

**PROGRAMA INTEGRAL DE  
DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA  
VIOLENCIA DOMÉSTICA  
DESDE EL SISTEMA SANITARIO  
PÚBLICO DE LA RIOJA.**

Servicio Riojano de Salud



La violencia es una constante en la vida de muchas personas en todo el mundo, y a todos nos afecta o debería afectar de una manera u otra. Por esa razón estamos obligados a ir más allá de nuestro concepto de lo admisible y conveniente para cuestionar la idea de que los actos violentos son aspectos que exclusivamente se circunscriben al ámbito de la intimidad familiar, individual o simplemente se trata de adversidades ineludibles de la vida.

A través del sistema sanitario se están alcanzando incuestionables éxitos en el tratamiento de muchas enfermedades así como en su diagnóstico y recuperación; sin embargo, y esa es la gran paradoja, los profesionales están salvando a personas que, a su vez, caen víctimas de la violencia o las perdemos en manos de sus “seres más queridos”.

El sistema sanitario es un espacio aventajado para la detección y el abordaje de cualquier tipo de violencia, especialmente, la doméstica, la que desgraciadamente surge en el ambiente supuestamente más protector para cada uno de nosotros. La proximidad y la continuidad de la atención sanitaria al grupo familiar permiten una efectiva detección de malos tratos y violencia.

La violencia doméstica es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un problema sanitario de primera magnitud y, por tanto, competencia y responsabilidad sanitaria.

Y la responsabilidad de los profesionales del Servicio Riojano de Salud, de diferentes disciplinas, que han decidido aunar esfuerzos, se ha plasmado en este programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el Sistema Sanitario Público de La Rioja. El programa es la aportación del sistema sanitario de La Rioja al protocolo para la mejora del Tratamiento a Víctimas del Delito en La Rioja, en el que han participado todas las instituciones y entidades que van a contribuir a que se intente poner fin a este gran problema que afecta a toda la sociedad.

Resulta gratificante presentar este Programa que, sin ningún género de dudas, va a perfilarse como una guía muy útil para los profesionales sanitarios. Su contenido y análisis nos acerca a situaciones a las que no podemos girar la cabeza. Y el Servicio Riojano de Salud también apuesta decididamente por detectar y abordar el universal problema de la violencia doméstica.

José Ignacio Nieto García  
Gerente del Servicio Riojano de Salud



## ÍNDICE

- Introducción: .....	5
- La violencia intrafamiliar:.....	6
- 1. Violencia contra las mujeres: .....	7
- 2. Violencia contra las personas mayores: .....	13
2.1 Consideraciones previas:.....	13
2.2 Definición:.....	13
2.3 Factores de riesgo: .....	14
2.4 Síntomas e indicadores de malos tratos en las personas mayores: ....	15
2.5 Intervención profesional ante la sospecha de malos tratos a personas mayores:.....	17
- 3. Violencia contra los menores: .....	21
3.1 Consideraciones previas:.....	21
3.2 Definición:.....	21
3.3 Tipos de maltrato:.....	22
3.4 Indicadores de detección de maltrato: .....	24
3.5 Factores de riesgo: .....	28
3.6 Intervención profesional: .....	30
- 4. Otras situaciones de violencia familiar .....	33
- 5. Informe médico y orden de protección: .....	34
5.1: Algoritmo de decisiones .....	37
- 6. Intervención social: .....	38
- 7. Plan de seguridad: .....	40
- 8. Teléfonos útiles en situaciones de urgencia .....	41
- 9. Bibliografía: .....	42

Anexo I: Modelo de Informe Médico

Anexo II: Protocolo de reconocimiento en una agresión sexual



Este Programa Integral de Detección y Abordaje de la Violencia Doméstica desde el sistema sanitario ha sido realizado en dos fases:

- La primera, por encargo de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud al Grupo de Trabajo de Trabajadoras Sociales de Atención Primaria para elaborar el documento base. Este Grupo de Trabajo ha sido coordinado por Antonia Aretio Romero y ha estado integrado además por:

- . Altamira Castellanos Vidondo.
- . Francisca Fernández Hierro.
- . Inmaculada García Tre.
- . Isabel Jiménez Sáez.
- . Elena Romero González.
- . Aranzazu Ruiz García.

Para realizar este documento base además se ha contado con la colaboración de:

- . Pilar Ruiz Rodríguez, Trabajadora Social de los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Logroño.
- . Gloria Angulo Castellanos, Médica de Familia.
- . José Luis Torres Bayle, Médico de Familia.

Para la segunda fase se constituyó una Comisión de Trabajo al objeto de enriquecer el documento base y completarlo con aportaciones específicas en el apartado de agresiones sexuales, modelo médico, coordinación con otros servicios (especialmente con el sistema judicial e Instituto Riojano de Medicina Legal), otros tipos de violencia, bibliografía y otras. Esta Comisión ha estado integrada por las siguientes personas:

- Antonia Aretio, Trabajadora Social del Centro de Salud Rodríguez Paterna.
- María Cabrera, Ginecóloga del Hospital Fundación Calahorra.
- Marisa Cuartero, Ginecóloga del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.
- Jorge González, Médico Forense, Director del Instituto de Medicina Legal de La Rioja.
- Julio Irigoyen, Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de La Rioja.
- Caridad Garijo, Pediatra del Hospital Fundación Calahorra.
- Albina Lasheras, Trabajadora Social del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.
- Nieves Lorente, Coordinadora de Equipos de Atención Primaria.
- Javier Ochoa, Jefe de Sección del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.
- Belén Pérez, Médica del Servicio de Urgencias del Hospital Fundación Calahorra.
- M<sup>a</sup> Luisa Poch, Pediatra del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.
- Alicia Rapún, Médica Forense del Instituto de Medicina Legal de La Rioja.
- Eduardo Recio, Ginecólogo del Hospital Fundación Calahorra.

Esta Comisión de Trabajo ha contado con la colaboración de otras personas, cuya mención es preciso realizar: Cristina Belío, Jefa de Sección del Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro; Lorenzo Echeverría, Médico de Archivos y Documentación del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro y Antonio Arenzana, auxiliar administrativo de la Gerencia de Atención Primaria.



## **INTRODUCCIÓN:**

La violencia en el interior del hogar es una cuestión que suscita en los últimos años singulares debates, declaraciones y reacciones diversas, así como propuestas de planes y programas de intervención desde muy diferentes estancias sociales.

La mayoría de las víctimas de este tipo de violencia sufren en silencio problemas de salud crónicos y agudos a consecuencia del maltrato recibido. Son personas que suelen demandar atención frecuente al sistema sanitario a causa de las múltiples dolencias padecidas. Éstas presentan diversos síntomas cuyas causas permanecen ocultas en la mayoría de las ocasiones, a pesar de la atención continuada prestada por los profesionales sanitarios.

En el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias y Urgencias celebrado en junio de 2001 se señaló que un 24% de las mujeres entre 18 y 64 años son víctimas de malos tratos físicos y psicológicos: de éstas un 12% ha pensado alguna vez en el suicidio para acabar con su situación y un 6% ha intentado quitarse la vida en alguna ocasión (Diario Médico, 18-6-01). En el año 2001 fallecieron en España 73 mujeres por malos tratos de sus parejas. En ese mismo año, en La Rioja, hubo 191 denuncias por la misma causa.

Los profesionales sanitarios tienen una especial responsabilidad, ética y profesional, en la lucha contra la erradicación de la violencia. La violencia doméstica constituye una patología prevalente que corresponde evitar a todos los agentes sociales, es un problema de salud pública.

El desarrollo del sistema de Atención Primaria de Salud en España, inspirado entre otros criterios en la concepción integral de la salud que ha establecido la O.M.S. y en el de la Carta de Ottawa(1986) vienen a constituir un marco de referencia adecuado para la intervención de los profesionales sanitarios en el problema de la violencia doméstica. Por todo ello la Atención Primaria de Salud se convierte en un espacio privilegiado para la prevención, detección y tratamiento de las situaciones de violencia familiar.

El Plan de Acción contra la Violencia Doméstica (1998-2000) puso en marcha diferentes proyectos. En lo relativo a la Sanidad sirvió, entre otras medidas, para la elaboración del Protocolo de Actuación Sanitaria ante los malos tratos domésticos, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Tras unos años de utilización del mismo se hace preciso completar dicho Protocolo con mayor información para permitir una mejor detección y abordaje de las diferentes situaciones de violencia intrafamiliar con las que pueden encontrarse el conjunto de profesionales del sistema sanitario riojano. Por otra parte también parece oportuno adaptar dicho Protocolo a la red de atención y los dispositivos asistenciales de nuestra Comunidad Autónoma, para asegurar la correcta coordinación interdisciplinar e interinstitucional imprescindible para el manejo adecuado de estas situaciones de violencia.



## **LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

La raíz etimológica de la palabra violencia remite al concepto de fuerza y se corresponde con verbos tales como “violentar”, “violar”, “forzar”; es decir, alude a un desequilibrio y abuso de poder. El uso de la violencia es un recurso de dominación directo y ejemplar, produce miedo de manera anticipatoria, parálisis, control o daño, según su intensidad.

En el caso de la violencia intrafamiliar se hace alusión a la violencia ejercida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros contra uno o varios de ellos. Así aparece la violencia contra las mujeres a manos de sus compañeros o esposos, la de uno o ambos padres contra sus hijos o la de los hijos contra los padres cuando estos últimos son mayores y mantienen alguna dependencia respecto de los primeros. La violencia de las mujeres respecto de sus parejas es, precisamente por la característica de la relación de poder y fuerza, bastante menos habitual aunque también se dan algunas situaciones, así como la violencia entre hermanos. Por ello, teniendo en cuenta la magnitud de cada una de las diferentes situaciones, en este protocolo se abordará explícitamente la violencia:

- contra las mujeres por parte de sus compañeros o cónyuges,.
- contra los menores por parte de sus padres,
- contra las personas mayores a manos de sus hijos o cuidadores directos,

teniendo en cuenta que el resto de situaciones señaladas como minoritarias también pueden englobarse y que los consejos ofrecidos para las anteriores (abordaje y circuito de derivación) son válidos en su conjunto.

Es en 1962 cuando Kempe describe por vez primera el “síndrome del niño maltratado”. Hay que esperar a 1975 para que un médico británico describa los malos tratos a los ancianos y será a partir de los años ochenta cuando la comunidad médica dirija su atención a los malos tratos dentro de la pareja. En 1980 se reconoció que la violencia contra las mujeres es el crimen encubierto más frecuente en el mundo. Actualmente la violencia intrafamiliar entra de lleno dentro de la competencia de los profesionales sanitarios, no sólo en sus aspectos de curación sino también en los de prevención primaria y secundaria.

Las consecuencias de la violencia sobre la salud de quienes la padecen son realmente graves (como ejemplo baste mencionar la estimación realizada por el Banco Mundial en la que indica que la violencia de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva). Adquirir las habilidades, conocimientos y actitudes adecuadas para abordar este problema de salud es un reto para el conjunto de los profesionales sanitarios. En muchas ocasiones va a ser una actuación correcta por parte de estos profesionales la que provoque la ruptura del ciclo de la violencia y posibilite el inicio de una nueva vida para la persona afectada. A continuación se ofrecen las definiciones, sintomatología y técnicas de abordaje para cada una de las tres situaciones de violencia intrafamiliar antes mencionadas. Finalmente se aporta el modelo de informe médico a realizar así como el algoritmo de decisiones, intervención social, plan de seguridad, dispositivos de coordinación y servicios de apoyo.



