criminal en sus propias vidas que pudiera impedir, interferir o impactar negativamente en su capacidad para ejercer bajo estas Normas y Directrices según lo revisado y determinado por el ARC. Los proveedores aprobados no podrán:
1. Tener una condena o una sentencia diferida (que no sea una infracción de tráfico de 7 puntos o menos) por una infracción de ordenanza municipal, delito menor, delito grave o haber aceptado por un tribunal una declaración de culpabilidad o nolo contendere por una infracción de ordenanza municipal, delito menor o delito grave si la infracción de ordenanza municipal, delito menor o delito grave está relacionada con la capacidad para ejercer conforme a estas Normas y Directrices según lo revisado y determinado por el ARC. Una copia certificada de la sentencia de un tribunal de jurisdicción competente de dicha condena o declaración será prueba concluyente de dicha condena o declaración. La consecuencia de cualquier circunstancia que afecte a la capacidad de un Proveedor para ejercer conforme a estas Normas y Directrices podría tener como consecuencia la remoción de la Lista de proveedores aprobados.
 2. Tener cualquier disputa civil que esté relacionada con la capacidad para ejercer bajo estas Normas y Directrices según lo revisado y determinado por el ARC. La consecuencia de cualquier circunstancia que afecte a la capacidad de un Proveedor para ejercer conforme a estas Normas y Directrices podría tener como consecuencia la remoción de la Lista de proveedores aprobados.
 3. Abusar de las drogas o el alcohol. La consecuencia de cualquier circunstancia que afecte a la capacidad de un Proveedor para ejercer conforme a estas Normas y Directrices podría tener como consecuencia la remoción de la Lista de proveedores aprobados.
- C. Honorarios para los agresores: que el agresor pague su propia evaluación y tratamiento es un indicador de responsabilidad y deberá incorporarse al plan de tratamiento. Todos los proveedores aprobados ofrecerán servicios de evaluación y tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar basados en una tarifa de escala móvil. (Consulte el Glosario de términos, Apéndice C)

- D. Registros de agresores: Todos los proveedores aprobados tendrán documentación escrita de la información de evaluación del agresor, plan de tratamiento, revisiones del plan de tratamiento, contrato del agresor, notas del caso, progreso observado del agresor, asistencia, pago de cuotas, contactos colaterales y registros, registro de remisiones, violaciones del contrato del agresor, informes mensuales a Libertad Condicional y resumen de alta. Además, los proveedores aprobados que trabajen con agresores de violencia intrafamiliar deberán cumplir las normas de mantenimiento de registros establecidas por sus grupos profesionales. Las preguntas relativas a la conservación de registros profesionales deberán dirigirse al Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado.
- E. Confidencialidad: Un proveedor aprobado no revelará las comunicaciones confidenciales descritas en la sección 12-245-220, C.R.S.
- F. Recogida de datos: los proveedores presentarán datos coherentes con el plan de recopilación de datos de la DVOMB y participarán y cooperarán en los proyectos de investigación de la DVOMB relacionados con la evaluación o la aplicación de las Normas o la gestión de los agresores de violencia intrafamiliar en Colorado de acuerdo con las secciones C.R.S. 16-11.8-103(4)(a)(IV).
- G. Deber de advertir:
1. los proveedores aprobados tienen el deber de advertir tal y como se define en la Sección 13-21-117, C.R.S. Si el agresor muestra signos de peligro inminente o comportamientos escalados que puedan llevar a la violencia, el proveedor aprobado deberá realizar lo siguiente:
 - a) Ponerse en contacto con la víctima o con la persona a la que se dirige la amenaza y con los servicios para víctimas, si procede;
 - b) Notificar a las fuerzas policiales cuando proceda;
 - c) Ponerse en contacto con la agencia de justicia penal responsable para discutir las respuestas apropiadas. La respuesta incluirá, entre otras cosas, una evaluación por parte del MTT del tratamiento actual y una decisión sobre si los cambios en el tratamiento son apropiados en función de las mayores necesidades de contención del agresor.
 2. Los proveedores aprobados están obligados por ley a denunciar el maltrato o la negligencia infantil de acuerdo con el estatuto Sección 19-3-304, C.R.S.
- H. Confidencialidad de los expedientes de la DVOMB: La información contenida en los archivos de la DVOMB, incluidos los materiales de solicitud de los solicitantes, los proveedores y quienes hayan presentado una solicitud, se consideran confidenciales y no están a disposición del público. Esto incluye investigaciones de antecedentes, comprobaciones de antecedentes penales, quejas infundadas, ciertos tipos de revisiones de cumplimiento de normas, expedientes académicos, cartas de recomendación, secretos comerciales, datos comerciales confidenciales, incluidos formularios de solicitud creados para uso empresarial, planes de estudios desarrollados para la empresa y evaluaciones clínicas. Cualquier información que, de ser revelada, pudiera interferir con el proceso de deliberación del Comité de Revisión de Solicitudes (ARC) de la DVOMB también está sujeta a esta política. La Ley de Registros Abiertos de Colorado se aplica a otros materiales (sección 24-72-201, C.R.S.).
- I. Información de contacto del proveedor aprobado: los proveedores aprobados son responsables de notificar por escrito a la DVOMB cualquier cambio en el nombre del proveedor, dirección, número de teléfono, nombre del programa, defensor de víctimas de tratamiento, supervisor clínico de violencia intrafamiliar o consultor de pares y cualquier ubicación adicional de Tratamiento, a más tardar dos semanas después de cualquier cambio.

- J. Quejas: cualquier víctima, agresor o miembro de la comunidad que tenga dudas o preguntas sobre un proveedor aprobado o sus prácticas de tratamiento puede ponerse en contacto con la DVOMB. Las quejas deben presentarse por escrito a la Junta o al Departamento de Agencias Reguladoras (DORA). Todas las quejas recibidas por la Junta serán remitidas a DORA y tratadas por la junta de DORA correspondiente.
- K. Infracciones de las normas: Las violaciones de estas Normas y Directrices pueden ser motivo de acción por parte de la DVOMB de conformidad con la Sección 16-11.8-103, C.R.S. de acuerdo con estas Políticas Administrativas.

IV. TIPOS DE ACCIONES RELACIONADAS CON LA APROBACIÓN RELACIONADAS CON EL ESTADO DE LA LISTA

- A. Aprobación: el ARC ha determinado que el solicitante o proveedor ha cumplido los requisitos mínimos para prestar servicios a los agresores de violencia intrafamiliar en Colorado y será elegible para recibir remisiones al aparecer en la Lista de Proveedores.
- B. Aprobación modificada: el ARC ha determinado que el solicitante o el proveedor ha cumplido una parte de los requisitos mínimos para prestar servicios a los agresores de violencia intrafamiliar. En tales casos, el ARC puede conceder una aprobación modificada para los servicios a agresores con restricciones y establecer condiciones para dicha aprobación.
- C. Reducción de nivel: basándose en la determinación del ARC, el estado de un proveedor se reduce (por ejemplo, supervisor clínico de violencia intrafamiliar reducido a proveedor operativo completo) durante un periodo de tiempo y sujeto a los requisitos de ese nivel de aprobación en la fecha efectiva de la reducción.
- D. Denegación: el ARC ha determinado que el solicitante NO cumple los requisitos mínimos para prestar servicios a agresores de violencia intrafamiliar por orden judicial en Colorado. Se deniega al solicitante la inclusión en la Lista de Proveedores y no podrá prestar servicios en Colorado a agresores de violencia intrafamiliar.
- E. Cambio de estado
 - 1. Remoción voluntaria: El proveedor ha solicitado que se lo elimine de la lista de proveedores sin que medie una queja pendiente o una revisión del cumplimiento de las normas (SCR). Tras la remoción, no se prestarán servicios a los agresores de violencia intrafamiliar en Colorado por parte de la persona solicitante.
 - 2. Expulsión involuntaria: basándose en la determinación del ARC, a un proveedor aprobado se le deniega la colocación en la Lista de proveedores aprobados y no deberá proporcionar ningún servicio en Colorado a agresores de violencia intrafamiliar a partir de la fecha efectiva de remoción. Esto incluye a los proveedores aprobados que son removidos como resultado de no poder demostrar el cumplimiento de las Normas tras una denegación, una revisión del cumplimiento de las Normas (consulte la Sección V) o una queja fundada (consulte la Sección VI).
 - 3. Proceso de recolocación en la lista de proveedores aprobados tras una remoción involuntaria: Los proveedores eliminados involuntariamente de la Lista de proveedores deben presentar una Solicitud de candidato a nivel de asociado antes de presentar una Solicitud de estado a nivel de práctica. Al presentar una Solicitud de candidato de nivel asociado, los proveedores removidos involuntariamente deben abordar las

preocupaciones o problemas de cumplimiento a satisfacción del ARC. Los proveedores removidos involuntariamente deberán solicitar primero el nivel asociado antes de poder solicitar el nivel operativo completo, a menos que el ARC estipule lo contrario. Esta disposición no se aplica a los proveedores que fueron removidos involuntariamente de la Lista de proveedores únicamente como resultado de la expiración de una licencia, registro o certificación del DORA, siempre y cuando el proveedor solicite su sustitución cuando esté al corriente de la renovación de la DVOMB.

V. BASES PARA LA ACCIÓN ADMINISTRATIVA DEL ARC EN RELACIÓN CON LA DENEGACIÓN, REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DE LA LISTA DE PROVEEDORES

La DVOMB puede denegar, reducir o eliminar la inclusión en la Lista de proveedores para cualquier estado de listado específico a cualquier solicitante o proveedor bajo estas Normas. Aquellos solicitantes o proveedores a los que se les deniegue, reduzca o elimine un estado específico de la lista recibirán una copia de las Políticas Administrativas de la DVOMB. Las acciones administrativas tomadas por el ARC con respecto al estado de listado de un proveedor aprobado por la DVOMB no constituyen una acción tomada contra el registro, licencia o certificación del proveedor por parte del Departamento de Agencias Reguladoras. Los motivos de denegación, reducción o eliminación incluyen, entre otros, los siguientes:

- A. El ARC determina que el solicitante o el proveedor no demuestra las cualificaciones requeridas por estas Normas;
- B. El ARC determina que el solicitante o el proveedor no cumple con las Normas de práctica descritas en estas Normas;
- C. El solicitante o proveedor no proporciona los materiales necesarios para la solicitud, tal y como se indica en los materiales de solicitud y en las políticas y procedimientos administrativos;
- D. El ARC determina que el solicitante o el proveedor presenta factores (por ejemplo, límites, deficiencias, etc.) que le incapacitan para prestar servicios a los agresores;
- E. El ARC determina que los resultados de la investigación de antecedentes, las referencias proporcionadas o cualquier otro aspecto del proceso de solicitud son insatisfactorios.
- F. El ARC determina que el producto global del trabajo presentado no demuestra adecuadamente las habilidades o competencias para el estado que solicita un candidato.

Aquellos solicitantes o proveedores a los que se les deniegue, reduzca o elimine un estado específico de la lista recibirán una copia de las Políticas Administrativas de la DVOMB. Las acciones administrativas tomadas por el ARC con respecto al estado de listado de un proveedor aprobado por la DVOMB no constituyen una acción tomada contra el registro, licencia o certificación del proveedor por parte del Departamento de Agencias Reguladoras.

VI. ENFOQUES PARA PROMOVER Y APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS

La aplicación de las Normas y Directrices es una parte importante del trabajo de la DVOMB. Los mecanismos para verificar el cumplimiento de las Normas y Directrices sirven para promover la seguridad de las víctimas y el éxito de la evaluación, valoración y tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar.

Punto de debate: las consultas sobre las Normas y Directrices pueden ser examinadas por el personal del programa utilizando los Criterios de Revisión del Cumplimiento de las Normas (según el Procedimiento Operativo Estándar del Comité de Revisión de Solicitudes) al proporcionar formación y asistencia técnica (TTA) a los proveedores aprobados.

El propósito de las Revisiones de Cumplimiento de Normas (SCR, por sus siglas en inglés) es garantizar que los proveedores se adhieran a todas las *Normas aplicables para el Tratamiento con agresores de violencia intrafamiliar por Orden Judicial* e identificar prácticas innovadoras y excepcionales en áreas relacionadas con la evaluación, valoración y tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar. El ARC puede llevar a cabo las SCR en cualquier momento. Una vez que un proveedor haya superado con éxito las SCR, quedará exento de la selección aleatoria durante seis años.

A. Asistencia técnica

Las preguntas relativas a la aplicación e interpretación de las Normas pueden dirigirse al personal de la DVOMB, que está disponible para proporcionar aclaraciones y apoyo según sea necesario y aplicable en cada caso. Se anima a los proveedores aprobados de la DVOMB y a otras personas que utilicen las Normas a que se pongan en contacto con el personal de la DVOMB si tienen preguntas cuando surjan problemas técnicos.

B. Revisiones de conformidad estándar

El Comité de Revisión de Solicitudes (ARC) puede iniciar una Revisión de Cumplimiento de Normas (SCR) para un proveedor aprobado ya sea de forma voluntaria, aleatoria o por causa según la autoridad de la DVOMB. El SCR es un proceso en el que el ARC lleva a cabo una revisión del cumplimiento de las Normas y Directrices por parte de un proveedor. Este proceso puede revelar enfoques innovadores y mejores prácticas en áreas relacionadas con la evaluación, la valoración y el tratamiento de los clientes. De conformidad con C.R.S. 16-11.8-103(4)(a)(III)(D) el ARC debe realizar revisiones de cumplimiento en al menos el diez por ciento de los proveedores de tratamiento de la Lista de proveedores aprobados cada dos años. Una vez completado con éxito una SCR (incluido cualquier plan de acción de cumplimiento requerido), un proveedor aprobado queda exento de estar sujeto a un SCR aleatorio durante un periodo de seis años a partir de la fecha en que el SCR sea cerrado por la ARC. Los proveedores aprobados aún pueden ser objeto de un SCR por causa justificada en cualquier momento. El proveedor aprobado tendrá la oportunidad de demostrar el cumplimiento de las *Normas y Directrices* presentando documentación al ARC durante el proceso SCR.

1. Tipos de revisiones del cumplimiento de las normas:

- a) *Voluntario* - Un proveedor aprobado individual puede ponerse en contacto con el personal del programa y ofrecerse voluntario para una Revisión de Cumplimiento Estándar (SCR). La autoselección para un SCR puede ofrecer al proveedor aprobado la oportunidad de revisar aspectos de su práctica para determinar si hay áreas que deban actualizarse para estar en conformidad con las Normas.
- b) *Aleatorio* - El ARC puede llevar a cabo SCR periódicos de los proveedores de tratamiento en la Lista de proveedores aprobados de forma aleatoria para determinar si un proveedor está siguiendo los requisitos de las Normas. La selección de los proveedores aprobados sujetos a un SCR aleatorio se basará en el número de identificación del proveedor en el Sistema de Gestión de Datos de Proveedores (PDMS). la DVOMB indicará al ARC qué servicios, documentación o aspectos de las normas deben revisarse como parte de los SCR aleatorios.
- c) *Por causa* - El ARC puede votar para iniciar un SCR por causa cuando se obtiene información o una queja anónima alega suficientemente que un proveedor aprobado no está cumpliendo con las *Normas y Directrices*. El ARC, junto con el personal del programa, evaluará la información recibida para determinar el alcance, la credibilidad y la gravedad de las supuestas circunstancias. El personal del programa y el presidente del ARC determinarán el método más apropiado para investigar y resolver los problemas o inquietudes relacionados con el cumplimiento.

2. El ARC podrá seleccionar uno de los siguientes niveles en función de la información disponible sobre la revisión del cumplimiento de las normas:
 - a) Nivel 1 - Verificación de la aplicación

Un SCR de nivel 1 evalúa y determina si un proveedor aprobado ha aplicado los requisitos de las normas y directrices relacionados con acciones administrativas, de formación o de consulta MTT.
 - b) Nivel 2 - Revisión del producto del trabajo

Además de los requisitos del Nivel 1, un SCR de Nivel 2 evalúa y determina si un proveedor aprobado cumple los requisitos de las Normas y Directrices relacionados con el producto de trabajo escrito (por ejemplo, informe resumido de evaluación del agresor, planes de tratamiento, revisiones mensuales del plan de tratamiento, informes de progreso, comunicaciones MTT, contratos, resúmenes de alta, etc.).
 - c) Nivel 3 - Visita a las instalaciones y revisión del expediente

Además de los requisitos del Nivel 2, un SCR de Nivel 3 es una auditoría exhaustiva para determinar si un proveedor aprobado cumple los requisitos de las Normas y Directrices. Esto incluye una revisión de los expedientes de los clientes, la asistencia a sesiones de grupo, evaluaciones u otros servicios prestados en virtud de las Normas y Directrices.
3. Notificación a los proveedores - Los proveedores recibirán una carta de notificación cuando hayan sido seleccionados para un SCR y el tipo de SCR que se está administrando. La carta de notificación también incluirá instrucciones sobre cómo responder al ARC. El Proveedor debe presentar todos los materiales solicitados, antes de la fecha límite indicada en la carta de notificación. Si son varios los Proveedores sujetos a un SCR que dependen de una única organización o agencia, la ARC puede iniciar un único proceso de SCR que incorpore la investigación de todos los Proveedores de la organización o agencia.
4. Revisión del SCR - Una vez recibida la información, el ARC revisará la respuesta del proveedor aprobado al SCR y cualquier otra información relevante relativa al proveedor aprobado con el fin de identificar cualquier violación de las Normas, innovaciones o mejores prácticas. La información relacionada con el tipo de SCR, la solicitud de documentación y la respuesta del proveedor aprobado permanecen confidenciales para el público antes de que el ARC determine si se ha encontrado alguna infracción.
5. Determinación del ARC: el ARC notificará por escrito al proveedor aprobado objeto de la SCR el resultado del mismo en un plazo de 21 días a partir de la revisión del ARC. La SCR identificará al menos uno o varios de los siguientes resultados:
 - a) Se aprueba la continuidad de la colocación del proveedor aprobado y no se requiere ninguna otra acción en ese momento.

Resultado: El proveedor aprobado conserva su nivel y se mantiene su estado. El ARC puede proporcionar información general al proveedor aprobado para su consideración.
 - b) Se identifica una práctica innovadora como mejor práctica.

Resultado: El proveedor aprobado conserva su nivel y se mantiene su estado. Si un proveedor aprobado demuestra aptitudes, competencias y habilidades de un nivel de práctica superior, el ARC tiene la facultad discrecional de concederle un aumento de nivel de práctica.
 - c) Las violaciones de las normas son fundadas.

