

Atención Primaria de Calidad

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en

*Abordaje de
las situaciones
de violencia
en el anciano,
la mujer
y el niño*

Atención Primaria de Calidad

Guía de Buena Práctica Clínica en

Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño

Coordinadores Dr. Francisco Toquero de la Torre
Médico de Familia.
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Dr. Julio Zarco Rodríguez
Médico de Familia del IMSALUD.
*Profesor Honorífico de la Facultad
de Medicina de la UCM.*

Autores Dra. Silvia Beatriz Brun López-Abisab.
*Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria.*
*Coordinadora de la Unidad Docente de
Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz.*

Dr. Isidoro Ruipérez Cantera
*Especialista en Geriátría. Jefe del Servicio
de Geriátría. Hospital Central de Cruz Roja.
IMSALUD. Madrid.*

Dr. Francisco Sánchez del Corral Usaola
*Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria, especialista en Geriátría.
Equipo de Soporte y Apoyo en Domicilio,
Área 5 del IMSALUD. Madrid.*

Dra. Natividad Vicente Muelas
*Jefa de los Servicios de Salud Mental de
Torrejón de Ardoz. Madrid.*

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C)

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Prohibida la reproducción, por cualquier método, del contenido de este libro,
sin permiso expreso del titular del copyright.

ISBN: 84-688-3846-2

Depósito Legal: M-46685-2003

ÍNDICE

Prólogos	5-7
Introducción	9
Malos tratos hacia las personas mayores	13
Violencia en la mujer	41
Violencia en el niño	83

PRÓLOGO

La formación continuada de los profesionales sanitarios es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida. En el caso del ejercicio médico, una forma de mantener ese alto grado de calidad y responder a las exigencias de la Medicina Basada en la Evidencia es el establecimiento de unas normas de actuación acordes con el conocimiento científico.

Ello es lo que pretenden las «Guías de Buena Práctica Clínica» en los distintos cuadros médicos. Han sido elaboradas por médicos pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria, que vierten en ellas la experiencia de su trabajo y larga dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese medio; por tanto, su contenido es eminentemente práctico y traduce lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de la decisión más eficiente.

Dr. Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional
de Especialidades Médicas

PRÓLOGO

Debemos reseñar lo importante que es para la Organización Médica Colegial la realización de estas «Guías de Buena Práctica Clínica». Respetando la individualidad de la *lex artis* de cada profesional, se establecen unos criterios mínimos de buena práctica en el ejercicio cotidiano, criterios que deben ser consensuados y avalados científicamente con el fin de mejorar la calidad asistencial para quien deposita en nosotros su confianza.

Estas guías están realizadas por médicos de familia, pertenecientes a los Grupos de Trabajos, en la patología correspondiente, de las Sociedades Científicas de Primaria y supervisados por un especialista de la materia correspondiente a cada guía.

Se ha buscado un lenguaje y una actuación propia de los médicos que las van a utilizar con un carácter práctico sobre patologías prevalentes, unificando criterios para ser más resolutivos en el ejercicio profesional.

Dr. Guillermo Sierra Arredondo
Presidente del Consejo General
de Colegios Oficiales de Médicos

INTRODUCCIÓN

Ningún país ni comunidad en el mundo se encuentra a salvo de la violencia. Las noticias e imágenes sobre actos violentos invaden los medios de comunicación. Ésta es una situación que amenaza la vida, la salud y la felicidad de todos.

Una de las formas más desgarradoras de esta violencia es la denominada violencia familiar, que abarca formas como el maltrato a los ancianos o a los niños y la violencia ejercida sobre la pareja, mucho más frecuentemente sobre la mujer.

Este tipo de violencia interpersonal incluye agresiones físicas, psicológicas y sexuales, además de abandono o negligencia, inflingidas por un miembro de la familia a otro de sus integrantes. Ha existido siempre y no respeta ningún país, raza, creencia religiosa o clase social.

Estas situaciones de violencia tienen un grave impacto sobre la salud física y psicológica de la víctima, pero también sobre la del resto de convivientes. Es por esto, y por su elevada prevalencia, que la violencia familiar es un problema de salud pública de primer orden.

Los efectos de la violencia no son sólo los derivados directamente de las agresiones, ser víctima de la violencia aumenta el riesgo de enfermar y las conse-

cuencias para la salud pueden darse a lo largo de toda la vida de la persona, aun cuando las agresiones hayan cesado.

Esta situación se manifiesta en el mayor número de hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas que sufren los ancianos, mujeres y niños víctimas de la violencia, así como en una mayor utilización de los servicios sanitarios. De aquí que los profesionales de salud sean un elemento fundamental en la detección y abordaje de este tipo de problema.

A pesar de todo, no es hasta 1962 cuando en Estados Unidos aparece la primera definición de síndrome del niño maltratado; en 1975, un médico británico describe por primera vez el maltrato a los ancianos, y hasta los años ochenta la comunidad médica no empieza a centrar su atención en la violencia contra la mujer en la pareja.

En nuestro país, la historia es aún más reciente, y podríamos decir que ha sido en los últimos 10 años cuando la violencia familiar se empieza a sentir como un problema a erradicar y en el que se ha de actuar desde todos los ámbitos: político, judicial, social, sanitario...

El médico de familia, por la accesibilidad que presenta su atención y por el carácter longitudinal de la misma, ocupa un lugar privilegiado para poder realizar intervenciones encaminadas a la prevención, detección precoz y abordaje de las situaciones de violencia en el hogar.

Los pacientes rara vez acuden a su médico contando la situación de violencia que sufren, sino que suelen acudir con algún trastorno físico o psíquico relacionado con ese problema. Puede ser que el paciente sólo sea consciente del síntoma y no de la situación que lo causa, o considerar que ése es un «motivo» más adecuado para ir al médico.

La violencia es una cuestión delicada y muchos médicos de Atención Primaria tenemos problemas para afrontarla en la práctica clínica. Por una parte, porque nos suscita sentimientos incómodos y, por otra, por carecer aún del grado de sensibilización y formación necesaria para sentirnos seguros. Si bien, cada vez son más los médicos de Atención Primaria inquietos por el tema que exigen a la Administración una adecuada formación y recursos para afrontar el problema.

Las organizaciones e instituciones promotoras de este trabajo, conocedoras de estas dificultades, han apostado por ofrecer al médico de familia un instrumento que le ayude a conocer aquellos aspectos más definitorios de cada uno de los tipos de violencia familiar y proporcionarle herramientas para su abordaje.

Los autores somos conscientes de que esta guía no acabará con todos los miedos ni las dudas que este tema imprime, pero estamos convencidos de que puede suponer un gran paso adelante en la tarea que cada uno de nosotros, a nivel personal y profesional, hemos

de asumir. Para que sea una realidad que algún día ningún anciano, niño o mujer sea arrebatado de un derecho fundamental: « [...] el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad» (artículo 3.º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

Malos tratos hacia las personas mayores

Francisco Sánchez del Corral Usaola¹
Isidoro Ruipérez Cantera²

¹ *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, especialista en Geriátría. Equipo de Soporte y Apoyo en Domicilio, Área 5 del IMSALUD. Madrid*

² *Especialista en Geriátría. Jefe del Servicio de Geriátría. Hospital Central de Cruz Roja. IMSALUD. Madrid*

INTRODUCCIÓN

De los grupos sociales definidos por la edad y/o el sexo, que sufren diferentes formas de violencia en la sociedad, es el de las personas mayores el que ha recibido, hasta el momento, menor atención, tanto por parte de los diversos profesionales que les atienden de forma directa, como por parte del resto de actores sociales (medios de comunicación, legisladores, educadores, policía, administradores, jueces...), cuya implicación resulta fundamental en la prevención y actuación.

Y ello, a pesar de que posiblemente sea *el colectivo en el que la prevalencia de las diferentes formas de maltrato es mayor*. Esta situación, y la expectativa de un también mayor incremento en los próximos años, ha hecho sonar las alarmas y son meritorios los recientes esfuerzos de organismos internacionales, como la OMS, para alertar a los países de la importancia del problema e impulsar la puesta en marcha de estudios

a nivel nacional, que permitan desarrollar programas eficaces de prevención y respuesta.

En nuestro país, diversos organismos e instituciones ya se han puesto en marcha y se puede destacar, entre otros, los esfuerzos realizados por el IMSERSO y las Sociedades Españolas de Geriátrica y Gerontología, y de Medicina Familiar y Comunitaria, así como las propias organizaciones de personas mayores.

A pesar de todo, *nuestro conocimiento sobre la globalidad del problema es aún incompleto e insuficiente* en muchas áreas, lo que en parte justifica el actual retraso en la puesta en marcha de respuestas eficaces e integrales en los diferentes ámbitos. Sin embargo, sí podemos destacar aquí una serie de características del maltrato a las personas mayores (MPM), que es importante conocer en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) para facilitar la comprensión del fenómeno, su detección y posterior actuación. Algunas de estas características son específicas del MPM:

- Se trata de un *fenómeno oculto*, cuya detección exige el conocimiento de los factores de riesgo y asociados, un alto índice de sospecha y, sobre todo, una *actitud positiva* hacia los problemas de las personas mayores.
- Como para la mayoría de los problemas que afectan al anciano, la detección y actuación se ven facilitadas utilizando los métodos y herramientas propios de la Geriátrica: *trabajo en equi-*

po multidisciplinario (médico, profesional de enfermería y trabajador social en el caso de la APS); *valoración geriátrica integral*, con especial énfasis en la valoración social; *continuidad de los cuidados*; conocimiento y utilización de los diversos *recursos sociales y sanitarios* que precise la persona mayor en cada momento.

- El MPM rebasa los límites de la llamada «violencia doméstica», en el sentido de que ésta no se encuentra restringida al hogar, sino que ocurre también en las instituciones sociales (residencias, centros de día...) y sanitarias (APS, hospitales), y con frecuencia *son los propios profesionales* los que la ejercen. Algunos autores consideran, incluso, que en estos ámbitos el MPM es más frecuente que el que se produce en el domicilio. Otros autores llaman la atención sobre el «maltrato institucional», que haría referencia a la escasez en la dotación de recursos tanto económicos como sociales y sanitarios que precisan las personas mayores.
- En el ámbito familiar, la mayoría de los estudios señalan al llamado «cuidador principal» como responsable más frecuente de las diferentes formas de maltrato; sin embargo, también se reconoce la «*sobrecarga del cuidador*» como uno de los principales factores de riesgo. Esta sobrecarga, que debería verse aliviada con la provisión de recursos sociales y sanitarios, se acentúa con su escasez. Ante un caso

de sospecha de MPM, se debe meditar detenidamente la actuación posterior, que no termina con la emisión del correspondiente parte de lesiones; se debe conocer, además, las repercusiones que pueden tener tanto sobre el anciano como sobre su cuidador la denuncia, judicial o privada, de maltrato. *El «apoyo al cuidador» es, con mucha frecuencia, el instrumento más eficaz en el MPM, tanto en su prevención como en la actuación cuando éste ya se ha producido.* Los profesionales de APS debemos conocer todos los recursos existentes en nuestra Área de Salud, sabiendo que su uso adecuado contribuye también a aliviar la situación de los cuidadores.

- *Nunca se debe subestimar las posibles repercusiones sobre el anciano frágil de los diferentes tipos de maltrato. Incluso formas menores de abandono, negligencia o abuso psicológico se han asociado, en diversos estudios, a morbilidad y síndromes geriátricos: depresión, caídas, inmovilismo, úlceras por presión, deshidratación, desnutrición...* Tras la detección de cualquier tipo de MPM, se debe realizar un seguimiento del paciente afectado.
- *La importancia de la APS en la prevención, detección y actuación sobre el problema del MPM es capital, y así lo reconocen todos los autores. Nosotros consideramos que su valoración se debe incluir de forma rutinaria en los*

Programas de Atención al Anciano y de Atención Domiciliaria, ya ampliamente generalizados en todo el territorio nacional.

En el presente documento, pretendemos aportar una guía útil para los profesionales de APS, incluyendo también a los profesionales de enfermería y de trabajo social. Nos hemos basado tanto en la evidencia científica publicada hasta el momento, como en nuestra experiencia profesional de no pocos años en los ámbitos de la Geriatría y de la APS. *Pretendemos también presentar un enfoque positivo: al menos en nuestro país, la mayoría de las personas mayores son muy queridas por sus familiares y están atendidas adecuadamente, a pesar de las crecientes dificultades de todo tipo con que se enfrentan, con demasiada frecuencia, familiares y cuidadores. Nos gustaría que se hablara y se reconociera más el «buen trato» hacia las personas mayores.*

Respecto a los diferentes ámbitos donde se produce el MPM, abordamos aquí el medio comunitario. El maltrato por profesionales y el institucional no es objeto del presente trabajo, a pesar de su enorme trascendencia.

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios recientes indican que la prevalencia de los distintos tipos de MPM puede ser superior a la que se produce sobre otros colectivos, al menos en los países desarrollados. Ello es debido al progresivo

envejecimiento de la población y a otras causas más profundas a nivel social, cultural, político y económico.

La falta de consenso en las definiciones, la escasa investigación desarrollada hasta el momento, y la variedad de formas de MPM y ámbitos donde se produce, dificulta encontrar cifras de prevalencia e incidencia mayoritariamente aceptadas, sí se acepta que *al menos cinco de cada seis casos no serán reconocidos* (fenómeno del *iceberg*).

Las cifras más aceptadas de la bibliografía mundial indican una prevalencia global *entre el 3% y el 12%* de la población mayor de sesenta años, correspondiendo las cifras más altas a las personas *más ancianas y que sufren mayores grados de dependencia*. En nuestro país, no existe en la actualidad cifras fiables de prevalencia.

Respecto a los diferentes tipos de maltrato, en general se consideran más frecuentes *la negligencia, el abandono y el abuso psicológico*, que suponen en diversos estudios más del 70% de los casos. Hay que destacar que en más de un 30% de los casos un mismo paciente sufre *dos o más tipos diferentes de maltrato*.