## **1. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.**

### **1.1 Factores socioculturales: algunos mitos y estereotipos que conviene aclarar.**

- ? Los malos tratos se producen en todos los niveles socioeconómicos y culturales, no son exclusivos de sectores socialmente desfavorecidos o marginales.
- ? Los varones violentos, lo son por razones culturales y no naturales: la violencia se puede contener si el contexto no la permite y puede acarrear perjuicios (salvo casos de patología orgánica cerebral o psicopatología grave).
- ? Los varones que ejercen la violencia, salvo las excepciones citadas antes, no sufren problemas psíquicos y discriminan “muy cuerdamente” en qué situaciones se pueden “permitir” ejercer la violencia. Es una violencia selectiva que se expresa exclusivamente en relaciones donde el varón tiene más poder.
- ? La violencia la padecen mujeres de toda clase y condición social, puesto que el ser víctima de ella no va a depender de lo que haga o no la mujer sino de la atribución de significado que el varón da a la conducta de ella.
- ? Las mujeres que continúan con una relación donde hay maltrato no lo hacen porque consienten o quieren sino por otros muchos motivos (personales, psicológicos, culturales, de apoyo social, económicos, etc) que les dificultan la ruptura con esa relación.
- ? La violencia consiste en un proceso continuado de violentación, no en actos o comportamientos aislados.
- ? El consumo de alcohol y otras drogas no determinan el uso de los malos tratos; pese a ser sustancias desinhibidoras, lo más significativo de ellas es que permiten al varón autorizarse a llevar adelante una previa intencionalidad y, a la vez, tranquilizar su conciencia y anular su autocrítica: se bebe para pegar y no se pega por beber. Excepto pocos casos, los varones “saben” cuándo y con quién pueden ser violentos.
- ? No se puede establecer una relación causal entre pasado de violencia y ejercicio de violencia en la adultez, aunque la experiencia de crecer presenciando violencia directa, humillaciones o privaciones y exigencias emocionales, el ser testigos de abusos contra su madre o sufrirla directamente es un factor de riesgo para los varones.



## 1.2 Definición de los malos tratos contra las mujeres.

Se recoge la clasificación realizada por el Grupo de Trabajo sobre la Violencia Familiar de técnicos de Comunidades Autónomas y de los Departamentos Ministeriales de Educación, Interior y Trabajo y Asuntos Sociales, constituido en 1998:

1. Maltrato físico: cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de otra persona (empujones, empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes, patadas, quemaduras, mordeduras, estrangulamientos, puñaladas, mutilación genital, tortura y asesinato).
2. Maltrato sexual.: cualquier actividad sexual no consentida (chistes y bromas sexuales, miradas fijas irascibles, comentarios desagradables, exhibicionismo, llamadas telefónicas ofensivas, propuestas sexuales indeseadas, visionado o participación forzada en pornografía, tocamientos indeseados, relación sexual obligada, violación, incesto), todo ello dirigido a la ejecución de actos sexuales que la mujer considera dolorosos o humillantes.
3. Maltrato psicológico: actos o conductas que producen desvalorización o sufrimiento en una persona (chistes, bromas, comentarios amenazas, aislamiento, desprecio, intimidación e insultos).
4. Maltrato económico: desigualdad en el acceso a los recursos compartidos, negar/controlar el acceso al dinero, impedir al acceso a un puesto de trabajo o a la educación, negativa de derechos a la propiedad.

Según el documento *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres* (Madrid, 2001) del Instituto de la Mujer hay otros dos tipos:

5. Malos tratos sociales: humillaciones, ridiculizaciones, descalificaciones y burlas en público, el varón se muestra descortés con las amistades o familia de ella, seduce a otras mujeres en presencia de la pareja o utiliza sus privilegios masculinos para que le sirvan.
6. Malos tratos ambientales: romper y golpear objetos, destrozar enseres, tirar las cosas de la mujer, son otra forma especial de violencia psicológica.

Cuando existe una relación de maltrato pueden producirse simultáneamente varios de los tipos referidos, si bien el maltrato psicológico está siempre unido en las situaciones de malos tratos físicos y sexuales.





### 1.3 Efectos del maltrato en las mujeres:

(Según el documento *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres* ya citado con antelación)

? En la salud física:

1. Efectos derivados directamente del maltrato físico: huellas de golpes, heridas, fracturas, quemaduras, problemas neurológicos, minusvalías. Se agravan los problemas de salud anteriores: diabetes, hipertensión, etc.
2. Efectos derivados de la tensión y el estrés continuado que produce la violencia: agotamiento y desgaste físico, hipervigilancia, estado de alerta, bajo sistema inmunitario, dificultades respiratorias y cardíacas, dolores de cabeza y espalda, insomnio, pesadillas, problemas relacionados con la alimentación (anemia, anorexia, bulimia, diarreas).
3. Como consecuencia, se produce una mayor ingesta de psicofármacos, analgésicos, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
4. Mayor vulnerabilidad a situaciones de estrés.

? En la salud sexual:

1. A consecuencia de las relaciones sexuales impuestas, vividas con miedo y dolor, se produce pérdida del deseo sexual, desarrollo de fobias y dificultades para disfrutar de la sexualidad.
2. Problemas ginecológicos: trastornos menstruales, infecciones recurrentes, ETS, dolor pélvico, problemas urinarios.

? En la salud reproductiva:

1. Embarazos no deseados, abortos, abortos clandestinos.
2. Durante el embarazo: hemorragias vaginales, infecciones y anemia, amenazas de aborto.
3. Parto prematuro, bajo peso de la criatura al nacer.

? En la salud psicológica:

La depresión es uno de los efectos característicos. Además se mina la autoestima y se crea dependencia emocional, inseguridad para tomar decisiones, sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia para salir de la situación.

A consecuencia del miedo y terror, sufren problemas de ansiedad, ataques de pánico, fobias, reviven la violencia de forma intrusiva en forma de pesadillas o ante estímulos que le recuerden la experiencia, dificultades para concentrarse.

? En la salud social:

Como consecuencia del aislamiento y la desvalorización, dificultad para establecer relaciones sociales, sienten desconfianza y manifiestan agresividad debido a los sentimientos de rabia que no han podido expresar con el agresor.

### 1.4 Síntomas de malos tratos:



Físicos:

- Moretones y heridas.
- Dolor de cabeza, torácico, de espalda, pélvico, abdominal.
- Mareos, desmayos, aturdimiento, sensación de ahogo.
- Palpitaciones.
- ETS.
- Dificultades respiratorias.
- Trastornos digestivos. Dificultad para tragar.
- Hormigueos.
- Cansancio y agotamiento.
- Accidentes durante el embarazo, amenazas de aborto, abortos y partos prematuros.
- Discapacidades permanentes (lesiones en articulaciones, pérdida de visión, trastornos de audición,...)
- Infartos cerebrales en mujeres jóvenes.
- Hemorragias nasales frecuentes, rotura del tabique nasal.
- Quemaduras por aparatos eléctricos, cigarrillos o ácidos.
- Heridas de arma blanca.
- Problemas dentales, lesiones en tejidos blandos del área de la boca.
- Perforación de tímpano.
- Lesiones antiguas. Lesiones muy repetidas.

- Psíquicos y sociales:

- Depresión.
- Confusión.
- Ansiedad.
- Angustia.
- Comportamiento disociativo.
- Anorexia, bulimia.
- Somatizaciones.
- Síndrome de estrés postraumático.
- Intentos de suicidio.
- Trastornos del sueño.
- Hipervigilancia, bloqueo emocional, pensamientos intrusivos repetitivos.
- Abuso de la ingesta de alcohol y otras drogas.
- Consumo de psicofármacos (sedantes y ansiolíticos).
- Incomunicación.
- Aislamiento social.
- Bajas laborales.



Además de los anteriores hay otras señales que indican una posible relación de maltrato:

- ? Inseguridad, actitud de sumisión, miedo, comportamiento tímido, temeroso, avergonzado, evasivo, ansioso o muy pasivo.
- ? Historia de accidentes.
- ? Maltrato a los hijos e hijas.
- ? Recelos en dar información y lesiones que no corresponden con la explicación que ofrece.
- ? Hablar del marido o pareja como una persona agresiva, temperamental, colérica, incluso afirmar que ha existido algún episodio de violencia y posteriormente justificarlo o minimizarlo.

### **1.5 Actitudes y habilidades en la comunicación entre el personal sanitario y las mujeres víctimas de malos tratos.**

Ante una posible situación de maltrato una parte importante de los profesionales sanitarios manifiestan dificultad para el abordaje por varias razones (pensar que no están suficientemente preparados, temor a invadir la vida íntima de la persona donde no hay que entrar salvo que haya una petición expresa, creer que van a necesitar mucho tiempo, etc). Sin embargo está demostrada la eficacia de la intervención, siempre que se haga con el debido respeto y con un manejo adecuado de habilidades y actitudes. Además a medio plazo se ahorra mucho tiempo de consulta al resolver la causa de muchas demandas. Por otra parte, los profesionales sanitarios son, en muchas ocasiones, casi los únicos que, por la cercanía a la mujer y por la autoridad que ésta les confiere, con su intervención pueden posibilitar la ruptura con la situación de violencia y el cambio a una vida mejor.

Si en la consulta está presente el supuesto agresor es necesario que salga de la misma (se puede argumentar por la necesidad de una exploración). Esta medida no evitará el miedo en la mujer pero sí facilitará que pueda expresarse con un poco más de libertad.

Cuando se sospecha de la posibilidad de malos tratos es muy importante crear un ambiente de confidencialidad, confianza y seguridad en la entrevista, para permitir a la persona afectada explicar su vivencia. Para favorecer la comunicación es importante mostrar empatía, escucha activa y aceptación hacia la situación de la persona.

Logrado esto, hay una serie de preguntas que pueden servir para indagar y confirmar el diagnóstico:

- ? ¿A qué cree que se debe su malestar y sus problemas de salud?
- ? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?
- ? ¿Qué piensa y qué le dice su compañero/esposo? ¿Le preocupa que usted se encuentre mal?
- ? ¿Cómo se siente en su relación con su compañero/marido?
- ? Muchas parejas tienen discusiones, ¿qué pasa cuando ustedes discuten?
- ? Ya sabe que ahora se habla mucho sobre los malos tratos ¿ha sufrido usted una situación así?
- ? La encuentro intranquila, ¿por qué no me cuenta qué le está pasando?



Si se confirma el diagnóstico de maltrato se hace preciso profundizar en la exploración para valorar la gravedad del riesgo que corre de sufrir un daño grave contra su vida y la conveniencia de una intervención de urgencia. Estas son algunas de las preguntas que pueden ayudar:

- ? ¿Su pareja la amenaza con hacerle daño?
- ? ¿Actúa usted con pies de plomo cuando está con su pareja?
- ? ¿Su pareja la ha golpeado, empujado, dado patadas?
- ? ¿Guarda su pareja un arma en casa?
- ? ¿La ha amenazado con el arma?
- ? ¿Alguna vez ha destruido su pareja cosas a las que usted tiene mucho cariño?
- ? En caso de existir menores en el domicilio, ¿presencian los menores las agresiones?
- ? ¿Reciben ellos agresiones?
- ? ¿La ha amenazado con hacer daño a los menores si usted decide separarse de él o comentar la situación de maltrato con algún servicio de ayuda?

En caso de que la mujer conteste afirmativamente a alguna de estas preguntas u otras similares es preciso abordar la situación con carácter urgente y comprobar si la mujer tiene un plan de seguridad y saber si ha considerado la posibilidad de abandonar el hogar de forma inmediata.

En cualquier caso hay una serie de **actitudes** muy importantes a tener en cuenta:

- ? Escuchar y creer la experiencia de malos tratos que relata. En la mayoría de las ocasiones y tras una exploración en profundidad, se constata la existencia de muchos más malos tratos de los que inicialmente la mujer relata y es consciente. No hay que juzgar si hay delito o no (esa tarea corresponde a los órganos judiciales).
- ? Asegurarle que no está sola (ofrecimiento de toda la red de profesionales y servicios de apoyo existentes) y que no es culpa suya.
- ? Defender su derecho a vivir sin el temor a la violencia. Ayuda explicar que la violencia atenta contra los derechos humanos y que está considerada un delito que puede evitar.
- ? Aplazar la prescripción excesiva de medicamentos sedantes: es necesario que la mujer no tenga afectada su capacidad de alerta, ni de percepción ni de juicio, para que pueda adoptar con la mayor rapidez medidas para garantizar su seguridad en caso de nuevo conflicto.
- ? Animarle a buscar servicios de apoyo en la comunidad (esto se logrará sobre todo con la intervención de la trabajadora social).
- ? Responder a sus necesidades de realizar un plan de seguridad.
- ? Comprender que abandonar una relación violenta lleva su tiempo, por lo que hay que respetar el proceso de cada mujer (aunque a veces cueste entender los motivos por los que decide seguir conviviendo con la persona agresora). La mujer tiene que sentir que los profesionales sanitarios le apoyan y asisten en sus decisiones.