Resultado: Al proveedor aprobado se le puede ofrecer un Plan de Acción para el Cumplimiento (CAP) para resolver las infracciones fundadas de una SCR. El ARC

determinará si el proveedor aprobado puede conservar su nivel de práctica o si este se reducirá mientras esté en vigor el CAP. El CAP especificará los plazos, las acciones y la documentación que necesita el proveedor aprobado para demostrar que se han resuelto las infracciones fundadas. El proveedor aprobado debe demostrar al ARC que las violaciones fundadas han sido resueltas sistemáticamente. Una vez que el proveedor aprobado haya completado el CAP a satisfacción del ARC, conservará su nivel de práctica. En el caso de las SCR voluntarias y aleatorias, la información relacionada con las infracciones resueltas, la documentación complementaria y el resultado de la SCR siguen formando parte del expediente confidencial del proveedor aprobado y no están a disposición del público. La información relacionada con las infracciones, la documentación complementaria y el resultado de una SCR por causa forman parte del expediente del proveedor aprobado y pueden ponerse a disposición del público que lo solicite.

El ARC tiene la discreción de administrar cualquier acción enumerada en la Sección IV de estas Políticas Administrativas si:

- i. El proveedor aprobado sujeto a un CAP declina, rechaza o no participa en el CAP requerido para resolver las infracciones fundadas.
 - ii. El proveedor aprobado sujeto a un CAP no puede resolver las violaciones fundadas o el proveedor aprobado es incapaz de demostrar habilidades, competencias y capacidades consistentes con el nivel de práctica del proveedor.
- d) La DVOMB abrirá una queja formal y la remitirá también al Departamento de Agencias Reguladoras (DORA), en nombre del ARC.

C. QUEJAS

En la prestación de servicios a agresores de violencia intrafamiliar, las acciones de un individuo que violen las Normas o cualquier requisito de práctica general de su certificación, licencia o registro, pueden ser denunciadas como una queja formal ante la DVOMB. Las quejas formales (en lo sucesivo, queja) recibidas por la DVOMB son revisadas por el ARC y serán remitidas al Departamento de Agencias Reguladoras (DORA) para su tramitación.

- A. Cuando se presente una queja a la DVOMB sobre un proveedor aprobado que figure en la Lista de proveedores, la queja se hará por escrito a la DVOMB y se presentará. El formulario de reclamación correspondiente está disponible en la página web de la DVOMB. Todas las quejas contra los proveedores aprobados que figuran en la Lista de proveedores serán remitidas para su investigación y revisión a la DORA de conformidad con la sección 16-11.8-103(4)(a)(III)(D) C.R.S. Al mismo tiempo, la DVOMB revisará e investigará la queja para una posible acción de conformidad con la sección 16-11.8103(4)(a)(III)(D) C.R.S.
- B. Tras la recepción de una queja formal, el personal de la DVOMB notificará por escrito al denunciante la recepción de la queja.

Las quejas relativas a personas que nunca han figurado en la lista o que no figuraban en la lista de proveedores en el momento de la queja, no son apropiadas para la intervención de la DVOMB. La DVOMB informará a los denunciantes de que no está facultada para intervenir en estos casos, pero puede remitir las denuncias contra estas personas al DORA para que adopte las medidas oportunas. Las quejas apropiadas para la intervención de la DVOMB son aquellas quejas contra proveedores aprobados por la DVOMB, que están en la Lista de proveedores, o que estaban en la Lista de proveedores en el momento de la presunta infracción. Las reclamaciones contra un proveedor aprobado relativas a acciones de personas no incluidas en la lista bajo la supervisión de ese proveedor aprobado, también son apropiadas para la intervención de la DVOMB.

Según 16-11.8-103(4)(a)(III)(D) C.R.S., las quejas se revisarán e investigarán de la siguiente manera:

1. Todas las quejas serán objeto de una revisión administrativa inicial por parte del personal de la DVOMB. Esta revisión determinará si se ha seguido el proceso de queja utilizando los formularios adecuados disponibles en el sitio web de la DVOMB. Los expedientes insuficientes o inadecuados pueden no ser aceptados para su revisión y el personal de la DVOMB notificará por escrito las deficiencias al denunciante.
2. El personal de la DVOMB remitirá las quejas al ARC para su revisión y notificará por escrito al denunciante la recepción de la queja.
 - a. Si la queja no alega suficientemente una violación de las Normas, el ARC se lo notificará al demandante por escrito.
 - b. Las determinaciones conforme a la sección 2.a. anterior son definitivas e inapelables.
3. Si una queja alega suficientemente una violación de las Normas, la revisión de la queja por parte del ARC (un proceso separado de cualquier revisión contemplada o completada por el DORA) puede tomar cualquiera de las siguientes acciones. Las acciones emprendidas por el ARC pueden ser independientes de cualquier acción emprendida por el DORA. Los hallazgos, conclusiones o resultados de la revisión del ARC pueden ser diferentes de los alcanzados por el DORA):
 - a. Determina que la queja es infundada y notifíquelo por escrito al demandante y al proveedor aprobado identificado.

RESULTADO: No aparecerá ninguna acción formal en el expediente de este proveedor aprobado identificado en relación con esta queja.
 - b. Solicita información aclaratoria al denunciante o al proveedor aprobado identificado.
 - c. Se contacta con el proveedor aprobado identificado y con el demandante para determinar si la queja puede resolverse de manera informal mediante un acuerdo mutuo entre el proveedor aprobado y el demandante. La decisión de resolver una queja de mutuo acuerdo se tomará caso por caso. Si se puede llegar a un acuerdo mutuo según lo convenido por el demandante y el proveedor aprobado, se determinará que la queja es infundada. Se notificará por escrito al denunciante el acuerdo mutuo y la denuncia se considerará infundada.

RESULTADO: No figurará ninguna queja fundada en el expediente de este proveedor identificado en relación con esta queja. La información de que un acuerdo mutuo o la carta que contiene los términos del acuerdo mutuo estará disponible bajo petición.
 - d. Solicita que ambas partes comparezcan ante el ARC. Cualquiera de las partes podrá solicitar al ARC medios electrónicos alternativos en lugar de comparecer en persona. La solicitud de comparecencia electrónica debe realizarse en el momento de la solicitud de comparecencia por parte del ARC. Cualquier decisión de llevar a cabo una reunión se tomará a la entera discreción del ARC. Si el ARC celebra una reunión en relación con la queja, se aplicarán los siguientes procedimientos:
 1. Tanto el demandante como el proveedor aprobado serán notificados por escrito de la fecha, hora y lugar de la reunión.
 2. Si se puede llegar a un acuerdo mutuo que resuelva la queja, esta se considerará infundada. Se notificará por escrito al denunciante y al proveedor aprobado que la denuncia carece de fundamento.

RESULTADO: No figurará ninguna queja fundada en el expediente de este proveedor identificado en relación con esta queja. La información de que un acuerdo mutuo o la carta que contiene los términos del acuerdo mutuo estará disponible bajo petición.
 - e. Solicita al personal del Programa que investigue más a fondo la información contenida en la queja, ya sea directamente o a través de investigadores o consultores.
 1. Concluye que una queja es infundada y se notifica al proveedor identificado los resultados de la queja

RESULTADO: No figurará ninguna acción formal en el expediente de este proveedor identificado en relación con esta queja. Al tratarse de una denuncia infundada, los detalles de la misma permanecen confidenciales.

2. Concluye que una queja es fundada y se notifica al proveedor aprobado el resultado de la queja, que puede incluir cualquier acción enumerada en la Sección IV de estas Políticas Administrativas. Cualquier queja fundada en una categoría de aprobación dará lugar a una revisión de las demás categorías de aprobación del individuo y puede repercutir también en estas otras categorías de aprobación (por ejemplo, una queja fundada contra un proveedor aprobado que está aprobado para trabajar con agresoras mujeres puede repercutir también en el estado del individuo para trabajar con agresores LGBTQ+).

RESULTADO: Se registrará en el expediente del proveedor aprobado una acción formal y las Normas que se identificaron como violadas en relación con esta queja. Al tratarse de una denuncia fundada, los detalles de la misma estarán a disposición del público si así lo solicita. Si se toma la decisión de remover al proveedor de la lista de proveedores aprobados, se notificará a las fuentes de derivación y el proveedor identificado será retirado de la lista o bien 31 días después de la fecha de emisión de la carta de retirada O bien tras la finalización del proceso de apelación en caso de que alguna de las partes recurra la decisión. Si la situación lo justifica, la DVOMB puede ejercer la opción de solicitar orientación a la oficina del Fiscal General para una posible acción legal.

VII. SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN Y PROCESO DE APELACIÓN

Cualquier solicitante o proveedor aprobado por la DVOMB en virtud de estas Normas que no esté de acuerdo con una decisión tomada por el ARC relativa a la denegación, reducción o remoción de la Lista de proveedores relacionada con un determinado estado o aprobación podrá ejercer dos opciones administrativas en el siguiente orden:

1. Solicitar la reconsideración por parte del ARC; y
2. Apelar cualquier decisión final tomada por el ARC ante la DVOMB tras una solicitud de reconsideración.

Las solicitudes de reconsideración y apelación se limitan a las quejas, la denegación de inclusión en la Lista de proveedores para un estado de inclusión específico, la remoción involuntaria de la Lista de proveedores aprobados o para una reducción del estado de aprobación.

A. Solicitud de reconsideración del ARC

1. Presentación de una solicitud: los solicitantes o los proveedores deben presentar una solicitud de reconsideración por escrito a la DVOMB en un plazo de 30 días a partir de la fecha de emisión de la carta de notificación al solicitante o al proveedor aprobado. La solicitud de reconsideración deberá incluir documentación justificativa que cumpla uno de los siguientes criterios:
 - La documentación en la que se basó el ARC era errónea.
 - Existe nueva documentación relevante para la decisión del ARC que no estaba disponible en el momento para su consideración.
 - El ARC carecía de motivos suficientes para respaldar la decisión adoptada.
 - El ARC no siguió las políticas administrativas de la DVOMB.
2. Revisión del ARC: el ARC llevará a cabo una revisión posterior de su decisión inicial de denegar, reducir o eliminar a un solicitante o proveedor de un estado específico de la lista. El ARC determinará en primer lugar si la solicitud de reconsideración responde satisfactoriamente a los criterios de revisión. Si el ARC determina que la solicitud de

reconsideración cumple los criterios, entonces deliberará y considerará la documentación presentada. Tras la revisión, el ARC puede votar para:

- a) Mantener la decisión original del ARC. Esta decisión final del ARC puede ser apelada ante la DVOMB.
- b) Modificar la decisión original del ARC. Esta decisión final del ARC puede ser apelada ante la DVOMB.
- c) Rechazar la decisión original del ARC. Esta decisión final del ARC puede ser apelada ante la DVOMB.

3. Notificación de la decisión: la comunicación de las decisiones del ARC se realizará por escrito en un plazo de 21 días tras la toma de la decisión del ARC.

B. Recurso ante la DVOMB

1. Presentación de una solicitud para apelar la decisión del ARC: los solicitantes o los proveedores aprobados por la DVOMB deben presentar una solicitud para apelar una decisión final del ARC por escrito a la DVOMB en un plazo de 30 días a partir de la fecha de emisión de la carta de notificación para mantener o modificar la decisión del ARC tras la solicitud de reconsideración. La solicitud de apelación deberá incluir documentación justificativa y cumplir los siguientes criterios:

- La documentación en la que se basó el ARC era errónea.
- Existe nueva documentación relevante para la decisión del ARC que no estaba disponible en el momento para su consideración.
- El ARC carecía de motivos suficientes para respaldar la decisión adoptada.
- El ARC no siguió las normas o la política de la DVOMB al tomar su decisión.

2. Las partes afectadas por la apelación pueden ser un solicitante, un proveedor o un demandante. Todas las partes afectadas por una apelación recibirán una notificación de la fecha, hora y lugar de la apelación, junto con el plazo para la presentación de materiales adicionales. Estos materiales adicionales deben limitarse a 10-15 páginas y ser recibidos por la DVOMB 60 días antes de la audiencia. Los materiales recibidos fuera de plazo o no preparados conforme a estas instrucciones no serán revisados en la audiencia de apelación programada.

3. Revisión de la DVOMB: la DVOMB solo considerará la información específica sobre el hallazgo señalado por el ARC en la carta de notificación.

- a) Se proporcionarán copias de los materiales de apelación (sujetos a redacciones u otras protecciones para cumplir con las preocupaciones de confidencialidad contempladas por la ley) considerados por el ARC a la DVOMB y a las partes implicadas al menos 30 días antes de la audiencia y se espera que las partes y la DVOMB hagan todo lo posible por mantener la confidencialidad de los materiales.
- b) Cualquiera de las partes podrá solicitar medios electrónicos alternativos para reunirse con la DVOMB en lugar de comparecer en persona. La solicitud debe hacerse por escrito en el momento de solicitar la apelación.
- c) Las apelaciones se programarán conjuntamente con las reuniones regulares de la DVOMB. El apelante deberá confirmar, por escrito, su capacidad para asistir a la apelación programada; de no hacerlo, la apelación podrá ser desestimada. El personal de la DVOMB y el presidente de la DVOMB examinarán conjuntamente las solicitudes de prórroga o de reprogramación de una apelación. La decisión de prorrogar o reprogramar una apelación queda a discreción del presidente de la DVOMB y del personal del programa. Se notificará a las partes verbalmente o por

escrito, según proceda, la decisión sobre la solicitud de prórroga o de reprogramación.

- d) Las partes implicadas podrán traer consigo a un representante. Las audiencias de apelación (en persona o por vía electrónica) durarán 80 minutos: 20 minutos para una presentación verbal del demandante (si está disponible); 20 minutos para el proveedor identificado; 20 minutos para la presentación del ARC y 20 minutos para preguntas y debate por parte de la Junta. Los plazos aplicables podrán ser modificados a petición de cualquiera de las partes o de un miembro de la DVOMB, seguida de una moción de un miembro de la DVOMB y de una votación sobre la moción.
 - e) Debe haber cuórum de la DVOMB para tener información respecto a una apelación. Los miembros del ARC cuentan para establecer el cuórum, pero deben abstenerse de votar sobre la apelación según los estatutos de la DVOMB.
 - f) La DVOMB considerará las apelaciones en audiencia abierta y grabará audio de los procedimientos para el registro a menos que cierto material deba ser considerado por la DVOMB en sesión ejecutiva de conformidad con la Sección 24-6-402(3)(a)(III), C.R.S. Toda votación ocurrirá en sesión abierta.
 - g) La DVOMB debe votar sobre las conclusiones originales del ARC. Deben votar de una de las tres maneras siguientes:
 - i. Mantener la decisión original del ARC.
 - ii. Modificar la decisión del ARC.
 - iii. Rechazar la decisión del ARC.
4. Notificación de la decisión: los resultados de la apelación se documentarán mediante una carta enviada a todas las partes en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la audiencia de apelación.
- a) Los registros de denuncias fundadas se conservarán durante 20 años según la Política de Conservación de Registros de la División de Justicia Penal.
 - b) El proceso de apelación es el único remedio para un solicitante o proveedor al que se le deniegue, reduzca o elimine un estado específico en la Lista de proveedores, o la resolución de una(s) queja(s). La decisión de la DVOMB es inapelable.

VIII. VARIACIONES

El propósito del Proceso de Variación de Normas es permitir que un proveedor aprobado DVOMB o solicitante solicite la aprobación para una suspensión temporal de una Norma específica. Las razones para suspender un requisito de las Normas varían, pero las modificaciones de los requisitos de las Normas se limitan a raras circunstancias que se revisan caso por caso. Las solicitudes de variación pueden estar relacionadas con el tratamiento de un agresor o para solicitar una modificación del proceso de aprobación.

- A. Presentación de una solicitud de variación: un proveedor que no pueda cumplir con los requisitos de las Normas puede presentar una propuesta de variación al ARC para su revisión. La propuesta debe identificarse como una Solicitud de Variación de la Norma y debe incluir los siguientes componentes:
 - 1. Identificación de cada Norma objeto de la variación.
 - 2. Una descripción general de las circunstancias que conducen a la solicitud de una variación y documentación de por qué no es posible el cumplimiento de las Normas.
 - 3. Un plan elaborado para la variación propuesta de que se describa lo siguiente:
 - a) Seguridad de las víctimas, incluidas las consideraciones sobre reincidencia y letalidad

- b) Estrategias mejoradas de contención de agresores
 - c) Evaluación continua del riesgo y el progreso del agresor
 - d) Marco temporal
 - e) Verificación por escrito del consenso de la MTT
- B. Revisión preliminar: el personal de la DVOMB y al menos un miembro del ARC realizarán una revisión inicial de la solicitud. Si la solicitud es aceptable, autorizarán la aprobación preliminar del plan hasta que el ARC pueda llevar a cabo una revisión formal en la próxima reunión. Si la solicitud no es aceptable, el miembro del ARC y el personal trabajarán con el proveedor para modificar y resolver cualquier duda o preocupación. El ARC programará las variaciones que no obtengan la aprobación preliminar en la próxima reunión. Se notificará por escrito al proveedor la decisión de aprobar o denegar la aprobación preliminar de la variación.
- C. Revisión del ARC: el ARC revisará la Solicitud de Variación de Normas. Si se concedió la aprobación preliminar, el ARC puede mantener esa decisión o modificar la variación. El ARC ratificará la Solicitud de Variación de Normas y creará un plan para llevar a cabo revisiones periódicas y cualquier documentación necesaria requerida para dichas revisiones. El ARC tiene autoridad para establecer condiciones específicas del programa durante el plazo de la solicitud de variación.

IX. ASISTENCIA TÉCNICA

Las preguntas relativas a la aplicación e interpretación de las Normas pueden dirigirse al personal de la DVOMB, que está disponible para proporcionar aclaraciones y apoyo según sea necesario y aplicable en cada caso. Se anima a los proveedores aprobados de la DVOMB y a otras personas que utilicen las Normas a que se pongan en contacto con el personal de la DVOMB si tienen preguntas cuando surjan problemas técnicos.

Apéndice E: Recurso y guía de términos y conceptos de las normas de evaluación previa o posterior a la sentencia

Tenga en cuenta: Este documento está diseñado para ser una guía de recursos para trabajar con agresores, evaluarlos y valorarlos. Se pretende que los proveedores autorizados utilicen su experiencia junto con esta guía en el trabajo con los agresores. Los proveedores autorizados tomarán sus propias decisiones sobre el grado de información que es necesario recopilar para cada agresor y sobre cómo recopilar esa información.