En cuanto al responsable del maltrato en el entorno, *son los hijos en un 55%* y el cónyuge, en aproximadamente el 10%. También es relativamente frecuente que los responsables del maltrato sean *dos o más* personas del entorno.

Al igual que sucede con el maltrato al niño y a la mujer, el MPM es un fenómeno que ocurre en todas las culturas y clases sociales; sin embargo, es *más frecuente en los estratos sociales más desfavorecidos*.

Conceptos y términos

Aunque no existe en la actualidad un consenso internacional en la definición, tanto de lo que se considera globalmente MPM como de cada tipo específico de éste, presentamos a continuación las dos definiciones más utilizadas en la bibliografía internacional:

Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano (1995): *«cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente»*.

Red Internacional para la Prevención del Abuso contra los Ancianos (INPEA, 1995): *«acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor»*.

Aunque ambas definiciones pueden dar lugar a discusión, deseamos resaltar aquí la inclusión en ambas de formas de *maltrato por omisión de cuidados*, así

como la posibilidad de daño físico y psíquico. Además, *las dos incluyen el MPM que se produce fuera del ámbito familiar y social.*

Causas

Entre las diferentes teorías que intentan explicar la naturaleza y dinámica del MPM, desarrolladas desde la gerontología social y desde los estudios sobre la violencia familiar, destacan las siguientes:

1. *Estado psicológico del responsable del maltrato*: hace énfasis en los problemas de personalidad de éste, lo que al parecer es más frecuente en el maltrato de personas mayores que en el maltrato de niños o cónyuges.
2. *Estrés externo* (accidentes, enfermedades, problemas económicos...), que actuaría como factor precipitante, en presencia de factores predisponentes.
3. *Relaciones de dependencia e intercambio*: la dependencia del cuidador hace al anciano más vulnerable. La teoría de intercambio sugiere que, al aumentar la dependencia, se desequilibra el intercambio de refuerzos positivos en la relación con los cuidadores, que pueden percibir que el esfuerzo que realizan es excesivo respecto del beneficio, hasta el punto de llegar a la ira y a la violencia.
4. *Aislamiento social*: aunque es difícil saber si es previo o posterior al maltrato (para mantener-

lo oculto), también se ha demostrado que el apoyo social disminuye el estrés familiar. La interacción regular con vecinos y amigos previene el maltrato.

5. *Trasmisión intergeneracional del comportamiento violento*, como respuesta a la ira y a la frustración. En el momento actual, no existe evidencia de que los responsables del MPM hayan sido víctimas de maltrato en su infancia.

En la base de todas estas teorías se acepta la *importancia del grado de dependencia* de la persona mayor, y de la *falta de apoyo y recursos* de todo tipo: económicos, de tiempo, afectivos...

TIPOS DE VIOLENCIA

Las definiciones actualmente más aceptadas de los diferentes tipos de MPM son las difundidas por el referido Centro Nacional Americano, de 1995. Son las siguientes:

- *Maltrato físico*: daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia. Como ejemplos: uso inapropiado de fármacos, alimentación forzada o falta de ella, y castigo físico, incluyendo medidas de restricción (ataaduras...).
- *Abuso psicológico*: causar intencionadamente angustia o estrés mediante actos verbales o no verbales, como por ejemplo amenazas, insultos...

tos, intimidaciones, humillaciones...; incluye tratar al anciano como un niño, el aislamiento de la familia, entorno, amigos y de sus actividades habituales, someterle a «*tratamiento de silencio*» (no considerar sus opiniones, no hablar con él...).

- *Negligencia*: rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar cualquier parte de las obligaciones o deberes a un anciano, de forma voluntaria o involuntaria. Incluye no aportar medidas económicas o cuidados básicos como la alimentación, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, medidas de confort, seguridad personal, incluidos en una responsabilidad implícita o acordada.
- *Abandono*: deserción o abandono por un individuo que ha asumido el papel de cuidador o por la persona que tiene la custodia física. Algunos autores incluyen el abandono como una forma de negligencia del cuidador.
- *Explotación financiera*: uso ilegal o inapropiado de fondos, propiedades y otros recursos del anciano. Incluye el uso de dinero, sin autorización o permiso la falsificación u obligación de firmar algún documento, y el uso inapropiado de tutela o curatela.
- *Abuso sexual*: contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar su consentimiento.

Como ejemplo, tocamientos, realización de fotografías...

- *Encarnizamiento terapéutico*: actuación dirigida a prolongar la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal, con medios técnicos desproporcionados y de beneficio nulo, o que el paciente entiende que son extraordinarios y los rechaza por considerarlos molestos o dolorosos.

Consideramos que la adaptación a nuestra cultura de estas definiciones exige un profundo debate y posterior consenso. Así, por ejemplo, con frecuencia resulta difícil la distinción, ante un caso concreto, de negligencia y abandono. Los siguientes dos tipos de maltrato, también descritos por el referido Centro Nacional Americano, precisarían también de un debate desde el punto de vista bioético (Principio de Autonomía):

- *Autonegligencia*: comportamiento de un anciano que amenaza su salud o seguridad; generalmente se manifiesta como rechazo o fallo de la alimentación adecuada, hidratación, vestido, cobijo, higiene personal, medicación o seguridad. Se excluye al anciano mentalmente competente, que es autonegligente por elección personal.
- *Rechazo a la intervención terapéutica*: paciente que, habiendo sido informado de la conveniencia de recibir tratamiento físico o farmaco-

lógico, o de prevenir un proceso o problema, los rechaza. Se excluyen los pacientes con demencia y aquéllos cuyo entorno familiar (cuidadores) impide el acceso a dichas intervenciones.

A pesar de no ser el objetivo del presente trabajo, insistimos aquí en que todos estos tipos de maltrato *pueden producirse también por los propios profesionales* (por ejemplo, el médico de cabecera que no realiza visitas domiciliarias a pacientes inmovilizados, a pesar de los repetidos requerimientos por parte de los familiares).

FACTORES DE RIESGO

Se han descrito en la literatura múltiples factores que asociados a la presencia de los diferentes tipos de MPM. Aunque no existe unanimidad entre los diferentes autores, a continuación se presentan los más citados. Se han dividido clásicamente en los siguientes apartados:

- Factores del agresor:
 - *Sobrecarga del cuidador.*
 - *Depresión.*
 - *Abuso de alcohol, fármacos o drogas.*
 - *Enfermedad mental.*
 - *Trastornos de personalidad.*
 - *Enfermedad física crónica.*

- *Dependencia de la víctima: económica, vivienda...*
 - Aislamiento social.
 - Pobreza.
- Factores de la víctima:
- *Deterioro físico.*
 - *Dependencia financiera.*
 - *Dependencia física.*
 - Dependencia emocional.
 - Aislamiento social.
 - Antecedentes de maltrato doméstico.
 - Edad mayor de 75 años.
 - Sexo femenino.
 - Viudedad.
 - Deterioro reciente de la salud.
 - Depresión.
 - *Demencia.*
 - Baja autoestima.
 - Cambio frecuente de domicilio y de centro sanitario.
- Factores circunstanciales:
- *Mala relación familiar previa.*
 - Problemas económicos.

- Falta de recursos sociales de apoyo.
- Recibir ayuda social.
- Sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios.
- Falta de iniciativa de los profesionales sanitarios.

Se presentan en cursiva aquellos factores en los que existe más consenso entre los diferentes autores. Globalmente, los factores más ampliamente reconocidos son la *sobrecarga de los cuidadores* y las distintas formas de *dependencia del anciano*.

CONSECUENCIAS

Se han descrito diversos *cuadros clínicos y síndromes geriátricos* que, en ausencia de una causa conocida que lo justifique, pueden estar en relación con la presencia de los diferentes tipos de maltrato, no sólo con el físico. Hay que recordar que el proceso de envejecimiento conlleva una reducción de la capacidad de recuperación. «El anciano que ha sido víctima de malos tratos puede no llegar nunca a recuperarse del todo de la experiencia sufrida». Entre las diversas consecuencias, se puede citar:

- Cuadros depresivos.
- Cuadros confusionales.
- Síndrome de desgaste.
- Caídas de repetición.

- Úlceras por presión.
- Desnutrición y deshidratación.
- Baja autoestima («inutilidad asumida»).
- Aislamiento.
- Mayor pérdida de autonomía y dependencia.
- Todo tipo de lesiones físicas.

Diversos estudios han evidenciado que el MPM se asocia a una *mayor mortalidad*. Por todo ello, es necesario insistir de nuevo en la necesidad de un seguimiento cuidadoso de todos aquellos pacientes en quienes se haya producido o sospechado MPM.

Existen también consecuencias para la sociedad: *el MPM aumenta los costes sanitarios y la frecuencia de institucionalización*.

PREVENCIÓN

Como todos los problemas de salud, el abordaje global del MPM exige actuaciones a nivel de prevención primaria (evitar que se produzca), prevención secundaria (evitar la repetición del suceso) y prevención terciaria (minimizar las consecuencias). Dadas las características del MPM y, al igual que ocurre en el maltrato al niño y con la violencia de pareja, existe consenso en considerar a la APS como el nivel asistencial óptimo para la prevención y detección de este problema. Recientemente la OMS, por medio de la Unidad de Envejecimiento y Curso de la Vida, expo-

ne la siguientes *recomendaciones para la prevención del MPM*:

- Desarrollar una herramienta de despistaje y valoración para su uso en APS.
- Desarrollar un módulo formativo sobre MPM para profesionales de APS.
- Desarrollar y difundir un *kit* de metodología de investigación sobre MPM.
- Desarrollar una base mínima de datos sobre violencia y ancianidad.
- Asegurar la divulgación de los hallazgos de las investigaciones a través de medios científicos.
- Promover cambios políticos.
- Desarrollar un inventario global de buena práctica para la prevención.
- Movilizar a la sociedad civil aumentando la alerta sobre la gran magnitud del problema del MPM.
- Promover estudios piloto intergeneracionales.

Resulta obvio, y así se reconoce tanto por los organismos supranacionales como por todos los expertos, que la prevención del MPM *se debe abordar a nivel social, comunitario y familiar*:

- *Concienciación y educación de la sociedad*:
 - Mejorar la imagen social de los mayores.
 - Crear conciencia de la existencia del MPM.

- Potenciar las relaciones intergeneracionales.
 - Educa en la escuela primaria.
 - Promover campañas de sensibilización a la opinión pública.
 - Educa a personas mayores y a familiares.
 - Educa y forma a profesionales.
- *Apoyo a la familia y a los cuidadores* con servicios de cuidados de larga duración, incluyendo la detección de situaciones de riesgo y el apoyo al cuidador.
 - *Prevención del aislamiento* social y físico de las personas mayores.
 - Investigación, concienciación, divulgación de resultados y actuación.

En este documento nos hemos centrado en la actuación desde APS, bien entendido que la actuación debe ser *multidisciplinar* (médico, profesional de enfermería, trabajador social), debiendo contar con *otros recursos de apoyo* en aquellos casos y momentos en que sean necesarios: servicios de geriatría, unidades de rehabilitación, ayuda social a domicilio, centros de día, plazas de residencia para casos urgentes..., así como ágil acceso a los servicios policiales, judiciales, de defensoría y de tutela.

- *Prevención primaria*: se basa, fundamentalmente, en el conocimiento de los *factores de riesgo* o asociados, descritos más arriba; y, por

supuesto, en las *posibilidades de actuación* sobre ellos. Obviamente, estas posibilidades quedarán en muchos casos fuera del alcance de la APS (situaciones de pobreza, malas relaciones familiares previas...); sin embargo, en muchos otros casos sí será posible la intervención: despistaje y tratamiento de cuadros depresivos tanto en el anciano como en su cuidador, formación e información a los cuidadores, intervención social con diversas prestaciones, correcto diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de las personas mayores, minimizando así la incapacidad y dependencia...

- *Prevención secundaria*: la detección de personas que hayan sufrido uno o varios tipos de maltrato se apoya en el ya mencionado conocimiento de los *factores de riesgo* y en el de los *indicadores de alarma*, que se describen en el siguiente apartado. Se requiere, además, un *elevado índice de sospecha* y una *actitud positiva y de escucha* ante los problemas de las personas mayores, evitando las llamadas «actitudes ageístas», que llevan a trivializar, cuando no a ignorar o incluso a achacar a la edad estos mismos problemas. Las pautas de actuación serán diferentes en cada caso y en la actualidad no existe consenso entre los expertos para recomendar la denuncia policial en todos los casos, a pesar de que existe una exigencia legal para ello. *Se recomienda el estudio detenido,*

en equipo multidisciplinar, de cada caso valorando sobre todo la relación perjuicio/beneficio para la víctima del MPM, sin olvidar tener siempre en cuenta la voluntad del anciano, siempre que éste no se encuentre incapacitado para la toma de decisiones. La atención continuada, el apoyo al cuidador y la disponibilidad de recursos sociales y sanitarios son fundamentales para evitar la repetición de los casos de MPM.

- *Prevención terciaria:* se basa en la correcta actuación ante las consecuencias, tanto físicas como psicológicas y sociales, que puede sufrir el anciano maltratado y que se han expuesto más arriba. Incidir aquí en que la actuación debe ser precoz, dado que son «personas mayores de riesgo», y que van a requerir con frecuencia el concurso de recursos sanitarios del nivel especializado y sociales ya descritos.

DETECCIÓN PRECOZ

Debemos aquí insistir en la necesidad de una *actitud positiva, un elevado índice de sospecha, y de una formación específica*. Se ha demostrado que, en las áreas donde los profesionales están mejor formados y motivados, es mayor la detección de personas mayores maltratadas.

Con mucha frecuencia el Equipo de APS no tendrá seguridad plena de encontrarse ante un caso de MPM;

en estos casos, el diagnóstico será de «sospecha de maltrato», aunque la experiencia demuestre que la mayoría de las veces se produce el tipo de violencia sospechado y, con frecuencia, más de uno. Esta sospecha exige que los profesionales extremen la precaución y el seguimiento y, por supuesto, proporcionen al anciano y a sus cuidadores toda la atención y los recursos que puedan requerir.