Es importante dar elementos para que la mujer pueda entender lo que le está pasando y ofrecer recursos e información para afrontar el problema de la violencia.

Está totalmente contraindicado aconsejar terapia familiar.



## **2. VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS MAYORES.**

### **2.1 Consideraciones previas**

Tanto a nivel nacional como internacional existe una gran variabilidad respecto a las definiciones, datos de prevalencia e incidencia en el campo de la violencia contra los mayores. Según diferentes estudios la prevalencia en el entorno doméstico oscila entre el 2,5% y el 10%. Se puede considerar que las investigaciones epidemiológicas se encuentran todavía en fase incipiente, pero ello no anula la constatación de la existencia de este tipo de violencia, todavía demasiado silenciada, y la necesidad de abordar su detección y tratamiento.

### **2.2 Definición**

Se recoge aquí la elaborada por el National Center of Elder Abuse de EE.UU, por considerarla la más completa, que recoge los siguientes tipos de malos tratos:

1. Abuso físico: es el uso de la fuerza física que puede dar lugar a lesión corporal, dolor o daño físico. Actos de violencia como ataques, golpes, empujones, sacudidas, bofetadas, patadas, pinchazos y quemaduras. La administración inadecuada de fármacos, restricciones físicas, la alimentación forzada y el castigo físico de cualquier tipo.
2. Abuso sexual: es el contacto sexual de cualquier tipo no acordado, incluyendo roces, cualquier tipo de agresión sexual, violaciones, sodomía y desnudar o fotografiar por razones pornográficas. Reviste mayor gravedad cuando la víctima está incapacitada.
3. Abuso emocional o psicológico: consiste en infligir angustia, dolor emocional o estrés. Incluye ataques verbales, insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones y persecuciones. La infantilización, el aislamiento de la familia, de los amigos o de las actividades habituales y el aumento del aislamiento social.
4. Negligencia: el rechazo o la falta de satisfacción de cualquiera de las obligaciones para con el anciano. Incluye el rechazo e el incumplimiento de las responsabilidades fiducitarias de una persona respecto al anciano, como no asegurar la prestación de servicios básicos o no pagar lo necesario para mantener los servicios básicos de la vivienda (falta de prestación en la ayuda necesaria para asegurar las necesidades de alimentación, higiene personal, vestido, medicina, confort, seguridad y promoción de la salud).
5. Abandono: cuando cualquier persona que cuida y custodia a una persona mayor le desampare de manera voluntaria.
6. Abuso económico: el uso ilegal o impropio de los fondos, propiedades o posesiones de la persona mayor (cobrar cheques sin permiso, falsificar la firma, malversar dinero o posesiones, conseguir la firma con engaños, modificación forzada del testamento o actos jurídicos).
7. Autonegligencia: comportamiento de una persona mayor que amenaza su propia salud o seguridad. Se manifiesta generalmente por una negación a proveerse una adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación. Se excluyen aquellas situaciones en las que una persona mayor competente decide consciente y voluntariamente actuar de forma peligrosa para su salud y su seguridad.



### 2.3 Factores de riesgo.

En este apartado hay también una gran variación según las fuentes consultadas, el país de estudio, la metodología empleada y la tipología de maltrato considerada. Asimismo se observa una evolución: según se avanza en el tiempo los factores relacionados con la persona agresora y el entorno empiezan a tener mayor consideración que los propios de la víctima. En nuestro país parece existir cierto consenso en torno a los siguientes factores:

#### De la persona agresora:

- Abuso de alcohol, fármacos psicotropos o drogas.
- Enfermedad mental.
- Parentesco con la víctima.
- Dependencia de la víctima.
- Aislamiento social, pobres soportes comunitarios.
- Antecedentes de violencia
- Padecer estrés por causas diversas.

#### De la víctima:

- Deterioro físico o cognitivo.
- Ser mujer.
- Ser mayor de 75 años.
- Compartir alojamiento con la persona agresora.
- Dependencia de la persona cuidadora.
- Tener antecedentes previos de malos tratos.
- Aislamiento social.

#### Del entorno:

- Falta de recursos sociales de apoyo.
- Alojamiento inadecuado y/o con déficit en las condiciones de seguridad.
- Relación familiar negativa.

Sin embargo dos estudios recientes realizados en nuestro país <sup>1, 2</sup> cuestionan cuando menos algunos de los indicadores anteriores. En el primero es la característica de género la mejor predictora del riesgo de padecer y la tipología de malos tratos (el riesgo de que las mujeres sufran malos tratos más severos es mayor, así como de sufrir más cantidad de malos tratos acumulados de manera simultánea) así como que la existencia de un mayor nivel de atención comunitaria formal mejor y más extendido reduce considerablemente el riesgo de padecer maltrato. Mientras que en el segundo han detectado que, entre otros factores, padecen mayor proporción de malos tratos las personas con mayor nivel de autonomía personal, las que no cuentan con una persona cuidadora que conviva con ellas y en el caso de convivir con su cuidador/a que éste sea varón mayor de 45 años y que se dedique de manera exclusiva a la atención de la persona mayor.

---

<sup>1</sup> Bazo, M. T. *Negligencia y malos tratos a las personas mayores*, Revista Española de Geriatria 2001 ;36 (1):8-14.

<sup>2</sup> Diputación Foral de Álava, *Calidad de los cuidados a las personas ancianas que viven en la comunidad*, 2001.



Así que mientras la investigación vaya definiendo con mayor precisión los factores de riesgo, parece oportuno centrar la atención en los síntomas, en torno a los cuales el consenso es mayor.

## 2.4 Síntomas e indicadores de malos tratos en las personas mayores

A nivel **general**:

- ? Demora entre la aparición de una lesión o enfermedad y la solicitud de la atención médica.
- ? Disparidad entre los relatos del paciente y la persona cuidadora que supuestamente inflige malos tratos.
- ? Explicaciones vagas o poco creíbles acerca de lo sucedido.
- ? Visitas frecuentes a urgencias por exacerbación de enfermedades crónicas a pesar de la existencia de un tratamiento y plan de cuidados adecuados.
- ? La persona con trastornos funcionales supuestamente maltratada acude sola a la consulta.
- ? La monitorización de fármacos demuestra dosis inadecuadas infraterapéuticas o toxicidad o empleo de fármacos (psicotropos) no prescritos por su médico.
- ? Abandono en la sala de urgencias por la persona cuidadora
- ? Falta de comunicación de la víctima con el personal sanitario cuando la persona cuidadora está presente.
- ? Historia previa de episodios sospechosos de malos tratos.
- ? Cambios de médico frecuentes.
- ? Negativa de la persona cuidadora a dejar explorar a solas a la supuesta víctima.

### 1. Indicadores específicos de **maltrato físico**:

- ? Cortes, cardenales, marcas en muñecas, pinchazos, laceraciones.
- ? Quemaduras en lugares poco frecuentes o producidas por objetos o por líquidos muy calientes.
- ? Contusiones: en muñecas, hombros o alrededor del abdomen; en los brazos; de forma extraña; de diferente coloración; en la zona interior de los muslos o brazos, en la boca; pequeñas e irregulares que indican pellizcos.
- ? Lesiones en la cabeza o en la cara: fractura orbitaria, hematoma ocular en antifaz, alopecia errática por tirones del pelo.
- ? Lesiones en zonas del cuerpo cubiertas o en diferentes partes del cuerpo.
- ? Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes.
- ? Heridas en diferentes estadios de evolución.
- ? Sobredosis e infradosis de medicación en sangre.
- ? Alteraciones inexplicables del comportamiento.



## 2. Indicadores específicos de **maltrato psicológico**:

- ? Actitud de desamparo.
- ? Vacilación a hablar.
- ? Ira.
- ? Negación.
- ? Agitación y confusión.
- ? Desorientación.
- ? Conductas que normalmente se atribuyen a demencias con balanceo.
- ? Depresión.

## 3. Indicadores específicos de **maltrato sexual**:

- ? Hematomas en las áreas genital o mamaria.
- ? Enfermedades venéreas.
- ? Sangrados anales o vaginales inexplicables.
- ? Comportamiento sexual no adecuado.

## 4. Indicadores específicos de **abuso económico**:

- ? Pérdida del patrimonio o renuncia o cambios en la transmisión de poderes.
- ? Movimientos bancarios sospechosos.
- ? Deudas y gastos anormales.
- ? Desaparición de joyas, objetos de arte o de valor.

## 5. Indicadores específicos de **negligencia**:

- ? Deficiente higiene personal, boca séptica.
- ? Ropa inadecuada.
- ? Parásitos, infecciones, erupciones o inflamaciones de la piel.
- ? Desnutrición, deshidratación.
- ? Condiciones de inseguridad en el domicilio.
- ? Lesiones no curadas.
- ? Problemas de salud no consultados.
- ? Úlceras por presión en mal estado.
- ? Hipotermia, hipertermia.





## 2.5 Intervención profesional ante la sospecha de malos tratos a personas mayores.

Como en el caso de las mujeres (ver apartado 1.5 de ese protocolo) es necesario realizar una valoración en profundidad, para lo cual hay que crear un ambiente adecuado para la entrevista mostrando empatía y respeto, a la vez que defendiendo su derecho a no recibir maltrato, ofreciendo los servicios de apoyo necesarios, etc.

Para realizar la valoración se hace preciso realizar una historia clínica en profundidad, utilizando para ello la entrevista y la exploración completa. En el caso de las personas mayores, se hace preciso entrevistar primero a la posible víctima y después a la persona cuidadora.

Respecto a la **entrevista a la posible víctima**, sin la presencia de la persona cuidadora o supuesta agresora, se recomienda realizarla dentro de un proceso de mayor generalización a mayor concreción. Así en el inicio hay que partir de preguntas generales del estilo ¿se encuentra bien en su hogar?, ¿se siente feliz con su familia?, ¿está cómodo en su casa? para pasar a cuestiones más concretas como ¿quién le prepara la comida?, ¿quién maneja su dinero?, etc. Finalmente se recomienda hacer preguntas más directas como ¿discute con frecuencia con su esposo/a, hijo/a?, ¿qué ocurre en esas discusiones?, ¿alguna vez le han insultado, golpeado, herido?, ¿come usted a horas adecuadas?, ¿le administran la medicación cuando la necesita?, ¿acuden cuando usted les llama?, ¿permanece muchas horas solo?, etc. Estas preguntas deben ser formuladas incluso si la persona mayor presenta trastornos cognitivos.

Existe un cuestionario sobre los distintos tipos de maltrato editado por la Canadian Task Force y la American Medical Association que puede servir de ayuda. Está compuesto por las siguientes preguntas:

- ? ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
- ? ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
- ? ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
- ? ¿Tiene miedo a alguien en su casa?
- ? ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?
- ? ¿Está solo a menudo?
- ? ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
- ? ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- ? ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

La **entrevista a la persona cuidadora posible causante de los malos tratos** suele suponer un desafío profesional. Ante todo se hace preciso evitar el enfrentamiento, buscar la empatía, mostrarse comprensivo/a y nunca enfrentarse o buscar conflictos. Se suelen obtener más datos realizando preguntas indirectas del tipo: ¿sabe que su madre sufre una enfermedad de larga evolución?, usted tiene la responsabilidad de atenderla, y esto puede hacer que esté cansada y perder los papeles, ¿me equivoco?, ¿en ocasiones pierde el control?, ¿alguna vez se ha olvidado de la medicación del la mediodía o de la tarde?, ¿toma usted algún tranquilizante?,etc.



Se sugiere realizar una **tercera entrevista conjunta** (en el caso de que la persona mayor sea competente) con la persona mayor y la cuidadora para identificar las fuentes de estrés en la relación entre ambas, así como crear un ambiente favorable al entendimiento y aportar información sobre los recursos institucionales y sociales de apoyo.