I. Responsabilidad

A. Definición

La responsabilidad se refiere a "asumir la plena responsabilidad de los efectos de las propias acciones". En la intervención contra la violencia intrafamiliar hay que tener en cuenta muchos aspectos de la responsabilidad y hay muchas formas de evaluarla o medirla en distintos momentos del tratamiento. Por ejemplo, la responsabilidad incluye la rendición de cuentas individual y unilateral (es decir, asumir la plena responsabilidad unilateral de los efectos de las propias palabras o acciones independientemente de la influencia de las palabras o acciones de cualquier otra persona). La responsabilidad puede verse disminuida por una vergüenza malsana y autolimitante, diferenciada de una culpa apropiada. Los niveles bajos o limitados de responsabilidad del agresor pueden correlacionarse con riesgos altos o extensos de reincidencia del agresor. Los bajos niveles de empatía hacia la víctima también pueden correlacionarse con una alta incidencia de reincidencia por parte del agresor (Bancroft, 2002).

B. Evaluación

La responsabilidad puede evaluarse teniendo en cuenta lo siguiente:

1. ¿Asume el agresor la responsabilidad de sus actos abusivos en el informe policial del incidente? ¿En el informe de la víctima? ¿En el informe de los otros testigos?

2. ¿Asume el agresor la responsabilidad de sus propios actos independientemente de los de la víctima o los testigos?
3. ¿Asume el agresor la responsabilidad de cualquier otra denuncia de malos tratos en la relación? ¿En otras relaciones?
4. ¿Está dispuesto el agresor a hablar en tratamiento sobre sus actos de abuso? ¿Patrones de abuso?
5. ¿Está dispuesto el agresor a escribir sobre sus abusos?
6. ¿Está dispuesto el agresor a recibir aportaciones/comentarios/confrontaciones del terapeuta sobre el abuso? ¿Del grupo?
7. ¿Puede el agresor identificar deficiencias/desafíos/luchas personales que hayan desempeñado un papel en su agresividad?
8. ¿Puede el agresor identificar y describir las herramientas/estrategias/intervenciones personales que utilizará para prevenir futuros abusos?
9. ¿Está dispuesto el agresor a comprometerse a poner fin al abuso?

C. Medición

La responsabilidad puede medirse por lo siguiente:

1. Declaración verbal de responsabilidad del agresor
2. Declaración escrita de responsabilidad del agresor
3. Carta de responsabilidad del agresor "como si se la escribiera" a la víctima. Esta carta pretende ser un ejercicio terapéutico y no se compartirá con la víctima.

La responsabilidad debe evaluarse continuamente:

1. Al momento de admisión
2. Antes de cualquier cambio en el nivel de tratamiento
3. Tras cualquier cambio en el riesgo de reincidencia
4. Antes del alta del tratamiento

II. Motivación para el tratamiento

A. Definición

La motivación o "predisposición" para realizar el tratamiento se refiere al grado en que un agresor se compromete con el proceso de cambio. Incluye consideraciones sobre lo receptivo que es el agresor a aprender nueva información y a recibir comentarios sobre su comportamiento. Utilizando conceptos del modelo de las Etapas del Cambio (Prochaska et al., 1994), el proceso de cambio se produce a través de varias "etapas" que implican diferentes procesos de pensamiento, respuestas emocionales y conductas. Aunque originalmente se aplicó al tratamiento del abuso de sustancias, el modelo de las Etapas del Cambio se ha aplicado desde entonces al tratamiento de la violencia intrafamiliar (Levesque et al, 2000; Eckhardt et al, 2004).

En el tratamiento de los agresores de violencia intrafamiliar, la motivación para el cambio se refiere a la "contemplación" por parte del individuo de las conductas problemáticas o abusivas, su receptividad hacia esta autorreflexión y el reconocimiento de los beneficios de cambiar las conductas. Así, la autoconciencia aumentará la motivación para el cambio. Por el contrario, la tendencia a culpar a los demás de las propias acciones disminuirá la motivación para el cambio, ya que se considera a los demás como el "verdadero" problema.

B. Evaluación y medición

Las siguientes son consideraciones para evaluar el nivel de motivación de un agresor:

1. ¿Cuál es la actitud del agresor hacia el tratamiento? ¿Está conforme? ¿Resistente? ¿Abierto? ¿A la defensiva? ¿Desestimador?
2. ¿Hasta qué punto es receptivo a aprender nueva información y a recibir comentarios sobre su conducta?
3. ¿Hasta qué punto está dispuesto a reconocer y examinar los efectos de su conducta en los demás?

4. ¿Cuál es su nivel de perspicacia personal?
5. ¿Tiende a externalizar o culpar a los demás de su conducta?
6. ¿Existen factores, como una falta significativa de empatía, que puedan interferir en una alianza terapéutica o en el compromiso con el proceso de tratamiento?

Considere lo siguiente para evaluar la motivación para el cambio:

1. El Modelo Transteórico (TTM, por sus siglas en inglés) y las Etapas del Cambio (DiClemente *et al.*, 1992).
2. La URICA-DV desarrollada por Levesque utiliza las Etapas del Cambio con agresores de violencia intrafamiliar (Levesque *et al.*, 2000).

C. Consideraciones sobre el tratamiento

1. El modelo de entrevista motivacional (Rollnick y Miller, 1995) ha demostrado su utilidad con clientes resistentes.
2. El Modelo Transteórico (TTM) y las Etapas del Cambio (DiClemente *et al.*, 1992).

III. Adaptabilidad al tratamiento

Tenga en cuenta: Este documento está diseñado para ser una guía de recursos para trabajar con agresores, evaluarlos y valorarlos. Se pretende que los proveedores autorizados utilicen su experiencia junto con esta guía en el trabajo con los agresores. Los proveedores autorizados tomarán sus propias decisiones sobre el grado de información que es necesario recopilar para cada agresor y sobre cómo recopilar esa información.

A. Definición:

La adaptabilidad al tratamiento de la violencia intrafamiliar se refiere a la capacidad del agresor para participar, funcionar y comprender eficazmente los conceptos del tratamiento. Las deficiencias cognitivas significativas (por ejemplo, del pensamiento) pueden impedir la capacidad de un individuo para prestar suficiente atención durante las sesiones de tratamiento, aprender nueva información o autorreflexionar. Del mismo modo, algunos casos de enfermedad mental aguda pueden interferir en la participación debido a la presencia de pruebas de realidad alteradas (por ejemplo, delirios o alucinaciones).

Mientras que algunas deficiencias pueden ser efectos transitorios de medicamentos o de alguna otra afección fisiológica o proceso de enfermedad tratable, incluidas las enfermedades mentales, otras afecciones pueden ser más duraderas o identificarse como déficits permanentes. Algunos ejemplos de déficits permanentes pueden ser el retraso mental, la demencia, las dificultades graves de aprendizaje o las disfunciones cerebrales adquiridas. La función del proveedor aprobado es evaluar si el individuo tiene la capacidad actual para participar eficazmente en el tratamiento y beneficiarse de él teniendo en cuenta estos déficits.

Además, el proveedor aprobado debe identificar qué limitaciones existen y distinguir las que requieren adaptaciones y las que indicarían una falta de adaptabilidad. Si el proveedor aprobado puede adaptarse, o remite a un proveedor aprobado que pueda adaptarse a las limitaciones, se espera que el agresor participe en el tratamiento.

B. Evaluación

1. La adaptabilidad al tratamiento puede evaluarse como parte de la evaluación de salud mental, aunque en algunos casos puede estar justificada una evaluación más profunda y específica.
2. Deben evaluarse y adaptarse (cuando proceda) diversas capacidades cognitivas en relación con la capacidad del agresor para participar eficazmente en el tratamiento, entre ellas:
 - a. Atención
 - b. Memoria (es decir, la capacidad de aprender nueva información o de recordar información aprendida previamente)
 - c. Comprensión lingüística
 - d. Comprensión lectora
 - e. Razonamiento verbal y pensamiento abstracto o capacidad para comprender las similitudes entre los acontecimientos y aprender de la experiencia pasada

- f. Funcionamiento ejecutivo (por ejemplo, planificación, organización, secuenciación)
- 3. El deterioro cognitivo que debe evaluarse y acomodarse (cuando proceda) en relación con la participación efectiva del agresor incluye, pero no se limita a:
 - g. Retraso mental (es decir, funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media con déficits concurrentes en el funcionamiento adaptativo actual)
 - h. Demencia (es decir, un deterioro progresivo del funcionamiento cognitivo)
 - i. Disfunción cerebral adquirida (por ejemplo, lesión cerebral traumática)
 - j. Efectos de medicamentos u otras afecciones físicas y tratamientos
- 4. Los trastornos mentales agudos no tratados o mal gestionados también pueden interferir en la capacidad de un agresor para participar en un tratamiento contra la violencia intrafamiliar, especialmente en un entorno de grupo. Los proveedores autorizados deben evaluar si estos trastornos pueden tenerse en cuenta en el tratamiento. Algunos ejemplos incluyen, entre otros:
 - k. Esquizofrenia con síntomas prominentes de alucinaciones, delirios o desorganización
 - l. Trastorno bipolar con manía aguda
 - m. Trastornos depresivos mayores con ideación suicida significativa
 - n. Fobias sociales que interfieren con el tratamiento en grupo
 - o. Trastorno de estrés postraumático (PTSD) con síntomas graves de disociación o reexperimentación intrusiva
 - p. Rasgos significativos de psicopatía o personalidad antisocial

C. Medición

Los exámenes cognitivos pueden realizarse como parte de una evaluación de salud mental utilizando instrumentos de evaluación bien conocidos, entre los que se incluyen:

- El miniexamen del estado mental (MMSE)
- La Prueba de Evaluación de la Orientación de Galveston (GOAT)

La evaluación más detallada del estado cognitivo suele implicar pruebas neuropsicológicas, pruebas de cociente intelectual (IQ) o pruebas de rendimiento, que evalúan cuestiones y capacidades clínicas específicas. Estas evaluaciones suelen ser realizadas únicamente por profesionales con formación especializada en la evaluación de la cognición, como neuropsicólogos, psicólogos del desarrollo o de la educación o logopedas.

Los trastornos mentales pueden medirse con los mismos instrumentos utilizados durante una evaluación del estado de salud mental (por ejemplo, el Inventario de Depresión de Beck, el MMPI-2, el MCMI-3), aunque la psicopatía suele medirse con la Lista de Comprobación de Psicopatía de Hare (PCL-R), que requiere una formación especializada.

D. Consideraciones sobre el tratamiento

1. Adaptaciones para agresores analfabetos, con discapacidad auditiva o visual
2. Salud mental o seguimiento de la gestión de la medicación
3. En los casos en que el proveedor aprobado determine que un agresor no es susceptible de tratamiento, de acuerdo con estas directrices, entonces el proveedor aprobado remitirá de nuevo al agresor al tribunal con una recomendación alternativa para el tratamiento. El proveedor aprobado deberá proporcionar documentación verificable que respalde las conclusiones.
4. Aunque las investigaciones varían en cuanto a la eficacia del tratamiento de la psicopatía (Gacono, 2000; Skeem *et al.*, 2003; Vien y Beech, 2006), varios estudios han identificado diversos tratamientos inespecíficos que se consideran inadecuados con agresores psicópatas y que incluso pueden contribuir a aumentar la reincidencia violenta tras el tratamiento (Hare *et al.*, 2000; Rice *et al.*, 1992). En general, muchos agresores psicópatas pueden considerarse inadecuados para las intervenciones contra la violencia intrafamiliar, ya que tienden a ser perturbadores durante el proceso de tratamiento en ausencia de entornos de tratamiento muy estructurados y es más probable que aprendan formas más eficaces de manipular, engañar y utilizar a los demás en lugar de cambiar sus conductas propensas a la violencia.
5. En cuanto a los agresores con discapacidades, consulte la Norma 10.10 Agresores con discapacidades o necesidades especiales.

IV. Necesidades criminógenas

A. Definición

Las necesidades criminógenas es un término utilizado para referirse a factores dinámicos del agresor como el abuso de sustancias (alcohol y otras drogas), actitudes antisociales, rasgos de personalidad, socios, empleo, relaciones maritales y familiares y otras variables dinámicas que estadísticamente han demostrado estar correlacionadas con la conducta delictiva y la predisposición al cambio (Andrews & Bonta, 1994) Las necesidades criminógenas son aspectos de la situación de un agresor que, cuando se modifican, se asocian a cambios en la conducta delictiva (Bonta, 2002). Como factores de riesgo dinámicos, las necesidades criminógenas pueden contribuir a la conducta delictiva (por ejemplo, la violencia intrafamiliar) y, si se abordan eficazmente, deberían disminuir el nivel de riesgo (Andrews, 1989, Andrews & Bonta, 1994; Bonta, 2002).

Las necesidades no criminógenas son factores que pueden cambiar pero que no están empíricamente relacionados con una reducción de la reincidencia. Algunos ejemplos son los problemas de peso, de autoestima o haber sido testigo de violencia intrafamiliar de niño.

B. Evaluación

Existen instrumentos de evaluación que recogen información sobre estos factores dinámicos. Un ejemplo es el Inventario de Niveles de Servicio (LSI, por sus siglas en inglés) que suele utilizar la libertad condicional. La Evaluación del Riesgo de Agresión Conyugal (SARA, por sus siglas en inglés) es otro ejemplo de instrumento fiable validado y diseñado para ser utilizado como guía clínica.

Se pueden evaluar varias áreas para identificar las necesidades criminógenas de un agresor, entre ellas:

1. Abuso de sustancias
2. Actitudes antisociales (por ejemplo, minimización, negación o culpabilización)
3. Bajos niveles de satisfacción en las relaciones conyugales y familiares
4. Asociaciones antisociales entre iguales
5. Identificación y asociación con modelos antisociales
6. Autocontrol y autogestión deficiente
7. Poca capacidad para resolver problemas
8. Habilidades sociales deficientes
9. Entornos de vida inestables
10. Problemas financieros
11. Desempleo
12. Aislamiento social
13. Salud mental

C. Medición

Se han creado diversas medidas para evaluar las necesidades criminógenas. Algunos son más amplios (por ejemplo, instrumentos de clasificación de necesidades de riesgo como el LSI-R), mientras que otros son más específicos (por ejemplo, medidas de abuso de sustancias, ira y hostilidad, actitudes antisociales). Algunos ejemplos de medidas más específicas son:

1. Índice de gravedad de la adicción
2. Inventario de detección simple (SSI)

3. Cuestionario de agresividad
4. Escala de sentimientos delictivos (CSS)

D. Consideraciones sobre el tratamiento

1. Evaluación y tratamiento del abuso de sustancias
2. Desarrollo de actitudes prosociales
3. Desarrollo de un sistema de apoyo prosocial
4. Seguimiento de la situación laboral en colaboración con la libertad condicional
5. Evaluación y tratamiento de la salud mental

V. Principio de riesgo y principio de necesidad

A. Definición

El principio de riesgo respalda la premisa de que el comportamiento delictivo es predecible y que los servicios de tratamiento deben ajustarse al nivel de riesgo del agresor. Así pues, los agresores que presentan un alto riesgo son los destinatarios del mayor número de intervenciones. Cuando se examina adecuadamente a los agresores y se les asignan los niveles adecuados de tratamiento, la reincidencia se reduce en una media del 25 al 50 por ciento (Carey, 1997).

El principio de las necesidades se refiere a la importancia de centrarse en las necesidades criminógenas y ofrecer tratamiento para reducir la reincidencia. Los factores de riesgo de las necesidades/dinámicas criminógenas son objetivos de rehabilitación para el tratamiento (Andrews y Bonta, 1994).

B. Consideraciones sobre el tratamiento

El infratratamiento de los agresores de alto riesgo y el sobretatamiento de los agresores de bajo riesgo no son eficaces. Por lo tanto, el riesgo del agresor debe ajustarse al nivel de las intervenciones de tratamiento. Además, cuando se abordan las necesidades criminógenas en el tratamiento, es probable que se reduzca la reincidencia.

VI. Principio y factores de responsividad

A. Definición

Los factores de responsividad son aquellos que pueden influir en la capacidad de respuesta de un individuo a los esfuerzos que lo ayudan a cambiar sus actitudes, pensamientos y comportamientos. Estos factores pueden ser o no factores de riesgo del agresor o necesidades criminógenas. Estos factores desempeñan un papel importante a la hora de elegir el tipo y el estilo de tratamiento más eficaz para lograr el cambio de los agresores (Andrews y Bonta, 1994).

B. Evaluación (Bonta, 2000)

Estilo de pensamiento: Es beneficioso recabar información sobre los estilos de pensamiento de los agresores. Tenga en cuenta las siguientes preguntas en su evaluación:

1. ¿Son más hábiles verbalmente y rápidos para comprender ideas complejas o son más concretos y directos en sus procesos de pensamiento?

2. ¿Responderán mejor a un tratamiento que requiera habilidades de razonamiento abstracto o a modalidades de tratamiento más sencillas y directas?

Ansiedad con respecto al tratamiento: Evalúe si los agresores están ansiosos por el tratamiento.

Considere las siguientes preguntas:

1. ¿Es más probable que respondan mejor inicialmente a un tratamiento individualizado que a un tratamiento en grupo?
2. ¿Existe algún tipo de trastorno mental agudo, como delirios o un trastorno del pensamiento, que pueda ser necesario controlar para que los agresores respondan al tratamiento?

Dinámica de la personalidad: Considere si existen dinámicas de personalidad que puedan influir en la respuesta del agresor al tratamiento.

1. Por ejemplo, muchos individuos con rasgos de personalidad antisocial tienden a responder mejor a un tratamiento muy estructurado frente a un estilo más orientado al proceso. Dado un nivel crónico de baja estimulación, estos individuos pueden necesitar un estilo de tratamiento más activo y estimulante en contraposición a la discusión abierta y las lecturas tranquilas.
2. Para los agresores con diversos grupos de personalidad, considere cómo pueden utilizarse estos rasgos en el tratamiento para ayudar al agresor a comprometerse con el tratamiento. Por ejemplo, ¿se puede hacer hincapié en el refuerzo de los cambios con el agresor narcisista para que se centre en sus éxitos en el tratamiento? ¿Puede el agresor dependiente aprender a depender más de las estrategias aprendidas en el tratamiento y depender menos de la víctima?

Estilos de aprendizaje Tenga en cuenta el estilo de aprendizaje del agresor:

1. ¿Es el agresor un alumno auditivo, visual o kinestésico (experiencial)?
2. ¿Se beneficiaría más el agresor de un ejercicio de juego de rol o de una tarea de lectura?

Personal y demográfico: Considere si el agresor responderá mejor al tratamiento cuando se tengan en cuenta y se aborden otros factores personales y demográficos. Esto podría incluir la geografía, el género, la etnia, el idioma, la orientación sexual, la edad u otros factores culturales.

VII. Evaluación de la letalidad:

Esta sección tiene fines informativos y no es sinónimo del término evaluación de riesgos. La evaluación de la letalidad es un subconjunto de la evaluación de riesgos.