Además del conocimiento de los factores de riesgo y asociados expuestos, se han descrito diversos signos y síntomas cuya presencia debe hacer sospechar de inmediato la existencia de un posible maltrato. Estos indicadores se suelen asociar específicamente con algún tipo de MPM, y su detección se basa fundamentalmente en la realización de una historia clínica y una exploración física detalladas y completas. Los principales indicadores serían los siguientes:

— *Maltrato físico y sexual:*

- Magulladuras inexplicables y simétricas.
- Caídas repetidas.
- Historia clínica incongruente con las lesiones que presenta el paciente.
- Hematomas en distintos estadios de evolución.
- Fracturas múltiples.
- Comentarios de otros pacientes.
- Enfermedades de transmisión sexual.

- Heridas o dolor en zona genital.
 - Alopecia parcheada.
- *Negligencia y abandono:*
- Apatía.
 - Depresión.
 - Mala higiene.
 - Malnutrición.
 - Deshidratación.
 - Vestido inapropiado.
 - Comentarios de inseguridad por parte del paciente.
 - Úlceras por presión.
 - Deterioro progresivo de la salud, sin causa evidente.
 - Mal cumplimiento terapéutico.
 - Número de medicamentos excesivo o insuficiente en relación a los problemas de salud.
 - Situaciones de riesgo físico.
 - Aislamiento.
 - Enfermedades de cualquier tipo no tratadas, especialmente psiquiátricas.
 - Estrés familiar.

— *Explotación financiera:*

- Pérdida inexplicable de dinero, cheques o pensión.
- Evidencia de que se han tomado bienes materiales a cambio de cuidados.
- Toma de los efectos personales del anciano sin su autorización.
- Preocupación del anciano por su estado económico.
- Desconocimiento del estado económico propio.
- Cobros de cheques por otras personas.
- Alimentación insuficiente.
- Medicación inadecuada.

— *Abuso psicológico:*

- Confusión y desorientación del anciano.
- Paranoia.
- Depresión.
- Miedo a los extraños.
- Miedo en su ambiente natural.
- Miedo a los cuidadores.
- Baja autoestima.
- Búsqueda de atención y afecto.

- Cambio de carácter cuando está presente el posible agresor.

En el momento actual, no existe un instrumento de detección eficaz y eficiente para su uso en APS, universalmente aceptado, que permita la identificación de la población en riesgo. Se encuentran en diferentes fases de estudio diversos cuestionarios que deberían poseer las siguientes características, según la OMS: ser aplicables en el entorno del anciano, ser utilizados preferiblemente desde APS y consumirse en un tiempo razonable.

Se pueden citar, sin embargo, dos iniciativas interesantes: el cuestionario de despistaje de la *Canadian Task Force* y una ayuda nemotécnica que recoge cinco factores de riesgo consistentemente citados en los estudios:

— *Cuestionario de despistaje (Canadian Task Force):*

- ¿Le han pegado o hecho daño?
- ¿Le han cogido cosas suyas?
- ¿Le han regañado o amenazado?
- ¿Tiene miedo a alguien en casa?
- ¿Ha firmado documentos que no comprendía?
- ¿Está solo a menudo?
- ¿Alguna vez no le han ayudado cuando lo necesitaba?

- ¿Le han tocado sin su consentimiento?
- ¿Le han obligado a hacer cosas que no quería?

Entre diversos expertos españoles se considera que estas preguntas, demasiado directas, probablemente sean inaceptables en nuestro entorno.

— *SAVED, ayuda nemotécnica:*

- *S:* estrés del cuidador por sucesos externos al cuidado.
- *A:* alcoholismo/drogas en el ambiente doméstico.
- *V:* violencia en relaciones pasadas entre la víctima y el responsable del maltrato.
- *E:* riesgo de claudicación del cuidador, falta de recursos emocionales.
- *D:* dependencia de cualquier tipo, económica, emocional, física, entre la víctima y el responsable del maltrato.

ACTUACIÓN

En el momento actual, no existe a nivel de APS ningún Protocolo o Programa de actuación que se pueda recomendar de forma global, a pesar de las graves repercusiones del MPM, tanto a nivel personal y familiar como social. Entre las causas de esta carencia, se pueden citar las siguientes:

- *Escaso y aún reciente reconocimiento del problema*, tanto a nivel social como por parte de los propios profesionales:
 - *Cierta tolerancia social* y dejación de las responsabilidades del Estado en las familias.
 - *Cierta tolerancia familiar*, por desconocimiento y/o dejación.
 - *Falta de formación* específica de los profesionales sanitarios y de servicios sociales; frecuentes actitudes de discriminación por la edad.
 - *Escasez de recursos* adecuados para abordar el problema, tanto en los ámbitos sanitario y de servicios sociales, como en el policial, judicial y legislativo.
 - *Frecuente aislamiento social* de las personas mayores, en función de las situaciones de dependencia.
- *Complejidad intrínseca del MPM*, que es frecuentemente escondido incluso por los propios ancianos maltratados.

Ya se ha expuesto, a lo largo de todo el capítulo, los principios que deben guiar de forma general la actuación ante el problema del MPM: valoración integral, trabajo en equipo, continuidad de los cuidados, formación y descarga de cuidadores, utilización de los diversos recursos sociales y sanitarios, mejor formación y cambio de actitud de los profesionales.

La sospecha o evidencia de maltrato debe llevar a la cumplimentación de un *parte de lesiones* y el envío de copia al Fiscal, según exige la ley. Este documento debe ser siempre emitido, independientemente de la posterior denuncia por parte del anciano o de sus familiares. Además, se debe informar al trabajador social y realizar un *seguimiento*. Cuando el maltrato es evidente, se deben tomar además *medidas urgentes para la protección* del anciano, que pueden incluir la hospitalización, institucionalización, recurso a la protección de otros familiares o utilización de diversos recursos sociosanitarios. Cuando el paciente se encuentra *mentalmente incapacitado*, las medidas de protección y seguimiento deben *extremarse*.

Sin embargo, en la práctica asistencial diaria se produce con frecuencia una *dificultad en la toma de decisiones*, sobre todo cuando se plantea la posibilidad de denuncia judicial. A las limitaciones impuestas por la escasez de recursos y la falta de agilidad de nuestro sistema judicial, se añaden consideraciones éticas derivadas fundamentalmente de la fragilidad y, frecuente dependencia económica y emocional del anciano maltratado, y de la obligación ética impuesta por los principios de *No Maleficencia* y de *Autonomía*; es frecuente encontrar personas mayores que han sufrido diferentes formas de maltrato y, a pesar de todo, prefieren continuar en su domicilio. Ello es debido a que, demasiadas veces, a la denuncia judicial se sigue irremediabilmente la *ruptura de los lazos*

familiares y la institucionalización definitiva del anciano. Recientemente, dos amplios estudios dirigidos a conocer los valores, las expectativas y creencias de las personas mayores en relación al problema del MPM han puesto de manifiesto que muchos ancianos consideran la propia institucionalización como una forma de maltrato.

Al igual que otros muchos autores, nosotros *no disponemos de una regla de decisión* aplicable a todas las situaciones de conflicto entre las exigencias legales y la voluntad de las personas mayores. Consideramos un deber de los profesionales profundizar en su formación tanto sobre el problema del MPM como sobre los aspectos éticos que deben regir su actuación. Sin duda, de esta formación y del estudio individualizado de cada caso surgirán respuestas adecuadas para estas situaciones.

En todo caso, creemos que la familia española que cuida a sus mayores es mucho más subsidiaria de ayuda y apoyo que de denuncias.

Dadas las diferencias en la disponibilidad tanto de recursos sociales como sanitarios, de defensoría, de voluntariado, policiales..., que existen tanto a nivel de todo el territorio nacional como incluso entre áreas sanitarias y distritos, recomendamos la elaboración de un listado de teléfonos y direcciones de los recursos disponibles en cada Centro de Salud. Lo ideal sería que ese listado fuera elaborado por todos los miembros del equipo de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

Rosenblatt CE, Kyung-Hawn C, Durance PW. Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 65-70.

Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Sole M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria* 2001; 27: 331-4.

Moya A, Barbero J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38: 177-85.

Organización Mundial de la Salud, INPEA. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 319-31.

Lachs MS, Williams C, O'Brien S. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 1997; 37: 469-74.

Fulmer TT. Mistreatment of elders. Assessment diagnosis and intervention. *Nurs Clin North Am* 1989; 24: 707-16.

Violencia en la mujer

Silvia Beatriz Brun López-Abisab

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Coordinadora de la Unidad Docente

de Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz

INTRODUCCIÓN

En 1980, la Organización de Naciones Unidas declara la violencia hacia las mujeres como el crimen encubierto más frecuente del mundo. Hoy es considerado un importante *problema de salud pública* y una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la mujer (durante la edad reproductiva es causa de muerte e incapacidad con la misma magnitud que el cáncer).

Las acciones violentas hacia la mujer son múltiples en todo el mundo: en algunos países desde antes de su nacimiento, con abortos selectivos según el sexo; la mutilación genital de niñas (más de 130 millones en todo el mundo); violaciones sistemáticas durante las guerras; acoso sexual en el trabajo y la violencia física, psíquica y sexual en el contexto familiar, de niñas y mujeres adultas.

La violencia ejercida hacia la mujer por su pareja es la forma más común y de la que trataremos en este capítulo.

Conviene, antes de seguir, contestar a una pregunta que muchos se hacen: ¿y no existe la violencia

contra el hombre?: sí, pero ésta no tiene una magnitud comparable; estos sucesos son sólo el 5% de los casos de violencia en la pareja, presenta unas características diferentes a la violencia que nos ocupa y a menudo se produce como una actitud defensiva de una situación en la que la víctima es la mujer.

En 1997, en España, con la muerte de Ana Orantes, se produce una respuesta política y social sin precedentes en nuestro país, y el inicio de prestar una mayor atención a la realidad de la mujer víctima de la violencia de su pareja.

Como persona y como profesional, el médico de Atención Primaria tiene una importante tarea encaminada a la erradicación de este tipo de violencia, al igual que con otras situaciones o patologías. *«El médico de familia puede ser la única persona fuera del entorno familiar a quien una mujer le pida ayuda; estos profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir.»*

La mujer víctima de la violencia buscará ayuda en su médico de familia a través de diversas y múltiples quejas somáticas o psíquicas, de manera que estas mujeres a menudo pueden ser percibidas por el profesional como pacientes difíciles con síntomas refractarios a su intervención.

La función principal del médico de familia es reconocer los signos de violencia y a continuación movilizar todos aquellos recursos que puedan existir dentro de la familia y en la comunidad para proteger a la víctima.

Para poder realizar esta tarea es necesaria la sensibilización y formación de los profesionales: «*Sólo se ve lo que se busca, y sólo se busca lo que se conoce*» (Bertillón).

En este capítulo se pretende, por un lado, iniciar al médico de familia en el conocimiento de algunos de los aspectos más importantes de los que ha de disponer para poder realizar un *abordaje integral* del problema, y, por otra, facilitarle los *instrumentos necesarios* en su práctica clínica habitual para poner en marcha las acciones protocolizadas y coordinadas necesarias para una atención eficaz y adecuada.

En ocasiones, los profesionales de la salud *podemos pensar que este problema incumbe más a otros profesionales que a nosotros mismos*: el miedo a no controlar la situación, los prejuicios o mitos frutos del desconocimiento del problema, la presión asistencial, etc., son algunas excusas para no intervenir o ni siquiera querer «ver». También a veces nos cuesta mucho otorgar la importancia que requiere la movilización por nuestra parte de otros recursos de ámbito social, judicial o policial.

Si estás dispuesto a querer superar todas estas trabas, *esta guía te puede ayudar* a entender un poco el problema, a posicionarte de una forma adecuada ante él y a que puedas realizar una intervención eficaz para la víctima y su entorno. Con la satisfacción además de haber superado la parálisis que te mantenía expectante ante un problema de tal magnitud social y de impacto en la salud.

Antes de seguir conviene que apuntes *una tarea*: en el caso de que desconozcas qué guías o protocolos sobre este tema hay en tu centro de salud o Comunidad Autónoma (CC.AA.), pregunta y hazte con ellos. *Busca* también *los teléfonos y direcciones* de los servicios sociales, policía, organizaciones de mujeres... de tu ámbito a fin de poder disponer de ellos cuando lo necesites. Anota estos datos en la tabla que encontrarás al final del capítulo.

Dedica algún tiempo de forma individual o con tus compañeros del equipo o tus residentes para completar y comentar esta guía, de manera que sea realmente una herramienta útil para tu actividad diaria.

EPIDEMIOLOGÍA

Según la OMS, 1 de cada 5 mujeres en el mundo son víctimas de la violencia por razón de sexo (en sus diversas formas de expresión).

En relación con la magnitud de la violencia contra la mujer en la pareja los datos se obtienen de las denuncias realizadas y de los estudios de prevalencia. *A nivel internacional*, los estudios son muy heterogéneos: podemos distinguir entre estudios de carácter poblacional y los de prevalencia en ámbitos sanitarios. En ambos casos, los datos varían mucho según la definición utilizada de violencia (violencia física, psíquica, ambas, en el último año, en su vida, etc.) y del entorno en que se realice (servicios de urgencias, consultas de Atención Primaria, etc.). En diversos *estudios de*

base poblacional de ámbito internacional entre el 10 y el 69% de las mujeres declaran haber sido agredidas físicamente alguna vez durante su vida, y entre el 3 y el 38%, en el último año.

En los *estudios de ámbito clínico*, la prevalencia en Estados Unidos oscila entre el 21,4 y el 45%. En Europa: 41%, en Londres, y 39%, en Irlanda.

En España podemos hablar de 30.199 *denuncias* en el año 2002. De la distribución de éstas se deduce que las Comunidades Autónomas con más denuncias son: Melilla, Ceuta, Canarias, Murcia y Madrid; y las de menos: Navarra, Extremadura, Cataluña, Galicia y Aragón. Considerando además que sólo el 5-10% de los casos de maltrato y el 25% de las violaciones se denuncian, podemos hacernos una idea de las cifras reales.