Respecto a la **exploración física** es importante diferenciar los malos tratos de los cambios fisiológicos relacionados con la edad (caídas de repetición, errores en la toma de medicación, etc) o una enfermedad. Es preciso realizar un recorrido para valorar la presencia de todos los indicadores específicos ya señalados anteriormente para los casos del abuso físico, sexual, negligencia, abandono y autonegligencia. Además hay una serie de “signos guía” a explorar:

- ? Cabeza y cuello: análisis de la cavidad bucal (roturas dentales, prótesis inadecuadas, fracturas mandibulares o maxilares, mala higiene, lesiones); examen oftalmológico (detección de hemorragias vítreas, fracturas orbitales); traumatismos nasales; lesiones en la columna cervical causantes de trastornos neurológicos incapacitantes en pacientes con osteoporosis severa, las quemaduras o las huellas de manos en el cuello pueden indicar asfixia, debiéndose comprobar la permeabilidad de la tráquea.
- ? Piel: alopecia traumática, equimosis en diferentes estadios, quemaduras y laceraciones.
- ? Tórax y abdomen: hemotórax, hemoperitoneo, fracturas costales, rotura esplénica.
- ? Extremidades: abrasiones alrededor de las rodillas o muñecas.
- ? Exploración neurológica: síntomas neurológicos focales pueden ser secundarios a mielopatía (secundaria a traumatismo cervical) o al desarrollo de hematoma epidural/subdural (secundario a traumatismo craneal). Se debe realizar el diagnóstico diferencial con déficit neurológicos isquémicos o isquemia transitoria.
- ? Presencia o ausencia de cambios ortostáticos en la presión arterial que pueden proporcionar valiosa información sobre hemorragias intraabdominales, posibles caídas o falta de hidratación por negligencia.
- ? Si se sospecha síndrome del latigazo debido a exceso de sacudidas a través de la sensibilidad muscular, se deberá comprobar mediante pruebas radiográficas de dislocamiento vertebral.

Respecto a la **exploración mental** se hace precisa una primera distinción entre las personas competentes o no.

En el caso de las personas competentes, hay que explorar los cambios en el estado mental. Las víctimas intimidadas pueden presentar exceso de ansiedad, miedo o paranoia sobre la idea de descubrir el comportamiento de malos tratos. Dado que las consecuencias de tal confesión pueden ser dudosas, las víctimas ancianas pueden ocultar las pruebas. La persona mayor que sufre maltrato puede presentar signos clínicos claros (irritabilidad, llanto, silencio) que indican depresión o aislamiento social. Un interrogatorio atento puede descubrir una depresión o un comportamiento pasivo aprendido que indiquen resignación ante su situación. Asimismo es importante descartar que la persona mayor presente un cuadro de paranoia o que tenga ideas de delirios de malos tratos.



En el caso de las personas no competentes, hay que documentar la enfermedad que ocasione tal incompetencia. Antes de aceptar que la víctima presenta incapacidad mental, es necesario excluir la pseudodemencia secundaria a depresión exógena, así como otras causas reversibles de demencia. Confirmada la incapacidad mental y si existe riesgo de daño grave hay que adoptar las medidas necesarias para separar a la víctima del agresor. En ocasiones hay que iniciar la solicitud de incapacitación legal o bien comunicar al Juzgado la necesidad de una hospitalización involuntaria.

El procedimiento para **promover la incapacitación** viene recogido en el Art. 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

1. La declaración de incapacidad pueden promoverla el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes o los hermanos del presunto incapaz.
2. El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.
3. Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posibles causa de incapacitación de una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal”.

En la situación de **ingreso involuntario**, los profesionales sanitarios, en caso de urgencia, están plenamente capacitados para dicha autorización. Así queda recogido en el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil “El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la adopción de la medida. En este caso el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas”.

Tanto en las situaciones de ingreso involuntario como en las de inicio del proceso de incapacitación puede ser adecuado, junto al informe médico, adjuntar un informe social, al objeto de documentar la situación sociofamiliar, psicosocial y ambiental de la persona afectada.

Una vez **confirmados los malos tratos**, la principal tarea de los profesionales sanitarios consiste en garantizar la seguridad de la víctima, que será diferente según la víctima sea competente o no. Además la actuación también diferirá según el grado de gravedad de la violencia recibida. Por ejemplo, en el caso de maltrato por sobrecarga de la persona cuidadora, las soluciones pueden pasar por articular un sistema de descansos y mejoras en los dispositivos de apoyo formal e informal. Si el problema reside en una adicción de la persona cuidadora, en la búsqueda de tratamientos eficaces. Si el problema es una enfermedad mental, un tratamiento psiquiátrico adecuado, etc.



Si la persona mayor es competente y no se garantiza una solución para el fin de la violencia e insiste en seguir manteniendo la relación con la persona agresora, se debe respetar su voluntad y sopesar que sea capaz de actuar en su propio interés por coacción o miedo a represalias o por miedo de abandono. En estos casos hay que trabajar para que el paciente pueda decidir libremente qué es lo que más le conviene. Se le asesorará y educará informando sobre la reincidencia de los abusos (tendencia a aumentar tanto en frecuencia como en gravedad) y proporcionando información escrita de direcciones y teléfonos de contacto para situaciones de necesidad.

En todas las situaciones anteriores hay que:

- Realizar un plan de seguridad.
- Proporcionar asistencia para aliviar las consecuencias de la violencia.
- Planificar un plan de seguimiento interdisciplinar (con intervención de la trabajadora social sanitaria del nivel correspondiente –primaria o especializada).



### **3. VIOLENCIA CONTRA LOS MENORES**

#### **3.1. Consideraciones previas**

En España se han realizado diferentes estudios referentes al maltrato infantil: en Cataluña, en 1988 se realizó una investigación sobre la incidencia de malos tratos en los niños de 0 a 16 años, en la que se detectó un porcentaje de 5%; en la provincia de Guipúzcoa, en el año 1989 se estima que la tasa de prevalencia del maltrato infantil era del 15% en niños menores de 15 años; en Andalucía, en 1992, se detectaron 4.714 casos, que sobre el total de la población infantil suponía el 15 por 1000.

La Ley del Menor 4/1998 de 18 de marzo, aprobada por el Gobierno de La Rioja, tiene por objeto establecer los derechos del menor y regular el procedimiento de la Declaración de desamparo y de las restantes medidas de protección. En relación al tema de los malos tratos hay varios artículos destacados:

- El Art.17 dice que el menor debe ser protegido frente a cualquier forma de malos tratos.
- El Art. 33 se refiere a la prevención de situaciones de riesgo por los servicios sanitarios y la obligatoriedad de los servicios sanitarios y personal sanitario de comunicar a la Comunidad Autónoma de La Rioja, a la Autoridad Judicial y Ministerio Fiscal hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil, así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del niño.
- El Art. 45 enumera las circunstancias que dan lugar a la declaración de desamparo, éstas son entre otras las siguientes:
  - a) Abandono del menor.
  - b) Malos tratos físicos o psíquicos del menor.
  - c) Trastorno mental grave de quienes ostenten la responsabilidad parental.
  - d) Drogadicción habitual en las personas que integren la unidad familiar.
  - e) Abuso sexual por parte de familiares.
  - f) Inducción a la mendicidad, delincuencia, prostitución, etc.
  - g) Incumplimiento o ejercicio inadecuado de los deberes de protección.
- El Art. 46 se refiere al deber de denuncia de cualquier persona o institución pública o privada que tengan relación con los menores y tuvieran conocimiento de posible desamparo de alguno de ellos.

#### **3.2. Definición**

La primera reseña que aparece con relación a los malos tratos infantiles fue en el año 1960, cuando Tardie, tras efectuar diversos estudios de niños maltratados, indicó “los servicios y malos tratos ejercidos sobre menores son extraordinariamente variados, resultando imposible enunciar todas las formas e instrumentos utilizados...”. Kempe y Silverman en 1962 acuñaron el término de “síndrome de niño maltratado” para los cuales era “el uso de la fuerza física en forma intencionada, no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre u otra persona responsable del cuidado del menor”.



El concepto de maltrato infantil es un concepto de tipo dinámico que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. En 1979, Gill define el síndrome maltrato como “cualquier acto, omisión o negligencia, procedente de personas, instituciones e incluso sociedades, que prive al niño de sus derechos e interfiera su óptimo desarrollo”.

La Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas define el maltrato infantil como “toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo custodia de los padres, de un tutor o de cualquier persona que le tenga a su cargo”.

En la Guía de Indicadores de Maltrato Infantil editada por el Gobierno de La Rioja en 1995, se definen los malos tratos como “ cualquier daño físico o psicológico no accidental a un niño menor de 18 años, ocasionado por sus padres, cuidadores u otros adultos, que ocurra como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales, tanto cometidas como omitidas y que amenazan el desarrollo normal físico o psicológico del niño”. Por precisa que parezca esta definición, no escapa, sin embargo, a un cierto número de dificultades:

- ? No siempre es posible determinar cuándo se trata de accidente o maltrato voluntario.
- ? Dado que el derecho de los padres a corregir a sus hijos es aún reconocido en la mayor parte de los países, es a menudo dificultoso establecer el límite entre un maltrato y una corrección autorizada.
- ? En relación con los daños causados por omisión la dificultad reside en que tanto las negligencias que proceden de las incompetencias de los padres como las debidas condiciones socio-económicas desfavorables pueden producir las mismas consecuencias físicas que las que producen las negligencias intencionales.
- ? Una última dificultad reside en el hecho de la imposibilidad de eliminar el elemento subjetivo en la apreciación de cada caso, elemento que depende de la psicología, de las normas de educación y de la formación profesional de las personas encargadas de los niños eventualmente sometidos a maltratos.

### **3.3. Tipos de maltrato**

Para la elaboración de este apartado y siguientes se recogen las indicaciones y definiciones de la Guía de Indicadores de Maltrato Infantil de la Dirección General de Bienestar Social anteriormente citada.

1. **Maltrato físico:** cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerla.
2. **Maltrato emocional** hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza constante o bloqueo de las iniciativas de interacción infantil (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. Conductas de los padres madres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorización que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social, intelectual del niño.



3. Abuso sexual: explotación de un menor por parte de un adulto con vistas a la obtención de placer o beneficios económicos. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso. El menor puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual, incluyendo un amplio rango de posibilidades:
  - ? Realización de caricias en los genitales del niño.
  - ? Solicitar del niño la realización de caricias en los genitales del adulto.
  - ? Contacto boca-genital.
  - ? Frotamiento de los genitales del adulto en el niño.
  - ? Realizar penetración en vagina o ano del niño.
  - ? Otros (llamados actos pseudo sexuales) como mostrar genitales del adulto al menor, mostrarle material pornográfico u obsceno, usarle en la realización de este tipo de material.
  - ? Seducción verbal explícita.
  - ? Masturbación en presencia del menor.
  
4. Abandono físico o negligencia: situación donde las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, higiene, seguridad, atención sanitaria, vestido, educación, vigilancia,...) no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con el menor.
  
5. Abandono emocional: situación en la que el/a a menor no recibe el afecto, la estimulación el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres/madres o cuidadores a las expresiones emocionales del /la menor (llanto, sonrisa,...) o a sus intentos de aproximación o interacción.
  
6. Otros tipos de maltrato:
  - 6.1. - Explotación laboral: cuando las madres/padres o cuidadores obligan al/a menor a realizar trabajos domésticos o no, mendicidad, etc., interfiriendo en sus actividades y necesidades sociales, escolares o personales, con el objeto de obtener beneficios económicos o similar para los padres/madres, cuidadores o la estructura familiar.
  
  - 6.2. - Corrupción: situación en que los padres/madres o cuidadores facilitan o refuerzan pautas de conducta antisocial o desviada en el/a menor que impiden su normal integración. Puede utilizar al/a menor como “ayuda o tapadera” para la realización de acciones delictivas (robo, tráfico de drogas,...)
  
  - 6.3. - Maltrato prenatal: falta de atención al propio cuerpo y/o consumo de drogas o alcohol durante el embarazo que de manera consciente o inconsciente perjudica al feto del que es portadora.
  