A. Definición:

La evaluación de la letalidad consiste en identificar los factores de riesgo que pueden estar relacionados con el homicidio en la pareja (Jurik & Winn, 1990). Aunque existen preocupaciones que se solapan, la evaluación de riesgos, la evaluación de la letalidad y la planificación de la seguridad no son lo mismo. Las víctimas pueden ser o no conscientes de su nivel de riesgo. Esta información puede utilizarse para identificar riesgos potenciales en un agresor y para planificar la seguridad de las víctimas. La mayoría de los expertos recomiendan la evaluación de la peligrosidad o del riesgo de letalidad del agresor (Ganley, 1989; Hart, 1988, Campbell, 2001).

Los estudios de investigación sugieren que existen diferencias en las razones por las que hombres y mujeres matan a sus parejas íntimas. Los modelos de roles de género y autoprotección cuentan con un apoyo considerable.

Estos modelos sugieren que "la violencia de las mujeres es a menudo una consecuencia de las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres y de la amenaza resultante de la violencia de los hombres contra las mujeres (Dobash & Dobash, 2000). Cuando las mujeres matan, suele ser en respuesta a la amenaza física de sus víctimas masculinas (Browne, 1987). Estas reacciones defensivas pueden ser especialmente comunes entre las personas que carecen de recursos y de acceso a respuestas legales (Black, 1983; también Williams & Flewelling, 1987:423). En comparación con los hombres, las mujeres matan con más frecuencia en situaciones en las que su víctima inició la agresión física".

"Las diferencias más dramáticas entre los homicidios cometidos por hombres y mujeres se encuentran al examinar el historial de relaciones y la dinámica situacional que conducen a la muerte de la víctima. Las mujeres suelen matar a sus íntimos, especialmente a sus parejas masculinas, con los que han experimentado una larga historia de conflictos violentos (Chimbos, 1978; Totman, 1978; Silver & Kates, 1979; Daniel & Harris, 1982).

B. Evaluación y medición

Debe revisarse el Instrumento de Evaluación del Peligro creado específicamente para las víctimas femeninas (Campbell et al., 2003) o la evaluación de Barbara Hart sobre si los maltratadores matarán (1990), además de otra información procedente de múltiples fuentes.

C. Consideraciones sobre el tratamiento

1. Planificación de la seguridad y educación sobre los factores de riesgo y letalidad con las víctimas
2. Evaluación continua de los riesgos a partir de múltiples fuentes
3. Vigilancia de los indicadores de que el agresor está escalando/desescalando, descompensándose o estabilizándose

VIII. Evaluación de la salud mental

Tenga en cuenta: Este documento está diseñado para ser una guía de recursos para trabajar con agresores, evaluarlos y valorarlos. Se pretende que los proveedores autorizados utilicen su experiencia junto con esta guía. Los proveedores autorizados tomarán sus propias decisiones sobre el grado de información que es necesario recopilar para cada agresor y sobre cómo recopilar esa información.

A. Definición

En el contexto del tratamiento de agresores de violencia intrafamiliar, la "evaluación" de la salud mental se refiere al proceso de evaluar el estado actual de salud mental de un agresor e identificar cualquier factor que pueda influir directamente en el nivel de riesgo de violencia futura o de reincidencia. Algunas condiciones de salud mental (por ejemplo, la ansiedad social) también pueden aumentar indirectamente el nivel de riesgo al interferir con la participación efectiva en las intervenciones.

Mientras que una evaluación de salud mental suele abarcar un ámbito bastante amplio, una "evaluación" de salud mental se refiere a un procedimiento más formal, normalmente

solicitado por el tribunal u otra fuente de derivación. Esta evaluación suele centrarse en una pregunta o cuestión clínica específica (por ejemplo, la capacidad para participar en el tratamiento). Una evaluación de salud mental puede incorporar diversas fuentes de información, incluidas las pruebas psicológicas, en un informe escrito que detalle los hallazgos significativos.

B. Evaluación

Debe considerarse si existen o no factores que contribuyan al historial de salud mental del agresor o a su estado actual que puedan aumentar el nivel de riesgo. Entre los diversos aspectos del historial de salud mental de un agresor o de su estado actual que deben evaluarse se incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Trastornos psicóticos (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante)
2. Trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, trastorno bipolar, depresión mayor)
3. Trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo)
4. Trastornos de la personalidad con ira, impulsividad y escaso control de la conducta (por ejemplo, trastornos de la personalidad del grupo B del DSM -IV-R, o rasgos de personalidad psicopática/antisocial, límite, narcisista o histriónica). *Los trastornos de la personalidad también se han identificado como un factor de riesgo para la agresión conyugal (Magdol, et al., 1997). Además, los trastornos de la personalidad se han asociado con un mayor riesgo de comportamiento delictivo, incluida la violencia y la reincidencia violenta (Hare, 1991; Harris et al., 1993; Sonkin, 1987), y la reincidencia en la agresión conyugal (Bodnarchuk, et al., 1995; Gondolf, 1998).*
5. Traumatismo neurológico pasado o síntomas neurológicos actuales

Cuando se identifican factores de salud mental en la evaluación, deben tenerse en cuenta diversas cuestiones:

1. ¿Cuál es la gravedad del trastorno de salud mental?
2. ¿Los síntomas son actuales o históricos?
3. ¿Los síntomas han provocado alguna vez una hospitalización psiquiátrica?
4. ¿Algún aspecto del trastorno mental (por ejemplo, un delirio o una alucinación) ha motivado o desencadenado en el pasado actos de violencia hacia otras personas?
5. ¿Algún aspecto del trastorno mental (por ejemplo, un delirio o una alucinación) ha motivado o desencadenado intentos o amenazas de suicidio en el pasado?
6. ¿Hasta qué punto los síntomas perturban o interfieren en aspectos de la vida cotidiana del agresor? (por ejemplo, el trabajo, las relaciones)
7. ¿Existe un trastorno por abuso de sustancias concurrente que contribuya a un aumento o empeoramiento de los síntomas?
8. ¿Cumple el agresor activamente con la gestión de la medicación?

La literatura empírica sugiere una correlación positiva entre la psicosis y la violencia pasada (Swanson, Holzer, Ganju, & Jono, 1990; Monahan, 1992), y que la psicosis tratada se asocia con un menor riesgo de reincidencia violenta (Rice, Harris, & Cormier, 1992). Los síntomas psicóticos o maníacos se asocian con un mayor riesgo de violencia a corto plazo (Binder & McNeil, 1988; Link & Stueve, 1994), y que estos

síntomas pueden estar asociados específicamente con la agresión conyugal (Magdol, et al., 1997). Además, ciertos trastornos de ansiedad pueden interferir en la participación efectiva en el tratamiento (consulte la Sección III.)

La mayoría de los trastornos del eje I del DSM-IV-R, si no todos, pueden tratarse ahora eficazmente con medicación, psicoterapia o ambas. Por lo tanto, el tratamiento se convierte en un factor mediador significativo en el grado en que el trastorno contribuye al riesgo continuo de violencia o reincidencia futuras. Es probable que la intervención sea eficaz, aunque en algunos casos el tratamiento a largo plazo es la única intervención eficaz. Las preguntas de evaluación relacionadas con el tratamiento de salud mental pueden incluir las siguientes:

1. ¿Está el agresor actualmente en tratamiento? (por ejemplo, medicamentos, psicoterapia)
2. ¿Cuánto tiempo lleva el agresor en tratamiento?
3. ¿Cumple el agresor con el tratamiento?
4. ¿El tratamiento ha sido eficaz o útil?
5. ¿Se ha visto implicado el agresor en algún comportamiento violento o abusivo mientras estaba en tratamiento?
6. ¿Se están tratando actualmente los síntomas del agresor?

C. Medición

Todos los proveedores autorizados deben realizar una evaluación inicial o preliminar. Cuando sea necesaria una evaluación adicional, el proveedor aprobado la llevará a cabo si tiene la cualificación adecuada o remitirá al agresor a un proveedor aprobado que esté cualificado.

Punto de debate: *diversos instrumentos o pruebas psicométricas pueden ser útiles para evaluar el estado de salud mental de un agresor. Algunos instrumentos avanzados y largos, como el MMPI-2, tienen restringido su uso en función de las cualificaciones de formación clínica o de cursos específicos sobre un instrumento determinado. Otros instrumentos breves, como el Inventario de Depresión de Beck, tienen requisitos de formación menos especializados. Estos instrumentos suelen utilizarse para complementar o aumentar la información colateral, como la entrevista clínica.*

Algunos de los posibles instrumentos que pueden utilizarse para evaluar el estado de salud mental son, entre otros, los siguientes:

1. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2)
2. Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-3)
3. Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI-2)
4. Mini examen del estado mental (MMSE)
5. Inventario de depresión de Beck (BDI-2)
6. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

D. Otras consideraciones:

1. Grupos de personalidad

Los estudios de investigación (Hamburger & Hastings, 1986) han indicado que los agresores de violencia intrafamiliar tienden a poseer varios tipos de conglomerados de

personalidad cuando son evaluados utilizando el MCMI-3. Los principales grupos que presentan los agresores de violencia intrafamiliar son los siguientes:

- a. Dependientes, que constituyen alrededor del 35 % de la población de agresores
- b. Narcisista, que constituye alrededor del 50 % de la población de agresores
- c. Antisocial, que implica una multitud de diversas elevaciones de personalidad asociadas y constituye alrededor del 15 por ciento de la población de agresores.

Las investigaciones (Gondolf, 2001) han sugerido que los trastornos de personalidad no están correlacionados con el riesgo de reincidencia. Sin embargo, la experiencia clínica revela a veces que los agresores con ciertas elevaciones de la personalidad responden mejor al tratamiento cuando las intervenciones clínicas se presentan de forma coherente con su personalidad específica.

2. Se han identificado antecedentes de traumatismos importantes del sistema nervioso central (por ejemplo, lesiones cerebrales traumáticas, convulsiones o epilepsia, enfermedades cerebrales) como otros factores que pueden contribuir a la violencia impulsiva o al comportamiento agresivo (Meloy, 2000). Más concretamente, se ha demostrado que la disfunción de los lóbulos frontal o temporal está asociada a varios tipos de delitos violentos (Raine y Buchsbaum, 1996).

IX. Principios para diferenciar el tratamiento

A. Teorías y ejemplos

A continuación se describen una serie de constructos que pueden utilizarse para diferenciar el tratamiento de los agresores. Los siguientes principios pueden aplicarse a grupos de agresores más ampliamente diferenciados (por ejemplo, agresores diferenciados por el idioma, agresores GLBT masculinos o femeninos, o agresores heterosexuales masculinos o femeninos).

1. El primer principio para diferenciar el tratamiento, cuya validez se ha demostrado repetidamente en las intervenciones de la justicia penal, es que los agresores de mayor y menor riesgo no deben ser tratados juntos (Lowencamp y Latessa, 2004).
 - a. Los "agresores de bajo riesgo" pueden identificarse de forma más fiable con el uso de procedimientos de evaluación de riesgos investigados (por ejemplo, SARA) que mediante el juicio clínico únicamente.
 - b. Deben realizarse esfuerzos para acentuar los puntos fuertes naturales de los grupos de agresores de menor riesgo. Esto incluye evitar una intervención demasiado intensiva y costosa, evitar la exposición a asociados más antisociales o violentos o utilizar una programación demasiado correctiva. También es importante promover y reforzar las redes prosociales naturales.
2. Un segundo principio para diferenciar el tratamiento es que los agresores antisociales necesitan una programación diferente a la de los agresores de riesgo moderado y alto.
 - a. Los agresores antisociales deben ser tratados en un grupo separado porque contaminarán a otros miembros más prosociales al interferir en el proceso del grupo.
 - b. Los agresores antisociales necesitan un enfoque de tratamiento diferente que se centre en su propio interés. El tratamiento debe ser más didáctico y menos orientado al proceso que en otros grupos. El tratamiento debe seguir estando fuertemente orientado hacia un modelo de contención y esforzarse por desarticular las redes de apoyo

- antisociales. El tratamiento no debe incluir contenidos de empatía con la víctima que puedan ser utilizados contra ella por estos agresores.
3. Un tercer principio para diferenciar el tratamiento de otros agresores de riesgo moderado y alto implica la diferenciación del tratamiento del agresor en función de sus necesidades criminógenas. Los agresores con problemas graves de abuso de sustancias, rasgos de personalidad problemáticos, problemas arraigados de poder y control, trastornos mentales, etc., podrían ser ubicados en programas diferentes en función de los recursos o el número de agresores de un distrito determinado. Algunos ejemplos son los siguientes:
 - a. Un programa de violencia intrafamiliar/abuso de sustancias para agresores con una destacada implicación en el abuso de sustancias y la consiguiente inestabilidad en su estilo de vida.
 - b. Un "programa mejorado de tratamiento de la violencia intrafamiliar", que es un grupo para agresores de riesgo moderado y alto que no son altamente antisociales.
 - c. Una revisión de las necesidades criminógenas del agresor guiará la toma de decisiones respecto a las recomendaciones de tratamiento auxiliar o adyuvante. Por ejemplo, un agresor con trastorno bipolar puede necesitar ser estabilizado médicamente antes de participar en un tratamiento contra la violencia intrafamiliar. Un agresor desempleado puede necesitar asistencia profesional además del tratamiento contra la violencia intrafamiliar.
 4. Aunque las cuestiones relativas a la capacidad de respuesta del agresor deben tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento para todos los agresores, cuando sea posible, la capacidad de respuesta también puede orientar la diferenciación en los programas de tratamiento (Referencia Sección VI). Algunos ejemplos son los siguientes:
 - a. Se utiliza un enfoque cognitivo/conductual independientemente de otros factores de respuesta.
 - b. La experiencia, los puntos fuertes o el enfoque del personal se ajustan a las necesidades de los clientes. Por ejemplo, a los clientes ansiosos les va mal con los terapeutas muy conflictivos; los terapeutas menos experimentados pueden ser manipulados más fácilmente por los agresores antisociales.
 - c. Adaptación a los niveles intelectuales/estilos de aprendizaje

X. Equipo de tratamiento multidisciplinar (MTT)

A. Definición, finalidad, función,

El Equipo de Tratamiento Multidisciplinar (MTT) incluye, como mínimo, a tres miembros: el organismo de justicia penal supervisor (por ejemplo, el agente de libertad condicional, el tribunal), el proveedor aprobado y el defensor de las víctimas del tratamiento. El defensor de las víctimas del tratamiento que trabaja con el proveedor aprobado es un miembro fundamental del MTT. Tanto si se ha contactado con la víctima como si no, el defensor de la víctima sigue teniendo una experiencia y unas perspectivas valiosas para el MTT en relación con la planificación y la gestión del tratamiento del agresor. Otros profesionales relevantes para un caso concreto también pueden formar parte del MTT.

El propósito del MTT es revisar y consultar en equipo los casos de agresores. La experiencia y los conocimientos de cada miembro aportan algo de valor a la coordinación del caso.

Dónde y cuándo se reúne la MTT y cómo funciona la MTT quedan a discreción de la MTT. Se ha diseñado a propósito para que sea flexible, de modo que cada comunidad pueda determinar la mejor manera de revisar los casos.

Visión general del Equipo de Tratamiento Multidisciplinar (MTT)

1. Afiliación al MTT: El MTT está formado como mínimo por el proveedor autorizado, la agencia de justicia penal responsable y el defensor de la víctima de la agencia de tratamiento. Otros profesionales relevantes para un caso concreto también pueden formar parte del MTT.
2. Propósito del MTT: El MTT está diseñado para colaborar y coordinar el tratamiento del agresor. Por lo tanto, el trabajo del MTT debe incluir la dotación de personal para los casos, el intercambio de información y la toma de decisiones informadas relacionadas con la evaluación de riesgos, el tratamiento, la supervisión de la conducta y la gestión de los agresores. El MTT, por su diseño, puede impedir la triangulación de agresores y favorecer la contención.
3. Consenso MTT: El consenso se define como el acuerdo de la mayoría de los miembros del equipo. El MTT tendrá como objetivo el consenso en la gestión de los agresores. El MTT intentará alcanzar un consenso para las siguientes fases de tratamiento, como mínimo: colocación inicial en tratamiento, cuando la planificación del tratamiento indique un cambio en el nivel de tratamiento del agresor y el alta. El agente supervisor del tribunal tendrá la capacidad de anular la decisión del equipo.
4. Posible conflicto dentro del MTT: Los miembros del MTT tienen como objetivo resolver los conflictos y las diferencias de opinión entre ellos, lo que ayuda a presentar una respuesta unificada. El MTT también puede solicitar una reunión con un supervisor de la libertad condicional para revisar las recomendaciones. En los casos en los que no se pueda llegar a un consenso, los otros miembros del equipo pueden optar por justificar por escrito, utilizando las competencias del agresor y los marcadores de riesgo, la razón de sus recomendaciones para el tratamiento.

Apéndice F: Bibliografía

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing, Co.
- Andrews, D. A. (1989). Recidivism is predictable and can be influenced: using risk assessments to reduce recidivism. *Forum on Corrections Research* 1(2): 11-17.
- Bancroft, L. (2002). The process of change. In L. Bancroft, *Why does he do that? Inside the minds of angry and controlling men*. New York: Berkley Books, p. 342.
- Binder, R. L., & McNeil, D.E. (1988). The effects of diagnosis and context on dangerousness. *American Journal of Psychiatry*, 145: 728-732.
- Bodnarchuk, M. D., Dutton, G., Ogloff, J.R., Hart, S.D., & Kropp, P.R. (1995). *Predicting cessation of intimate assaultiveness after group treatment*. Vancouver, B.C.: Institute on Family Violence.
- Bonta, J. (2000). *Offender assessment: general issues and considerations*. *Forum on Corrections Research* 12(2): 14-18.
- Bonta, J. (2002). Offender risk assessment: guidelines for selection and use. *Criminal Justice and Behavior* 29(4): 355-379.
- Campbell, J.C., Webster, D., & Koziol-McLain, J. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health* 93(7): 1089-1097.
- Campbell, J. C. (2001). Safety planning based on lethality assessment for partners of batterers in intervention programs. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 5(2): 129-143.
- Carey, M. (1997). Cog probation. *American Probation and Parole Association Perspectives*. 21: 2742.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Norcross, C.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114).
- Eckhardt, C. I., Babcock, J.C., & Homak, S. (2004). Partner assaultive men and the stages and processes of change. *Journal of Family Violence*, 19(2): 81-93.
- Gacono, C.B.(ed.) (2000). *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ganley, A. (1989). Integrating a feminist and social learning analysis of aggression: creating multiple models for intervention with men who batter. In L.K.
- Gondolf, E.W. (1988). Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims*, 3: 187-203.
- Gondolf, E.W. (1998). *Multi-site evaluation of batterer intervention systems: A 30 month follow-up of courtmandated batterers in four cities*. Indiana, PA: Mid-Atlantic Addiction Training Institute.
- Gondolf, E.W. (2001). *An extended follow-up of batterers and their partners: Final report*. Indiana, PA: Mid-Atlantic Addiction Training Institute.