Existen pocos estudios de ámbito nacional, uno de ellos es la Encuesta del Instituto de la Mujer que, con algunos aspectos metodológicos algo criticables, obtiene cifras de 12,4 ó 4,2%, según las distintas definiciones utilizadas de maltrato.

Los *estudios de prevalencia* más comparables a los realizados a nivel internacional en Atención Primaria en nuestro país han sido publicados en diferentes foros científicos durante los años 2002 y 2003 (congresos de medicina de familia, cursos de formación), y aunque son de ámbito local pueden ayudar a dar luz a nuestra realidad: entre el 17,9 y el 23% de las mujeres que acuden a la consulta del médico de familia sufren situaciones de violencia por parte de su pareja o ex pareja.

En el año 2002 se produjeron *50 muertes de mujeres* a manos de sus parejas; de enero a septiembre de 2003, la cifra del año anterior ya ha sido superada: *57 víctimas*.

CONCEPTO Y TÉRMINOS

La Organización Mundial de la Salud define en 1993 la *violencia contra la mujer* como: «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ocurra en la vida privada o en la vida pública».

Los *aspectos que definen la violencia* contra la mujer en la pareja son:

- Se produce mayoritariamente en el *ámbito privado* del hogar.
- Sigue modelos de conducta y comunicación propias de una relación asimétrica: el hombre usa los actos violentos para el sometimiento y *control de la mujer*.
- Agresor y víctima mantienen o han mantenido una *relación de afectividad*.
- Se caracteriza por la *reiteración o habitualidad* de las distintas agresiones que progresan en escalada a lo largo de la relación de pareja, incluso una vez finalizada ésta.

- Se suelen presentar *distintos tipos de abuso*: psicológicos, físicos, sexuales, etc.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta

- La violencia no es un instinto, *la violencia se aprende*.
- *Es un fenómeno universal*: se da en todos los países, culturas y en todas las clases sociales.

Otros términos

Existen otros términos utilizados para describir el problema:

- *Violencia doméstica*. La que se produce en el ámbito familiar (incluye la violencia hacia el anciano y el niño).
- *Violencia familiar*. Entre los que tienen una relación de consanguinidad (no recoge, por lo tanto, la violencia hacia la pareja).
- *Malos tratos*. Este término según algunos expertos tiende a diluir la gravedad de las situaciones que se pueden llegar a presentar.
- *Violencia de género*. La que se dirige a la mujer por el hecho de ser mujer. Algunos varones reclaman este término para definir la violencia entre los dos sexos indistintamente.
- *Terrorismo doméstico*. Utilizado por algunos grupos sociales en nuestro país para destacar,

entre otras cosas, que es un problema de mayor magnitud que el terrorismo político.

Las tendencias de los expertos y de la literatura internacional se inclinan por el uso del término «*violencia contra la mujer en la pareja*», y así lo haré en este capítulo, aunque, en ocasiones, para no resultar reiterativa utilizaré algunos de los otros términos.

TIPOS DE VIOLENCIA. CICLO DE LA VIOLENCIA

En una relación de maltrato, la violencia se establece de forma progresiva saltando o simultaneando unas formas y otras:

- *Psicológica y/o emocional*. La mayoría de las veces a través de agresiones verbales (insultos, amenazas, humillaciones, coerción, críticas constantes) o mediante el abandono o aislamiento emocional, control de lo que dice o hace.
- *Social*. Humillaciones y descalificaciones en público, se muestra descortés con sus amigos o familiares. Esto genera aislamiento social, ya que ella intentará evitar dichas situaciones.
- *Ambiental*. Golpear o romper objetos, tirar sus cosas, conducir peligrosamente con el objetivo de atemorizarla.
- *Económica*. Le controla el dinero o le impide su acceso a él (aunque sea ella quien lo gane), le prohíbe realizar un trabajo remunerado, etc.

- *Física*. Comprende acciones que van desde zarranear, empujar, abofetear, golpear con la mano o con algún instrumento, produciendo daño corporal de diversa índole. Este tipo de violencia *conlleva implícita la ya existencia de violencia psicológica* y a menudo de los otros tipos.
- *Sexual*. La imposición de cualquier relación sexual no deseada por la mujer, o venganza, chantaje y amenazas si no desea tenerlas.

Ciclo de la violencia

La violencia que nos ocupa se mueve dentro de unas pautas que tienden a la repetición y que ha sido llamado Ciclo de la Violencia, con varias fases:

- *Fase de tensión creciente*. Se inicia con menosprecios, indiferencia, sarcasmos, tiranías, etc.
- *Fase de explosión aguda*. Él pierde el control y empiezan los empujones, golpes u otros tipos de violencia.
- *Fase de remisión o «luna de miel»*. En esta etapa el agresor se esfuerza por mantener a la víctima con él: se disculpa, se muestra cariñoso, le hace regalos, le promete cambiar. Esta fase refuerza en la mujer la idea de que no es tan malo en el fondo y que ella lo podrá cambiar.

Con cada repetición del ciclo las agresiones son más frecuentes y graves. Este proceso ejerce sobre la víctima un *importante deterioro de su salud física y psicológica*.

CAUSAS

Antes de empezar, te propongo una adivinanza que me contó una compañera en un curso, dedícale al menos medio minuto, sólo entonces si no la resuelves busca la solución al final del capítulo*: «Pérez tenía un hermano, el hermano de Pérez murió; sin embargo, el hombre que murió nunca tuvo un hermano».

La violencia contra las mujeres nace de un *sistema de relación de géneros* que produce una organización social que ha defendido desde siempre que los hombres son superiores a las mujeres.

No obstante, las raíces de la violencia contra la mujer son *multifactoriales*. Una gran variedad de factores de carácter individual, situacional, social y cultural se combinan para causar el abuso de hombres hacia mujeres. Entre ello parece que los más determinantes son: la *desigual situación de la posición de la mujer* y el uso «*normalizado*» de la *violencia en la resolución de conflictos*.

La concentración de *déficit socioculturales* (pobreza, desempleo, infravivienda, leyes permisivas, etc.) y el *deterioro de las redes sociales* (aislamiento, segregación, discriminación, etc.) hacen que la sociedad sea incapaz de controlar conductas y frenar normas, con las que se expresan o en las que se ampara este tipo de violencia contra la mujer.

FACTORES DE RIESGO

Las situaciones de violencia contra la mujer se dan en cualquier clase social, edad, país, cultura, religión y

nivel socioeconómico, pero los estudios hasta ahora realizados ofrecen mayor vulnerabilidad para ser víctima o agresor según la existencia de unas determinadas características. No obstante, hay que recordar que *estos estudios se realizan sólo con los casos detectados* y, por tanto, estos perfiles pueden no corresponder a muchas mujeres víctimas o agresores, puesto que son muchos los que no se conocen y, por tanto, no pueden ser objeto de estudio.

Factores de riesgo de ser mujer víctima de la violencia

- Historia de violencia familiar en su infancia (haber sido víctima de ella o haberla presenciado).
- Estar embarazada.
- Nivel socioeconómico y/o educativo bajo.
- Tener como pareja a un hombre excesivamente celoso y/o posesivo.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Baja autoestima.
- Aislamiento social.
- No asumir los roles tradicionales de género.

Factores asociados al agresor

- Historia de violencia familiar en su infancia (haber sido víctima de ella o haberla presenciado).

- Ser joven.
- Bajos ingresos económicos y/o desempleo.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Baja autoestima, inseguridad, dependencia emocional, tendencia a la frustración.
- Dificultad en el control de los impulsos, celos.
- Concepción rígida del rol de géneros, identificación de la masculinidad con la violencia.

Existe el mito de que los maltratadores son enfermos mentales y/o alcohólicos, es sólo un mito. Muchos de ellos son personas y profesionales «normales» o incluso de éxito social. Y se caracterizan porque obtienen *ciertas gratificaciones a través de la conducta violenta*: liberación de la rabia en respuesta a lo que perciben, como un ataque a su posición de cabeza de familia, neutralización temporal de su necesidad de dependencia o su vulnerabilidad, conservar la supremacía sobre su compañera y alcanzar la posición social positiva que tal dominación le permite.

CONSECUENCIAS

Consecuencias para la salud de la mujer

Aunque *ser víctima de la violencia* puede tener consecuencias directas sobre la salud, también *aumenta el riesgo de enfermar*. Ser una mujer maltratada es un factor de riesgo para multitud de trastornos.

La influencia de la violencia sobre la salud persiste aun cuando ésta ha desaparecido y la acción de los diferentes tipos de abuso tiene carácter acumulativo sobre la misma.

Consecuencias físicas

- Cualquier lesión traumática, preferentemente de localización central: cara, cuello, tórax, abdomen, genitales (todas con mayor frecuencia en zonas no visibles y pueden presentar diferentes datos.).
- Trastornos gastrointestinales.
- Síndromes de dolor crónico, mialgias, poliartralgias, etc.
- Fibromialgia.
- Síndrome de intestino irritable.
- Derrame ocular.
- Hipoacusia por rotura timpánica.
- Dolor torácico, palpitaciones, disnea.

Consecuencias para la salud reproductiva y sexual

- Menstruaciones irregulares o dolorosas, síndrome premenstrual.
- Infertilidad.
- Enfermedad inflamatoria pélvica y/o dolor pélvico crónico.

- Enfermedades de transmisión sexual (incluido el sida por abuso sexual o impedimento para el uso de preservativos).
- Embarazo no deseado (por lo que algunos estudios lo relacionan con un elevado número de hijos).
- Complicaciones del embarazo y/o aborto.
- Disfunción sexual: dispaurenia, vaginismo.

Consecuencias psíquicas y conductas de riesgo

- Baja autoestima.
- Depresión y ansiedad.
- Trastornos alimentarios.
- Fobias y trastornos de pánico.
- Síndrome de estrés postraumático.
- Enfermedades psicosomáticas.
- Suicidio y/o autolesiones.
- Abuso de psicofármacos, alcohol y/o drogas.
- Tabaquismo.

Mortalidad

- En relación con el sida.
- Mortalidad maternal.
- Homicidio.
- Suicidio.

Consecuencias laborales y sanitarias

Dado el largo impacto de la violencia en la salud de la mujer, estas mujeres tienen un *mayor número de bajas por enfermedad* y hacen un *mayor uso de los servicios sanitarios*, que incluyen:

- Mayor número de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.
- Hiperfrecuentación a la consulta de su médico.
- Mayor uso de los dispositivos de salud mental.
- Mayor consumo de medicamentos.

Consecuencias para los hijos

Los hijos son los *principales testigos de la violencia en el hogar*, y las consecuencias para ellos son nefastas:

- Sentimientos de miedo y amenaza, pesadillas, ansiedad, depresión.
- Dificultades de aprendizaje y socialización.
- Comportamientos auto o heterodestructivos.
- Mayor frecuencia de enfermedades psicopatológicas y psicosomáticas.
- *Víctimas directas de la violencia* por parte del padre o la madre.
- A largo plazo estos niños y niñas tienen más probabilidad de ser agresores o víctimas de violencia, lo que se ha llamado *violencia transge-*

neracional (ya vimos antes cómo la violencia se aprende).

Consecuencias para el agresor

- Sentimientos de frustración y resentimiento.
- Riesgo de pérdida de mujer e hijos.
- Riesgo de detención y condena.
- Rechazo familiar y social.

PREVENCIÓN

La prevención de la violencia contra la mujer requiere esfuerzos de tipo multidisciplinar y la implicación de los gobiernos:

- *Medidas educativas.* La educación de los niños y niñas en la igualdad de los géneros, de las razas y clases sociales, así como en la paz y la tolerancia. En el seno de la familia y en la escuela. Son la base de cualquier actuación preventiva seria.
- *Legislativas.* Leyes que sancionen de forma contundente la violencia entre las personas y que protejan a las víctimas con un abordaje integral.
- *Laborales.* Igualdad de géneros en el acceso y las retribuciones laborales.
- *Sociales.* Relaciones personales basadas en la igualdad, rechazo de la «necesaria adaptación» a los roles de género, rechazo a las conductas violentas, servicios de apoyo a las víctimas, etc.

- *Prevención sanitaria.* Abordaremos aquí la prevención primaria en la atención sanitaria. La prevención secundaria (detección precoz y actuación) y la terciaria (control de las secuelas y recuperación) se verán en siguientes apartados.

La *prevención primaria* en el campo de la Atención Primaria recoge:

- Establecer *relaciones con compañeras y pacientes* basadas en la igualdad de géneros y el rechazo a la agresividad o la violencia.
- Realizar actividades de *promoción y prevención de la salud*, individuales o grupales, que fomenten la autoestima personal y el autocuidado, el respeto en las relaciones interpersonales y la convivencia pacífica.
- *Sensibilización* sobre la importancia de las situaciones de la violencia como un problema de salud y, por tanto, susceptible de nuestra intervención como médicos de familia.
- *Formación* en las distintas facetas en las que el profesional sanitario puede intervenir.
- *Identificar a personas con mayor riesgo de estar relacionadas con una situación de violencia:* mujeres víctimas, hombres agresores y niños o niñas testigos y/o víctimas, según las características comentadas en el apartado de factores de riesgo.

- *Identificar situaciones de especial riesgo*: abuso de alcohol, fármacos o drogas, desempleo, embarazo, separación, disfunción familiar, etc. Y realizar un seguimiento de las mismas con apoyo psicosocial y ofreciendo los recursos necesarios.

DETECCIÓN PRECOZ. ABORDAJE DEL CASO OCULTO

No es necesario volver a abundar en la importancia de detectar la situación de violencia que sufren las mujeres que acuden a nuestras consultas y el papel que desempeñamos los médicos de familia dada la longitudinalidad de la atención y la accesibilidad a nuestra atención.

Se trata de identificar lo que se ha denominado «*Síndrome de maltrato a la mujer*»: «Conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el hombre sobre su cónyuge o mujer a la que estuviera o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad».

No obstante, hemos de tener una *visión integral de la mujer*, no fijarnos sólo en los síntomas, hemos de saber también cómo se siente, qué creencias tiene y cómo se relaciona, para realmente poder ayudarla. *Para ello es fundamental que antes nos enfrentemos a nuestros propios sentimientos, creencias y actitudes sociales* frente al tema, para no producirles mayor daño (*victimización secundaria*) por nuestros propios prejuicios (que todos y todas tenemos en distinta medida, pues somos fruto de la misma cultura).