  - 6.4. - Síndrome de Munchausen por poder: los padres/madres o cuidadores someten al/a menor a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto.





### 3.4 Indicadores de detección de maltrato

El maltrato no es un hecho, un acontecimiento aislado, si no que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores sociales, familiares, del propio menor, etc., no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente.

Cada profesional en contacto con el/la menor debe valorar qué indicadores son los que puede o debe utilizar en la detección de maltrato desde su perspectiva profesional. La aparición de un síntoma aislado, en la mayoría de las ocasiones no es suficiente para diagnosticar un maltrato por acción u omisión (excepto en casos evidentes por el tipo de síntomas presentados). Será necesario observar la conjunción de indicadores físicos y comportamentales para realizar un correcto diagnóstico (actitudes del niño y comportamiento, explicaciones de la situación por parte de la persona cuidadora-responsable del/a menor).

#### **Maltrato físico:**

##### Indicadores Físicos:

- ? Contusiones: son las más comúnmente encontradas en los casos de malos tratos (principalmente equimosis). La localización es muy variada, siendo el rastro espalda, nalgas o muslos la más frecuente, es una característica típica el estar en cinturón. Resultan especialmente llamativas las ocurridas en la cavidad oral, donde la introducción violenta de cucharas, tenedores y otros utensilios o bien las quemaduras por alimentos muy calientes pueda dar lugar a excoriaciones y otro tipo de heridas.
- ? Quemaduras: generalmente de primer y segundo grado, localizadas preferentemente en manos y pies y, a veces, reproduciendo las formas de los objetos causantes. Estas lesiones tienen origen variado (objetos candentes, líquidos, planchas calientes, cigarrillos).
- ? Fracturas de huesos largos: lo más significativo de estos casos es el llamado Síndrome de Silverman, que se compone de tres signos radiológicos: fracturas múltiples de antigüedad variable, hematomas superiosticos diafisarios odiufisometafisarios y arrancamientos metafisarios.
- ? Fracturas costales. En muchos casos estas fracturas son halladas en exámenes médicos rutinarios o ante la sospecha de maltrato.
- ? Huesos del cráneo: Destacan las fracturas de la calota craneal acompañadas de hematomas extradural o subdural. En ocasiones estas fracturas tienen forma estrellada con punto central que refleja el lugar de incidencia del posible agente traumático.
- ? Señales de mordeduras humanas: representadas por heridas de tipo contuso, provocadas generalmente por un adulto.





Lesiones cerebrales y meníngeas: donde el hematoma subdural produce una compresión cerebral ocasionando múltiples manifestaciones clínicas.

- ? Lesiones abdominales: se pueden encontrar desgarros y/o rotura de hígado, rotura y/o estallido de bazo, que en ocasiones ocasiona la muerte del menor.
- ? Alopecias traumáticas: de morfología circunscritas, que suelen dejar en el centro una zona de cicatrización producida por arrancamiento del cabello.
- ? Lesiones oculares: afectan preferentemente a la retina y al cristalino que puede opacificarse, dando lugar a cataratas de tipo traumático.

#### Otros:

- ? El/a menor rechaza el contacto físico.
- ? Dificultades para andar o sentarse.
- ? Conductas autolesivas (pueden llegar a intentos de suicidio) o autodestructivas.
- ? El/a menor parece tener miedo a sus padres.
- ? El cuidador o responsable habla excesivamente mal del menor o exige del menor conductas de adulto.
- ? Agresividad del menor hacia personas u objetos.

#### **Abandono físico y abandono emocional:**

##### Indicadores físicos:

- ? Síntomas de desnutrición y deshidratación.
- ? Diarrea crónica.
- ? Peso, altura y diámetro por debajo del percentil 3 de las tablas en que se recoge el crecimiento normativo (consideración dentro del diagnóstico diferencial.)
- ? No incremento de peso con normalidad, sin presencia de enfermedad orgánica, acompañada de ganancia sustancial de peso durante su estancia en el Hospital.
- ? El/a menor presenta heridas, enfermedad o incapacidad, sin recibir tratamiento médico en el momento adecuado.
- ? Quemaduras, intoxicaciones... por falta reiterada de supervisión/control de los responsables, especialmente en menores de 3-4 años.
- ? Embotamiento o apatía hacia todo, excepto a estímulos dolorosos.



### Otros:

- ? Indiferencia de los responsables del niño ante los problemas que presenta.
- ? Atención médica ceñida únicamente a momento de crisis, urgencias o gravedad extrema y no de continuidad (consultas en servicio de urgencias).
- ? En ingresos hospitalarios:
  - No-atención o escasos contactos con el menor por parte de los padres o responsables.
  - Altas en contra del diagnóstico y orientación médica.
  - Casos dados de alta cuyos padres, cuidadores o responsables no acuden con la debida rapidez para hacerse cargo del menor.
  
- ? No acude a las citas médicas programadas.
- ? No se le administran los fármacos recomendados.
- ? Adhesión sin discriminación a toda y cualquier persona que se disponga hacia el menor.
- ? Desinterés por el entorno, falta de actividad espontánea.
- ? Excesiva ansiedad o rechazo a las relaciones interpersonales.
- ? Suciedad.
- ? Trastornos por somatización (quejas somáticas sin causas orgánicas).

### **Abuso sexual:**

#### Indicadores físicos:

- ? Ropa interior rasgada y/o ensangrentada.
- ? Dolores o picores en la zona genital.
- ? Contusiones o sangrado en genitales externos y/o vaginal o anal. Cérvix o vulva hinchada o enrojecida.
- ? Enfermedad venérea.
- ? En adolescentes: embarazo.

#### Otros :

- ? Puede presentar conductas seductoras con personas mayores que él/la.
- ? Dice que ha sido atacado/a sexualmente.
- ? El/la menor puede parecer “retrasado”.
- ? Presenta dificultades para andar o sentarse.
- ? Conductas autolesivas (pueden llegar a intentos de suicidio) o autodestructivas.
- ? Anorexia.



### **Síndrome de Munchausen:**

- ? Continuos ingresos hospitalarios ( o solicitud de los mismos) innecesarios para el menor.
- ? Solicitud de exámenes médicos alegando síntomas patológicos o ficticios.
- ? Generación de síntomas patológicos de manera activa por el propio responsable del niño (mediante inoculación de sustancias, por ejemplo).
- ? Los cuadros clínicos que desaparecen si el niño es separado del grupo familiar son:
  - convulsiones recurrentes,
  - vómitos recurrentes,
  - exantemas, erupciones,
  - cuadros alérgicos.

### **Maltrato prenatal:**

- ? Agresiones producidas contra el feto: golpes, intentos de aborto...
- ? Consumo de drogas/ alcohol durante el embarazo y que provoque un desarrollo fetal y neonatal alterado, detectando:
  - ? patrones neurológicos afectados,
  - ? síntomas de dependencia física,
  - ? alteraciones imputables al consumo de dichas sustancias.
- ? Embarazo no controlado (acude directamente al hospital sin control obstétrico previo).
- ? Cuidados y comportamientos inapropiados durante el embarazo.

### **Indicadores comunes a todo tipo de maltrato:**

- ? La hospitalización conlleva una mejoría generalizada del menor, al margen de la atención estrictamente médica.
- ? El/la menor relata haber sufrido cualquier tipo de maltrato o abandono (agresiones físicas, soledad...)
- ? Conductas hiperactivas con episodios de episodios de movimiento y gritos desorganizados o al contrario, comportamiento excesivamente pasivo, inmovilización y/o apatía intensas.
- ? Dificultades de control de esfínteres (enuresis, encopesis).
- ? Retraso en todas o algunas áreas madurativas (lenguaje, motricidad, socialización).
- ? Comportamiento tímido asustadizo.
- ? No quiere irse a casa de alta.
- ? Cambio de actitud ante determinadas personas con claro rechazo o miedo.
- ? Relato del/a menor que refleje pasar mucho tiempo sin supervisión (en la calle hasta altas horas, tiempo exagerado ante el televisor, etc.)
- ? Inestabilidad emocional.



### 3.5 Factores de riesgo

Tanto los factores individuales como sociales contribuyen al maltrato infantil, este fenómeno no se puede explicar a través de la presencia de un único factor. Se consideran los siguientes factores en relación con la aparición del maltrato:

- Características de los padres
- Características de los niños
- Características del entorno.

#### 1. Características de los padres:

. Historias de crianza:

- malos tratos,
- carencia afectiva o rechazo emocional,
- desestructuración familiar.

. Rol parental:

- falta de experiencia en el cuidado del menor,
- paternidad/maternidad temprana,
- desconocimiento de las necesidades del menor,
- actitudes equivocadas hacia la infancia y la educación,
- exceso de actividades sociales y profesionales.

. De la personalidad:

- falta de autocontrol,
- baja tolerancia al estrés,
- limitaciones intelectuales moderadas,
- trastornos psiquiátricos y demencias,
- escasa tolerancia a la frustración.

. Otras:

- prostitución,
- delincuencia,
- drogodependencia.

#### 2. Características de lo/as menores:



. Físicas:

- recién nacido de alto riesgo,
- problemas físicos o psicológicos,
- menores con problemas en el sueño y alimentación,
- enfermedades crónicas,
- características físicas que no responden a las expectativas de los padres.

. Personales y/o conductuales:

- temperamento difícil,
- menor hiperactivo/a,
- conducta contradictoria.

3. Características del entorno:

- escasa y/o nula actividad laboral,
- disminución de la autoestima profesional,
- analfabetismo,
- estrés profesional,
- insatisfacción laboral,
- bajos ingresos económicos,
- vivienda insalubre,
- vivienda insuficiente para la familia,
- falta de vivienda,
- masificación,
- aislamiento,
- cultura particular del entorno familiar.

### **3.6 Intervención profesional**



### Prevención:

La misión del personal sanitario será detectar situaciones de riesgo y establecer un plan de seguimiento que lleva a modificar estas situaciones de riesgo a través de consejos sobre aspectos sanitarios, higiénico-alimentarios o madurativos adecuados.

Será fundamental la labor de las matronas en cuanto a la detección de posibles factores de riesgo durante el embarazo y ofrecimiento de pautas formativas referentes al cuidado de la salud de la madre, del bebé y de la pareja.

### Detección:

El personal de Atención Primaria será el idóneo para detectar a través del sistema de visitas, manifestaciones clínicas que, aunque no conlleven una gran repercusión física, repercuten en el crecimiento, maduración y estado emocional del menor. El seguimiento de las pautas higiénicas, alimentarias, educativas, sanitarias y o terapéuticas, las posibles visitas a domicilio, etc. permitirán obtener un conocimiento del menor, de la familia y de su entorno que facilitará la valoración objetiva de la situación.

El personal hospitalario está en condiciones de observar la evolución del menor durante la hospitalización, la higiene y costumbres alimentarias, ropa, la interrelación del niño con su familia (comportamiento, duración de las visitas, etc.) de manera continuada. Todo ello, junto con la exploración médica y el análisis de los motivos de ingreso, posibilitará la detección de situaciones de maltrato, tanto en los casos que resultan más evidentes, por el tipo de lesiones presentadas, como en aquellos otros, ingresados por cualquier motivo clínico, pero en los que subyace encubierta una situación de maltrato.

### Cómo relacionarse con el niño y la familia en relación con el tema de maltrato:

#### 1. Con la familia.

- lo hará siempre la misma persona, en privado, y a ser posible acompañado de otro facultativo o enfermera.
- Se podrá realizar una entrevista por separado a cada uno de los miembros de pareja sin aviso previo.
- Se acatarán inicialmente las explicaciones de la familia, evitando el enfrentamiento.
- Se asumirá una actitud no punitiva, juzgadora ni amenazante.
- Se evitará la desaprobación o la actitud detectivesca de intentar probar la existencia de malos tratos con acusaciones o exigencias.
- Se proporcionará una información real, una vez se haya llegado al diagnóstico, en términos comprensibles.