- Hamberger, L.K., & Caesar, P.L. (Eds.) (1989). *Treating men who batter: Theory, practice, and programs*. New York: Springer.
- Hamberger, L.K. & Hastings, J.E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A cross-validation study. *Journal of Family Violence*. 1:323-341.
- Hamberger & P.L. Caesar (Eds.), *Treating men who batter: Theory, practice, and programs* (pp 196-235). New York: Springer.
- Hanson, R.K., Cadsky, O., Harris, A., & C. Lalonde, C. (1997). Correlates of battering among 997 men: family history, adjustment, and attitudinal differences. *Violence and Victims*, 12: 191-208.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto: Multi- Health Systems, Inc.
- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18: 623- 645.
- Hare, R.D. (2002). Psychopathy as a risk factor for violence. In H.E. Allen (ed.) *Risk reduction: Interventions for special needs offenders*. Lanham, MD: American Correctional Association, pp. 165-184.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V.L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20: 315-335.
- Hart, B. (1988). Beyond the duty to warn: a therapist's duty to protect battered women and children. In K. Yllo and M. Bograd, M. (eds.), *Feminist perspectives on wife abuse*. Newbury Park: CA: Sage, pp.234-247.
- Hart, B. (1990). *Assessing whether batterers will kill*. Harrisburg, PA: Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence.
- Jurik, N.C., & Winn, R. (1990). Gender and homicide: A comparison of men and women who kill. *Violence and Victims*, 5(4): 227-242.
- Levesque, D. A., Gelles, R.J., & Velicer, W.F. (2000). Development and validation of a Stages of Change measure for men in batterer treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 24(2): 175-199.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In J. Monahan and H. J. Steadman (eds.). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 137-159.
- Lowenkamp, C.T., & Latessa, E.J. (2004). Understanding the risk principle: how and why correctional interventions can harm low-risk offenders. *Topics in Community Corrections*. Washington, DC: pp.3-8.
- Magdol, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Newman, D.L., Fagan, J., & Silva, P.A. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65: 68-78.
- Meloy, J.R. (2000). *Violent risk and threat assessment: A practical guide for mental health and criminal justice professionals*. San Diego: Specialized Training Services.

- Monahan J. (1992). Mental disorder and violent behavior. *American Psychologist*, 47: 511-521.
- Prochaska, J., Norcross, J.C., DiClemente, C.C., & Crawley, B.E. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow and Company.
- Prochaska, J., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47(9): 1102-1114.
- Raine, A. and Buchsbaum, M.S. (1996). Violence and brain imaging. In D.M. Stoff and R.B. Cairns (Eds.). *Neurobiological approaches to clinical aggression research* (pp. 195-218). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Rice, M. E., Harris, G.T., & Cormier, C.A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16: 399-412.
- Rollnick S., & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23: 325-334.
- Skeem, J., Poythress, N., Edens, J., Lilienfeld, S., & Cale, E. (2003). Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression & Violent Behavior* 8: 513-546.
- Sonkin, D. J. (1987). The assessment of court-mandated male batterers. In D. J. Sonkin (ed.), *Domestic violence on trial: psychological and legal dimensions of family violence*. New York: Springer, pp. 174-196.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K., & Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiological catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 41:761-770.
- Vien, A., & Beech, A.R. (2006). Psychopathy: Theory, measurement, and treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(3): 155-174.
- Wong, S., & Hare, R.D. (2005). *Guidelines for psychopathy treatment program*. Toronto, ON: Multi-Health Systems, Inc.

Apéndice G: Trabajar con agresores de violencia intrafamiliar implicados en el ejército Adoptado (12 de agosto de 2016)

Las siguientes directrices se han desarrollado para abordar los aspectos únicos del tratamiento con agresores de violencia intrafamiliar que también tienen experiencia militar. Estas Directrices complementan las *Normas y Directrices* de la DVOMB y se encuentran en el Apéndice de las Normas.

Los problemas de tratamiento exclusivos de los militares exigen que los proveedores que trabajan con esta población tengan experiencia, conocimientos y habilidades de evaluación específicos para evaluar y proporcionar tratamiento de forma eficaz. Es esencial que los proveedores de tratamiento estén preparados para evaluar y responder a la diversidad de experiencias y necesidades de las poblaciones de agresores militares. Los proveedores deben buscar la formación adecuada para trabajar eficazmente con esta población. Se anima a los proveedores a utilizar estas directrices y a tratar de aumentar su competencia en el trabajo con diversos grupos de agresores que han tenido experiencia militar.

A. Competencias recomendadas para los proveedores

1. PTSD: Trastorno de estrés postraumático (PTSD) La investigación actual indica que el PTSD no es un factor causal en la violencia intrafamiliar. Las investigaciones demuestran además que los veteranos expuestos al combate tienen más probabilidades de presentar síntomas de estrés operacional de combate (reacciones de estrés operacional de combate COS-R) que un diagnóstico real de PTSD en sí mismo. Los clínicos deben conocer los criterios diagnósticos del PTSD, así como estar versados en el estrés operacional de combate.
2. TBI: la lesión cerebral traumática (TBI) es una lesión neurológica importante y debe ser evaluada y tratada por un neurólogo. Los proveedores deben obtener una autorización de información y consultar con el neurólogo tratante. Las cuestiones clave a explorar serían la capacidad del agresor para participar de forma significativa en el proceso de tratamiento, la capacidad del agresor para retener nueva información y la capacidad del agresor para autorregularse emocionalmente.
3. El ciclo de despliegue, también conocido como ciclo de Generación de Fuerzas del Ejército (ARFORGEN, por sus siglas en inglés), es el ciclo de entrenamiento y despliegue del ejército. Afecta tanto al miembro del servicio como a su familia, ya que los miembros del servicio suelen estar desplegándose o preparándose para ello. La etapa en la que se encuentre un Miembro del Servicio puede afectar a su capacidad para participar en el tratamiento semanal, así como crear potencialmente factores de estrés significativos para la familia del militar.
4. Cultura y costumbres militares: el ejército tiene una cultura única impregnada de historia, valores y tradiciones. La DVOMB considera que comprender a los militares y su cultura única es una cuestión de competencia cultural para los profesionales.
5. El Código Uniforme de Justicia Militar (UCMJ, por sus siglas en inglés) es el código legal que rige a los Miembros del Servicio y sus comportamientos. Incluso si un miembro del servicio es condenado en un tribunal civil, sus acciones aún pueden ser juzgadas bajo el UCMJ. Comprender las acciones judiciales y administrativas puede ayudar a un proveedor a entender a un Miembro del Servicio y también, potencialmente, a gestionar el riesgo. Los proveedores que traten a personal militar deben conocer al sargento primero (1SG) y

al comandante de la compañía del agresor, tener una autorización de información para ambos y coordinar la atención con uno o ambos a lo largo del tratamiento.

El agresor debe proporcionar al proveedor de tratamiento la información de contacto del mando y del 1SG. NOTA: Necesitará una autorización para hablar con el comandante o con un 1SG, ya que se aplican límites de confidencialidad.

6. Las órdenes de protección pueden ser civiles (orden de protección temporal (TPO) u orden de protección permanente (PPO) u orden de protección militar (MPO)). El Comandante es quien emite una MPO y suele tener una duración limitada. A menos que el Comandante tramite específicamente la MPO a través de la Policía Militar, la MPO solo es válida EN EL PUESTO. Es importante tener esto en cuenta, ya que una MPO no protegerá a una víctima fuera del puesto A MENOS QUE el comandante haya hecho que las MPO lo introduzcan en el NCIC. Es extremadamente raro que un comandante haga esto ya que las MPO tienen un tiempo limitado, normalmente de 1 semana a 1 mes.
7. Los miembros del servicio con una MPO pueden y siguen teniendo acceso a las armas. Para restringir el acceso a las armas, el Miembro del Servicio debe entregarlas voluntariamente O un proveedor de salud conductual en el puesto debe redactar un perfil de armas. Por el contrario, si un miembro del servicio tiene un PPO, se le prohíbe la posesión y tenencia personal de armas. Sin embargo, aún pueden utilizar un arma ya son parte de su deber militar (es decir, aún pueden desplegarse y recibir un arma del gobierno).

B. Consideraciones sobre la evaluación

1. Despliegues: el número y la frecuencia de los despliegues es una consideración importante de la evaluación. En el mejor de los casos, se concede a un miembro del servicio un año de estabilización entre despliegues. Sin embargo, si un miembro del servicio regresa de un despliegue y se traslada a una nueva unidad, es posible que esa unidad se esté preparando para desplegarse y, por tanto, el miembro del servicio y la familia militar tendrían que repetir despliegues consecutivos. Las consideraciones de evaluación incluirían, estrés, problemas de separación y reunificación, problemas de crianza y finanzas.
2. Exposición al combate: no todos los despliegues implican exposición al combate. Muchos despliegues dan lugar a lo que los miembros del servicio denominan "Fobette", es decir, que permanecen en la FOB (Base Operativa Avanzada) todo el despliegue. Las consideraciones de evaluación en este escenario incluirían el aburrimiento, la moral y los problemas de separación, así como los problemas de significación del servicio.
3. Cuestiones de discapacidad: un miembro del servicio puede tener una discapacidad relacionada con el servicio. Una vez más, la investigación no ha logrado establecer un factor causal entre el combate y la violencia intrafamiliar. Sin embargo, servir en el servicio activo con una discapacidad crea un estrés significativo para el miembro del servicio y la unidad. Además, el proceso para obtener una baja médica es largo y frustrante para el militar y su familia. Las consideraciones de evaluación incluirían preocupaciones financieras, pérdida de objetivos, miedo a lo desconocido, apoyo de la unidad o falta del mismo, culpabilidad, etc.

4. La pérdida colateral (pérdida de compañeros de batalla/compañeros de servicio) es un problema importante para los miembros del servicio. Las consideraciones de evaluación incluirían la culpa del superviviente, COS-R o síntomas de PTSD.
5. Insomnio: un número significativo de miembros del servicio informan de interrupciones del sueño importantes y de larga duración. La salud conductual en el puesto ofrece muchos programas específicos del sueño para ayudar a los miembros del servicio con sus problemas de sueño. Por el contrario, como clínicos, sabemos que la privación de sueño a largo plazo es un problema clínico importante que requiere una intervención para que cualquier programa terapéutico sea eficaz.
6. Abuso de sustancias: los miembros del servicio que luchan contra el abuso de sustancias pueden buscar tratamiento confidencial por abuso de sustancias a través del Programa de Abuso de Sustancias del Ejército (ASAP, por sus siglas en inglés). Si los miembros del Servicio esperan a que sus problemas de abuso de sustancias sean conocidos por el Comando, su carrera podría verse afectada negativamente. Los clínicos pueden animar a los miembros del servicio a buscar ayuda voluntaria y confidencial si sospechan que existe algún problema de abuso de sustancias. Una vez que el Comando tenga conocimiento de cualquier problema de uso/mal uso, ordenará al Miembro del Servicio que complete una evaluación. La confidencialidad para el Soldado es EXTREMADAMENTE limitada en estos casos, por lo que puede ser mejor que un Miembro del Servicio se autoremita para un tratamiento o educación sobre el uso/abuso de sustancias. En la actualidad, los miembros del servicio a los que se identifique con problemas de abuso de sustancias podrían enfrentarse a la separación del ejército.

C. Parámetros y dinámica del tratamiento

1. Comprender la estructura de poder funcional de la defensa: los proveedores que tratan al personal militar deben tener en cuenta la eficacia de la estructura de poder y control que está arraigada en la cultura militar.
2. Los proveedores deben tener en cuenta la forma única en que el personal militar define la "amenaza" y tratar de ayudar a los miembros del servicio a explorar las formas en que el ejército les exige/entrena a responder a las amenazas frente a cómo una familia necesitaría que definieran y respondieran a una amenaza percibida.
3. El ejército, en virtud del ciclo ARFROGEN, altera significativamente el apego, los roles y las rutinas familiares. El despliegue y el redespiegue continuados pueden crear importantes trastornos en los roles familiares, las expectativas y los procesos familiares. Esto puede crear, y a menudo crea, conflictos importantes. Las consideraciones de la evaluación incluirían los roles y las normas familiares, los patrones de apego, las expectativas respecto a la crianza y el desarrollo del niño. Además, debido a la rapidez con la que los niños se desarrollan y crecen, los miembros del Servicio a menudo tienen que lamentar la pérdida del hijo o hijos que conocieron cuando se marcharon frente al hijo o hijos que los reciben al volver a desplegarse. Los cónyuges, del mismo modo, pueden cambiar y crecer en el transcurso de repetidos despliegues, lo que puede crear importantes trastornos en la familia militar.

D. Cuestiones de supervisión/consulta

1. El proveedor que trabaje con familias de militares debe asegurarse de que disponen de la formación y el apoyo adecuados para ellos mismos y para su defensor de víctimas.
2. El proveedor debe tener una relación de trabajo con el Departamento de Salud Conductual (DBH) de la base militar más cercana, el Programa de Defensa de la Familia en el DBH y el Programa de Defensa de la Familia a través de los Servicios Comunitarios del Ejército (ACS). Si el miembro del servicio ha sido dado de alta, el proveedor debe tener recursos y conexiones con el hospital local de veteranos y la clínica ambulatoria.

E. Defensa de las víctimas

1. Al igual que el proveedor de tratamiento, un defensor de víctimas de tratamiento que trabaje con víctimas militares debe conocer y comprender el PTSD, la TBI and el COS-R. Además, deben tratar de ayudar a las víctimas a comprender que el PTSD no es una excusa para la violencia intrafamiliar.
2. Los defensores de las víctimas del tratamiento deben estar conectados con los beneficios exclusivos disponibles para las víctimas militares para incluir la atención médica, las MPO y la compensación transitoria.
3. Un defensor de víctimas en tratamiento debe ser capaz de ayudar a las víctimas a discutir los pros y los contras de una orden de protección civil frente a una militar y las implicaciones para ambas.
4. Un defensor de las víctimas de tratamiento que trabaje con víctimas militares debe comprender las implicaciones únicas (es decir, las acciones del UCMJ) que pueden afectar, y a menudo lo hacen, a la paga, a las restricciones al puesto y, en última instancia, a la baja del servicio activo. Estas son preocupaciones serias para las víctimas militares que idealmente deberían ser exploradas y discutidas para que la víctima pueda tomar una decisión informada para sí misma y su familia. El defensor de víctimas en tratamiento necesitará una autorización de información para hablar con un defensor de víctimas militar. Antes de compartir cualquier información, el defensor de las víctimas del tratamiento debe discutir lo que el defensor de las víctimas militares tendría que comunicar al Programa de Defensa de la Familia del MEDCOM. Un defensor militar de las víctimas no desempeña la función de defensor de las víctimas de tratamiento.
5. Las víctimas militares tienen derecho a la denuncia "restringida" frente a la "no restringida" y el defensor de la víctima militar debe conocer bien estas dos opciones de denuncia. Puede ser conveniente que una víctima militar presente un informe restringido a un defensor de víctimas militares, ya que más adelante, si lo necesita, puede desbloquear el informe y documentar que sí compartió sus preocupaciones con la ACS.

Recursos

http://www.dtic.mil/doctrine/dod_dictionary/

<http://www.defense.gov/About-DoD/insignias>

Apéndice H: Directrices para promover relaciones sexuales sanas. Adoptadas el 11/10/2013

I. Introducción

Las siguientes directrices se han elaborado para abordar la cuestión de la violencia sexual interpersonal que puede acompañar a la violencia intrafamiliar. El propósito de estas directrices es ayudar a identificar recursos para los proveedores de tratamiento que puedan utilizarse a lo largo del tratamiento de los agresores que promuevan la intimidad y la comunicación adecuadas. Estas directrices complementan las Normas y Directrices DVOMB y se encuentran en el Apéndice B de las Normas. La DVOMB expresa su agradecimiento al Comité de Competencias en Abuso Sexual por la elaboración de este documento.

La DVOMB reconoce que la cuestión de la promoción de relaciones sexuales sanas no es una competencia aislada, sino que afecta a varias competencias. Por ello, se hace hincapié en tejer una sexualidad sana a lo largo de todo el tratamiento.

II. Competencias relacionadas:

Extraído de las *Normas y Directrices DVOMB*. TENGA EN CUENTA: La promoción de relaciones sexuales sanas puede añadirse y explorarse junto con cualquiera de estas competencias como mínimo.

Competencias básicas del agresor

- A. El agresor se compromete a eliminar la conducta abusiva
 - 1. Elimina el uso de la intimidación física, la crueldad psicológica o la coacción hacia la pareja o los hijos.
- B. Desarrollo de la empatía del agresor
 - 1. Reconoce y verbaliza el efecto de sus acciones sobre su pareja/víctima
- C. El agresor acepta toda la responsabilidad por el delito y la historia abusiva
 - 1. Revela el historial de malos tratos físicos y psicológicos hacia la(s) víctima(s) y los hijos del agresor
 - 2. Supera la negación y la minimización que acompañan al comportamiento abusivo.
 - 3. Hace divulgaciones cada vez mayores con el tiempo
 - 4. Acepta la responsabilidad del impacto de su comportamiento abusivo en las víctimas secundarias, terciarias y en la comunidad
 - 5. Reconoce que la conducta abusiva es inaceptable.
- D. El agresor identifica y reduce progresivamente el patrón de conductas de poder y control, creencias y actitudes de derecho.
 - 1. Identifica las formas específicas de abuso y control cotidianos, como el aislamiento, que se han utilizado, así como las perspectivas y excusas subyacentes que impulsaron esos comportamientos.
- E. Responsabilidad del agresor
 - 1. Reconoce y elimina todas las minimizaciones de la conducta abusiva
- F. Capacidad del agresor para definir los tipos de violencia intrafamiliar
- G. Responsabilidad del agresor
 - 1. Reconoce y elimina todas las minimizaciones de la conducta abusiva
- H. Capacidad del agresor para definir los tipos de violencia intrafamiliar

1. Define la coacción, la conducta controladora y todos los tipos de violencia intrafamiliar (por ejemplo, psicológica, emocional, sexual, física, maltrato de animales, propiedad, financiera, aislamiento).
2. Identifica detalladamente los tipos específicos de violencia intrafamiliar ejercida y el impacto destructivo de ese comportamiento sobre la pareja y los hijos del agresor.
3. Demuestra una comprensión cognitiva de los tipos de violencia intrafamiliar que se pone de manifiesto dando ejemplos y etiquetando con precisión las situaciones
4. Define un continuo de comportamientos, desde los sanos hasta los abusivos.
- I. Comprensión del agresor, identificación y gestión del propio patrón personal de violencia
 1. Reconoce la conducta violenta/controladora/abusiva pasado/presente
- J. Comprensión del agresor y uso de habilidades de comunicación adecuadas
 1. Demostrar habilidades de comunicación no abusiva que incluyan cómo responder respetuosamente a las quejas de la pareja del agresor y cómo iniciar y tratar a la pareja como a un igual.
 2. Demuestra comprender la diferencia entre la comunicación asertiva, pasiva, pasivo-agresiva y agresiva, y toma decisiones adecuadas al expresar sus emociones
- K. El agresor elimina todas las formas de violencia y abuso
- L. Identificación del agresor y cuestionamiento de las distorsiones cognitivas que desempeñan un papel en la violencia del agresor
 1. El agresor demuestra una comprensión de la visión distorsionada de sí mismo, de los demás y de las relaciones (por ejemplo, estereotipos de roles de género, atribución errónea de poder y responsabilidad, derecho sexual)

Competencias adicionales del agresor

- A. El agresor entiende y demuestra ser un padre responsable
 1. Demuestra que comprende que los malos tratos durante el embarazo pueden suponer un mayor riesgo para la víctima y el feto. El agresor demuestra sensibilidad hacia las necesidades de la víctima (físicas, emocionales, psicológicas, médicas, financieras, sexuales, sociales) durante el embarazo.