*La detección la podemos realizar en cualquiera de nuestras actividades asistenciales en el centro de salud: en la consulta a demanda, en urgencias, en el domicilio, en los programas de salud materno-infantil... Y el adecuado abordaje y seguimiento requiere una buena dosis de *coordinación multidisciplinar*: con la trabajadora social, el pediatra, la policía, los servicios sociales, etc.*

Recomendaciones a nivel internacional sobre la detección

Las organizaciones científicas de mayor prestigio a nivel internacional, así como los estudios más rigurosos, justifican la intervención del médico de familia en la detección por: la alta prevalencia y el valor potencial que conocer la situación de violencia tiene en la valoración y tratamiento de cualquier problema de salud que presente la mujer. Aunque *el screening sistemático no está justificado*, se recomienda que *los médicos de familia estén alerta* ante las personas, características y situaciones de riesgo e *introduzcan en estos casos preguntas en la entrevista clínica* encaminadas a la detección. Existen numerosos cuestionarios, pero lo más utilizado es la entrevista semiestructurada (de la cual hablaremos).

Recomendaciones del Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS) ante la violencia doméstica en España

- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato.
- Identificar personas de riesgo y situaciones de mayor vulnerabilidad.

- Estar alerta ante demandas que puedan ser una petición de ayuda no expresa.
- Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, con los hijos y con el agresor.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el pediatra, si fuera preciso, e informar sobre la red social disponible.
- Realizar el informe médico legal si procede.
- Registrar los hechos en la historia y en la hoja de problemas.

¿Cuándo sospechar para decidir preguntar?

Aquí te remito a repasar los apartados anteriores, donde se citan *los factores de riesgo y consecuencias para la salud de la mujer*. Además pueden inducir a sospecha: casos en que te puedas encontrar mujeres con actitud sumisa o de miedo ante el posible agresor; desconfiadas con el entorno; que visitan repetidas veces la consulta o urgencias por asuntos banales u otros; en proceso de separación o divorcio; hombres excesivamente preocupados y solícitos o despreocupados y despectivos con sus parejas.

Pensarás que muchos de estos síntomas o situaciones son muy inespecíficos, entonces ¿por qué relacionarlo directamente con violencia contra la mujer? Tienes razón. Alguna vez la sospecha puede ser clara,

pero en muchas ocasiones podríamos decir que un día cualquiera, uno, algunos o muchos de los «indicadores» presentados te hacen «atar cabos» y *pensar que detrás de ese síntoma puede haber algo más*. Te habrás de plantear entonces *hacer un abordaje psicosocial* y una entrevista para resolver tus dudas. Es en este momento donde has de tener en cuenta que, entre otras cosas, *se puede tratar de un caso de violencia y, por tanto, tienes que preguntar sobre ello*.

Establecer un plan

Citar a la mujer a solas, un día en que le puedas dedicar más tiempo, con el objeto de hacer una revisión de la situación que sufre (si tiene síntomas) o por cualquier otra excusa que te inventes (completar la historia clínica, contracepción, menopausia, etc.).

Primera entrevista

En ocasiones cuando a la mujer le ofrecemos un entorno de confianza y espacio para hablar, puede que empiece a contarnos; entonces lo mejor es escucharla con atención, sin interrupciones, sin juicios. Si esto no ocurre, comenzaremos nuestra entrevista a partir de la excusa por la que la hemos citado e iremos profundizando.

Actitud y consejos para comenzar la entrevista

- Recibirla en un *entorno tranquilo* sin interrupciones, disculpándote si las hay (el teléfono, alguien que abre la puerta...).

- En cualquier momento en el que la mujer demuestre la confianza de algo íntimo, le aseguraremos nuestra *confidencialidad*.
- Mantén una *actitud empática*, cuida las expresiones y ¡ojo! con el lenguaje no verbal (poner caras, jugar con el bolígrafo, tumbarse sobre el respaldo de la silla...).
- *Explora pronto sus creencias* (educacionales, culturales y/o religiosas), ya que a menudo la consideración de abuso o violencia puede quedar enmascarada por éstas (muchos actos no son considerados abusivos o violencia por algunas mujeres: porque están acostumbradas a verlo como «normal», porque creen que es su deber como esposa, etc.).
- La existencia de *material informativo* o referente a la atención a la violencia contra al mujer (póster, folletos, pins...) en el centro, la consulta o sala de espera, ayudan a acrecentar la confianza de las mujeres que pudieran decidirse a contar su situación en algún momento.

Preguntas

- *En relación con los antecedentes familiares y personales*: además de las patologías, intervenciones u otros datos, podemos preguntar: ¿cómo fue tu infancia?, ¿tienes recuerdos importantes?, ¿cómo era el ambiente en tu casa?, ¿había problemas?, ¿discutían tus padres?, ¿cómo te afectó?

- *Sobre las relaciones en casa y con su pareja.* Empezar de lo más general a lo específico según las resistencias. Es muy importante no forzar, sólo insistir lo oportuno. Si hay mucha resistencia (incomodidad, ansiedad, enfado), podemos cambiar el hilo de la entrevista y citarla para otro día con la misma u otra excusa para volver a intentarlo. Es importante, si estamos ante un caso de violencia, darle tiempo y confianza y *respetar su ritmo para hablar.*
 - *Sobre las relaciones en la casa/entorno:* ¿qué tal van las cosas por casa?, ¿hay algún problemilla en casa que te preocupe?, ¿qué tal te llevas con tu familia de origen?, ¿sales con amigos?
 - *Sobre cómo se resuelven los problemas en la pareja:* ¿qué tal con tu pareja?, ¿discutís alguna vez?, ¿qué ocurre cuando discutís?, ¿es celoso y/o posesivo?, ¿sientes que te controla?, ¿alguna vez has sentido miedo cuando estáis discutiendo?
 - *Sobre actos no agresivos pero abusivos:* ¿alguna vez te has sentido mal por algo que te ha hecho tu pareja?, ¿crees que te trata como mereces?, ¿te ridiculiza ante los demás?, ¿decide por ti?, ¿te controla el dinero?, ¿alguna vez no te deja hacer algo que quieras?
 - *Sobre actos violentos:* ¿alguna vez rompe cosas si discutís?, ¿alguna vez te ha amena-

zado?, ¿te ha empujado? (esto es importante porque las primeras lesiones físicas suelen ser debido a empujones, pero la mujer puede no considerar que él ha sido el causante ya que se dañó al caer), ¿te ha pegado?, ¿tenéis relaciones sexuales, aunque no te apetezca a ti?, ¿alguna vez te ha forzado sexualmente?

- *Sobre la gravedad de la violencia:* ¿alguna vez has tenido que acudir a urgencias por una agresión?, ¿alguna vez te ha golpeado con algo?, ¿alguna vez ha abusado o golpeado a tus hijos o a otros convivientes?
- *En ocasiones, podemos optar por abordar el tema del maltrato desde el principio con algunas coletillas:* «Muchas mujeres que atiendo conviven con hombres que las tratan mal...»; «No sé si puede ser tu caso, pero estoy viendo a muchas mujeres con problemas en casa, con sus maridos...»; «Los síntomas que tienes pueden estar relacionados con estrés emocional...».

¿Qué hacer o decir si la mujer nos cuenta que sufre una situación de violencia?

Tanto para la primera entrevista como en el seguimiento:

- Es fundamental una *escucha activa* (con contacto visual).

- Creerla, tomarla en serio. *No juzgarla.*
- *Facilitar* la expresión de sus sentimientos.
- *Informarle:*
 - Que la violencia afecta a muchas mujeres y que no está justificado que nadie la sufra (puede disminuir su sentido de soledad y aislamiento).
 - Sobre las características de este tipo de violencia, el ciclo de la violencia, situaciones de riesgo, tipos de violencia (e identificar con ella los que se dan en su caso).
 - Sobre los riesgos de esta situación en su salud física y psíquica y la de sus hijos.
- *Decirle que la culpa no es de ella.* Que necesita ayuda y se la podemos ofrecer siempre que ella así lo quiera.
- *Identificar las creencias erróneas* (sobre el rol sexual, las justificaciones del agresor...) y ayudarla a elaborarlas.
- *Validarla* cuando haga autovaloraciones negativas (que es fuerte, que sí que ha hecho muchas cosas, aunque no hayan sido eficaces, que tiene tiempo para poder tomar decisiones que la hagan sentir mejor...).
- Ayudarla a pensar, a ordenar sus ideas y a *tomar sus propias decisiones* cuando esté preparada para ello (no aconsejar).

- *Estimular su autonomía*, relaciones y/o proyectos y a participar en algún grupo de apoyo de mujeres. Existen experiencias interesantes en España de *grupos de mujeres* víctimas de la violencia de pareja con importantes beneficios para ellas: aumentar su autoestima, mejorar sus habilidades de comunicación y relación, clarificar sus pensamientos y sentimientos para ir elaborando y resolviendo la dramática situación que viven.
- Respetarla, *aceptar su ritmo* y lo que elija hacer o no hacer.
- Decirle que no es conveniente que le cuente de esta conversación a su pareja.
- *Registrar los hechos claramente en la historia clínica* (utilizando a ser posible sus propias expresiones): tiempo de evolución del maltrato, tipos de violencia y evolución de los mismos, síntomas físicos y psíquicos que presenta, diagnóstico y tratamientos que ha requerido, si ha sido derivada a otros servicios, juicio clínico sobre la relación de los síntomas con la situación de víctima de la violencia, plan a seguir...
- *Si no te encuentras capacitado o capacitada* para intervenir, o no tienes tiempo, debes derivarla (de la forma más segura y confidencial) a la trabajadora social o un centro de atención a mujeres. Pero puedes seguir ofreciéndote a ayudarla en lo que puedas, conviene asegurarse de que está siendo atendida por alguien.

Seguimiento

El seguimiento consiste en citar a la mujer periódicamente, teniendo en cuenta todo lo expuesto en el apartado anterior de primera entrevista. *Lo podemos realizar con el asesoramiento y colaboración de otro/as profesionales.*

Objetivos del seguimiento

- Acompañarla y apoyarla.
- *Ayudarla a disminuir el umbral de tolerancia a la violencia* (aumentando su autoestima y autonomía y analizando con ella situaciones y/o sentimientos).
- Establecer un *plan de seguridad*.
- Vigilar las situaciones de especial *riesgo*.
- *Registrar en la historia y elaborar otros documentos* en caso de que sea necesario (informe clínico; parte de lesiones, del que hablaremos más adelante).
- *Información y/o derivación* a otros profesionales o unidades de atención a la mujer.

Plan de seguridad

Durante el seguimiento es preciso valorar en todo momento la gravedad de la situación de violencia y el riesgo que sufre la mujer u otros convivientes (hijos,

ancianas). Se trata de planificar con ella aquellas posibles situaciones de riesgo en que se pueda encontrar:

- *No ir a solas con él* a sitios muy aislados o a centros sanitarios (donde no podría hablar libremente por su presencia).
- *Establecer un plan de huida en situación de urgencia*: a quién llamará o acudirá para ir a un lugar seguro. Si no pudiera salir, abrirá las ventanas y gritará: ¡ayuda!, ¡socorro! o ¡fuego! Tener preparado en una bolsa en lugar seguro (en su casa o la de alguien de confianza) las cosas que pueda necesitar si sale huyendo: su documentación y la de los niños, carnet de conducir, informes médicos o partes de lesiones, dinero, llaves, agenda con números necesarios de amigos o instituciones...
- *Si decide dejarlo de forma programada*: escoger el mejor momento, no dar ninguna pista ni información a él para no ser localizada. No tener ningún contacto con el agresor y mantener en secreto su domicilio (de amigos, familia o casa de acogida) es fundamental para su seguridad y la de sus hijos una vez separada.

Factores de alto riesgo

La presencia de algunos de estos factores requiere una atención y análisis especial de la situación para valorar si sería necesaria una intervención por nuestra parte debido al *riesgo vital*.

Factores de riesgo de asesinato

- Aumento de la frecuencia de los incidentes y/o severidad de las lesiones.
- Incidentes en presencia de terceros.
- Conducta vigilante y/o celotipia extrema.
- Uso de instrumentos para golpear.
- Existencia de armas en el domicilio.
- Amenazas de suicidio u homicidio por parte del agresor.
- Agresión a hijos u otros convivientes.
- Factores estresantes para el agresor: pérdida del empleo...
- Trámites de separación o divorcio (la gran mayoría de los homicidios se comenten durante o después del proceso de separación).
- Embarazo (parece que el agresor siente amenazada su posición familiar ante la llegada de un nuevo miembro).
- Agresión sexual.
- Fracaso de los sistemas de apoyo familiares o sociales.

Factores de riesgo de suicidio

- Depresión grave.
- Hijos mayores y/o que viven fuera del hogar (a menudo los hijos son un elemento motivador

para seguir aguantando o acabar rompiendo con la relación).

- Mujeres ancianas.

Lo que nunca debe hacerse o decirse

- Suponer que la violencia contra la mujer no ocurre entre la población que atiendes.
- Justificar y excusar al agresor.
- Recomendar una entrevista con el agresor o terapia familiar.
- Aconsejar que ponga fin a la relación (debe decirlo ella misma en su momento).
- Hacer afirmaciones o preguntas en tono sarcástico.
- Subestimar el riesgo que corre la mujer.

Actuación con los hijos

La violencia contra la mujer es también un problema pediátrico. Por tanto, si en el caso detectado de violencia contra la mujer hay hijos, la médica de familia ha de trabajar conjuntamente con el pediatra, el cual puede plantear una entrevista con el niño o niña para hacer una valoración e intervención:

- Entrevista (una primera y seguimiento) en ambiente de confianza para el niño.

- *Evaluar el grado de afectación*: las citadas en el apartado de *consecuencias para los hijos*. En caso de alguna afectación importante *se derivará* a servicios especializados.
- Hablarle sobre su *no culpabilidad* en lo que ocurre y enseñarle mecanismos de autoprotección.
- Si hay *sospecha de agresión al niño* actuar según el capítulo de situación de violencia en el niño.