#### 2. Con el/la menor:



- La entrevista sólo será realizada si el menor tiene confianza y respeto por la persona que vaya a realizarla, valorando previamente el posible impacto que la conversación puede tener sobre el/la menor.
- Se efectuará en privado y asegurando la confidencialidad, pero advirtiéndole de cualquier acción futura que pudiera ser necesaria.
- Se utilizará un lenguaje adecuado al menor, no insistir con preguntas repetidas en temas sobre los que él o ella no esté dispuesto a dar información.
- No se permitirá que se sienta culpable y por supuesto, se evitará cualquier tono amenazante.
- No se le pedirá que repita su historia ante otros profesionales, niños o familiares de niños ingresado en el Centro hospitalario.
- Se valorará la posibilidad de que la familia actúe contra el/la menor si conoce el contenido del diálogo.

Cuando se tengan sospechas de la existencia de malos tratos contra un/a menor, y siguiendo el algoritmo de decisiones expuesto en páginas sucesivas, es necesario realizar una valoración conjunta con el/la trabajadora social sanitaria del nivel correspondiente (primaria o especializada) al objeto de :

- Realizar un diagnóstico global e integrado.
- Elaborar un plan de intervención interdisciplinar.
- Activar un plan de seguridad si fuera necesario.
- Coordinación y derivación con los servicios judiciales y sociales correspondientes así como con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y otros servicios encargados de prestar protección a la víctima.

Se hace preciso tener en cuenta que, al igual que ocurre en muchas situaciones de maltrato a personas mayores, cuando éste tiene que ver con negligencia, falta de información o situaciones similares, pero **no responde a una actitud deliberada de hacer daño por parte de la persona que infringe el maltrato** y siempre y cuando:

- la integridad de la vida de la víctima no corra riesgo y
- se valore por parte del equipo sanitario la disposición y capacidad de la persona negligente a cambiar dicho comportamiento,

el plan de trabajo interdisciplinar irá dirigido a asegurar dicho cambio. Esta situación queda recogida en la Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del menor la cual distingue, dentro de la situación de desprotección social del menor, entre situación de riesgo y de desamparo. La **situación de riesgo** se caracteriza por “la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar”; la intervención se dirige a intentar eliminar dentro de la institución familiar los factores de riesgo.



Este plan de trabajo se consensuará con la persona o personas negligentes en el cuidado del/a menor con las correspondientes medidas de seguimiento necesarias para garantizar los derechos y el bienestar del/a menor. Si este plan de trabajo fracasara, entonces se procederá a la denuncia a través de las vías legales correspondientes:

- . Bien a través del Juzgado de Guardia.
- . Bien a través del Departamento de Menores y Familia del Gobierno de La Rioja.

En el caso de aquellas situaciones en las que el equipo sanitario, tras el primer diagnóstico interdisciplinar, detecte:

- ? Gravedad de las lesiones sufridas por el/la menor,
- ? Existencia de riesgo para la integridad física del/a menor,
- ? Imposibilidad de garantizar la seguridad del menor por parte de las personas cuidadoras del mismo,
- ? Otras circunstancias que por su gravedad aconsejen el alejamiento del/a menor de sus cuidadores,

esta situación corresponde con la **situación de desamparo**, donde según la anteriormente citada Ley orgánica 1/1996, la gravedad de los hechos aconseja la extracción del menor de la familia.

Se procederá de manera inmediata a:

- ? Realizar el Informe Médico de denuncia de malos tratos y su traslado inmediato o bien al Juzgado de Guardia o bien al Departamento de Menores y Familia antes citado.
- ? Garantizar la asistencia sanitaria a la víctima.
- ? Garantizar un alojamiento alternativo (en estas situaciones el Departamento de Menores y Familia tiene organizado un dispositivo de emergencias, pero si no se activara con la urgencia necesaria, se procederá al ingreso hospitalario del/a menor hasta que esté disponible dicho alojamiento social)





#### **4. OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA FAMILIAR**

Las situaciones de violencia contra las mujeres, los menores y las personas mayores constituyen la modalidad más frecuente de violencia en el seno de la familia. Pero, tal y como se indicaba en la introducción de este Programa, no son las únicas existentes.

En los últimos años también se ha empezado a hablar de la violencia ejercida contra los varones a manos de sus compañeras (porcentajes diversos estiman este tipo de violencia en torno al 1% de la producida en el seno de la pareja). La frecuencia de la misma y la gravedad de las lesiones producidas suele distar en gravedad de la que ejercen los varones contra sus compañeras.

Las asociaciones que trabajan con personas con discapacidad mental, sensorial o con enfermedad mental empiezan a sensibilizar a profesionales y a la opinión pública respecto a algunas características diferenciales que hay que tener en cuenta cuando las personas que padecen alguna discapacidad de esta índole sufren la violencia doméstica. De hecho algunas de estas situaciones (personas con incapacidad mental) son consideradas de mayor gravedad en los procesos judiciales.

Los recientes cambios en la dinámica familiar y, en concreto en las relaciones entre los padres y los hijos, traen de la mano otra situación si no nueva en cuanto al fenómeno en sí mismo, sí por la magnitud que empieza a alcanzar: nos referimos a la violencia que ejercen algunos adolescentes y jóvenes contra sus progenitores.

También se hace preciso tener en cuenta, al menos a nivel conceptual, la violencia ejercida entre iguales en el seno de la familia (por ejemplo entre hermanos).

El abordaje profesional desde el sistema sanitario de estas situaciones descritas de violencia no reviste características específicas en grado suficiente, en la actualidad, como para elaborar un apartado propio para cada una de ellas dentro de este Programa. Sin minimizar en ningún momento la gravedad que puedan constituir, se considera adecuado orientar hacia su detección, abordaje y tratamiento según las orientaciones generales que se han explicado a lo largo de este Programa. El modelo de Informe Médico en el caso de lesiones que haya que denunciar ante el Juzgado así como el Algoritmo de toma de decisiones son los mismos que se ofrecen para las otras situaciones de violencia descritas.



## **5. INFORME MÉDICO Y ORDEN DE PROTECCIÓN**

Ante una víctima de agresión que acude a una consulta, la pauta de actuación del profesional sanitario que atiende a esta persona debe ser, en primer lugar, la asistencia a los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas que sufra la persona.

El inicio de esta actuación pasará por la apertura de la correspondiente historia clínica (en el caso de que no estuviera abierta con anterioridad) y el registro de los datos de la asistencia por malos tratos en la misma.

Se tendrá en cuenta el hacer una valoración médica del impacto y alcance de las lesiones y daños de la persona agredida dejándose constancia en la historia, así como en el correspondiente Informe Médico de lesiones.

En ese mismo momento debe iniciarse el plan de actuaciones terapéuticas que corresponda (ver algoritmo de decisiones adjunto): derivación a especialista, servicio de urgencias, ingreso, observaciones, citación para próximas revisiones, plan de seguridad, etc. Si existe situación objetiva de riesgo para la víctima se facilitará asimismo la solicitud de la Orden de Protección (Ver Anexo III).

Es importante señalar que en los casos de agresión sexual que lo requieran, en atención a su urgencia y gravedad y con independencia de la edad y sexo de la víctima, deberá comunicarse al Juzgado de Guardia para que facilite la presencia del médico o la médica forense (necesaria y conveniente) así como de la autoridad policial, al objeto de que queden cumplimentados de una sola vez los aspectos médicos, policiales, judiciales y se activen los recursos sociales necesarios al objeto de :

- proceder a la recogida de la denuncia,
- prever el aseguramiento de pruebas y la recogida de muestras y
- garantizar el acompañamiento y la protección a la víctima.

En estas situaciones, existe un protocolo específico para la exploración y abordaje (Ver Anexo II).

Ante la constatación de daños físicos o psíquicos por malos tratos es preciso realizar un Informe Médico completo (según el modelo anexo I). El Informe Médico se realizará por triplicado, debiendo quedar una copia en la historia clínica, otra se entregará a la víctima y otra se remitirá al Juzgado a la mayor brevedad posible.

Asimismo, si en el curso de una asistencia sanitaria se detecta que las lesiones que se observan han sido provocadas por una agresión y no por cualquier otra causa que se alegue por la persona afectada o su/s posible/s acompañante/s, deberá darse parte igualmente al Juzgado de Guardia por el mismo procedimiento.

El **uso de fotografías** está recomendado para documentar mejor las lesiones físicas detectadas. Se realizarán con el consentimiento de la víctima (con la excepción de personas incapacitadas, en cuyo caso se pedirá a la persona tutora si existe -siempre que no sea la supuesta agresora). Para ser admitidas como prueba en el procedimiento judicial posterior es preciso que reúnan una serie de requisitos:

- Deberán estar hechas con cámara de fotos instantánea.
- Deberán recoger(en la parte posterior) la identidad de la víctima y la fecha.
- Deberán estar firmadas(en la parte posterior) por el médico o la médica que realice el Informe Médico de lesiones.



Para facilitar este medio se recomienda disponer de una cámara de fotos instantánea al menos en los Servicios de Urgencias.

La **legislación actual** establece la obligatoriedad para el personal sanitario de la remisión del Informe Médico al Juzgado de Guardia en todas aquellas situaciones en las que se sospeche la existencia de malos tratos contra una persona, así como la de ofrecer la posibilidad de solicitar de manera inmediata la orden de protección (cuyo impreso se facilitará y tramitará de manera inmediata. Ver Anexo III). A continuación se exponen algunos artículos éticos y legales directamente relacionados con esta cuestión:

- Art. 30.3 del Código de Deontología Médica: “El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitada, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerla, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente”.

- Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que establece la obligación de dar parte de los hechos conocidos en el ejercicio profesional que pueden ser constitutivos de delito.

- Art. 46 de la Ley 4/1998, de 18 de marzo, del Menor, de la Comunidad Autónoma de La Rioja:

1. “Cualquier persona, y en especial quien por razón de su profesión tuviera conocimiento de la existencia de situaciones de desamparo en un menor (contempladas en el artículo anterior de la misma Ley), deberá ponerlo en conocimiento de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, sin perjuicio de denunciar los hechos ante la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal.

2. Igualmente, todas las instituciones públicas, o privadas que tengan relación con menores y supieran del posible desamparo de alguno de ellos, quedarán obligados a ponerlo en conocimiento de los tribunales de Justicia, Ministerio Fiscal o Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja”.

- Ley Orgánica del Código Penal:

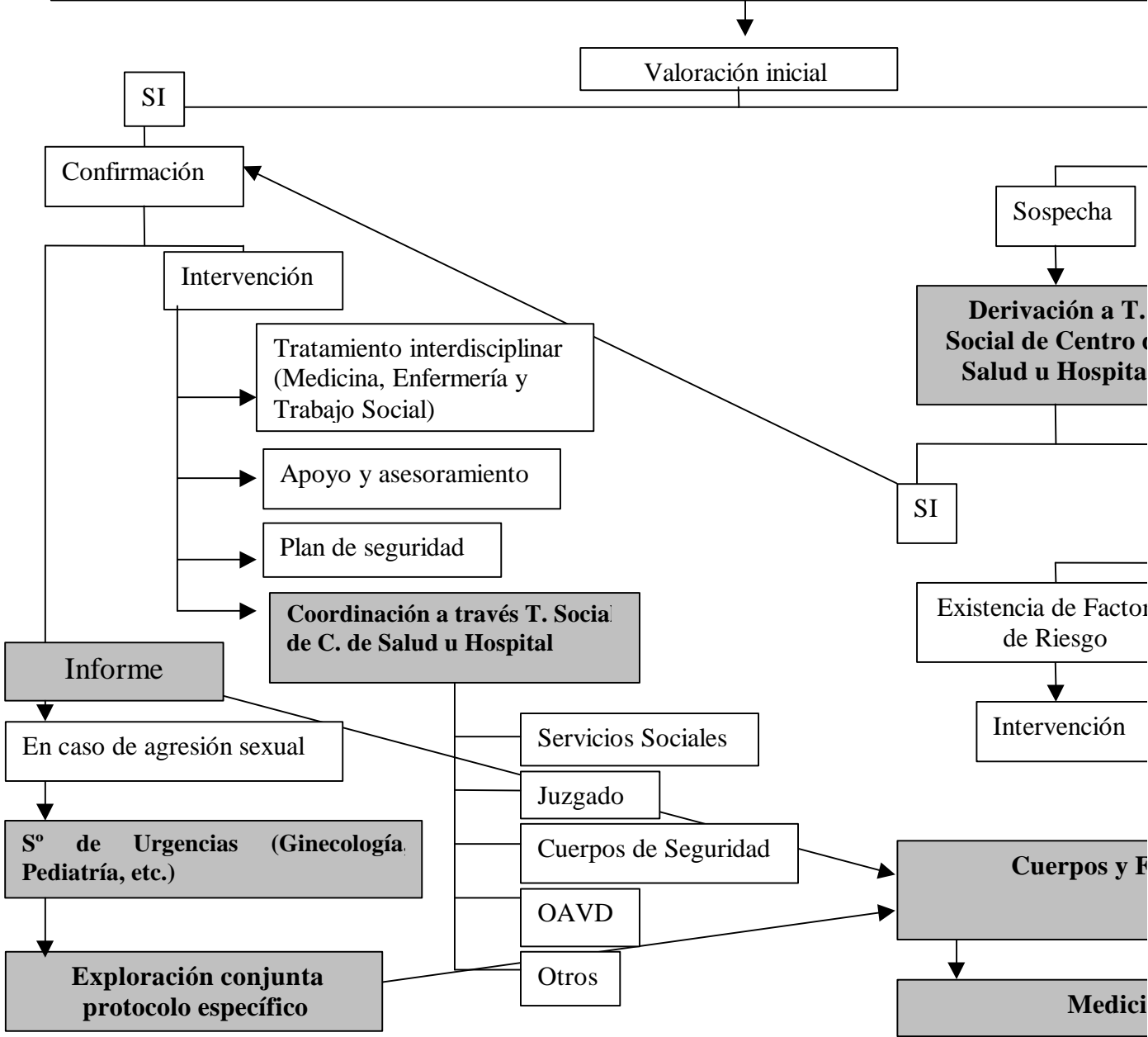
1. Art. 408: “La autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años”.

2. Art. 450: 1. “ El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida , y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedido le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquél.



3. . “En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia”.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica:
    - Art. 2º, punto 1: “El juez de instrucción dictará orden de protección para las víctimas de violencia doméstica en los casos en que, existiendo indicios fundados de la comisión de un delito o falta contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 153 del Código Penal resulte una situación objetiva de riesgo para la víctima que requiera la adopción de alguna de las medidas de protección reguladas en este artículo”.
    - Art. 2ª, punto 3: “La orden de protección podrá solicitarse directamente ante la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal, o bien ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, las oficinas de atención a la víctima o los servicios sociales *o instituciones asistenciales dependientes de las administraciones públicas. Dicha solicitud deberá ser remitida de forma inmediata al juez competente*”.

Persona atendida en centro sanitario posible víctima de malos tratos (físicos, psíquicos, sexuales, otros)



## **6. INTERVENCIÓN SOCIAL**

Junto a la intervención médica anteriormente desarrollada, la social constituye la otra pieza fundamental para poder realizar un abordaje integral de las situaciones de violencia detectadas desde el sistema sanitario, ya sea tanto en situaciones de crisis como en aquellas donde la violencia está presente de manera continuada a lo largo de un amplio periodo de tiempo.

La intervención social realizada por lo/as trabajadores sociales tanto de Atención Primaria como de Especializada, junto a la atención a los problemas psicoafectivos unida a otras actuaciones (preventivas y de promoción de la salud tanto a nivel individual como familiar, grupal y comunitario) forman parte del amplio abordaje que desde el campo de la salud es preciso realizar ante el problema de la violencia. Por motivos de espacio aquí sólo se expondrán los aspectos generales de la intervención social realizada en el nivel individual/familiar.

Ante una situación de violencia detectada (o que se sospeche su existencia) por parte de cualquier profesional sanitario, ya sea de Atención Primaria o Especializada, se derivará a la/el trabajador social del mismo nivel de referencia( Primaria o Especializada) a la mayor brevedad posible con el objeto de realizar una **evaluación y diagnóstico social** de la historia y circunstancias que rodean esa situación de malos tratos.

### **Áreas a evaluar:**

- ? Situación y tipología de maltrato (incluyendo un despistaje de todos los posibles malos tratos), la gravedad del mismo y el peligro que pueden estar sufriendo tanto la víctima como otros miembros del entorno familiar. Conocer los comportamientos de la persona agresora a nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares.
- ? Situación familiar: recogida de información sobre las relaciones familiares, personas que residen en la casa, tipo de vivienda, antecedentes de maltrato.
- ? Situación económica: tipo de ingresos y procedencia de los mismos.
- ? Actitud de la víctima sobre el problema detectado: actuaciones realizadas al respecto, peticiones de ayuda a otros servicios, denuncias previas, etc.
- ? Red de apoyo social: tanto procedente de la familia extensa como de amistades, vecinos, compañeros de trabajo o escuela, asociaciones, etc.
- ? Factores de riesgo que faciliten la detección precoz y la intervención posterior.
- ? Incorporar en la historia de la víctima los antecedentes familiares y personales a fin de conocer si ha vivido malos tratos o agresión sexual.
- ? Situación emocional: abatimiento, resignación, impotencia, desesperación, falta de autoestima, negación, indefensión, falta de asertividad, inseguridad, capacidad para tomar decisiones, persistencia de creencias irracionales, ambivalencia, victimización, etc.



Realizado el diagnóstico inicial se procederá a la elaboración de un **plan de tratamiento** para resolver las carencias detectadas. Este plan de tratamiento se integrará junto con el tratamiento propuesto por el resto de los profesionales sanitarios que atiendan a la víctima (profesionales de la medicina, enfermería y otros). Para garantizar la atención integral de la víctima, así como su eficacia, es muy importante asegurar una interconsulta de los profesionales implicados tras las primeras valoraciones y diagnósticos iniciales, y, a partir de todos los datos, elaborar un **plan de tratamiento común**, donde cada profesional tenga asignadas sus responsabilidades y tareas así como el seguimiento posterior.

En el caso de la intervención social, y dentro de la gran variabilidad de situaciones con las que hay que trabajar, hay una serie de **aspectos básicos a tener en cuenta**. Los más señalados son:

- ? Informativos: derechos, servicios y recursos de apoyo, recorrido “institucional” que sigue al proceso de denuncia.
- ? Explicación del proceso que está viviendo, del “círculo de la violencia”, de las consecuencias que la violencia padecida tiene sobre la salud, la existencia de sentimientos ambivalentes y contradictorios.
- ? Elaboración de plan de seguridad: (ver el apartado específico sobre seguridad).
- ? Económicos: en muchas ocasiones la víctima depende económicamente de la persona agresora. Por ello habrá que gestionar ayudas económicas y, a medio plazo, en el caso de las personas en edad laboral, trabajar para mejorar la cualificación, búsqueda de empleo, etc.
- ? Vivienda o alojamiento alternativo.
- ? Red de apoyo social: mejorar la relación familiar, recuperar antiguas amistades, iniciar otras, incorporarse a grupos de autoapoyo, etc.
- ? Autocuidado: el padecimiento de la violencia durante un largo periodo ocasiona traumas emocionales y físicos de los cuales es preciso recuperarse. Ayudan técnicas de relajación, ejercicio físico, recuperación de un ocio constructivo, activar las redes de apoyo social, inclusión en actividades comunitarias, mejora de la alimentación, descenso en el consumo de sustancias tóxicas, etc.
- ? Emocionales y cognitivos: desarrollo de estrategias de afrontamiento de la violencia si la víctima decide seguir conviviendo con la persona agresora, eliminar el sentimiento de culpabilidad por la violencia padecida, facilitar la expresión de sentimientos dolorosos y contradictorios, fortalecer el proceso de toma de decisiones, manejar los sentimientos de pérdida y nostalgia en el caso de una separación, aumentar el control sobre su vida, mejorar la autoestima y la autonomía personal.



Una vez esté **elaborado el plan de tratamiento común** (con la integración de las dimensiones bio-psico-sociales), en función de las necesidades a trabajar y con el consentimiento de la persona afectada (en el caso de las personas incapacitadas para ello - menores o personas adultas incapacitadas - se obtendrá el de la persona tutora o institución competente) se establecerá, si es preciso, el sistema de **derivación** (total o parcial) a otros servicios o instituciones, **nunca antes**, para evitar problemas diversos como pueden ser: victimación secundaria, duplicidad y disparidad de criterios y tratamientos, pérdida del respeto a la confidencialidad e intimidad, etc.

Algunos de los servicios susceptibles de ser utilizados para la derivación son:

- Servicios Sociales Comunitarios.
- Servicios Sociales Especializados: menores, mujer, personas mayores, personas incapacitadas, inmigrantes.
- Teléfono de Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Logroño.
- Juzgado (incluyendo los Servicios de Fiscalía y Medicina Forense)
- Cuerpos de Seguridad.
- Oficina de Atención a la Víctima del Delito.
- SOS Rioja.

En cualquier caso, **salvo los supuestos de urgencia vital** en los que sea preciso por la gravedad de la situación recurrir a los servicios de los Cuerpos de Seguridad, Juzgado o Teléfonos de Urgencias para realizar acompañamientos y alojamientos alternativos, todas estas **derivaciones serán gestionadas**, tras el plan de trabajo común acordado con el resto de los miembros del equipo sanitario, **a través de la trabajadora social sanitaria** correspondiente (de Atención Primaria o Especializada), profesional competente para la coordinación con el resto de servicios.

Existe la posibilidad de realizar un **Informe Social para remitir al Juzgado** con el objeto de aportar el diagnóstico y la valoración social de cada una de las situaciones de violencia doméstica detectadas y con las cuales se desarrolle intervención profesional. Será cada profesional de Trabajo Social quien adopte la decisión más conveniente al respecto, en función de las circunstancias particulares de cada situación y teniendo en cuenta la idoneidad de tal medida (fundamentación de la necesidad de medidas de protección para las víctimas u otras que se estimen adecuadas).





## **7. PLAN DE SEGURIDAD**

Es necesaria su elaboración siempre que se detecte peligro para la integridad física. En el caso de los menores y personas incapacitadas, si se estima que sus tutores no pueden garantizar dicha seguridad es preciso buscar un alojamiento alternativo, habitualmente a través de los Servicios Sociales, y si el desarrollo de este dispositivo no es inmediato, se recomienda realizar un ingreso hospitalario hasta que esté garantizado dicho alojamiento.

En el resto de las situaciones, teniendo en cuenta que la víctima decide seguir conviviendo con la persona agresora, hay una serie de cuestiones sobre las que es preciso asesorarle:

- Asegurarse de que no haya armas u otros objetos peligrosos al alcance de la persona agresora.
- Concretar si es posible una señal con algún/a vecino o vecina en caso de peligro.
- Que lleve consigo de manera discreta los teléfonos de emergencia (en el caso de Logroño el Teléfono del Servicio de Urgencias Sociales es el 900-101555 y SOS Rioja para toda la comunidad autónoma –112). Tener localizado el teléfono público más cercano a su domicilio familiar.
- Evitar, en la medida de lo posible, tener una discusión con la persona agresora en espacios de mayor riesgo como cocina, baño, garaje, cerca de armas de fuego u objetos punzantes o en habitaciones que no tengan una salida a la calle.
- Tener pensado dónde irá en caso de tener que salir corriendo del hogar familiar.
- Tener preparados por si tiene que huir precipitadamente:
  - documentos importantes: cartilla sanitaria propia y de los menores en su caso, cartilla del banco, denuncias e informes médicos, libro de familia y DNI, documentos de la separación o divorcio, contrato de arrendamiento de la casa o hipoteca, cartillas de vacunación de los menores, etc.
  - Medicamentos importantes.
  - Llaves del coche, de la casa.
  - Pequeños objetos de valor que le pertenecen, como también cosas personales que la persona agresora podría romper.
  - Material escolar de los menores, así como algún juguete u objeto que quieran mucho.
  - Ropa y utensilios de aseo personal para unos días.
- Es importante que conozca bien los servicios comunitarios que pueden ayudarle en un momento de urgencia.