III. Directrices

I. Consideraciones sobre la víctima/Seguridad

Los proveedores, los defensores de las víctimas y otras personas que participen en la MTT deben tener conocimientos sobre lo siguiente:

1. Impacto a corto y largo plazo
 - a. Culpa, miedo, vergüenza, depresión, hipervigilancia, ansiedad
 - b. Habilidades de afrontamiento poco saludables
 - c. Disminución del sentido de sí mismo
 - d. Falta de reconocimiento de lo que les ha ocurrido
 - e. Luchas con la confianza
 - f. Planificación de la seguridad
 - g. PTSD
 - h. Gastos para las víctimas incluidos los servicios de asesoramiento y los gastos médicos
 - i. Consecuencias imprevistas de la denuncia

2. Papel del defensor de las víctimas

- a. **No es** función del defensor indagar o investigar los abusos sexuales o las experiencias de la víctima.
- b. Entender que no se está pidiendo a las víctimas que denuncien o hablen de abusos sexuales, pero sí queremos advertirles de que existen recursos SI las víctimas quieren hablar de estos temas.
- c. Los defensores deben estar preparados para manejar revelaciones espontáneas y buscar formación o apoyo en torno a esto según sea necesario
- d. Planificación de la seguridad
- e. Comunicar el programa utilizado para los agresores
- f. Comunicar el nivel de integración del agresor de los conceptos y comportamientos del tratamiento (cuando proceda)

3. Competencias para los defensores

- a. Información sobre la normalización de la respuesta al abuso sexual
- b. Ayuda para comprender lo que les ha ocurrido: Algunas víctimas pueden no percibir que han sufrido abusos sexuales (creencias sociales, expectativas en las relaciones)
- c. Conocimiento de los mecanismos de afrontamiento para las víctimas
- d. Síntomas de trauma y PTSD
- e. Conocimiento de los factores predictivos del abuso sexual en una relación íntima (Punto de referencia B.2)
- f. Recursos para las víctimas
 - i. Conozca sus recursos locales y lo que está disponible para la gente de su comunidad.
 - ii. CCASA: 303-839-9999, <http://ccasa.org>
 - iii. Línea directa nacional contra la agresión sexual: 1-800-656-HOP (4673)
 - iv. RNVI: Red Nacional contra la Violación y el Incesto, línea directa en línea, www.rainn.org

4. Recursos solo para información de los defensores: escalas desde la perspectiva de las víctimas:

- a. Insultos dirigidos a la pareja (PDIS)⁹⁴
- b. Sexual Coercion in Intimate Relationships (SCIRS)⁹⁵

II. Competencia del proveedor

Con el fin de proporcionar intervenciones eficaces en este ámbito, se anima a los proveedores a que sigan una formación especializada en las siguientes áreas:

Consulte también las secciones H. Recursos y J. Bibliografía

1. Conocimientos sobre un comportamiento sexual saludable
2. Conocimiento sobre los predictores de abuso sexual en una relación íntima
 - a. Infidelidad femenina "percibida",
 - b. Baja autoestima masculina,

⁹⁴ Items a-e: Starratt, V.G., et al. "Men's partner-directed insults and sexual coercion in intimate relationship." *Journal of Family Violence* 23.5 (2008): pg: 315-323

⁹⁵ Goetz, A.T., Shackelford, T.K., "Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale (SCIRS)", *Handbook of Sexuality- Related Measures*, (2010) pg 125-127.

- c. Consumo masculino de alcohol y pornografía
 - d. Celos sexuales masculinos,
 - e. Insultos dirigidos a la pareja masculina,⁹⁶
 - f. Men's controlling behavior toward their partner
 - g. Men's physical and psychological partner directed aggression⁹⁷
3. Conocimientos sobre la violencia sexual en la pareja
 4. Conocimientos sobre la coacción sexual sutil
 5. Impacto del abuso sexual en las víctimas
 6. Nivel de comodidad del proveedor para hablar de temas sexuales

***Punto de debate:** aunque las investigaciones demuestran que la mayoría de los agresores son hombres, también hay agresoras. Aunque la investigación sobre las agresoras es limitada, algunas muestran comportamientos y actitudes sexuales poco saludables hacia sus parejas/víctimas.*

III. Consideraciones sobre la evaluación

El objetivo no es evaluar si un cliente es un agresor sexual según la ley ni hacer una evaluación específica de un delito sexual. Sin embargo, es importante que los proveedores de tratamiento empiecen a explorar lo siguiente en la evaluación y a lo largo del tratamiento. Los proveedores deben empezar a explorar estas cuestiones con los clientes para normalizar las discusiones sobre estos temas.

1. Preguntas eficaces para explorar la violencia sexual en la pareja
2. Preguntas eficaces para explorar comportamientos sexuales saludables
3. Familiaridad con escalas de violencia sexual en la pareja, como:
 - a. Insultos dirigidos al compañero⁹⁸
 - b. Sexual Coercion in Intimate Relationships (SCIRS)⁹⁹
 - c. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NIPSVS) 2010¹⁰⁰
 - d. Cuestionario sobre coacción sexual⁸(Las preguntas sobre victimización tendrán que ajustarse para su uso en el trabajo con el agresor)

IV. Evaluación

1. No se pretende, ni se espera, ni necesariamente que los proveedores de violencia intrafamiliar (DV) estén cualificados para realizar una evaluación específica de un delito sexual.
2. No se espera que los proveedores de violencia intrafamiliar hagan una valoración o evaluación separada sobre estos temas, sino que incorporen estas áreas a la evaluación y el tratamiento normales.

⁹⁶ Items a-e: Starratt, V.G., et al. "Men's partner-directed insults and sexual coercion in intimate relationship." *Journal of Family Violence* 23.5 (2008): pg: 315-323

⁹⁷ Items f-g: Goetz, A.T., Shackelford, T.K. "Sexual Coercion in Intimate Relationships: A Comparative Analysis of the Effects of Women's Infidelity and Men's dominance and Control." *Archives of Sexual Behavior* 38.2 (2009): pg 226-234.

⁹⁸ Items a-e: Starratt, V.G., et al. "Men's partner-directed insults and sexual coercion in intimate relationship." *Journal of Family Violence* 23.5 (2008): pg: 315-323

⁹⁹ Goetz, A.T., Shackelford, T.K., "Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale (SCIRS)", *Handbook of Sexuality- Related Measures*, (2010) pg 125-127.

¹⁰⁰ NISVS, "National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, 2010 Summary Report" Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, División de Prevención de la Violencia.

3. Las sugerencias relativas a los indicadores de evaluación se identifican en la Sección B "Competencia del proveedor" de este documento.

V. Parámetros y dinámica del tratamiento

Con el fin de proporcionar intervenciones eficaces en este ámbito, se anima a los proveedores a incorporar el abuso sexual y los comportamientos sexuales saludables en el contenido del tratamiento.

1. Incorporar al agresor competencias como las identificadas en la Sección II de este documento
2. Discusión de temas sexuales de forma regular para normalizar el nivel de comodidad del cliente/grupo con estos temas
3. Remisiones: Cuando exista una condena por un delito cuya base fáctica subyacente haya sido considerada por el tribunal en el expediente como un acto de violencia intrafamiliar, y la condena incluya un delito sexual... ese agresor será evaluado y tratado de acuerdo con las Normas y Directrices de la Junta de Gestión de Delincuentes Sexuales de Colorado para la Evaluación, Valoración, Tratamiento y Vigilancia Conductual de Delincuentes Sexuales Adultos. (Norma 11.11) Esto incluiría la consulta con la libertad condicional y el proveedor del SOMB.

VI. Recursos curriculares

Se anima a los proveedores a abordar comportamientos sexuales saludables en el tratamiento, así como a tratar las diferencias entre consentimiento, cooperación, conformidad y coacción. A continuación se sugieren algunos recursos (más información en la bibliografía):

1. Planes de estudios:
 - a. "Intimate Partner Sexual Abuse: A Curriculum for Batterer Intervention Program Facilitators" Commonwealth of Massachusetts¹⁰¹
 - b. Module I: Defining Intimate Partner Sexual Abuse and Assessing Its Prevalence, National Judicial Education Program, also listed here under H. Resources: (www.njep-ipsacourse.org)
 - c. Steve Brown's Older, Wiser, Sexually Smarter, and Street Wise to Sex Wise
 - d. Berman, Laura, *Loving Sex: The book of joy and passion*
 - e. Leman, Kevin. *Sheet music: Uncovering the secrets of sexual intimacy in marriage*

VII. Consideraciones sobre supervisión/consulta

- a. Consulta con los proveedores de la SOMB según sea necesario en casos específicos
- b. Consulta general con los proveedores de SOMB; la consulta podría beneficiar a ambas profesiones debido al alto cruce de estas conductas
- c. Divulgación entre el personal de crisis por violación, servicios para víctimas como la Coalición de Colorado contra la Violencia Doméstica, la Coalición de Colorado contra la Agresión Sexual y programas locales basados en la comunidad
- d. Supervisión relativa a dinámicas de grupo o casos especiales con el Supervisor Clínico de violencia intrafamiliar o el Grupo de Pares

VIII. Recursos

1. Formación e información
 - a. Sitio web de la SOMB <http://dcj.state.co.us/odvsom>
 - b. Sitio web de la DVOMB: <http://dcj.state.co.us/odvsom>
 - c. Sitio web de CCASA: <http://ccasa.org>
 - d. Sitio web de CCADV: <http://ccadv.org/>

¹⁰¹ Rothman, EF, Allen, C, & Raimer, J. (2003). "Intimate Partner Sexual Abuse: A Curriculum for Batterer Intervention Program Facilitators". Commonwealth of Massachusetts, Executive Office of Public Safety: Boston, MA.
<http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/comhealth/violence/bi-curriculum.pdf>.
[Regresar al índice](#)

- e. Curso virtual sobre el Programa de Educación Judicial Nacional: Intimate Partner Sexual Abuse: Adjudicating this Hidden Dimension of Domestic Violence Cases. Module One, Two and Three (Abuso sexual en la pareja: Adjudicación de esta dimensión oculta de los casos de Violencia intrafamiliar. Módulos uno, dos y tres). www.njep-ipsacourse.org
- f. Sitio web de CDC: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/index.htm>
- g. Instituto Nacional de salud: diversos artículos y resultados de investigaciones: nih.gov

IX. Definiciones

Contacto sexual abusivo

- Tocar intencionadamente, ya sea directamente o a través de la ropa, los genitales, el ano, la ingle, el pecho, la cara interna del muslo o las nalgas de una persona sin su consentimiento, o de una persona que no pueda dar su consentimiento o negarse a ello. http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/SV_Surveillance_Definitionsl-2009-a.pdf

Suposición

- Creer que sabe algo cuando no lo ha comprobado. <http://www.yesmeansyes.com/DEFINICIONES>

Coerción

- La coacción es el uso de manipulación emocional para persuadir a alguien de algo que tal vez no quiera hacer, como tener relaciones sexuales o realizar ciertos actos sexuales. Algunos ejemplos de declaraciones coercitivas son: "Si me quisieras tendrías sexo conmigo", "Si no tienes sexo conmigo encontraré a alguien que lo haga" y "No estoy seguro de poder estar con alguien que no quiere tener sexo conmigo"... Ser coaccionado para tener sexo o realizar actos sexuales no es consentir tener sexo y se considera violación/agresión sexual. <http://www.clarku.edu/offices/dos/survivorguide/definition.cfm>
- **Sobornos, mentiras, amenazas, culpabilidad:** Métodos de manipulación y coerción utilizados para forzar o engañar a alguien para mantener relaciones sexuales. Puede utilizarse para forzar a alguien a consentir, a decir que sí, a actos sexuales que realmente no quiere hacer. <http://www.yesmeansyes.com/DEFINITIONS>
- **Presión emocional:** Aprovecharse del nivel de confianza o intimidad de una relación. Explotar las emociones o amenazar con poner fin a la relación. Hacerle sentir culpable por no mantener relaciones sexuales y desgastarle utilizando la misma táctica una y otra vez. Pueden utilizarse frases como éstas: "Si no lo consigo contigo, lo conseguiré con alguien más". "Quiero demostrarte lo mucho que me importas". "Si me amas, tendrás sexo conmigo". "Has tenido relaciones sexuales antes, ¿cuál es el problema?" <http://www.afspc.af.mil/news/story.asp?id=123222934>
- **Presión verbal:** Suplicar, adular, insultar, engañar, discutir, mentir o engañar. <http://www.afspc.af.mil/news/story.asp?id=123222934>

Consentimiento

- **Estatutos revisados de Colorado:** Consentimiento significa cooperación en acto o actitud conforme a un ejercicio de libre voluntad y con conocimiento de la naturaleza del acto. Una relación actual o previa no será suficiente para constituir el consentimiento. La sumisión bajo la influencia del miedo no constituirá consentimiento. Fuente: 18-3-401(1.5) (1992).
- Un acuerdo mutuo, verbal, físico y emocional que se produce sin manipulación ni amenazas. <http://www.yesmeansyes.com/DEFINITIONS>
- Es un permiso claro entre las parejas íntimas de que lo que están haciendo está bien y es seguro. Consentir algo, como tener relaciones sexuales, significa que ambas partes están

de acuerdo en hacerlo basándose en su propia voluntad sin ninguna influencia o presión. Una persona no puede consentir legalmente si ha bebido o está bajo los efectos de las drogas, ya que su capacidad de consentimiento se ha visto mermada.
<http://www.clarku.edu/offices/dos/survivorguide/definition.cfm>

- **Incapacidad para consentir** : un acuerdo libremente dado para tener relaciones sexuales o contacto sexual no pudo ocurrir debido a la edad, enfermedad, discapacidad, estar dormido o la influencia del alcohol u otras drogas.
http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/SV_Surveillance_Definitionsl-2009-a.pdf

Cooperación

- Una víctima puede cooperar para protegerse basándose en el miedo, o en un esfuerzo por evitar daños corporales o miedo a la muerte, esto no es consentimiento.
- La cooperación de una víctima puede parecer consentimiento, pero no lo es si coopera para protegerse.

Pareja íntima:

- **Estatutos Revisados de Colorado**: Por relación íntima se entiende una relación entre cónyuges, excónyuges, parejas de hecho pasadas o presentes, o personas que son ambos padres del mismo hijo, independientemente de si las personas han estado casadas o han vivido juntas en algún momento. Fuente: 18-6-800.3(2) (1994).

Coerción sexual no física

- La imposición de actividad sexual a alguien mediante la amenaza de un castigo no físico, la promesa de una recompensa o la presión verbal en lugar de mediante la fuerza o la amenaza de fuerza. Actividad sexual forzada sobre una persona mediante el ejercicio de presión psicológica por parte de otra persona.
<http://quizlet.com/dictionary/sexual-coercion/> Estas tácticas pueden incluir el uso de mentiras, culpabilización, falsas promesas, discusiones continuas y amenazas de poner fin a la relación, o ignorar las peticiones verbales de las víctimas para que se detenga (sin utilizar la fuerza). Comprender a los autores de coerción sexual no física: Características de los que cruzan la línea

Sexismo

- El sexismo es el sistema de actitudes, suposiciones, acciones e instituciones que tratan a {un género} como inferior y hacen que {ese género} sea vulnerable a la violencia, la falta de respeto y la discriminación. El sexismo se ve intensificado y agravado por otros desequilibrios sistemáticos de poder debidos a la clase, la raza, la edad, la orientación sexual y la capacidad física o mental. En nuestro país, suele considerarse a las mujeres como inferiores y, en general, son más susceptibles a la violencia.
<http://www.clarku.edu/offices/dos/survivorguide/definition.cfm>

Abuso sexual:

- Coercionar o intentar coercionar a cualquier contacto o comportamiento sexual sin consentimiento. El abuso sexual incluye, pero no se limita a: violación marital, ataques a partes sexuales del cuerpo, forzar a mantener relaciones sexuales después de que se haya producido violencia física o tratar a una persona de forma sexualmente degradante. Oficina sobre la violencia contra las mujeres, Departamento de Justicia de EE. UU.
- El abuso sexual es cualquier tipo de contacto sexual no consentido. El abuso sexual puede ocurrir a hombres o mujeres de cualquier edad. El abuso sexual por parte de una pareja íntima puede incluir: insultos despectivos, negarse a utilizar métodos anticonceptivos, causar deliberadamente dolor físico no deseado durante las relaciones sexuales, transmitir deliberadamente enfermedades o infecciones sexuales y utilizar objetos, juguetes u otros artículos (por ejemplo, aceite o lubricantes para bebés) sin consentimiento y para causar dolor o humillación.
<http://www.pandys.org/whatissexualabuse.html>

Bibliografía

- Basile, K.C. "Prevalence of wife rape and other intimate partner sexual coercion in a nationally representative sample of women." *Violence and Victims*, 17.5 (2002): pg 511 - 524.
- Bergen, R.K., and Barnhill et al., "Marital Rape: New Research and Directions". *National Resource Center on Domestic Violence, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence*, 2006.
- Berman, Laura. *Loving Sex: The book of joy and passion*. DK Publishing, 2011.
- Brick, Peggy, Jan Lunquist, and Allyson Sandak. *Older, wiser, sexually smarter: 30 sex ed lessons for adults only*. Planned Parenthood of Greater Northern New Jersey, 2009.
- Coker, A.L., et al. "Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women." *American Journal of Preventive Medicine* 23.4 (2002): pg 260 - 268.
- Dutton, M.A, Goodman, L., and Schmidt, R.J., " Development and Validation of a Coercive Control Measure for Intimate Partner Violence: Final Technical Report." (2006).
- Goetz, A.T., Shackelford, T.K., et al. "Adding insult to injury: Development and Initial Validation of the Partner-Directed Insults Scale." *Violence and Victims* 21.6 (2006): pg 691 - 706.
- Goetz, A.T., Shackelford, T.K., "Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale (SCIRS)", *Handbook of Sexuality-Related Measures*, (2010) pg 125 - 127
- Goetz, A.T., Shackelford, T.K. "Sexual Coercion in Intimate Relationships: A Comparative Analysis of the Effects of Women's Infidelity and Men's Dominance and Control." *Archives of Sexual Behavior* 38.2 (2009): pg 226 - 234.
- Hazen, A., Soriano, F.I., and Children's Hospital-San Diego. "Experience of Intimate Partner Violence Among US Born, Immigrant and Migrant Latinas". *Child and Adolescent Services Research Center, Children's Hospital*, 2005.
- Hogben, M., Waterman, C., "Patterns of Conflict Resolution Within Relationships and Coercive Sexual Behavior of Men and Women", *Sex Roles*, Vol. 43, Nos 5/6, (2000), pg 341- 357
- Johnson, I.M., and Sigler, R.T., "Forced Sexual Intercourse Among Intimates", *Journal of Family Violence*, Vol. 15, No. 1, 2000, pg 95 - 108
- Kim, J.H. "Sexual Coercion Across Cultures: An Examination of Prevalence, Perceptions, and Consequences of Sexual Coercion in Korea and The United States." (2012).
- Leman, Kevin. *Sheet music: Uncovering the secrets of sexual intimacy in marriage*. Tyndale House Publishers, Inc., 2003.
- Livingston, J.A., Buddie, A.M., et al., "The Role of Sexual Precedence in Verbal Sexual" Coercion, *Psychology of Women Quarterly*, 28 (2004), pg 287-297.
- Martin, E.K., Taft, C.T. and Resick, P.A., "A review of marital rape." *Aggression and Violent Behavior* 12.3 (2007): pg 329 - 347.
- McKibbin, W.F., Goetz, A.T., Shackelford, T.K., et al., "Why Do Men Insult Their Intimate Partners", *Personality and Individual Differences*, (2007) Vol. 43.2: pg 231 -241.

- Metts, S., Sprecher, S., and Regan, P.C., "Communication and Sexual Desire." *Handbook of Communication and Emotion: Research, Theory, Applications, and Contexts* (1998): pg 353 - 377.
- Montfort, Sue, and Peggy Brick. *Unequal partners: teaching about power and consent in adult- teen relationships*. Planned Parenthood of Greater Northern New Jersey, 1999.
- NISVS, "National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, 2010 Summary Report" Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, División de Prevención de la Violencia.
- NISVS, "National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, 2010 Summary Report" National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention
- Schafran, L.H., "Intimate Partner Sexual Abuse: Adjudicating This Hidden Dimension of DV Cases - A Free Web Course for the DV Community". *Domestic Violence Report*, April/May, 2012, pg 51-52+
- Schatzel-Murphy, E.A., et al. "Sexual Coercion in Men and Women: Similar Behaviors, Different Predictors." *Archives of Sexual Behavior* 38.6 (2009): pg 974 - 986.
- Shackelford, T.K., and Buss. D.M., "Marital Satisfaction and Spousal Cost-Infliction." *Personality and Individual Differences* 28.5 (2000): pg 917 - 928.
- Shackelford, T.K., Goetz, A.T., (2004) "Men's Sexual Coercion in Intimate Relationships: Development and Initial Validation of the Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale" *Violence and Victims*, Volume 19, Number 5, October 2004, pg 541 - 556
- Starratt, V.G., et al. "Men's partner-directed insults and sexual coercion in intimate relationships." *Journal of Family Violence* 23.5 (2008): pg 315 - 323.
- Starratt, V.G., Popp, D., and Shackelford, T.K., "Not all men are sexually coercive: A preliminary investigation of the moderating effect of mate desirability on the relationship between female infidelity and male sexual coercion." *Personality and Individual Differences* 45.1 (2008): pg 10 - 14.
- Stith, Sandra M., et al. "Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review." *Aggression and violent behavior* 10.1 (2004): pg 65 - 98.
- Struckman-Johnson, C., and Struckman-Johnson, D., "Men's reactions to hypothetical female sexual advances: A beauty bias in response to sexual coercion." *Sex Roles* 31.7-8 (1994): pg 387 - 405.
- Rothman, EF, Allen, C, & Raimer, J. (2003). "Intimate Partner Sexual Abuse: A Curriculum For Batterer Intervention Program Facilitators". Commonwealth of Massachusetts, Executive Office of Public Safety: Boston, MA. Module I: Defining Intimate Partner Sexual Abuse and Assessing Its Prevalence. www.njep-ipsacourse.org
- Camilleri, J.A., "Tactics to Obtain Sex Scale", *Handbook of Sexuality-Related Measures*, (2009) pg 628 - 630.
- Straus, M.A., et al. "The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Development and Preliminary Psychometric Data." *Journal of family issues* 17.3 (1996): pg 283 - 316.
- Struckman-Johnson, C., Struckman-Johnson, D., and Anderson, P.B., "Tactics of Sexual Coercion: When Men and Women Won't Take No for an Answer." *Journal of Sex Research* 40.1 (2003): pg 76 - 86.

Apéndice I: Requisitos y criterios para la teleterapia con agresores de violencia intrafamiliar

30 de septiembre de 2022

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El 13 de marzo de 2020, la Junta de gestión de agresores de violencia intrafamiliar (DVOMB) autorizó el uso de la teleterapia con los agresores de violencia intrafamiliar sujetos a las Normas y Directrices de la DVOMB. Antes de esta fecha, todas las formas de teleterapia estaban prohibidas y se exigían servicios en persona, cara a cara. La DVOMB introdujo este cambio en respuesta a la pandemia del COVID-19 como medida para limitar cualquier interrupción de los servicios de evaluación y tratamiento de los agresores que pudiera haber causado un riesgo indebido para la seguridad de las víctimas y de la comunidad.

Desde la autorización de la teleterapia, se dispone de mucha más información sobre su uso con agresores de violencia intrafamiliar. Existen numerosas consideraciones prácticas, clínicas y relacionadas con la seguridad respecto a la teleterapia con agresores de violencia intrafamiliar. Sin embargo, todavía hay mucho desconocimiento y una investigación empírica limitada sobre el uso de la teleterapia con los agresores de violencia intrafamiliar.

Este apéndice describe los parámetros, requisitos y consideraciones para el uso seguro y eficaz de la teleterapia por parte de los proveedores aprobados de la DVOMB que trabajan con agresores de violencia intrafamiliar. Este apéndice no sustituye a ninguno de los mandatos exigidos actualmente en las Normas y Directrices de la DVOMB. La experiencia clínica y profesional, así como una revisión de la investigación y la literatura disponibles, sirvieron de base para este apéndice. Se realizarán revisiones posteriores de este apéndice a medida que se disponga de nueva información sobre el uso de la teleterapia con esta población.

II. DEFINICIONES

"TELETERAPIA" se refiere a la prestación de servicios a través de un sistema de telecomunicaciones seguro que facilita la evaluación, el tratamiento y la gestión conductual sincrónicos, en tiempo real y basados en video de un agresor de violencia intrafamiliar en lugares distintos del proveedor aprobado.

III. ESTADO APROBADO DE LA TELETERAPIA

La prestación de servicios de teleterapia a personas sujetas a las Normas y Directrices de la DVOMB solo podrá ser llevada a cabo por un proveedor aprobado por la DVOMB que haya cumplido los criterios establecidos en la Sección 9.08 y que figure como Aprobado para Telesalud. Los programas en línea o los individuos que no figuren en la Lista de Proveedores Aprobados de la DVOMB no cumplen los requisitos establecidos en 16-11.8104, C.R.S.

IV. CONSIDERACIONES Y FACTORES DE PREDISPOSICIÓN DEL CLIENTE A LA TELETERAPIA

La prestación de servicios a través de la teleterapia se considera un privilegio que pretende fomentar las estrategias de reducción de riesgos y el compromiso del cliente con el proceso terapéutico. Si el uso de la teleterapia presenta alguna(s) preocupación(es) no resuelta(s) relacionada(s) con la seguridad de una víctima, el cumplimiento del contrato de tratamiento por parte del cliente o su susceptibilidad general,

el proveedor aprobado documentará dichas razones y determinará si los servicios presenciales son más apropiados.

Los agresores pueden estar sujetos a una supervisión adicional como resultado de que se les permita participar en el tratamiento para agresores de violencia intrafamiliar a través de la teleterapia. Al evaluar si la teleterapia fuera una modalidad eficaz y adecuada para un cliente, el proveedor aprobado tendrá en cuenta y evaluará mutuamente los siguientes criterios de inclusión y exclusión en la conceptualización general del caso. Los Proveedores Autorizados utilizarán su mejor criterio clínico teniendo en cuenta estos factores para determinar la preparación y adecuación del cliente para la teleterapia. Dichas recomendaciones pueden incluir, entre otras, teleterapia únicamente, teleterapia con cierta frecuencia de servicios presenciales, servicios de teleterapia limitados en el tiempo y solo servicios

presenciales. La teleterapia también puede utilizarse como incentivo para los clientes que progresen en el tratamiento y demuestren estar preparados para la teleterapia que puede no haber sido adecuada al inicio del tratamiento. En algunos casos, la teleterapia puede ser una modalidad adecuada para satisfacer las necesidades individuales del cliente.

Punto de debate: *no es un requisito que se cumplan todos los criterios, sino que el proveedor haya evaluado y considerado todos estos factores contribuyentes como parte del proceso de planificación del tratamiento. Por ejemplo, si el riesgo y las necesidades criminógenas de un cliente son elevados, pero su estabilidad en el tratamiento mejora asistiendo a las sesiones a través de la teleterapia para no interrumpir el empleo, puede recomendarse la teleterapia.*

- a. Criterios de inclusión: los criterios de inclusión son factores que sirven como razones de por qué un cliente se beneficiaría de la teleterapia. Entre las personas que pueden ser consideradas para la teleterapia se incluyen:
- i. Clientes con discapacidades físicas que afecten a su movilidad, discapacidades leves del desarrollo o deficiencias cognitivas leves que afecten a su participación en entornos de grupo.
O
 - ii. Clientes que carecen de acceso a un transporte privado o público fiable, lo que supone un impedimento para su capacidad de participar en el tratamiento. Esto incluye a los clientes que residen en zonas desatendidas en las que, de otro modo, un proveedor aprobado podría no estar disponible para prestar servicios presenciales.
O
 - iii. Clientes cuyo idioma principal y secundario sea un idioma distinto del inglés, lo que requiere un proveedor aprobado que pueda estar a distancia y domine dicho idioma.
O
 - iv. Clientes que progresan en el tratamiento (buena asistencia, compromiso, etc.) y cuyo compromiso mejoraría con la teleterapia.

b. Criterios de exclusión: los criterios de exclusión son factores que sirven como razones de por qué la teleterapia sería problemática para un cliente. Entre las personas que no pueden ser consideradas para la teleterapia se incluyen:

i. Clientes que se presentan en una etapa precontemplativa de cambio que es resistente al tratamiento, exhibe un alto nivel de negación o minimización con baja responsabilidad.

0

ii. Clientes que muestren un comportamiento hostil o perturbador que no favorezca la cultura, los límites y las normas del grupo.

0

iii. Clientes puntuados con cualquier designación de factor de riesgo crítico en el DVRNA.

0

iv. Clientes evaluados con necesidades criminógenas elevadas (por ejemplo, puntuación LSI) o patologías antisociales que sugieran que la teleterapia puede no proporcionar una contención adecuada.

0

v. Clientes que amenazan o tienen comportamientos que violan el contrato de tratamiento de agresores.

0

Cliente incapaz de manejarse con la tecnología hasta tal punto que afecte a su capacidad de participar eficazmente a través de la teleterapia (por ejemplo, no se conecta a tiempo, necesita asistencia técnica continua, no utiliza la cámara, etc.).

0

vi. Clientes que carecen del equipo adecuado (por ejemplo, Internet, computadora) y del espacio físico para participar confidencialmente en las sesiones.

c. Los proveedores consultarán con el MTT, pero los proveedores tienen la autoridad para tomar la decisión final sobre la colocación.

d. Dado que los agresores pueden pasar de los servicios presenciales a la teleterapia o viceversa, se recomienda que los agresores de violencia intrafamiliar reciban los servicios de un proveedor aprobado DVOMB que esté situado cerca de donde el agresor trabaja o reside.

e. Si se considera el uso de la teleterapia, el proveedor aprobado deberá:

i. Consulte con el cliente para determinar si se trata de una modalidad con la que se siente cómodo y desea seguir.

- ii. Evalúe si existe alguna preocupación que pueda afectar al nivel de compromiso del cliente o a su capacidad para asistir a las sesiones de teleterapia (por ejemplo, nivel de riesgo, necesidades específicas de respuesta, preocupaciones por el consumo de sustancias, preocupaciones relacionadas con la seguridad de la víctima, etc.).
- iii. Evaluar que el cliente dispone de un espacio seguro y confidencial para participar en la teleterapia.
- iv. Determine si el progreso del cliente en el tratamiento mediante teleterapia puede evaluarse adecuadamente a través de la teleterapia (por ejemplo, el lenguaje corporal, etc.)

V. Servicios para agresores de violencia intrafamiliar a través de la teleterapia

Al iniciar la teleterapia para la evaluación o el tratamiento de un agresor, el proveedor informará al cliente de los parámetros de la teleterapia y dispondrá de un acuerdo firmado por el cliente de su aceptación de participar en la teleterapia, así como del acuerdo del cliente de atenerse a los parámetros establecidos. Los parámetros incluirán, como mínimo:

- a. La razón por la que se utiliza la teleterapia (por ejemplo, distancia del cliente a los servicios, riesgos o afecciones médicas, falta de recursos para apoyar la terapia presencial, riesgo para la comunidad, etc.)
- b. Acuerdo por parte del cliente de no realizar actividades no relacionadas con la terapia durante la sesión (por ejemplo, conducir, trabajar, atender a otras personas, actividades recreativas, consumo de sustancias, etc.).
- c. Acuerdo por parte del cliente de no tener a nadie más en la sesión a menos que lo apruebe la MTT.
- d. Acuerdo por parte del cliente de permanecer activo y comprometido durante la sesión.
- e. Reconocimiento por parte del cliente de que la teleterapia es un privilegio que puede ser revocado en cualquier momento por violaciones del contrato del agresor o de los términos y condiciones de la libertad condicional, según determine la MTT.
- f. Establezca un plan de seguridad o un proceso para identificar la ubicación del cliente en caso de emergencia (por ejemplo, preguntándole por su ubicación en el chat de grupo, etc.).

Punto de debate: *los proveedores autorizados pueden ofrecer una orientación inicial para que el cliente comprenda y se familiarice con el uso de una plataforma virtual.*

VI. Durante el curso de la teleterapia, el proveedor aprobado deberá:

- a. Seguir todas las *Normas y Directrices de la DVOMB* y los códigos éticos de conducta de la misma manera que se espera durante las sesiones presenciales.
- b. Disponer de un espacio de trabajo dedicado, libre de distracciones y que garantice la confidencialidad.
- c. Mantener una opción de servicios en persona en caso de que se determine que la teleterapia ya no es apropiada para el cliente.
- d. No realizar tareas o actividades no relacionadas con la sesión mientras se llevan a cabo las sesiones de teleterapia (por ejemplo, conducir, actividades recreativas, atender a otras personas, ocuparse de trabajos no relacionados con la sesión, etc.).
- e. No incluir a otras personas que no sean coterapeutas o miembros aprobados de la MTT presentes durante las sesiones de teleterapia.
- f. Comprobar con el cliente durante cada revisión del plan de tratamiento si la teleterapia es un enfoque adecuado para que el cliente alcance los objetivos identificados en su plan de tratamiento y si es

necesario realizar algún ajuste. Esto puede ajustarse en cualquier momento en función de las indicaciones clínicas que sugieran que la teleterapia está contraindicada.

- g. Notifique al MTT si existen cuestiones relativas a la participación, las limitaciones y cómo la justificación de los servicios de teleterapia puede repercutir en otras actividades del cliente (por ejemplo, si se está proporcionando teleterapia debido a un riesgo para la seguridad de la comunidad, como una pandemia, el equipo deberá revisar otros accesos/actividades de la comunidad).
- h. No utilizar videos pregrabados, multimedia o tareas para casa en lugar de cualquier cantidad de tiempo para las sesiones en grupo o individuales. El uso limitado de videos pregrabados y multimedia está permitido y puede utilizarse como parte de una sesión para apoyar los temas, el programa o la aplicación de las Competencias Básicas.

Práctica recomendada: cuando se utilice un enfoque híbrido con clientes que asistan tanto en persona como virtualmente, se considera una mejor práctica que el proveedor aprobado utilice una tecnología que permita el seguimiento de los participantes en ambos formatos.

VII. Durante el curso de la teleterapia, el cliente deberá:

- a. Adherirse al contrato de tratamiento de agresores y cumplir todas las normas presenciales relativas a las normas y comportamientos del grupo.
- b. Utilizar una cámara web o un teléfono inteligente durante la sesión que permita al proveedor aprobado ver al cliente y su entorno.
- c. Acceder a una conexión a Internet fiable y segura en un espacio privado, tranquilo, confidencial, bien iluminado y libre de distracciones
- d. No grabar ni documentar ninguna información antes, durante o después de la sesión que pueda comprometer su confidencialidad o la de otros clientes.
- e. Comprender los pasos para acceder a la sesión por teléfono en caso de problemas técnicos
- f. Notificar a su proveedor aprobado DVOMB si tiene problemas para comprender el material o el contenido
- g. Aceptar someterse a pruebas de sobriedad monitorizadas con la frecuencia que determine el proveedor aprobado

VIII. CONSIDERACIONES PARA EL LICENCIAMIENTO DEL AGRESOR

El incumplimiento, la falta de progreso o la incapacidad para comprometerse a través de la teleterapia pueden ser motivos para que el proveedor aprobado dé de alta al cliente o le exija que pase a sesiones en persona.

Apéndice J: Directrices para jóvenes agresores adultos adoptadas el 10 de febrero de 2017

I. Introducción

El propósito de este apéndice es proporcionar a los Equipos Multidisciplinarios de Tratamiento (EMT) orientación adicional sobre el trabajo con agresores de violencia intrafamiliar de entre 18 y 25 años, que pueden clasificarse como adultos jóvenes (tenga en cuenta que a veces también se hace referencia a esta población como de edad de transición). Este documento informativo proporciona a los MTT directrices sobre las mejores prácticas, posibles factores de riesgo y de protección, y sugerencias para el tratamiento y la gestión de casos de adultos jóvenes. Las directrices de este apéndice no sustituyen a ninguno de los mandatos exigidos actualmente en las *Normas*. Un Comité de Jóvenes Adultos de la DVOMB fue convocado para desarrollar estas Directrices. El Comité, compuesto por expertos estatales y locales en el campo de los jóvenes en situación de riesgo, los menores agresores y las poblaciones de adultos jóvenes (incluidos los proveedores de tratamiento, los proveedores y defensores de los servicios a las víctimas, los funcionarios de libertad condicional/correccionales y otras personas implicadas en el sistema de justicia penal) colaboró en la creación de este Apéndice. La experiencia clínica y profesional, así como una revisión de la investigación y la literatura disponibles, sirvieron de base para estas directrices.

Los principios de Riesgo, Necesidad y Capacidad de Respuesta (RNR) son un marco basado en pruebas para evaluar, tratar y supervisar a las personas implicadas en el sistema de justicia penal. Los principios de la RNR se originaron a partir de numerosos estudios de alta calidad y generalizables en la literatura criminológica más amplia (Andrews y Bonta, 2010). Los principios de la RNR establecen lo siguiente:

- **Riesgo:** los servicios prestados a los agresores deben ser proporcionales al nivel relativo de riesgo estático y dinámico de los agresores (es decir, riesgo bajo, moderado o alto) basado en instrumentos de evaluación del riesgo precisos y válidos respaldados por la investigación;
- **Necesidad:** las intervenciones son más eficaces si los servicios se dirigen a las necesidades criminógenas (tanto factores sociales como psicológicos) que se han asociado empíricamente con la reincidencia; y
- **Responsividad:** la prestación eficaz de servicios de tratamiento y supervisión requiere una individualización que se ajuste a los puntos fuertes, la cultura, el estilo de aprendizaje y las capacidades del agresor, entre otros factores. (Consulte el Apéndice E (VI) - Principio y factores de responsividad).

La DVOMB reconoce que, basándose en cuestiones de receptividad y en las necesidades de los adultos jóvenes, puede ser necesario un enfoque diferente a la hora de abordar los retos únicos de esta población. La investigación neurobiológica nos proporciona una comprensión más profunda del desarrollo cerebral del adolescente y del adulto joven, así como de la neuropsicología.¹⁰² Estas investigaciones indican que el cerebro de los adultos jóvenes es más fluido y sigue desarrollándose y cambiando hasta los 25 años (Perry, 2009; Spear, 2010, Teicher, 2002). Como resultado, algunos adultos jóvenes pueden no reconocer las consecuencias de sus comportamientos y presentarse más como un adolescente que como un adulto. Las investigaciones indican que responder en exceso a las infracciones no penales con esta población puede

¹⁰² Durante la adolescencia, el cerebro humano experimenta un mayor crecimiento, conectividad y poda sináptica (Spear, 2010). El ritmo al que se desarrollan las vías neuronales asociadas a la regulación y la sensibilidad a la recompensa puede aportar información sobre las características de la edad adulta emergente.

causar más perjuicios que beneficios para el agresor, la víctima y la comunidad (Teicher, 2002). Como consecuencia, los adultos jóvenes corren un mayor riesgo de abandonar el tratamiento (Buttell y Carney, 2008; Jewell y Wormith, 2010), por lo que es imprescindible que los miembros de la MTT evalúen y traten a esta población dentro de un marco adecuado para ella.

Descargo de responsabilidad sobre riesgos y cuestiones de seguridad: La información esbozada en este Apéndice no sustituye, cambia ni reemplaza los factores de riesgo identificados por la Evaluación de Riesgos y Necesidades de violencia intrafamiliar (DVRNA) como parte de la Evaluación del Delincuente. Estas directrices ofrecen recomendaciones para reducir el riesgo y mejorar la capacidad de respuesta aumentando la disposición al tratamiento y la predisposición a realizar cambios positivos en la conducta. Se necesitan competencias adicionales del agresor para abordar cuestiones específicas exclusivas del desarrollo de la población de adultos jóvenes que pueden no estar contempladas actualmente en la Norma 5.08. Las intervenciones apropiadas deben ser proporcionales a la naturaleza y gravedad de la conducta y al grado en que se relaciona con el riesgo. El riesgo de dañar a los demás no debe ignorarse y debe sopesarse al evaluar el comportamiento impulsivo típico de la adolescencia frente a las características más delictivas y antisociales, que son indicativas de un mayor riesgo.

II. Principios rectores:

Los Principios Rectores (descritos en la Sección 3.0) están diseñados para ayudar y guiar el trabajo de los implicados en la gestión y contención de los agresores de violencia intrafamiliar. A efectos del presente apéndice, los siguientes principios rectores de las Normas pueden o no ser pertinentes o apropiados para los agresores jóvenes adultos.

Principio rector	Cuestión a considerar con los jóvenes adultos
GP 3.06: la naturaleza de los agresores de violencia intrafamiliar es que sus comportamientos tienden a ser encubiertos, engañosos y reservados. Estas conductas suelen estar presentes mucho antes de que se reconozcan públicamente.	Es posible que los adultos jóvenes no tengan antecedentes de violencia intrafamiliar debido a su edad, y que los antecedentes de delincuencia sean más frecuentes. La impulsividad y la mala toma de decisiones pueden atribuirse al delito índice. Como resultado, el engaño y el secretismo pueden no ser tan normativos con los adultos jóvenes.
GP 3.13: la modalidad de tratamiento preferida es la terapia de grupo.	La investigación y la experiencia clínica indican que los adultos jóvenes tienden a responder mejor a una combinación de sesiones individuales y de grupo. De lo contrario, pueden producirse resultados terapéuticos negativos al exponer a los adultos jóvenes a adultos mayores que presentan un mayor riesgo y un desarrollo más maduro (Abracen et al., 2016; Lowencamp y Latessa, 2004).
GP 3.15: el tratamiento del agresor debe abordar todo el espectro de conductas abusivas y controladoras asociadas a la violencia intrafamiliar, y no solo la(s) conducta(s) delictiva(s) definida(s) legalmente.	Los adultos jóvenes pueden encontrarse en una etapa de desarrollo en la que los patrones desadaptativos de violencia (con parejas íntimas y significativas otros) pueden no estar del todo presentes, pero pueden requerir o no una intervención que aborde todo el espectro de comportamientos abusivos y controladores.

III. Consideraciones sobre los factores de riesgo y de protección en los adultos jóvenes

Dada la investigación emergente sobre adultos jóvenes, es importante que el MTT evalúe el comportamiento problemático del agresor y valore su maduración evolutiva. A la hora de responder a una infracción o incumplimiento de las normas, lo mejor es determinar si significa o no un aumento del riesgo. Si es así, el MTT debe evaluar qué necesidades existen y qué intervención es la mejor para abordarlas y gestionar los riesgos adecuadamente. Dicha evaluación debe incluir los puntos fuertes y los factores de protección.¹⁰³

Es probable que la mejor forma de mitigar los factores de riesgo contribuyentes en los adultos jóvenes sea asegurándose de que el MTT dé prioridad a los principios de la RNR y garantice que todos ellos se evalúen y aborden en el tratamiento. La DVRNA se basa en los factores de riesgo de los adultos y no aborda los factores de protección que pueden estar presentes en los clientes adultos jóvenes. Los proveedores deben tener en cuenta los factores de riesgo y de protección apropiados para el desarrollo y respaldados por la investigación en la evaluación continua y la gestión de los casos de los adultos jóvenes (véase el anexo 1 para ver ejemplos de posibles factores de riesgo y de protección para esta población). Los proveedores deben ejercer su juicio clínico con estos casos en cuanto a la identificación de los factores de riesgo y de protección, y consultar con otros profesionales según sea necesario.

IV. Instrumentos de evaluación de riesgos e información colateral

El instrumento DVRNA sigue aplicándose a la población adulta joven. Sin embargo, los adultos jóvenes pueden poseer problemas que requieran una mayor evaluación y consideración del riesgo y las necesidades. Los instrumentos de evaluación de riesgos para adultos pueden o no abordar necesariamente los factores únicos de la población de adultos jóvenes. Tras llevar a cabo una evaluación exhaustiva, de acuerdo con la Sección 4.0 de las Normas, en algunos casos puede ser apropiado utilizar evaluaciones de riesgo alternativas para los menores de 18 años solo con fines informativos. Es importante señalar que el uso de un instrumento de evaluación del riesgo juvenil en un individuo mayor de 18 años no es una evaluación validada del riesgo, pero puede ser informativo para la planificación del caso.

V. Cuestiones de receptividad que afectan a los adultos jóvenes a tener en cuenta

El MTT debe individualizar el tratamiento y la supervisión de los adultos jóvenes, en la medida de lo posible, en relación con su desarrollo actual, sus déficits y su susceptibilidad al tratamiento. Los proveedores deberían considerar y utilizar sesiones de grupo específicas para adultos jóvenes (cuando proceda), con el fin de minimizar la exposición de los adultos jóvenes a los adultos mayores que presentan un mayor riesgo y un desarrollo más maduro. Además, puede ser más apropiado que los adultos jóvenes reciban sesiones individuales en lugar de sesiones en grupo, según el criterio clínico del proveedor. Los proveedores que utilicen sesiones individuales con adultos jóvenes deberán desarrollar planes de tratamiento que aborden las necesidades individuales del cliente, sus Competencias Básicas y otros problemas únicos presentes.

Es importante que el MTT comprenda también las características de los agresores que pueden tener más probabilidades de provocar el abandono del tratamiento. La investigación indica que es más probable que un cliente complete el tratamiento si es mayor y tiene trabajo (Buttell & Carney, 2008; Jewell & Wormith, 2010). Como resultado, los retos asociados a la edad adulta emergente, como encontrar una vivienda estable, un empleo y relaciones, pueden aumentar el abandono del tratamiento en los adultos jóvenes. Los

¹⁰³ Los factores de protección son condiciones o atributos (habilidades, puntos fuertes, recursos, apoyos o estrategias de afrontamiento) en los individuos, las familias, las comunidades o la sociedad en general que ayudan a las personas a afrontar de forma más eficaz los acontecimientos estresantes y a mitigar o eliminar el riesgo en las familias y las comunidades.

proveedores deben tener en cuenta cualquier factor saludable y prosocial que pueda ayudar a la implicación inicial del cliente adulto joven en el proceso terapéutico y a su compromiso a lo largo del tiempo, y centrarse en el desarrollo de factores de protección.

VI. Directrices del MTT para la toma de decisiones

Se anima a los MTT a evaluar y desarrollar planes de tratamiento individualizados que incluyan esfuerzos de contención para los adultos jóvenes, basándose en su maduración y en sus niveles de riesgo. Las habilidades para la vida independiente, el riesgo y los factores de protección deben ser discutidos por los MTT y tenidos en cuenta en la programación para el agresor. Los MTT deben consultar a otros profesionales con experiencia en adultos y menores para ayudar en el desarrollo de un tratamiento y una supervisión eficaces, y para identificar posibles recursos que puedan ayudar en la recopilación de información, cuando se carezca de dicha experiencia.

Recomendaciones

- Utilizar un programa basado en pruebas, en la investigación o en las mejores prácticas para esta población (consulte, por ejemplo, Gibbes, L. y Myers, L., 2011).
- Considere el tratamiento de las siguientes cuestiones, entre otras:
 - Autoeficacia y autoidentidad
 - Empatía
 - Etapa de desarrollo
 - Límites apropiados y comunicación en la relación
 - Sexualidad sana adecuada a la edad
 - Comportamiento sexual sano y adecuado a la edad
 - Uso adecuado de los dispositivos electrónicos y los medios sociales
 - Habilidades apropiadas para las citas
 - Grupos de apoyo positivo y asociaciones de iguales
- Considere otras competencias básicas, según proceda (véase la sección 5.08, VI)
- Apoyar la investigación en curso para informar mejor las intervenciones con esta población
- Mantenerse al día sobre la investigación relacionada con esta población, incluidas las cuestiones de desarrollo
- Consultar con otros profesionales cuando sea necesario
- Participar en cursos de formación sobre:
 - Desarrollo humano y maduración de los adultos jóvenes
 - Desarrollo cerebral y neuropsicología

VII. Enlaces a documentos de referencia

Gibbes, L. & Myers, L. (2011). Colorado Teen Dating Violence Prevention Final Report Primary Prevention of Teen Dating Violence in the Denver-Aurora Community: Best Practices and Strategy Recommendations. Colorado Department of Public Health and Environment.

[Pulse aquí](#)

Oudekerk, B., Blachman-Demner, D., & Mulford, C. (2014). Teen Dating Violence: How Peers Can Affect Risk & Protective Factors. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, NCJ 248337.

[Pulse aquí](#)

Anexo 1: Ejemplos de factores potenciales de riesgo y de protección para esta población

Esta tabla pretende ser un recurso que enumera algunos posibles factores de riesgo y de protección asociados a la juventud que pueden tenerse en cuenta para los adultos jóvenes. Esta no es una lista exhaustiva de factores de riesgo o de protección, ya que puede haber otros que deban ser considerados por el MTT. Los proveedores deben tener en cuenta los factores de riesgo y de protección apropiados para el desarrollo y respaldados por la investigación en la evaluación continua y la gestión de los casos de los adultos jóvenes. Los proveedores deben ejercer su juicio clínico con estos casos en cuanto a la identificación de los factores de riesgo y de protección, y consultar con otros profesionales según sea necesario.



Tabla de factores de riesgo y de protección

Dominios	Factores de riesgo	Comportamientos problemáticos de los adolescentes						Factores de protección
	Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que los jóvenes desarrollen conductas problemáticas	Consumo de sustancias	Depresión/ansiedad	Morosidad	Embarazo adolescente	Abandono escolar	Violencia	Los factores de protección ayudan a proteger o amortiguar los riesgos de que los jóvenes desarrollen conductas problemáticas.
Comunidad	Disponibilidad de alcohol/ otras drogas	X					X	1. Oportunidades de participación prosocial en la comunidad 2. Reconocimiento de la implicación prosocial
	Disponibilidad de armas de fuego			X			X	
	Las leyes y normas de la comunidad son favorables al consumo de drogas, las armas de fuego y la delincuencia	X	X	X			X	
	Transiciones y movilidad	X		X				
	Poco apego al vecindario y desorganización de la comunidad	X		X			X	
	Representaciones de la violencia en los medios de comunicación	X		X			X	
	Privación económica extrema	X		X	X	X	X	
Familia	Antecedentes familiares de comportamiento problemático	X	X	X	X	X	X	1. Vinculación a la familia con creencias sanas y normas claras 2. Apego a la familia con creencias sanas y normas claras 3. Oportunidades de participación prosocial 4. Reconocimiento de la implicación prosocial
	Problemas de gestión familiar	X	X	X	X	X	X	
	Problemas de gestión familiar	X	X	X	X	X	X	
	Conflicto familiar	X		X	X	X	X	
	Actitudes favorables de los padres	X		X			X	

Tabla de factores de riesgo y de protección, continuación...

Dominios	Factores de riesgo	Comportamientos problemáticos de los adolescentes						Factores de protección
	Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que los jóvenes desarrollen conductas problemáticas	Consumo de sustancias	Depresión/ansiedad	Morosidad	Embarazo adolescente	Abandono escolar	Violencia	Los factores de protección ayudan a proteger o amortiguar los riesgos de que los jóvenes desarrollen conductas problemáticas.
Escuela	El fracaso escolar comienza a finales de la escuela primaria	X		X	X	X	X	1. Vinculación y apego a la escuela 2. Oportunidades de participación prosocial 3. Reconocimiento por la implicación prosocial
	Falta de compromiso con la escuela	X		X	X	X	X	
Individual/ Par	Comportamiento antisocial precoz y persistente	X		X	X	X	X	1. Vinculación con pares con creencias sanas y normas claras 2. Apego a los pares con creencias sanas y normas claras 3. Oportunidades de participación prosocial 4. Aumento en habilidades sociales
	Rebeldía	X		X		X		
	Amigos que practican la conducta problemática	X		X	X	X	X	
	Actitudes favorables hacia la conducta problemática	X		X	X	X		
	Iniciación temprana de la conducta problemática	X		X	X	X	X	
	Participación en bandas	X		X			X	
	Factores constitutivos	X	X	X			X	

Fuentes: Hawkins, J., Catalano, R., Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behavior*, 27(6):951-76.

Referencias

- Abracen, J., Gallo, A., Looman, J., & Goodwill, A. (2015). Individual community-based treatment of offenders with mental illness: relationship to recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 1- 17.
- Andrews, D., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.
- Buttell, F., & Carney, M. (2008). A Large Sample Investigation of Batterer Intervention Program Attrition: Evaluating the Impact of State Program Standards. *Research on Social Work Practice*, 18(3):177-188.
- Gibbes, L. & Myers, L. (2011). Colorado Teen Dating Violence Prevention Final Report Primary Prevention of Teen Dating Violence in the Denver-Aurora Community: Best Practices and Strategy Recommendations. *Colorado Department of Public Health and Environment*.
- Gover, A., Jennings, W., Davis, C., Tomisch, E., and Tewksbury, R. (2011). Factors related to the completion of domestic violence offender treatment: The Colorado experience. *Victims and Offenders*, 137-156.
- Hawkins, J., Catalano, R., Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behavior*, 27(6):951-76.
- Jewell, L., & Wormith, S. (2010). Variables Associated with Attrition from Domestic Violence Treatment Programs Targeting Male Batters: A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*. 37(10):1086-1113.
- Lowenkamp, C., & Latessa, E. (2004). Increasing the effectiveness of correctional programming through the risk principle: Identifying offenders for residential placement. *Criminology and Public Policy*, 4, 501- 528.
- Oudekerk, B., Blachman-Demner, D., & Mulford, C. (2014). Teen Dating Violence: How Peers Can Affect Risk & Protective Factors. *U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice*, NCJ 248337.
- Perry, B. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14:240-255.
- Spear, L. (2010). *The behavioral neuroscience of adolescence*. New York: W.W. Norton & Company Inc
- Teicher, M., Anderson, S., Polcari, A., Anderson, C., & Navalta, C. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 397