Actuación con el agresor

Con frecuencia la víctima y el agresor son pacientes nuestros y, por tanto, no se debe eludir la actuación con el segundo. Cuando el hombre acepta el maltrato y acude a nosotros, hay que concertar una cita:

- Crear un clima tranquilo, pero *hablar con seguridad*.
- Permitirle reconocer sus comportamientos violentos y que se haga responsables de ellos.
- *Hablarle claramente de lo inaceptable de su conducta* y que es un delito.
- *Informarle del daño* importante en la salud y bienestar de su mujer e hijos y de las consecuencias para él (abandono, detención, condena...). Aunque es frecuente que no acepte esto y culpabilice a la mujer de todo.
- *Ofrecer tratamiento y/o derivación* para problemas específicos si los hay: alcoholismo, toxicomanías, trastornos psicológicos...

- *Nunca dar información sobre la mujer.*
- No creer en una rehabilitación espontánea, aunque se muestre arrepentido.
- *Derivar a un programa de rehabilitación* en caso de que lo hubiera.

Por otra parte, en caso *de sospecha de que un hombre puede estar maltratando a su pareja*, podemos hacer una intervención para detectarlo con la misma secuencia que en el caso de la sospecha de mujer maltratada.

ACTUACIÓN EN LA SITUACIÓN URGENTE

Aquí vamos a describir el abordaje del caso urgente que se nos puede presentar, tanto durante la realización de guardias o en nuestra propia consulta a demanda si la que acude es una paciente nuestra a la que ya seguimos por una sospecha o evidencia de violencia contra la mujer en la pareja.

Objetivos de la actuación urgente

- Garantizar la *protección de los derechos de la mujer.*
- Realizar *una intervención eficaz, rápida y coordinada* entre las distintas instituciones responsables de la atención integral.

Funciones del equipo de guardia

Habitualmente el médico de familia trabaja con otros profesionales sanitarios para realizar la atención

urgente; es muy importante en estos casos la coordinación entre ellos. De aquí la *necesidad de que en cada centro se haya establecido de forma previa las actuaciones de cada profesional* en este tipo de atención, de modo que todas las funciones se lleven a cabo:

- Atención clínica urgente.
- Expedir los documentos establecidos (informe clínico y parte de lesiones).
- Activar la protección policial, en el caso de que la víctima necesite protección.
- Comunicación al juzgado (a través del parte de lesiones o solicitando la presencia del forense si procede).
- Informar sobre los servicios sociales y/o contactar con los mismos de forma urgente si es necesario.

Atención clínica urgente

Actitud de los profesionales

Trato comprensivo que aporte seguridad y apoyo, permitirle la compañía de alguien de su confianza en cada instante, informar en todo momento de los pasos a seguir y pedir su consentimiento, evitar esperas para ser atendida y que la atención se desarrolle en un lugar que respete su intimidad (lugar tranquilo, con puertas que se puedan cerrar y sin la presencia de «curiosos»). Si tenemos sospecha de que el acompañante pueda ser

el agresor, se le indicará que espere fuera de la consulta (con el mayor tacto y asertividad); en caso de que se niegue a ello, tendremos que valorar según el grado de las lesiones y situación de la mujer la conducta a seguir respecto al agresor (dejarlo pasar o ¿intervención policial?). Pero *NUNCA preguntar a la mujer sobre malos tratos delante de su posible agresor.*

Atención y cumplimentación de documentos

La mayoría de las CC.AA. disponen ya de protocolos y modelos propios de informe clínico y/o parte de lesiones. En ocasiones el documento del parte de lesiones aporta los datos de mayor interés y en otros en el parte de lesiones no se aportan datos clínicos ni detalles sobre la agresión porque se adjunta con el informe, más completo y detallado.

En el caso de que no estén informatizados es imprescindible que la letra con que se cumplimenten sea *legible*. Han de tener *tres hojas autocopiativas* (para la historia clínica, para el juzgado y *para la interesada*). Si no existiera modelo, el médico puede recoger los siguientes datos, recordando que tendrá que hacer dos copias del mismo:

- *Informe clínico.*
- *Datos de filiación.*
- *Datos sobre la agresión:* fecha, hora y lugar de la agresión, tipo de agresión (física, psicológica u otras); nombre y parentesco del agresor; exis-

tencia de testigos; si ha presentado denuncia en alguna instancia (policía, guardia civil o juzgado).

- *Antecedentes personales de agresiones y enfermedades:* agresiones anteriores (fecha de comienzo, número, frecuencia, denuncias); lesiones que presentó y si requirió asistencia médica (lugar y fecha de la asistencia); coexistencia de agresiones a hijos u otros convivientes; enfermedades, intervenciones, hábitos y uso de medicamentos.
- *Valoración del estado emocional y psicológico:* si requiere valoración psiquiátrica será derivada a la unidad de salud mental que proceda. Recordar que, desde 1999, el Código Penal considera punible el maltrato psíquico (además del físico y sexual); por lo tanto, *es posible realizar un informe y/o parte de lesiones únicamente con lesiones psicológicas*, en el caso de que sean las únicas existentes.
- *Exploración física:* tipo de lesiones (al ser posible acompañado de esquemas/dibujo o *fotografías*, estas últimas aunque no pueden ser consideradas como pruebas, son de gran utilidad al forense en la posterior valoración de las lesiones): naturaleza, localización, forma, tamaño, disposición, aspecto, color y especificar si existen lesiones de otras datas. Si las lesiones son graves o requieren la intervención de otros especialistas, la paciente será derivada al hospital.

- *Exploraciones complementarias*: si requiere alguna que no esté disponible en el centro de salud, se derivará al centro hospitalario.
- *Diagnóstico*: de las lesiones físicas y psicológicas.
- *Tratamiento*: registrar siempre (se comenta en parte de lesiones).
- *Plan de actuación* (se alerta a la policía, derivación a su médico de familia, servicios sociales...).
- *Otras observaciones*.
- *Parte de lesiones* (véase también «Observaciones sobre el parte de lesiones al final del apartado»).

Se trata de una notificación al juez de guardia para cumplir con la Ley de Enjuiciamiento Criminal: «*Los que por razón [...] de sus profesiones [...] tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a comunicarlo inmediatamente al [...] juez de instrucción [...]*».

Para calificar una lesión como falta o delito actualmente es de gran importancia la necesidad de aplicar *tratamiento* (quirúrgico o médico, en el momento de la atención o el prescrito al alta) y el número de *atenciones médicas necesarias*. De aquí la importancia de cumplimentar el parte de lesiones lo más completo posible sin olvidar estos dos aspectos.

El parte de lesiones inicia automáticamente un proceso judicial, aunque la mujer no interponga denuncia. Este proceso comienza por la citación de la paciente en el Juzgado para ser valorada por el médico forense.

Datos que recoge el parte de lesiones

- *Datos del médico de familia:* nombre y apellidos, número de colegiado y colegio, centro y lugar de trabajo.
- *Datos sobre la asistencia:* día, hora, centro de salud, dirección y localidad de la asistencia.
- *Datos de la atendida:* nombre y apellidos, edad, domicilio (dirección, localidad y provincia), teléfono.
- *Y se añade:* «... le remite el informe médico que se adjunta, por presunto caso de violencia contra la mujer».
- *Fecha y firma.*
- Ilmo./a. Sr./a. Juez de ... Localidad ...

Intervención de la autoridad policial

(Anotar el teléfono y la dirección en la tabla que se encuentra al final del capítulo)

El equipo sanitario puede requerir la presencia de la policía:

- *Para la detención del agresor.*
- *Para la protección de la víctima.*

En muchos de los casos que podemos atender en urgencias no suele existir gravedad de las lesiones por lo que, tras la atención clínica, la paciente puede ser dada de alta. Pero antes de ello hemos de recabar infor-

mación sobre la *seguridad* de la víctima: localización y situación del agresor, apoyo familiar o de amigos, en seguimiento o no por profesionales sanitarios o de servicios sociales, situación de los niños... En caso de que no podamos garantizar la seguridad al alta, llamaremos a la autoridad policial correspondiente para su protección: acompañarla a domicilio, a la casa de acogida, a interponer denuncia...

Con la entrada en vigor recientemente de la *Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica*. La víctima, o determinadas personas en su representación, puede solicitar protección (en modelo de solicitud) mediante la adopción de medidas cautelares por parte del juez, las cuales habrán de dictaminarse antes de 72 horas.

Comunicación al Juzgado

(Anotar los teléfonos al final del capítulo)

Se realiza mayoritariamente *a través del parte de lesiones*, pero en los casos en que creamos que existe gravedad de los hechos que lo *justifique*, podemos *solicitar la presencia del forense de guardia* a través de llamada telefónica a la policía judicial o al juzgado de guardia.

Información o contacto con los servicios sociales

En el caso de que esté garantizada la seguridad para la paciente y de acuerdo siempre con ella, ésta puede ser dada de alta *informándole de los recursos*

sociales a los que puede asistir para asesorarla y apoyarla (si ya visita algún centro remitirla de nuevo al mismo). Esta información se ha de *dar por escrito en un papel sin membrete ni referencias* (sólo números) para que pueda llevarlo consigo sin que sea identificado por el agresor si llega a sus manos. Las copias del informe clínico y del parte de lesiones que se entregan a la mujer debe guardarlas en lugar seguro, a ser posible en casa de alguien de confianza.

Si no existe seguridad, hay que establecer con la mujer un plan de acogida en casa de alguien de confianza o en su defecto en una casa de acogida, realizando las llamadas necesarias a familiares o amigos, o a los servicios sociales, respectivamente. Según la hora del día en la que se produzca la atención, podemos ponernos en contacto con la trabajadora social del centro, con servicios de atención a la mujer o con el teléfono gratuito de 24 horas para estos casos que existe en casi todas las CC.AA. (Anotar los teléfonos al final del capítulo.)

Archivo y envío de documentos

Ha de existir *un archivo específico de las copias de informe clínico y parte de lesiones* que corresponden al centro y un *registro específico de los casos* atendidos. Las copias correspondientes *al juzgado de guardia* (correspondiente a la fecha de la atención) se enviarán a la mayor brevedad posible, si es posible vía fax o formato electrónico cuanto antes, previo al envío de los originales.

Observaciones sobre el parte de lesiones

Ya hemos visto que en España existe la *obligación legal de comunicar al juez la existencia de lesiones sospechosas de haber sido producidas por una agresión*. Pero nos encontramos a menudo con *muchas mujeres* que niegan tal agresión o que, aun confesando que ésta existiera, no desean denunciar y, por tanto, *nos piden que no realicemos el parte al juzgado*. La primera solución pasa por intentar informar y persuadirla de lo contrario, lo cual no siempre es posible.

Estas mujeres necesitan andar un camino antes de decidirse a denunciar: recuperación personal, decidir aspectos fundamentales sobre su futuro y sentir un mínimo de seguridad y apoyo familiar y social (recursos, protección...). Esto le lleva un tiempo que ha de ser respetado, sólo al final del camino podrá decidirse a denunciar, y aun así, en ocasiones, es posible que retire la denuncia, hasta que se sienta fuerte de nuevo para intentarlo.

Éste es un tema muy escabroso y nada fácil para los médicos de familia en los que las mujeres depositan su confianza. La pérdida de esta confianza puede hacer que dejen de acudir a nosotros cuando lo necesiten, o aún peor, que pierdan la confianza en todo el sistema.

Por otro lado, la erradicación de la violencia contra la mujer en la pareja conlleva el necesario incremento del rechazo social a estas conductas delictivas, por lo cual la denuncia por parte de la mujer y los profesionales son elemento fundamental en esta lucha. *Para muchos médicos y médicas de familia el problema*

reside entonces en una colisión entre el deber impuesto por la Ley y el deber impuesto por la ética.

BIBLIOGRAFÍA

Violence by intimate partners. En: World report on violence and health. World Health Organization. Geneva, 2002. http://www5.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrhv1/en/

Abarrategui Pastor A, Cáliz Cáliz R, García de Vinuesa Garijo L, Gutiérrez Pascual P, Moreno Roldán A, Pereiro Hernández R et al. Atención Sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. SAS. Plan Estratégico. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2001.

Fernández Alonso MC. Violencia Doméstica. Recomendaciones del PPAPS. Semfyc. <http://www.papps.org/recomendaciones/menu.htm>

Blanco Prieto P, Ruiz-Jarabo Quemada C, Bonino L, Andrés Domingo P, Arranz González RM, Mendi Zauzo L et al. La prevención y la detección de la violencia contra las mujeres desde la Atención Primaria de Salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 2002.

Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. AMA.1992. <http://www.ama.assn.org/ama/pub/category/3242.html>

Medina JJ. Violencia contra la mujer en la pareja: Investigación comparada y situación en España. Valencia: Tirant Lo Blanc; 2002.

Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Madrid: Sistema Nacional de Salud; 2000.

Y otras referencias.

* *Solución a la adivinanza:* Pérez es una mujer y el hombre que murió tenía una hermana, no un hermano. Comentarios: Tanto hombres como mujeres hemos incorporado los mismos patrones culturales, en mayor o menor medida, lo cual nos hace que habitualmente pensemos en masculino.

Guía de recursos para la atención de mujeres víctimas de la violencia

Centro de Salud:

Localidad:

Provincia:

Comunidad Autónoma:

Servicio	Teléfono	Dirección	Observaciones
EMERGENCIAS Gratuito 24 horas	112		
Otros de emergencias			
Trabajadora Social			
Atención a la Mujer Instituto de la Mujer			
Atención a la Mujer Municipal			
Atención a la Mujer Gratuito 24 horas			
Organización de Mujeres contra la Violencia			
Otras organizaciones			
Policia local			
Policia judicial			
Policia autonómica			
Guardia Civil			
Juzgado de Guardia			

Violencia en el niño

Natividad Vicente Muelas

*Jefa de los Servicios de Salud Mental
de Torrejón de Ardoz (Madrid)*

INTRODUCCIÓN

La violencia ejercida sobre los niños es una constante de todos los tiempos. Las referencias históricas sobre la infancia recogen con más o menos detalle la discriminación y los actos violentos a los que han estado sometidos los niños, y que se pone claramente de manifiesto en la ausencia del reconocimiento del niño como objeto de derecho, hasta bien entrado el siglo xx.