## **8. TELÉFONOS ÚTILES EN SITUACIONES DE URGENCIA**

- Juzgado de Guardia:  
Cada partido judicial (Logroño, Calahorra y Haro) dispone de un Secretario Judicial, quien localiza al Juzgado de Guardia en cada momento. Para localizar al Secretario Judicial correspondiente es preciso ponerse en contacto con el 061, servicio que facilita la conexión.
- Instituto de Medicina Legal de La Rioja:
  - o 061
- Comisaría de Policía Nacional:
  - o 091
- Guardia Civil:
  - o 062
- Policía de Menores (Logroño): 677474427
- Teléfono de Urgencias Sociales: 900101555.
- SOS Rioja: 112.
- 061.



## **9.- BIBLIOGRAFÍA**

### **General:**

- Baker, N et al. *La violencia en la familia*. Monográfico de la American Academy of Family Physicians, Ed: Medical Trends, S.L., Barcelona 1996.
- Código Penal.
- *Conclusiones del Grupo de Trabajo sobre la Violencia Familiar*. Ministerios de Educación, Interior y Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1998.
- Ellsberg, M y Clavel, C. *Sistematización del proyecto de OPS. Hacia un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica*. Sida Evaluation 01/33. Departamento de Democracia y Condiciones Sociales. Swedish International Development Cooperation Agency. Estocolmo, 2001.
- *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 2002.
- *Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos*. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- *Sexually Transmitted Diseases. Treatment Guidelines 2002*. Centers for Disease Control and prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and reports, Vol 51. May10, 2002.

### **Mujeres:**

- Fernández-Pacheco Estrada, P. *Respuestas a la violencia doméstica: un estudio multidisciplinar*. Centro de Estudios sobre la Mujer. Cuadernos de Trabajos de Investigación nº 2. Ed: Universidad de Alicante y Bancaja.
- González Candelas, R. *Malos tratos en la mujer. Protocolos sanitarios*. Revista Valenciana de Medicina de Familia, nº 11.
- *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Instituto de la Mujer, Madrid, 2001.
- *La violencia de género y la salud: Manual y utilidades didácticas para la sensibilización y la prevención*. Gobierno de Canarias (Consejería de Sanidad y Consumo- Servicio Canario de Salud- y Consejería de Empleo y Asuntos Sociales- Instituto Canario de la Mujer). Gran Canaria, 2001.
- *Memoria del año 2000*. Servicio municipal de atención a mujeres víctimas de maltrato y/o agresión sexual. Ayuntamiento de Logroño, 2001.
- Pardo, M. Y otras *Etiología de la violencia y el maltrato doméstico contra las mujeres*. Ed. Ayuntamiento de Pamplona y Universidad Pública de Navarra. Pamplona. 2000.
- Villavicencio, P y Batista, N. M<sup>a</sup>. *Un problema específico de salud en la mujer: la situación de maltrato. Revisión teórica*. Rev. Clínica y Salud, 1992, Vol 3 (3): 239-249.
- Villavicencio, P. *Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación*. Rev. Clínica y Salud, 1993, Vol 4 (3): 215-228.



### **Ancianos:**

- Bazo, M<sup>a</sup> T *Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España*. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 2001, Vol.36, num1, 8-14.
- Diputación Foral de Álava, Departamento de Bienestar Social, *Estudio sobre calidad de los cuidados a las personas ancianas que viven en la comunidad*, Vitoria, 2001.
- Kessel H, et al. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. Rev. Española de Geriátría Gerontológica, 1996; 31(6): 367-372.
- Lázaro del Nogal M. Abusos y malos tratos en el anciano, responsabilidad del médico. Rev. Anales de Medicina Interna. Madrid, Vol, 17, Monográfico 2, 2000: 38-45.
- Ponencias de las VII Jornadas de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología "Trato inadecuado a personas mayores" Vitoria. Mayo 2001.
- Ruiz Sanmartín, A et al. *El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos*. Rev. Atención Primaria 2000, 26 (9). 641-646.
- Ruiz A. Et al. *Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos*. Rev. Atención Primaria 2001; 27(5): 331-334.

### **Menores:**

- *Guía de indicadores de maltrato infantil (sanitarios)*. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de La Rioja, 1995.



## ANEXO II.

### **PROTOCOLO DE RECONOCIMIENTO EN UNA AGRESIÓN SEXUAL.**

La importancia legal y social de este tipo de delitos hace necesaria la utilización de un protocolo de diagnóstico y tratamiento que permita una atención sanitaria adecuada y homogénea a las personas agredidas y evite omisiones importantes.

Como **indicaciones generales** hay que:

- recabar la presencia de los médico/as forenses (en el caso de personas mayores de edad y competentes, siempre y cuando haya habido denuncia o esté clara la voluntad de denunciar).
- Utilizar como documento base el Informe Médico por Malos Tratos, al que se le incorporarán las exploraciones y pruebas complementarias específicas en este tipo de agresión.
- La exploración y atención, además de contar con la presencia y colaboración de los médicos forenses, será realizada por especialistas de Ginecología en el caso de mujeres, de Pediatría en el caso de menores y por los Médicos del Servicio de Urgencias en el caso de varones adultos y mayores. En el caso de personas mayores que se encuentren incapacitadas o que existan dudas razonables sobre la capacidad de las mismas, atendiendo a la gravedad de las lesiones, se procederá al ingreso hospitalario de las mismas y a la solicitud de intervención de Fiscalía al objeto de asegurar las medidas de protección oportunas.
- Es muy importante preservar los indicios biológicos antes de realizar ningún tipo de limpieza de la zona afectada, salvo en el caso de riesgo para la vida de la víctima.
- Hay que procurar un trato comprensivo a la víctima, facilitando un ambiente que propicie la comunicación, la confidencialidad así como la mayor intimidad posible. Si la víctima lo desea, puede estar presente alguien de su confianza. No deben realizarse preguntas comprometidas, recoger los datos que la víctima quiera facilitar.
- Informar a la víctima de todas las exploraciones que se le van a hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo, recabando el consentimiento cuando sea preciso.

#### **Anamnesis:**

##### **MUJER/NIÑA:**

- Menarquia, fecha de la última regla, cálculo menstrual, cálculo de la fecha posible de ovulación. Actividad sexual previa: desde cuándo, ¿horas antes de la agresión? ¿persona conocida?
- Método anticonceptivo que utiliza actualmente.
- Fecha de la última relación sexual.
- E.T.S.



#### VARÓN/NIÑO:

- Actividad sexual previa: desde cuándo, ¿horas antes de la agresión? ¿persona conocida?
- Uso de lubricantes.
- E.T.S.

#### DATOS DE LA AGRESIÓN (agresiones sufridas):

- Penetración vaginal, anal, bucal, masturbación.
- Eyaculación y zona.
- Introducción de objetos y tipo.
- Besos, tocamientos.
- Empleo de intimidación: verbal, física, arma blanca o de fuego u otras.

#### ACTOS REALIZADOS DESPUÉS DE LA AGRESIÓN:

- Aseo personal (ducha, lavado genital, baño).
- Toma de alimentos.
- Cambio de ropa.
- Toma de medicación.

#### **Exploración:**

DESCRIPCIÓN GENERAL de las lesiones genitales: pubis, periné, ano, vulva, himen, vagina, cervix, útero, pene, testículos.

- Presencia de semen y/o sangre en cavidades corporales, en la ropa, etc.

#### RECOGIDA DE MUESTRAS:

Se hará sobre una sábana blanca limpia donde se recogerán sus ropas y así poder garantizar la recogida de pelos, fibras, etc.

- Ropa: rota o con manchas de semen, sangre u otros restos biológicos. Se guardará en un envase transpirable (preferiblemente papel), evitando que esté húmeda. Se facilitará ropa “alternativa” a la víctima si fuera preciso desde el propio servicio donde sea atendida.
- Pelos: pueden encontrarse adheridos a la víctima o en sus ropas. Realizar cepillado de vello púbico y muestra del mismo, que se guardarán en envases separados y correctamente identificados.
- Otras: recoger muestras de tierra en vello y piel, manchas de sangre y esperma (ambos con raspado en frasco estéril y seco), restos en uñas (recogida de material subungueal en tubo seco y estéril).

TOMAS DE EXUDADO (en todas las localizaciones donde haya habido penetración): vaginal (orificio vaginal y canal endocervical), anal (canal ano-rectal y esfínter anal) y/o faríngeo (bucal y perioral) si es necesario para:

- cultivo bacteriológico.
- Con aspiración para ver en fresco espermatozoides.
- Con hisopo seco y estéril para estudio de DNA (no meter en el frigorífico)

LAVADO (anal, bucal y vaginal) con suero fisiológico (10 ml)



## CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL.

Todas las pruebas anteriores se introducirán en sobres cerrados e individuales, etiquetados con fecha, nombre de la víctima y sello y firma del facultativo. Se entregarán al médico/a forense si está presente en el momento de la asistencia o en su defecto al Juzgado de Guardia.

## TEST DE EMBARAZO, GRUPO SANGUÍNEO Y RH.

### SEROLOGÍA de Lúes, Hepatitis B y VIH.

Se asegurará que los resultados se envíen a la consulta donde la persona sea atendida posteriormente dentro de los cinco días siguientes a esta primera atención.

### **Tratamiento:**

1. TRATAMIENTO PREVENTIVO.
  - . Profilaxis de las Enfermedades de Transmisión Sexual (Tricomonas, Clamídeas, Gonococia, Sífilis..): Vibracina 100 mg/12 horas durante 7 días
  - . De la gestación: píldora postcoital, si procede y han pasado menos de 72 horas.
  - . Inmunoglobulina específica para profilaxis de Hepatitis B.
  - . Según el riesgo de contagio de VIH, ofertar profilaxis con zidovudina (200 mg/8h durante 4 semanas). Valorar tipo de lesiones, etc.
  - . Recomendación: no mantener relaciones sexuales hasta la siguiente valoración.
2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.
  - . Tranquilizantes y/o hipnóticos si precisa.
  - . Entrevista contenedora favoreciendo la expresión emocional.
  - . Brindarle la posibilidad a su elección de derivación vía preferente a profesionales de Salud Mental.
3. TRATAMIENTO DE LAS LESIONES CORPORALES. (según diagnóstico).

### **Revisión y tratamiento:**

La persona ha de marcharse tras esta primera intervención con la cita dada para una segunda consulta en la consulta correspondiente que ha de realizarse en un plazo no superior a los tres días inmediatamente siguientes en el caso de los menores y a la semana en el caso de las mujeres (según la gravedad de las lesiones y el criterio profesional, este plazo puede ser menor). En otras situaciones, según valoración profesional, pero no más tarde de la semana.

#### . ANTES DE LAS 72 HORAS (MENORES) Y A LA SEMANA (MUJERES):

- Valorar resultados y si precisa marcadores de HB negativos, gammaglobulina anti HB y vacuna. Tratamiento de ETS si los cultivos son positivos. El resultado se enviará (en sobre cerrado para preservar al máximo la confidencialidad de la información) al Juzgado de Guardia indicando en una nota adjunta la fecha en la que tuvo lugar la agresión sexual y la identidad de la víctima para facilitar su remisión posterior al Juzgado correspondiente.



- Hacer citología y repetir cultivos.
- Control y seguimiento de lesiones físicas.
- En Menores: exploración visual y recogida de frotis de exudados. Serología de VIH, HB y lúes.

. AL MES:

- Para valorar pruebas complementarias así como comprobar resultados de segundos cultivos. Repetir serología completa (VIH, HB y lúes).
- Menores, además: exploración visual y recogida de frotis de exudados.
- Test de embarazo si hay amenorrea.
- Vacunación antiHB (2ª dosis).

. A LOS TRES MESES (MENORES):

- Serología VIH, HB y lúes.

. A LOS SEIS MESES:

- Mujeres: serología VIH, y lúes. Citología.
- Vacunación Anti-HB (3ª dosis)

. A LOS 12 MESES:

- Serología VIH (mujeres y menores) y además en las mujeres, lúes y marcadores de Hepatitis B.