La primera aproximación a la creación de sistemas de protección a la infancia, como medida para intentar evitar la violencia ejercida sobre los niños, se realiza en 1924, creándose La Unión Internacional de Socorro a los Niños, a la cual se la dota de una carta de 5 principios, que se conoce como la Tabla de los Derechos de los Niños o Declaración de Ginebra, que fue aprobada por la Quinta Asamblea de la Sociedad de Naciones. Para continuar impulsando los derechos de los niños se crea, en 1947, el organismo UNICEF, que promulgó la Declaración Universal de Derechos del niño en 1959, decálogo que recogía los derechos de la infancia. Es 30 años más tarde cuando se aprueba la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas, en la que se reconoce a los niños como

objeto de derechos y necesidades. En el seno de la Unión Europea se aprueba la Carta Europea de Derechos del Niño en 1992. En nuestro país la protección integral a la infancia está recogida en la Constitución y desarrollada en la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor.

El interés por el maltrato infantil desde la perspectiva médica surgió en 1868 con los estudios realizados por Ambroise Tardieu en el Instituto de Medicina Legal de París, describiendo por primera vez el «Síndrome del Niño Golpeado», basado en las autopsias realizadas a 32 niños de las alcantarillas, que fueron golpeados o quemados hasta causarles la muerte.

Posteriormente, en 1961, en Estados Unidos, Henry Kempe, durante la celebración de la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría, organizó un simposio interdisciplinario sobre el «Síndrome del Niño Apaleado» desde un enfoque pediátrico, radiológico, psiquiátrico y jurídico, sentando las bases para el estudio del «Síndrome del Niño Maltratado» y definiéndolo como «el uso de la fuerza física de forma intencional, no accidental, dirigido a herir o dañar a un niño, ejercido por parte del padre o de otra persona responsable del cuidado del menor».

Inicialmente, el concepto de maltrato infantil hacía referencia al maltrato físico, con un predominio de criterios médico-clínicos y a la explotación laboral en el trabajo de los menores; para ir evolucionando hacia la situación actual, en la que las definiciones se basan más

en las necesidades y los derechos de los niños. El Centro Internacional de la Infancia de París define el maltrato como: «*La acción, omisión o trato negligente, no accidental, que privan al niño de sus derechos y de su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad*».

A pesar de ello, en el ámbito sanitario el maltrato infantil ha sido un gran desconocido, los profesionales de la Medicina no consideraban que el maltrato infantil estuviera dentro de sus competencias asistenciales, salvo para la atención directa a las lesiones, su misión era tratar la enfermedad sin atender a los problemas sociales. El desarrollo de las campañas médico-sociales de protección a la infancia en la segunda mitad del siglo xx, supone el inicio de la consideración del maltrato infantil como una *entidad clínica compleja*.

Los servicios de Atención Primaria de Salud deben destacar en la prevención y detección de la violencia, ya que son los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso directo, normalizado y generalizado todos los niños.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL NIÑO

La investigación epidemiológica se enfrenta con varios problemas a la hora intentar cuantificar el fenómeno de la violencia en la infancia. Por una parte, la *dificultad en la definición y delimitación* de los malos

tratos y, por otra, el *difícil acceso* a la información, ya que, en la mayoría de los casos, ocurre en el entorno de la propia familia y no son denunciados, o sólo se denuncian los más severos. A lo que hay que añadir que las personas del entorno y los profesionales que sospechan de malos tratos son reacios a denunciar, ya que temen que la intervención judicial entorpezca su relación con la familia o genere más conflictos intrafamiliares.

Esta situación es denominada como «la punta del iceberg del efecto del abuso del niño», ya que el número de casos estimados está muy por debajo de la casuística real. Así, las agencias del servicio social de los Estados Unidos han divulgado una incidencia anual que oscila entre 1,25% y 1,5% de la población infantil. Sin embargo, un examen de la violencia en la familia demostró datos similares para el abuso severo: 1,9%, pero este porcentaje se incrementó al 10,7% anual cuando se tuvieron en cuenta los casos más leves.

En Europa, los datos aportados por la Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad en los Niños estiman que en Inglaterra y País de Gales el 1,25% de la población infantil son víctimas de malos tratos.

En cuanto al maltrato infantil en España, encontramos datos dispares, que oscilan entre 0,5% y 1,5%. El estudio de incidencia de abuso en niños realizado en la Comunidad Autónoma de Cataluña, sobre los casos detectados durante 1988 por los profesionales que pertenecían a las diversas instituciones y servicios, encontró una incidencia del 0,509% en niños

entre 0 y 16 años de edad, la cual estaba distribuida en: negligencia, 78,5%; maltrato emocional, 43,6%; maltrato físico, 27%; abuso sexual, 2,8%, y maltrato prenatal, 3,1%. La investigación llevada a cabo en la población de la provincia de Guipúzcoa durante 1989, con profesionales que atendían a niños, estimaba que el 1,5% de los niños por debajo de 15 años sufrían abuso; el 49,4 por negligencia; el 17,4%, maltrato emocional; el 8,1%, maltrato físico; el 1,8%, abuso sexual. En el trabajo practicado en la Comunidad Autónoma de Andalucía durante 1993, con fuentes de información similares a los estudios anteriores, halla una incidencia anual de 1,4% para los menores de 18 años, de la cual: el 15,44% correspondía a maltrato físico; el 10,2%, a maltrato emocional o psicológico; el 70,53%, a negligencia, y el 3,89%, a abuso sexual.

En el estudio realizado en 1995, utilizando los expedientes abiertos de los servicios de protección entre 1991 y 1992, sobre un total de 8.556 casos de malos tratos, se encontró que la negligencia era el tipo de abuso más frecuente y representaba el 79,1%, seguida del maltrato emocional en el 42,25%, del maltrato físico en el 30,1% y del abuso sexual en el 4,2% de los casos. El 52% de los menores fue víctima de más de un tipo de maltrato.

En el estudio realizado en la Comunidad Valenciana se observa que casi la mitad de las estructuras familiares donde se da el maltrato corresponde al modelo tradicional, el resto de los casos se produce en estructuras familiares monoparentales, seguidas por las fami-

lias reconstruidas, en las que un miembro de la pareja no es el progenitor biológico de la víctima. Se precisa que está descendiendo el número de mujeres agresoras, que pasa del 80 al 60%, aumentando el de los hombres, que pasa del 20 al 40%. El 69% de los agresores está desempleado o subdesempleado. El 32% carece por completo de estudios y sólo un porcentaje muy bajo, entre el 0,4 y el 3,8%, cursaron estudios secundarios y llegaron a estudios superiores. El 35% consume sustancias tóxicas, en este punto destaca el hecho de que son las mujeres las que consumen más drogas ilegales, mientras que entre los hombres prevalece el uso del alcohol. Los tipos de maltrato infligidos por hombres y por mujeres son bastante diferentes, las mujeres son más propensas al denominado maltrato pasivo, sobre todo el relativo a la negligencia.

En relación con el estrato socioeconómico existen varios estudios que relacionan la pobreza con el maltrato, aunque esta idea está en debate, ya que la mayoría de las investigaciones están realizadas sobre casos denunciados, que no alcanzan a medir las verdaderas dimensiones del maltrato y abuso infantil debido a la cantidad de casos que no llegan a denunciarse jamás.

En cuanto a la distribución por sexos de los niños que sufren maltrato, el 54,5% son varones y padecen en mayor medida maltrato físico y negligencia; por su parte las niñas están más sometidas al maltrato emocional y abuso sexual.

Al considerar la edad del niño, se encuentra que los malos tratos con resultados de daños son mayo-

res en los niños de 3 a 5 años de edad, que en los de 0 a 2 años. Sin embargo, se detecta una gran variabilidad del daño en los mayores de 5 años. Los malos tratos con resultado de muerte, disminuyen ostensiblemente a partir de los 2 años.

Hay que señalar que se detecta un solo caso de cada 10 ó 12 de malos tratos producidos.

TIPOS DE MALOS TRATOS

La violencia ejercida sobre los niños no es un hecho aislado, sino que es un proceso que está determinado por múltiples factores y generalmente conlleva que diferentes tipos de malos tratos se produzcan de forma simultánea, teniendo en cuenta esta salvedad, podemos clasificarlos en:

Malos tratos prenatales. Comprende aquellas circunstancias y comportamientos de vida de la madre, siempre que exista *voluntariedad o negligencia*, que influyen de forma negativa y patológica en el embarazo, repercutiendo directamente en el desarrollo del feto.

Malos tratos físicos. Es el tipo de maltrato infantil más conocido y más fácil de diagnosticar desde el punto de vista clínico. Incluyen cualquier *acto intencionado, no accidental*, producido por los responsables del cuidado del niño que implique lesiones físicas, enfermedades, intoxicaciones... o coloquen al niño en grave riesgo de padecerlas.

Las formas más habituales de maltrato físico incluyen: golpear con instrumentos o con la mano. Produ-

cir quemaduras de manera intencionada. Encerrar. Atar. Estrangular. Asfixiar. Ocasionar heridas con objetos cortantes o punzantes. Causar envenenamiento o ahogamiento.

Malos tratos emocionales. Son una entidad clínica en sí misma, a pesar de que todas las formas de violencia tienen repercusiones en el área emocional del niño que las padece. Se define como cualquier acción, omisión o negligencia, por parte de los miembros adultos del grupo familiar, que produzca disminución de la autoestima del niño o bloquee las iniciativas infantiles de interacción. Incluyen el *abuso pedagógico*, que comprende situaciones de exigencias académicas u obligaciones de asistir a clases extras, con el deseo de una mayor formación en un ambiente muy competitivo sin tener en cuenta las posibilidades del niño y que, además, le impidan tener el tiempo de reposo y de juego necesarios para su correcto desarrollo.

Las formas más comunes de maltrato emocional incluyen: rechazar, infravalorar, aislar, atemorizar, intimidar, ignorar, corromper.

El abuso sexual. Se define como la implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.

Existen formas de abuso sexual con *contacto físico*, violación, sodomía, tocamientos, estimulación sexual..., *sin contacto físico* la solicitud indecente a un menor, seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño, expo-

sición de los órganos sexuales a un menor, así como promover la prostitución y la pornografía.

Malos tratos por omisión. Comprenden la *negligencia*, que consiste en dejar de atender las necesidades físicas y psicológicas del niño, y los deberes de guarda y protección, así como proporcionar un cuidado inadecuado al niño. El máximo grado de presentación es el *abandono*, que tiene repercusiones somáticas y psicológicas específicas y da lugar a los llamados «niños de la calle», bien porque las obligaciones laborales de los padres les lleva a estar la mayor parte del día solos, sin escolarizar, permaneciendo en la calle o en su domicilio, pero sin el cuidado de un adulto, o bien porque carecen de hogar o de familia de forma transitoria o permanente.

La explotación laboral. Se define como la utilización de menores para obtener un beneficio, mediante la explotación económica o el desempeño de cualquier trabajo que entorpezca la educación o sea nocivo para la salud o el desarrollo normal del niño.

El maltrato institucional. Es el derivado de cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión de los poderes públicos que comporten abuso o negligencia, que ocasionen detrimento de la salud, de la seguridad, del estado emocional o del bienestar físico, así como que interfieran en la correcta maduración o que violen los derechos básicos del niño.

Síndrome de Münchausen por poderes. Es un cuadro clínico caracterizado por la producción intencio-

nada de síntomas en un menor por parte de un adulto del entorno que cuida al niño, generalmente la madre (95% de los casos), con el objetivo de convertirle en un enfermo de cara a los profesionales de la Medicina.

Los síntomas y signos físicos más frecuentemente referidos son: fiebre, exantemas infecciosos, ataxia, convulsiones, obnubilación y estupor, coma, alucinaciones, movimientos anormales, alergias a múltiples alimentos o medicamentos, dolor abdominal, pérdida de peso, vómitos, diarrea, hematemesis, úlceras bucales, hematuria, hipertensión, crisis apnéicas, hiperventilación, sed excesiva. Los síntomas y signos clínicos se presentan de forma aguda y son persistentes o recidivantes, *generalmente se objetivan únicamente en presencia de la madre* y no aparecen cuando la madre está ausente, *la causa suele ser inexplicable*, ya que los síntomas no se ajustan a los patrones específicos de las enfermedades y los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo a considerar en relación con la aparición de violencia en los niños, para cualquiera de sus tipos y manifestaciones, son:

Factores de riesgo socioculturales

Nivel cultural bajo. Escasas creencias religiosas. Bajos ingresos económicos. Desempleo. Insatisfacción laboral. Tener una red social pobre. Escasez de soportes sociales. Tener abierto un expediente en servicios sociales.

Factores de riesgo familiar

Maternidad adolescente. Familias numerosas. Hijos con poca diferencia de edad entre ellos. Familias mono-parentales. Conflictiva de pareja. Ausencia o déficit de capacidad empática de los progenitores. Carecer de experiencia en el cuidado de un niño. Ignorancia sobre las características evolutivas y necesidades de los menores. Historia de desarmonía y ruptura familiar en los padres. Enfermedades crónicas. Problemas psiquiátricos o psicológicos en las figuras paternas. Violencia y agresión en las relaciones conyugales. Antecedentes de malos tratos en los progenitores.

Factores de riesgo en el niño

Problemas en el embarazo o en el parto. Hijo no deseado. Desencanto materno. Prematuridad. Bajo peso al nacer. Hiperactividad. Problemas de conducta. Déficit intelectual.

CONSECUENCIAS

Independientemente de las lesiones físicas que se producen directamente como consecuencia de la agresión física o sexual, todos los subtipos de violencia en el niño conllevan:

Consecuencias físicas

Pesadillas y problemas del sueño. Cambio en los hábitos de comida. Pérdida del control de esfínteres. Trastornos psicossomáticos en cualquiera de sus manifestaciones.

Consecuencias conductuales

Hiperactividad. Bajo rendimiento académico. Trastorno disociativo de la identidad. Consumo de drogas y alcohol. Fugas del domicilio. Conductas autolesivas.

Consecuencias emocionales

Ansiedad. Miedo generalizado. Agresividad. Dificultad para expresar sentimientos. Sentimientos de culpa y vergüenza. Aislamiento social. Baja autoestima. Rechazo al propio cuerpo. Síntomas depresivos. Trastornos depresivos. Síndrome de estrés postraumático.

En caso de víctimas de abuso sexual: fobias sexuales. Disfunciones sexuales. Alteraciones de la motivación sexual.

Consecuencias sociales

Mayor probabilidad de sufrir revictimización de violencia por parte de la pareja. Mayor probabilidad de ser agresor en sus hijos. Problemas en las relaciones interpersonales. Delincuencia juvenil.

La importancia, severidad y cronicidad de las secuelas físicas o psíquicas van a depender de:

Intensidad y frecuencia del maltrato. Características del niño. El uso o no de la violencia física. Relación más o menos directa con el agresor. Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil. Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, social y psicológica.

En los primeros momentos del desarrollo evolutivo del niño se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño. En nuestro medio se ha comprobado que niños menores de 5 años que sufrieron abuso presentaron retraso en el desarrollo psicológico.

En la adolescencia, se observan trastornos de la capacidad de relación social, abuso de sustancias adictivas (alcohol y drogas), conductas antisociales y actos violentos.

El *riesgo relativo de muerte* es tres veces mayor que en niños que no han sufrido maltrato, siendo el grupo de edad con mayor riesgo el de adolescentes. Se estima que el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados es 5 veces superior comparado con aquellos que no informaban de maltrato en la infancia.

Diversos estudios sugieren que el maltrato continúa de una generación a la siguiente, de forma que un niño maltratado tiene un alto riesgo de ser perpetrador de malos tratos en la etapa adulta, se ha evidenciado que el riesgo relativo de transmisión de continuidad intergeneracional del abuso infantil es de 12,6; sin embargo, este dato no ha sido confirmado por otros autores cuando se han realizado estudios en población general.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Los servicios de *Atención Primaria* tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, ya

que son los únicos servicios comunitarios a los que tiene acceso directo y generalizado toda la población y, por tanto, todas las familias. Los profesionales de Atención Primaria se encuentran en una posición que favorece *poder detectar* niños en situación de estar en riesgo o de padecer malos tratos, así como *participar en la intervención* sobre menores en situaciones de riesgo o de maltrato y, además, colaborar en la realización de *actividades preventivas y protectoras* en la población general.

Niveles de actuación

Prevención primaria, dirigida a la población general con el objetivo de evitar o disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores. Las actuaciones que pueden ser desempeñadas por los equipos de Atención Primaria son:

- Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en adolescentes y mujeres jóvenes, mediante la educación sexual y facilitar recursos de planificación familiar.
- Intervenir en la psicoprofilaxis obstétrica, incrementando los cuidados en el embarazo y preparación para el parto.
- Potenciar las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, y en las relaciones padre-hijo a nivel afectivo y educativo.
- Promover valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.

- Valorar de forma sistemática los factores de riesgo y protectores en cada familia, recabando información sobre aspectos sociales, funcionamiento familiar, la relación afectiva padres-hijos, evaluando los cuidados propiciados al niño, la actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites y la existencia de síntomas que puedan sugerir carencia afectiva o abandono.
- Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando se observen prácticas de castigo corporal inapropiadas, o relaciones padre e hijo inadecuadas (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.).
- Proporcionar orientación sobre métodos alternativos de disciplina constructiva, recomendar refuerzos positivos a la buena conducta del niño y establecer objetivos de reducción de experiencias de confrontación padres-hijo.
- Informar sobre los requerimientos específicos para cada edad del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo período del desarrollo y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
- Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.

Prevención secundaria, dirigida a la población en situación de maltrato con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores:

- Identificar situaciones de abandono o trato negligente en el niño.
- Establecer estrategias contra el trato negligente concentrado en las necesidades básicas de los niños.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil, del 30 a 70% de las familias en que existe violencia hacia un adulto hay abuso en menores.
- Valorar las conductas paternas de disciplina inapropiada (amenazas, reprimendas, sacudidas, etc.). Ofrecer métodos alternativos de disciplina y reducción de experiencias de confrontación padres-hijos.
- Derivar a Centros de Salud Mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos.
- Conocer y ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda, social, psicológica y psiquiátrica para adultos y niños.
- Coordinar con el trabajador social de la zona objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.

- Programar visitas domiciliarias, realizadas por enfermería, a familias de alto riesgo, para establecer objetivos específicos de educación sanitaria encaminados a aumentar la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo y a modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas.

Prevención terciaria. El seguimiento de la situación corresponde, en general, a los Servicios Sociales. La intervención desde los equipos de Atención Primaria será a través del seguimiento en consulta, tratamiento de las secuelas, etc., y la coordinación con los Servicios Sociales y otros dispositivos (salud mental, centros educativos, etc.).

DETECCIÓN PRECOZ

Los datos actuales sobre los malos tratos en la infancia indican la necesidad de tener en cuenta el maltrato infantil y *considerarlo como una enfermedad* más a descartar o confirmar dentro de un amplio abanico de signos o síntomas compatibles con este diagnóstico.

Para poder realizar un *diagnóstico precoz* de maltrato infantil, en cualquiera de sus presentaciones, es necesario prestar una atención especial a los casos con *antecedentes de ausencias a las citas, negativas a aportar informes previos de enfermedades o ingresos, solicitud reiterada de cambio de profesional y dificultad para recabar datos de la vida familiar*, así como tener en cuenta *todos los indicios de malos tratos* que pueden estar presentes, tanto en los niños como en los agresores, a la hora de valorar y explorar a cualquier menor.

Indicadores de malos tratos físicos

Indicadores físicos en el niño	Comportamiento del niño	Conducta del cuidador
Hematomas, contusiones en varias zonas y fases de cicatrización diferentes.	Cauteloso respecto al contacto físico con adultos.	Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de la lesión.
Quemaduras extensas, múltiples o reiteradas que recuerden objetos, inmersión o ataduras.	Reacción paradójica de fácil adaptación a los desconocidos.	No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas, discordantes o no convincentes.
Fracturas en cráneo, nariz, costillas, escápula, en espiral en huesos largos, bilaterales, múltiples o en menores de 2 años.	Se muestra aprensivo cuando lloran otros niños.	Evita toda responsabilidad.
Heridas o raspaduras en boca, ojos, genitales, torso, parte posterior de brazos y piernas.	Pasivo, retraído, tímido, asustadizo, tendencia al aislamiento.	Alega traumatismos accidentales de forma sistemática.
Lesiones abdominales, hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos recidivantes.	Ansiedad y dificultad de adaptación ante situaciones cotidianas.	Atribuye las lesiones a autoinfringidas o a otras personas.
Mordedura humana de adulto o recurrente.	Muestra conductas extremas de llanto, agresividad o rechazo.	Se retrasa en la búsqueda de asistencia médica.
Lesiones oculares, hemorragias, desprendimiento de retina...	Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora al terminar las clases y tener que dejar el colegio o la guardería.	Cambia frecuentemente de médico o Centro de Atención.
Lesiones óticas.	Dice que alguno de sus padres le ha causado alguna lesión o le pegan normalmente.	Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño.
Intoxicaciones.	Actitud de autoculpa y aceptación del castigo.	Parece no preocuparse del niño, ni de las lesiones.
Síndrome del niño zanzanado con hemorragia intracraneal sin fractura.	Se adapta fácilmente a centros escolares, sanitarios y protegidos.	Percibe al niño de manera negativa.
	Consumo de drogas.	Ha sido objeto de maltrato en la infancia.
	Conductas vandálicas.	

Indicadores de malos tratos por omisión		
Indicadores físicos en el niño	Comportamiento del niño	Conducta del agresor
Falta de higiene personal, vestimenta inadecuada, eccemas, micosis, maceraciones, parasitosis.	Comportamientos auto-gratificantes. Somnolencia, apatía, mutismo, depresión.	Vida en el hogar caótica. Falta de supervisión del niño.
Falta de alimentación, horarios inadecuados, retraso del crecimiento.	Escasa destreza en la comunicación y adquisición de vínculos con niños y adultos.	Muestra evidencia de apatía o inutilidad. Consumo de alcohol o drogas.
Falta de higiene en el hogar, infecciones leves recurrentes o persistentes en distintos órganos y aparatos.	Hiperactividad, agresividad. Inmadurez emocional y tendencia a la fantasía.	Mentalmente enfermo o bajo nivel intelectual. Tiene una enfermedad crónica que impida la correcta atención al niño.
Negligencias en el cuidado básico de salud, caries, vacunaciones ausentes o incompletas.	Absentismo escolar. Se suele quedar dormido en clase.	Exterioriza pobreza, incultura o ignorancia.
Consultas frecuentes a los servicios de urgencias.	Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde. Dice que no hay quién le cuide.	Actividad delictiva. Fue objeto de negligencia en la infancia.
Hematomas inexplicados.	Fracaso escolar.	
Heridas sin curar.	Llamadas de atención del adulto.	
Accidentes frecuentes por falta de supervisión.	Conductas antisociales, hurtos, vandalismo.	
Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica.	Consumo de tóxicos actividad sexual temprana, promiscuidad.	
Retraso en todas las áreas madurativas.		
Problemas de aprendizaje escolar.		

Indicadores de abuso sexual

Indicadores físicos en el niño	Comportamiento del niño	Conducta del agresor
Dificultad para andar o sentarse.	Dice que ha sido atacado sexualmente.	Extremadamente protector o celoso del niño.
Ropa interior rasgada o manchada o ensangrentada.	Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.	Alienta al niño a implicarse en actos sexuales.
Se queja de dolor o picor en la zona genital.	Masturbación excesiva.	Sufrió abuso sexual en su infancia.
Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.	Escasas relaciones con sus compañeros.	Experimenta dificultades en su relación de pareja.
Presenta una enfermedad de transmisión sexual.	Rechazo de actividades deportivas.	Abuso de drogas o alcohol.
Edema o eritema vulvar.	Miedos, fobias, pesadillas.	Está frecuentemente ausente del hogar.
Existencia de semen en boca, genitales o ropa.	Agresión sexual a pequeños.	Favorece a la víctima con actitudes y regalos inapropiados.
Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.	Actitud sumisa, miedo a personas del sexo agresor.	Familia aislada de amigos y familiares.
Embarazo.	Confusión en la orientación sexual.	
Micción dolorosa.	Enuresis, encopresis.	
Infecciones urinarias de repetición.	Depresión, llanto inmotivado.	
	Intento de autolisis.	
	Rabia hacia la madre.	
	Desvalorización corporal (anorexia).	
	Problemas de conducta (fugas, fracaso escolar).	
	Promiscuidad sexual.	
	Criminalidad bajo forma de abuso sexual y/o violencia.	

Indicadores de malos tratos emocionales		
Indicadores físicos en el niño	Comportamiento del niño	Conducta del cuidador
Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento.	Excesiva ansiedad o rechazo en las relaciones psicoafectivas.	Culpa o desprecia al niño. Es frío o rechazante.
Enfermedades de origen psicosomático.	Asustadizo, tímido, pasivo, complaciente.	Niega amor.
Retrasos en el desarrollo físico.	Comportamientos agresivos o negativistas.	Trata de manera desigual a los hermanos del niño.
Retrasos madurativos.	Ausencia de respuesta a estímulos emocionales.	Parece no preocuparse de los problemas del niño.
	Retraso del lenguaje.	Exige al niño por encima de sus capacidades.
	Fracaso escolar.	Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno.
	Inmadurez socioemocional.	
	Conductas autolesivas.	
	Problemas graves de control de esfínteres en niños mayorcitos.	

ACTUACIÓN

Ante la observación de *la existencia de algunos de los indicadores de maltrato o factores de riesgo* señalados, se deberá realizar una primera valoración clínica y social por parte del médico y el trabajador social.

El resultado de la valoración da lugar a diferentes situaciones y formas de actuación:

Situación de riesgo alto o inmediato para la salud del niño

- Notificación inmediata a los Servicios de Protección del Menor.
- Ingreso inmediato en un centro hospitalario.
- Mantener el ingreso hasta que se garantice la protección fuera del centro.

Situación de riesgo no inmediato para la salud del niño o existe sospecha clara de contexto maltratante

- Notificación a los Servicios de Protección del Menor.
- Coordinación con los Servicios Sociales.
- Controles periódicos para intervenciones médicas y sociales del niño y la familia.
- Derivación a los profesionales o dispositivos que se estimen oportunos.
- Coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en el caso.

Situaciones de riesgo que predisponen al maltrato

- Notificación a los Servicios Sociales para seguimiento del caso.

- Controles periódicos para atenuar los factores de riesgo y potenciar los factores protectores del niño y la familia.

Situación de abuso sexual

Si la consulta se produce en *las primeras 72 horas* después de la agresión, se derivará directamente a un centro hospitalario, para proceder a la exploración, recogida de pruebas, denuncia de los hechos, abordaje inicial del apoyo psicológico y valoración del entorno familiar y social.

Cuando se trate de abusos sexuales de más tiempo y en un niño que esté asegurada su seguridad familiar y social y en el que las lesiones son poco significativas, no es preciso el ingreso, se procederá:

- Historia, documentación y exploración.
- Denuncia de los hechos.
- Protocolo de recogida de muestras.
- Despistaje de enfermedades de transmisión sexual.
- Prevención de embarazo.
- Profilaxis de enfermedades de transmisión sexual.
- Apoyo psicológico y derivación a Servicios de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños Maltratados. Ed. Díaz de Santos; 1998.

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Instituto Madrileño del Menor y la Familia; 1998.

Kempe RS, Kempe CH. Niños maltratados. Ed. Morata; 1979.

Martínez Roig A, Paúl Ochotorena J. Maltrato y abandono en la infancia. Ed. Martínez Roca; 2000.

Patrocinado por:

