

GUIA DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género

Hospital Clínic de Barcelona

setiembre, 2008

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DE MALTRATOS

- Maltrato a menores
- Violencia de género
- Maltrato a personas mayores

VIOLENCIA DE GÉNERO

- IDENTIFICACION
- ACTUACIÓN

VIOLENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

- IDENTIFICACIÓN
- ACTUACIÓN

VIOLENCIA EN LA INFANCIA

- IDENTIFICACIÓN
- ACTUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

ESQUEMAS

TABLAS Y ANEXOS

Miembros de la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género

Dr. Manel Santiñá (Presidente)

Dr. Dolores Rodriguez (Secretaria)

Sra. Malena Carpallo

Dra. Anna Carreño

Sr. Ferran Céspedes

Dra. Blanca Coll-Vinent

Sra. Teresa Echevarria

Dr. Juan José Espert

Sra. Ursula Farràs

Sra. Antonia Gahete

Dr. Felipe Garcia

Dra. Lluïsa Garcia

Sra. Esther González

Dra. Zoe Herreras

Sra. Maite Ibañez

Sra. Elena Lagarda

Dra. Raquel Agata León

Sra. Begoña Martínez

Dr. Ferran Masanés

Dr. Josep Milla

Dra. Anna Pericot

Sra. Llum Rodriguez

Sra. Lluïsa Serrat

Sra. Montserrat Suárez

Sra. Montserrat Vila

PRESENTACIÓN

El interés por el abordaje asistencial de la violencia intrafamiliar y de género se inicia en el año 1998, a partir de las conclusiones de un trabajo descriptivo previo, realizado por enfermería y trabajo social del Servicio de Urgencias, que pretendía analizar el fenómeno de las agresiones como un motivo de consulta, cuantificar los casos atendidos y seguir su evolución.

La muerte de una mujer de 60 años, quemada viva a manos de su esposo, tras denunciar por televisión cuarenta años de maltratos, marcó un punto de inflexión en la lucha contra la violencia de género y la concienciación social sobre la magnitud de este problema. Se evidenció el fenómeno de la violencia que inicialmente se denominó doméstica, y salieron a la luz casos de mujeres maltratadas y asesinadas por sus compañeros o ex compañeros. En el año 2004 se aprobó por unanimidad la 'Ley Integral Contra la Violencia de Género'.

La evolución de los fenómenos violentos y su conocimiento más profundo han hecho posible el estudio de su complejidad y el de los diferentes aspectos que abarca: social, cultural, económico, sanitario. El análisis de la violencia debe tener vertientes especializadas. Así, tenemos la violencia de género, la intrafamiliar, la social (bandas), la política (guerras, conflictos, terrorismo). La violencia se establece porque hay quien se considera superior a otro, ya sea por razón de sexo, religión, económica, política y considera que éste debe someterse a sus intereses.

Es innegable que vivir bajo violencia crónica o aguda es pernicioso para los seres humanos. Quien sufre la violencia está obligado a compensar constantemente el estrés y las carencias que esta situación le provoca, a través de diferentes mecanismos, los cuales no tendrán nunca producirán el equilibrio biopsicosocial que la OMS denomina salud.

En 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió de forma contundente esta relación (violencia-salud) y manifestó el compromiso de los profesionales de la salud para atender este fenómeno, ya sea actuando contra los factor de riesgo (prevención primaria); intentando resolver sus

consecuencias, una vez instaurado (prevención secundaria) o previniendo su evolución o complicaciones mayores (prevención terciaria).

La Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género (CVIG) del Hospital Clínic de Barcelona se consolida el año 2000 como un grupo multidisciplinar estable, bajo la dirección del servicio de Urgencias a cargo del Dr. Josep Millà y la jefe de gestión de enfermería, Sra. Úrsula Farràs.

La CVIG está formada por los profesionales que intervienen en la asistencia de los pacientes desde diferentes ámbitos: asistencia primaria, hospitalaria y de todas las especialidades que en un determinado momento son necesarias, para lograr una atención integral. La página web del Hospital Clínic de Barcelona (www.hospitalclinic.org) recoge toda la información sobre el funcionamiento de la Comisión y el modo de comunicarse con los componentes de la misma.

En la guía se encuentran los datos sobre los casos atendidos anualmente. El Comité de Calidad de la propia Comisión realiza el seguimiento de los circuitos e intervenciones efectuadas, evidenciando una respuesta satisfactoria, tanto por parte de los pacientes como por parte de los equipos.

El primer reto y el más importante de la Comisión es convencer al resto de profesionales de que estamos hablando de un problema de salud que afecta a nuestra praxis y, sobre todo, a nuestros pacientes. El segundo, y no menos importante, es ofrecer las herramientas y difundir los circuitos establecidos para actuar en la detección de pacientes en estas condiciones. Y el tercero es seguir las líneas de investigación que nos aporten más información sobre el tema y mejoras en los sistemas de intervención.

Contamos con vosotros para poder asumir este riesgo sanitario y para mejorar nuestra actividad.

COMISION DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR y DE GENERO

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se observa una mayor visibilidad del problema de la violencia, especialmente la que padecen las mujeres, denominada violencia de género. Esta mayor visibilidad comporta una mayor sensibilización social y sanitaria y también un mayor conocimiento de lo que es, de lo que representa y de lo que hay que hacer para identificar las situaciones de maltrato y darles solución

La violencia intrafamiliar y de género afecta a un amplio sector de la población, y las causas son múltiples: culturales, educacionales, sociales, sanitarias, legislativas, económicas y laborales, por lo que se necesita un abordaje interdisciplinar.

En el ámbito de la salud, una situación de maltrato en cualquiera de sus niveles se puede identificar y actuar ante la misma. La Atención Primaria, por el lugar que ocupa en el ámbito de la prevención y mantenimiento de la salud, puede tener un papel muy importante para llevar a cabo esta función de identificación y prevención de los posibles daños psicológicos y físicos de las personas que padecen maltrato.

La Atención Hospitalaria, por su labor en el ámbito de la curación y la rehabilitación de la salud, puede también llevar a cabo la función de detección de casos de maltratos e iniciar los procedimientos adecuados para poner remedio, en coordinación con el resto de niveles asistenciales.

La Atención Sociosanitaria, por su papel en el ámbito del mantenimiento de la buena calidad de vida de las personas mayores, puede tener conocimiento de los problemas que se dan en este colectivo en lo que se refiere a los maltratos.

Por lo tanto, los servicios sanitarios han de llevar a cabo una importante labor en la lucha contra la violencia intrafamiliar. Los profesionales sanitarios tienen la oportunidad de utilizar esta guía como herramienta para el abordaje de los casos de violencia intrafamiliar, en sus diferentes manifestaciones, de forma eficaz.

DEFINICIÓN DE MALTRATOS

La OMS define la violencia como uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que sea causa o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La clasificación utilizada en el informe sobre la violencia y la salud divide la violencia en tres grandes categorías, según sea el autor del acto violento:

- Violencia dirigida contra uno mismo
- Violencia colectiva
- Violencia interpersonal

La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones.

La violencia colectiva puede ser física, política o económica.

La violencia interpersonal se divide en violencia intrafamiliar y violencia comunitaria. La violencia intrafamiliar es la que se da en el seno de la familia y/o en las relaciones afectivas. Bajo este concepto se puede ejercer la violencia contra los otros miembros de la familia, ya sea dirigida contra la pareja, padres, hijos, abuelos o hermanos. Es decir que comprende el maltrato a menores, la violencia contra la pareja y el maltrato a las personas mayores. Esta violencia puede ser física, sexual, psicológica o de privación/desatención.

Violencia de género

La ONU define la violencia de género como cualquier acto o intención que cause daños o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, incluyendo las amenazas a partir de estos actos y la privación arbitraria de libertad. En el año 1995, en la Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer que tuvo lugar en Beijing, se declaró que la violencia de género era una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales, haciendo clara referencia a la importancia que en este hecho tiene la cultura.

Todavía hoy en día la violencia contra las mujeres continúa siendo en muchos casos un fenómeno oculto, socialmente visto como normal y perteneciente al ámbito de la vida privada de la persona, pareja o familia.

Entre el 10% y el 69% de las mujeres de todo el mundo dicen haber sido objeto de agresiones físicas por parte de su pareja masculina, en algún momento de su vida. En España, en el año 2006 el Instituto de la Mujer realizó una macroencuesta telefónica a mujeres mayores de dieciocho años que puso de relieve que el 9,6% de la muestra era objeto de maltratos, aunque sólo el 4,2% se consideraba maltratada. También se objetivo que la violencia afectaba a todas las clases sociales, niveles económicos y educativos, y tanto a las mujeres que vivían en zonas rurales como en zonas urbanas. También afectaba a todas las edades, aunque entre los cuarenta y cinco y los sesenta y cuatro años se observaban más casos y se observaba asimismo un aumento de prevalencia con la edad.

Habitualmente coexisten diferentes tipos de violencia en una misma relación de pareja. En muchos casos, el maltrato comienza con conductas de control y desvaloración de la mujer. Más adelante, es frecuente el maltrato sexual y, si no se consiguen los objetivos de obediencia y sumisión por parte de la mujer, se acostumbra a pasar al maltrato físico. La mayor parte de las víctimas de agresiones físicas se ven sometidas a múltiples actos de violencia durante largos períodos de tiempo y acostumbran a sufrir más de un tipo de maltrato. En la misma encuesta mencionada, dos tercios de las mujeres encuestadas llevaban más de cinco años en una situación de maltrato. La violencia de género no es un hecho puntual sino que es un proceso que se va instalando y cronificando en el tiempo, por lo que es necesario detectarlo precozmente y prevenir su desarrollo, mantenimiento y secuelas.

La violencia tiene graves consecuencias para la salud de la mujer a corto y largo plazo. La mujer que padece maltratos presenta numerosos síntomas de sufrimiento psíquico (disminución de la autoestima, ansiedad, depresión fundamentalmente), además de lesiones físicas. La violencia continuada genera estrés crónico que favorece la aparición de enfermedades y empeora las existentes. Además, se ha de tener en cuenta que hay una elevada cifra de mujeres que mueren asesinadas por sus parejas o ex parejas. Solamente en el año 2007 esta cifra fue de setenta y una mujeres.

Las mujeres víctimas de maltratos acuden más a los servicios sanitarios que las demás y se someten más a la cirugía, prolongan su estancia hospitalaria y consumen más fármacos.

En la mayoría de los casos, los profesionales de la salud no detectan que el problema de salud que presenta la paciente tenga su origen en un maltrato a veces crónico. Existen barreras psicológicas y culturales que dificultan que las mujeres den a conocer su situación. Estas barreras conviven con las barreras organizativas y formativas. La consecuencia es la dificultad que tienen los profesionales sanitarios para identificar de forma correcta y precoz los casos de maltrato.

Maltrato a menores

Un/una menor es maltratado/a cuando es objeto de violencia física, psíquica y/o sexual, o si padece falta de atenciones por parte de las personas o de las instituciones de las cuales depende para su desarrollo (Sociedad Catalana de Pediatria).

Existen diferentes tipos de maltrato infantil:

- Maltrato físico: cualquier acción no accidental por parte de los padres o de los que los tienen a su cargo que provoque daño físico o enfermedad en el niño/niña o lo sitúe en grave riesgo de sufrir esta situación.
- Abandono físico o negligencia: aquella situación en la que las necesidades físicas básicas de los menores no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo con el que convive (alimentación, higiene, atención médica, educación, vestido, vigilancia, seguridad).
- Maltrato emocional: hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, menosprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.
- Abandono emocional: falta persistente de respuesta por parte de los padres/tutores o figura adulta estable a ciertas señales o expresiones emocionales del niño/niña o a los intentos de aproximación, interacción o contacto hacia los adultos.
- Abuso sexual: cualquier clase de contacto sexual de un niño/niña menor de dieciocho años por parte de una persona mayor, desde una posición de poder o autoridad sobre él/ella.

- Síndrome de Münchausen por poderes: el adulto somete al menor a continuos ingresos hospitalarios o exámenes médicos describiendo síntomas físicos patológicos, ficticios o generados de forma activa por el propio adulto

- Maltrato prenatal: falta de cuidado por acción y/o omisión del propio cuerpo y/o autosuministro de sustancias o drogas de la mujer en el proceso de gestación que de una manera consciente o inconsciente perjudica al feto del cual es portadora.

El primer estudio realizado con datos de maltrato infantil en Cataluña data del año 1988 y la incidencia del maltrato infantil era de 5,09 por mil habitantes. En el último estudio realizado en el año 1999, la prevalencia de los menores de edad maltratados o con riesgo de serlo, detectados con diferente grado de sospecha, era de 18,02 por mil en la población catalana menor de dieciocho años.

Igualmente, se indica que las edades más tempranas son las que reciben menos maltrato. A partir de los cuatro – cinco años se inicia una tendencia al alza que se mantiene hasta los diez – quince años.

Los niños sufren golpes y castigos físicos con mayor frecuencia que las niñas, mientras que estas sufren más riesgo de infanticidio, abuso sexual y abandono, así como verse obligadas a prostituirse.

En el 80,2% de los casos la figura maltratadora es el padre y la madre biológicos, que actúan de forma individual (33,6% la madre y 19,8% el padre) o como pareja (46,6%).

Maltrato a las personas mayores

El proceso de envejecimiento de la población, y en especial en los países desarrollados, constituye un hecho sin precedentes en la historia de la humanidad. Este hecho, junto a otros que se dan en nuestra sociedad, ha comportado una serie de cambios sociales que es necesario abordar. El proceso de envejecimiento y, en concreto, la progresiva pérdida de autonomía personal y económica ligados al mismo pueden ser una fuente de conflictos entre la persona mayor y su entorno.

Aunque el fenómeno de la violencia no es extraño en las personas mayores, los profesionales sanitarios no hemos comenzado a preocuparnos del mismo hasta hace tan solo una década.

Se define como maltrato a la gente mayor cualquier acto o omisión que produzca daño, de forma intencionada o no, practicado sobre personas mayores, que tenga lugar en el medio familiar, comunitario o institucional y que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo. Estos hechos pueden constatarse de manera objetiva o ser percibidos de forma subjetiva.

Hay estudios que indican que entre el cuatro y el seis por ciento de la población de edad avanzada padece algún tipo de maltrato en su hogar. Los estudios existentes son escasos y probablemente estemos ante un problema más importante de lo que pensamos.

VIOLENCIA DE GÉNERO

IDENTIFICACIÓN

La mayoría de víctimas de violencia de género no manifiestan abiertamente la situación en la que se encuentran. Además, la sintomatología derivada de un maltrato suele ser inespecífica o poco evidente. Las lesiones traumáticas, que son las más evidentes, son las más infrecuentes. Por otra parte, el personal sanitario raramente sospecha la existencia de una situación de maltrato familiar. Aunque existen algunos indicadores que pueden ayudar a sospechar de la existencia de una situación de maltrato (tabla 1), muchos casos pueden pasar desapercibidos. Por ello, se aconseja el **cribado sistematizado**. Se han propuesto múltiples formas de realizar este cribado, desde entrevistas personales a instrumentos de cribado cortos y sistematizados, que son los que han demostrado ser más efectivos. En nuestro país un equipo de investigación dirigido por la psiquiatra Dra. Lluïsa Garcia-Esteve ha realizado la traducción al castellano y al catalán de los instrumentos de cribado más utilizados en otros países y su posterior validación (anexo 1)

Las víctimas de violencia doméstica no reconocen serlo de una forma espontánea, pero sí que admiten determinadas agresiones, por lo que las preguntas deben ser específicas. Algunas de las preguntas recomendadas son las siguientes:

- ¿En el último año alguien le ha propinado golpes, bofetadas o patadas? En caso afirmativo, ¿quién?

- ¿Alguna vez su pareja o ex pareja le ha dado golpes, bofetadas o patadas?
- ¿Se relaciona usted con alguien que la maltrate físicamente o que la amenace?
- ¿Alguien le ha infligido estas lesiones?
- ¿Alguna vez su pareja o ex pareja la ha pegado o lesionado físicamente?
- ¿Alguna vez la han amenazado con lesionar a alguien próximo a usted?
- ¿Se siente usted controlado/da o aislado/da por su pareja?
- ¿En su casa van bien las cosas?
- ¿Alguna vez ha tenido miedo de su pareja? ¿Se siente usted en peligro? ¿Es seguro para usted volver a casa?
- ¿Alguna vez su pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales? ¿Alguna vez su pareja se ha negado a practicar sexo seguro?

Las preguntas sobre la posible situación de maltrato se han de hacer en un lugar privado. No se han de llevar a cabo si algún miembro de la familia está presente, ni tan siquiera los hijos. Se ha de tener en cuenta las peculiaridades culturales de cada paciente. Idealmente, las deberían realizar trabajadores de la salud adecuadamente educados sobre violencia doméstica, incluyendo competencia cultural, que deberían estar formados tanto en la forma de preguntar como en la intervención posterior. El entrevistador ha de ser una persona que con su actitud profesional y empática favorezca que la paciente sea capaz de explicar la situación que está viviendo.

Nunca se ha de culpabilizar a la paciente de lo que le pasa. Las personas agredidas frecuentemente se sienten culpables de la situación y necesitan una confirmación de que ellas no son las culpables de la agresión. La violencia es una situación inaceptable y unilateral por parte del agresor.

Para facilitar la comunicación y empatía con las personas afectadas y para romper las barreras que pudieran existir por parte del profesional de la sanidad, existen algunas fórmulas para introducir el tema. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Debido a que la violencia es tan habitual en la vida de muchas personas, he comenzado a preguntar a mis pacientes sobre ella.

- Me preocupa que sus síntomas puedan estar ocasionados por alguien que le/la esté maltratando.
- No sé si este es un problema para usted, pero algunas de las mujeres que visito padecen relaciones abusivas. Estas mujeres están demasiado asustadas o avergonzadas para comentarlo directamente, por eso he comenzado a preguntarlo de forma sistemática.

ACTUACIÓN

A una respuesta afirmativa ha de seguir la intervención. Es muy importante dar soporte a las pacientes que se encuentran en esta situación. De otra forma la detección no solo es inútil sino que incluso puede ser perjudicial. Por este motivo, es básico que haya una buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (atención hospitalaria – atención primaria) y entre la atención médica y la atención social.

Siempre se ha de tener presente la situación personal de cada personal. Muchas mujeres agredidas no quieren romper la relación con su agresor por múltiples motivos (miedo, amor, dependencia económica, normas culturales y religiosas, presiones familiares, incertidumbres...) y, por lo tanto, nunca se ha de obligar a realizar ninguna acción ni se ha de castigar la falta de respuesta a consejos o ofrecimientos por parte del personal sanitario y social. En este sentido, se ha de tener en cuenta que una mujer está más en peligro en los seis meses siguientes a la marcha de su domicilio que si permanece con su agresor.

En todos los casos, se han de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Atención médica
- Atención social
- Actuación legal

Atención médica y de enfermería

Inicialmente e independientemente del grado de sospecha o de riesgo, se ha de atender el motivo médico por el cual consulta la paciente. Este motivo puede estar relacionado directamente con el maltrato (lesiones traumáticas, intentos de

suicidio, violaciones), estarlo indirectamente (somatizaciones, síntomas psiquiátricos) o no estarlo.

Cuando el maltrato se identifica a nivel de hospital, se han de realizar las correspondientes interconsultas con las diferentes especialidades que han de atender a la víctima en función de los problemas que presente. Es necesario, siempre, valorar la pertinencia de una interconsulta con el servicio de Psiquiatría para tener un diagnóstico más detallado sobre la situación de la mujer.

Atención social

Es importante comunicar cualquier situación de maltrato, aunque solo sea una sospecha, a Trabajo Social. Trabajo Social informa a la mujer de los recursos a su disposición y si es necesario la pone en contacto con el recurso adecuado a su situación. La actuación concreta dependerá de la voluntad de esta persona de reconocer y/o denunciar la situación y el nivel de riesgo de la persona afectada de regresar a su domicilio.

Según la primera premisa, se pueden dar tres situaciones:

- a) Que el personal sanitario sospeche una situación de maltrato pero que la paciente no la reconozca.

En este caso nunca se ha de forzar a la paciente a que reconozca la situación, y mucho menos a actuar para salir de ella. Se ha de ofrecer ayuda de manera general y dejar la puerta abierta a nuevas consultas. En nuestro centro se ofrece una guía de teléfonos y direcciones de ayuda por si la paciente quiere utilizarla en algún momento.

- b) Que la paciente reconozca la situación de maltrato pero que no la quiera denunciar.

En este caso se ofrecen los recursos necesarios de acuerdo con la situación social y el riesgo de la paciente.

- c) Que la paciente reconozca la situación de maltrato y la quiera denunciar.

En este caso, se actúa igual que en el apartado anterior y además, si cabe, se le da información sobre los trámites que deberá hacer la mujer para interponer la denuncia.

De acuerdo con el riesgo, la situación de maltrato que padece una persona se puede clasificar globalmente en tres niveles:

Nivel I: nivel subclínico. Se da cuando la relación de pareja no va bien. Por ejemplo, la mujer no tiene posibilidad de hablar con su pareja, o existe miedo. Pero no hay manifestaciones clínicas, por lo que, si no se pregunta, la situación pasa desapercibida. Este nivel se suele detectar en Atención Primaria. Es el nivel en que se puede ayudar más precozmente y actuar más preventivamente.

Nivel II: en este nivel el maltrato es fundamentalmente de tipo psicológico. Puede existir abuso de fármacos, ansiedad, desvalorización. La pareja no deja salir a la mujer de casa sola, ni le da dinero. Hay un control económico y social.

Nivell III: en este nivel se da un maltrato de tipo físico o de ideas suicidas. La pareja amenaza con pegar o matar a la víctima. Este nivel representa una situación de mucho riesgo e implica que la víctima no puede regresar a su casa.

En el anexo 2 se describe la actuación recomendada en cada uno de estos niveles. Además, existen determinados indicadores de riesgo vital que se han de valorar en cada ocasión puntual, sea cual sea el nivel asistencial en el que se detecta la situación. Estos indicadores, que acostumbran a darse en una situación de maltrato de nivel III, son los siguientes:

- Consumo de drogas o abuso de alcohol por parte del agresor.
- Aumento de la frecuencia de episodios de violencia
- Lesiones graves
- Maltratos a hijos u otros miembros de la familia
- Cambios en la situación laboral del agresor
- Fase de separación conyugal
- Amenazas de muerte con posterioridad a la presentación de denuncia por parte de la mujer
- Psicopatología (celotipia, paranoia...)
- Posesión de armas de fuego por parte del agresor (con o sin licencia)
- Pertenencia del agresor a un cuerpo de seguridad (policía autonómica, policía local...)

Es muy importante no subestimar el riesgo. Si se detecta alguno de estos indicadores o la paciente asegura que se encuentra en una situación de riesgo vital, es necesario darle credibilidad y adoptar las medidas pertinentes.

Si creemos que el riesgo vital es inmediato, se ha de hacer comprender la situación de peligro y gestionar la salida del domicilio. Trabajo Social se pondrá en contacto con el equipo de Atención a la Mujer para iniciar este proceso.

Actuación legal

Por último, se han de rellenar los documentos legales adecuados en cada caso. La historia clínica se ha de redactar siempre correctamente, describiendo las lesiones, descubrimientos, patología, cronología y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se ha de utilizar el mapa anatómico, en el que se han de dibujar las lesiones halladas en la exploración física. Si se confirma una situación de violencia intrafamiliar y/o de género, se ha de anotar en la historia clínica con las siglas 'VIG'. Si se sospecha, se ha de anotar 'sospecha VIG' y codificarlo de acuerdo con el IC9-CM (anexo 3)

En los casos de lesiones físicas, agresiones sexuales, intoxicaciones o intento de suicidio, siempre se ha de rellenar un comunicado judicial explicando claramente el tipo de lesiones, intervenciones diagnósticas y terapéuticas y la gravedad del cuadro clínico.

En los casos de agresiones sexuales, si la víctima quiere presentar denuncia, se ha de avisar al médico forense para que realice la pertinente valoración al hospital (ver la Guía de Agresiones Sexuales).

VIOLENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

IDENTIFICACIÓN

La detección de una situación de maltrato en estos pacientes es más difícil porque pueden presentar deterioro cognitivo que les impida responder correctamente a la anamnesis y porque dependen físicamente de un cuidador, que puede ser el agresor. En este último caso, la violencia puede incluir no solo el maltrato psicológico, físico o sexual sino también la negligencia con la medicación, alimentos, equipamiento o transporte necesario para la vida diaria.

Los factores de sospecha son los mismos que en la población general. El cribado se ha de realizar igualmente en todos los pacientes, aunque tendrá algunos rasgos característicos:

- Identificación de signos somáticos y síntomas de abuso.
- Evaluación de la plausibilidad de las explicaciones de los acompañantes.
- Provisión de testimonios expertos.
- Valoración del nivel cognitivo y de los factores de salud que le puedan afectar.

Aunque existen una serie de instrumentos de cribado para la detección, se consiera que no hay evidencias científicas suficientes que aconsejen o rechacen la utilidad de cuestionarios para el cribado rutinario de abuso y maltrato en las personas mayores. Se aconseja estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con el abuso y la negligencia. Se sugiere que en el curso de la entrevista se incluyan preguntas para detectar riesgos y signos de abuso y maltrato a fin de identificarlo. La tabla 2 especifica los factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de abuso y/o maltrato.

La entrevista clínica se ha de llevar a cabo en un marco de tranquilidad y anonimato. Debemos preguntar por factores de riesgo e indagar en los signos que nos han alertado y sobre la posibilidad de la existencia de maltrato por actitudes, comportamientos y síntomas. Existen algunas normas para facilitar la entrevista:

- Entrevistar a la persona sola y con la persona que la cuida, para poder analizar la relación que tienen y los posibles cambios de actitud cuando está sola o cuando está en su presencia.

- Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos.
- Garantizar la confidencialidad.
- Mantener la conversación en un lenguaje claro y comprensible.
- Preguntar sobre los factores de riesgo.
- Realizar algunas preguntas que faciliten que la persona explique su problema.

Algunos ejemplos de estas preguntas son las sugeridas por las siguientes asociaciones médicas:

Asociación Médica Americana

- ¿Alguien le ha hecho daño en casa?
- ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
- ¿La han amenazado?
- ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
- ¿Alguien le ha puesto dificultades para que pueda valerse por sí misma?

Canadian Task Force

- ¿Alguien la ha tocado sin su consentimiento?
- ¿Alguien la ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
- ¿Alguien coge sus cosas sin su permiso?
- ¿Está solo/sola frecuentemente?

La exploración física tiene que ser cuidadosa a fin de detectar algún signo que nos pueda mostrar la evidencia de abuso. Se ha de objetivar si hay lesiones y/o hematomas y ver si la versión que nos da de cómo se lo ha hecho corresponde a la lesión que se observa. También se ha de tener en cuenta si hay desnutrición sin causa aparente, visitas repetidas a urgencias por diferentes motivos, contradicciones en el relato de lo que ha pasado entre el/la paciente y la persona que la cuida.

También es necesario explorar las actitudes y el estado emocional: miedo, inquietud, pasividad, alteraciones del estado emocional, depresión, ansiedad, confusión.

Los siguientes signos nos pueden alertar precozmente de una situación de abuso o de maltrato:

- Explicaciones poco coherentes de cómo se ha producido una determinada lesión.
- Retraso en la solicitud de asistencia.
- Visitas repetidas a los servicios de urgencias por diferentes motivos.
- Administración involuntaria de fármacos.
- Ausencia de respuesta a tratamientos adecuados.
- Mala evolución de las lesiones, como úlceras, después de aplicar las medidas adecuadas.
- Desnutrición sin causa aparente.
- Deshidratación.
- Caídas reiteradas.
- Contradicciones entre las explicaciones que da el/la paciente y la persona que la cuida.
- Actitud temerosa, inquietud, pasividad.
- Estado emocional alterado, depresión, ansiedad, confusión.
- Negativa del cuidador a dejar sola a la persona mayor.

ACTUACIÓN

Si se llega a tener una gran sospecha de que la persona mayor está sufriendo abusos y/o maltrato, se ha de valorar el riesgo y se ha de averiguar si es una situación aguda o crónica, estableciendo un plan de actuación integral que, como en el capítulo anterior, ha de contemplar la atención médica, la atención social y la actuación legal.

Atención médica

Se ha de abordar la situación física y psicológica de la persona mayor. Se ha de contactar con los servicios especializados que se requieran en cada caso (Traumatología, Medicina Interna, Cirugía, Psiquiatría...). En el caso de que la detección se realice en la Atención Primaria también se ha de tener en cuenta la posibilidad de remitir al/a la paciente al servicio de Urgencias para hacer una valoración específica. Si se diagnostica un trastorno depresivo es necesario ser cautelosos en la indicación de psicofármacos y, sobre todo, valorar siempre el riesgo de autolisis.

Atención social

En todos los casos se ha de contactar con Trabajo Social, que será el encargado de adoptar las medidas pertinentes en cada caso.

Se ha de tener especial cuidado en el conocimiento del contexto en el que vive la persona mayor y su voluntad, cuando todavía conserva sus facultades mentales, a la hora de tomar una decisión. Se ha de informar al/a la paciente sobre la tendencia y consecuencias del abuso y buscar estrategias de protección y plan de seguridad (teléfonos de ayuda, teleasistencia...). También se le han de explicar las alternativas, escuchar sus deseos y realizar un seguimiento de la situación.

Si la persona no está capacitada se ha de poner en conocimiento de los servicios sociales y los servicios de protección del adulto.

También es necesario ver si esta situación ha estado motivada por la sobrecarga del cuidador o cuidadora o por un trastorno psicopatológico del mismo. En este sentido, se pueden poner en práctica medidas de apoyo social y médicas.

En el anexo 4 se detallan una serie de estrategias e intervenciones orientadas a la ayuda de la persona mayor que sufre abusos y/o maltratos y al responsable de esta situación.

Actuación legal

En estos casos, también es fundamental redactar bien la historia clínica, y anotar en ella todo lo encontrado en la anamnesis y en la exploración física, y también la situación psicológica y social del/de la paciente.

Si procede, se ha de realizar un comunicado de lesiones.

Es posible que nos encontremos con el rechazo de la propia víctima en el momento de formular la denuncia, por miedo a represalias del cuidador o cuidadora, que en muchos casos es un familiar. Esta cuestión la ha de analizar el equipo asistencial, teniendo en cuenta la voluntad del paciente i la de otros miembros de la familia. En el caso en que finalmente quiera realizar la denuncia, será necesario explicarle los pasos legales necesarios para formalizarla.

En ciertos casos, si la víctima no quiere interponer una denuncia, puede ser útil poner en conocimiento de la fiscalía la situación de riesgo grave detectada por los profesionales sanitarios. Esta comunicación debería de hacerse con el conocimiento de la víctima y, preferentemente, con su consentimiento.

Por otra parte, también es importante saber que podemos actuar de oficio ante la fiscalía, si lo creemos oportuno, para poder iniciar un proceso de incapacitación en aquellos casos de deterioro cognitivo en que la persona mayor no pueda tomar decisiones por ella misma.

VIOLENCIA EN LA INFANCIA

IDENTIFICACIÓN

Hay una serie de conductas que se repiten en un gran número de casos y que, por este hecho, su presencia puede ser señal de alerta de un maltrato. A pesar de ello, en la mayoría de los casos es necesario hacer un diagnóstico diferencial, ya que algunos síntomas de ciertos tipos de maltratos pueden ser comunes a los causados por otras etiologías.

Señales de alerta:

Los padres:

- Retrasan la solicitud de atención médica.
- Dan versiones discrepantes, e incluso contradictorias, acerca del origen de las lesiones.
- Han acudido, por episodios similares, a otros centros sanitarios.
- Toman una actitud pasiva ante el hijo lesionado.
- Piden ayuda de forma indirecta mediante la solicitud de atención urgente por problemas aparentemente banales o inexistentes.
- Son incapaces de aplicar una disciplina coherente.
- Desconocen el desarrollo normal de un niño y tienen expectativas exageradas acerca de su comportamiento.
- Minimizan los síntomas del menor y/o rechazan las ayudas.

El niño:

- Presenta lesiones características en diferentes períodos evolutivos:
 - o Lesiones cutáneas (mordeduras, quemaduras, magulladuras)
 - o Fracturas recientes y/o antiguas
 - o Hematoma subdural, con o sin fractura
- Es sujeto de negligencia habitual o bien presenta malnutrición y/o retraso pondo-estatural y psicomotor.

- Ha sufrido traumatismos recientemente y tiene tendencias de episodios similares.
- Mejora su estado físico y psicológico cuando se le separa del medio en que vive habitualmente.
- Afirma directa o indirectamente que ha sido víctima de algún tipo de maltrato.

Indicadores físicos para identificar un niño maltratado

tabla 3.

ACTUACIÓN

En los maltratos a niños cabe recordar el gran valor que tiene lo que cuenta el niño.

Siempre es necesaria una buena historia clínica y social, exploración física y observación de las conductas de los padres y los niños.

Nos podemos encontrar con tres situaciones, que comportaran una actuación diferente en cada una de ellas:

- **Situaciones de riesgo:** familias en situación de aislamiento social, problemas de pareja, paro, padres demasiado centrados en el trabajo...que pueden comportar situaciones leves y fácilmente recuperables.
- **Sospecha de maltrato:** situación de riesgo o no con lesiones compatibles con una enfermedad o accidente.
- **Maltrato confirmado:** agresiones físicas o lesiones no compatibles con una enfermedad o accidente, y situaciones graves de negligencia y abandono.

Intervención en SITUACIÓN DE RIESGO

La detección de la situación de riesgo en atención primaria vendrá dada por la relación de confianza y el seguimiento cuidadoso que se establece en la consulta de pediatría, entre los profesionales y los padres o cuidadores.

El seguimiento que se lleva a cabo desde antes del nacimiento de un niño en la consulta, con las entrevistas de los profesionales con los padres, han de permitir hacer una valoración de la posible situación de riesgo.

- Previa al nacimiento del niño: derivación desde ginecología en fechas previas al parto para realizar un primer contacto con el equipo de pediatría.

- Dentro del protocolo de seguimiento del niño: test de cribaje de situación de riesgo social:

1. Antecedentes de trastornos psiquiátricos
2. Antecedentes de adicciones
3. Antecedentes de negligencias, abuso o maltrato
4. Pobreza y/o marginalidad
5. Madres adolescentes

Si una de las respuestas es positiva, consideraremos que hay riesgo social

- Igualmente, desde pediatría se hará un seguimiento del riesgo de depresión post parto en la madre que podría llegar a suponer una situación de riesgo.

Siempre que la situación sea leve, es necesario dar una salida a las preocupaciones de los padres, escuchar activamente y aconsejar, para reorientar la situación en beneficio del niño.

En muchos casos, la mejor manera de ayudar a los niños es apoyar a los padres y afrontar la situación desde el mismo centro de atención primaria: cuando un profesional sanitario se encuentra con una situación de riesgo, lo primero que ha de hacer es hablar con su equipo y hacer un seguimiento por parte de Pediatría y Trabajo Social. Si a pesar de ello el plan de mejora no tiene éxito, es necesario continuar e implicar a otros profesionales y otros niveles de atención: coordinación con los servicios sociales, escuela, salud mental...

El hecho de no lograr resultados durante demasiado tiempo, intentando llegar a un diagnóstico de certeza, puede significar mantener al niño en una situación de desprotección grave para su salud.

Intervención en SOSPECHA DE MALTRATO

- Atención a las lesiones
 - Escuchar activamente al niño
 - Valoración sociofamiliar
1. En caso de diagnóstico dudoso (lesiones compatibles con enfermedad o accidente):
 - Se ha de informar a los Servicios Sociales de Atención Primaria Municipal

2. En caso de sospecha clara de maltrato o de atención inadecuada:

- Se ha de comunicar la situación a Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) y a la Fiscalía de Protección de Menores

Intervención en una situación de MALTRATO CONFIRMADO

Hay la obligación legal de denunciar los hechos, redactar el comunicado de lesiones, el comunicado judicial, y ponerlo en conocimiento de Trabajo Social, el cual lo comunicará a la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA).

BIBLIOGRAFIA

- Garcia-Esteve LI. Violencia intrafamiliar y de género: adaptación y validación de instrumentos para la identificación en el ámbito sanitario. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques (AATRN, 2007)
- Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. The Lancet. Vol 359. April 27,2002
- Garcia-Moreno C. et al. Violence against women. Science. Vol 310 25 November 2005.
- Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. Neuroscience and behavioral reviews 29 (2005) 181-193
- Guía de Atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica en el sistema de Salud de Aragón". 2005
- Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de Salud. 2003 y actualización 2005.
- Protocolo de actuación en Atención Primaria para mujeres víctimas de malos tratos. Consejería de Sanidad. Dirección general de Salud Pública y Participación. Castilla –León.
- Tolerancia Zero. Obra Social- Fundació La Caixa. 2005.
- Violencia de género y Atención Primaria". Curso de depresión y Ansiedad. Dra.Elena Villalva Quintana. Ediciones Médicas. 2006.

- Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. Lancet 2004;364:1263-1272
- Levine JM. Elder neglect and abuse. A primer for primary care physicians. Geriatrics 2003;58:37-40
- Jayawardena KM, Liao S. Elder abuse at end of life. J Palliat Med 2006; 9:127-36
- Violència contra la gent gran a Llibre Blanc. Consens sobre las activitats preventives a la edat adulta dins de l'atención primària'. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2005.
- Scout Polsky S, MarKowitz J. Color Atlas of Domestic Violence. St. Louis, Missouri: Mosby, 2004.
- Waalen J, Goodwin M.M, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. Am J Prev Med, 2000; 19 (4): 230-37
- Plazaola-Castaño K, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y su consecuencia en la salud física y psíquica. Med Clín, 2004; 122: 461-467
- Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. Women's health issues, 2004; 14: 19-29
- El llibre d'en Pau. Guia per l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Departament de Salut, 1996
- Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància. Direcció General de Salut Pública, 2006.
- Guia Bàsica. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Direcció General de Salut Pública, 2007.

ESQUEMAS

Esquema General de Actuación

Circuito de Notificación Interna

Notificación de Atención a las Víctimas

TABLAS I ANEXOS

Tabla 1. Factores de sospecha de maltrato en mujeres

| <i>En la revisión de la historia clínica</i> | <i>En Urgencias</i> |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Visitas previas por lesiones inexplicables o con explicaciones ilógicas • Múltiples visitas por problemas relacionados con la ansiedad, incluyendo el insomnio • Consultas por dolores de cabeza, dolor torácico, pélvico o de columna • Consulta por sensación de ahogo • Historia de intentos de autolisis, depresión o de abuso de fármacos o drogas • Conducta errática: cancelación de citas, visitas imprevistas, visitas repetidas al servicio de Urgencias • Historia de trauma en mama o genitales; trauma en boca o dientes; quemaduras; lesiones músculoesqueléticas; áreas del cuero cabelludo sin cabello; hematomas en brazos, cara o cuello • Historias de lesiones en tejidos blandos o cara, fracturas dentales o perforación del tímpano • Excesiva conformidad, conducta pasiva y sumisa o resistencia y respuestas evasivas • Historia de embarazos no deseados o abortos; partos pretérmino; recién nacidos de bajo peso; sangrado en el primer o segundo trimestre; controles inadecuados | <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones con un patrón central • Contusiones o lesiones en la cabeza, cuello o pecho • Lesiones que sugieren una postura defensiva • Tipo o extensión de lesiones que no concuerdan con las explicaciones de la paciente • Retraso entre el momento en que ocurrió la lesión y la consulta • Lesiones durante el embarazo • Patrón de visitas repetidas en el servicio de Urgencias • Evidencia de abuso de alcohol u otras drogas • Consulta por intento de autolisis • Consulta en los servicios de Urgencias después de una violación • Comportamiento evasivo, vergüenza, falta de preocupación por las lesiones • Presencia de un compañero excesivamente solícito, que responde las preguntas por la paciente, o que es hostil, defensivo o agresivo, o que establece barreras de comunicación |

Tabla 2. Factores de riesgo y vulnerabilidad de las personas mayores de ser víctima de abuso y/o maltrato

| | |
|--|---|
| <p><i>En la persona mayor</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada • Deficiente estado de salud • Incontinencia • Deterioro cognitivo y alteraciones de la conducta • Dependencia física y/o emocional de la persona que la cuida • Aislamiento social • Antecedentes de abuso y/o maltrato |
| <p><i>Cuando el agresor es quien lo cuida</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga física y/o emocional (situaciones de estrés) • Trastornos psicopatológicos • Abuso de alcohol y/o de otras drogas de abuso • Experiencia familiar de abuso y/o maltrato en personas mayores y/o violencia intrafamiliar previa • Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente las curas |
| <p><i>Situaciones de especial vulnerabilidad</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vivienda compartida • Malas relaciones entre la víctima y el agresor • Falta de apoyo familiar, social y financiero • Dependencia económica y/o de vivienda de la persona mayor |

Tabla 3. Indicadores para identificar un niño maltratado

| | |
|------------------------|---|
| <i>Abuso sexual</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para caminar y sentarse - Ropa interior rota o manchada - Se queja de dolor o picazón en la zona genital - Contusiones o sangre en los genitales - Tiene una enfermedad venérea - Tiene el cérvix o la vulva inflamadas o rojas - Tiene semen en la boca, en los genitales o en la ropa - Embarazo |
| <i>Maltrato físico</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Magulladuras y cardenales en diferentes fases de cicatrización, con formas no normales, en áreas diferentes. - Quemaduras. - Fracturas - Heridas o arañazos. - Lesiones abdominales - Señales de mordeduras humanas |
| <i>Negligencia</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Constantemente sucio, falta de higiene, hambriento e inecuadamente vestido. - Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está haciendo actividades peligrosas o durante largos períodos de tiempo. - Cansancio y apatía permanente. - Problemas físicos y necesidades médicas no atendidas o ausencia de la atención médica rutinaria necesaria. - Es explotado, se le hace trabajar en exceso, no va a la escuela - Ha estado abandonado. |

| | |
|--|---|
| <p><i>Síndrome de Münchausen (por poderes)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas incongruentes, persistentes y repetitivos. - Enfermedad inexplicable, alargada y recurrente. - No correlación de los exámenes complementarios con el estado de salud del niño. - Los múltiples exámenes complementarios no ayudan a establecer el diagnóstico. - Convulsiones que no remiten con tratamiento habitual. - Manifestaciones físicas habituales: hemorragias, alteraciones neurològicas, digestivas, cutàneas, respiratorias, estado febril, caos bioquímico.... |
| <p><i>Maltrato prenatal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome alcohólico fetal - Síndrome tabáquico fetal |

Tabla 4. Evolución del número de víctimas de agresiones sexuales, atendidas en el servicio de Urgencias del Hospital Clínico en el período 2003-2007

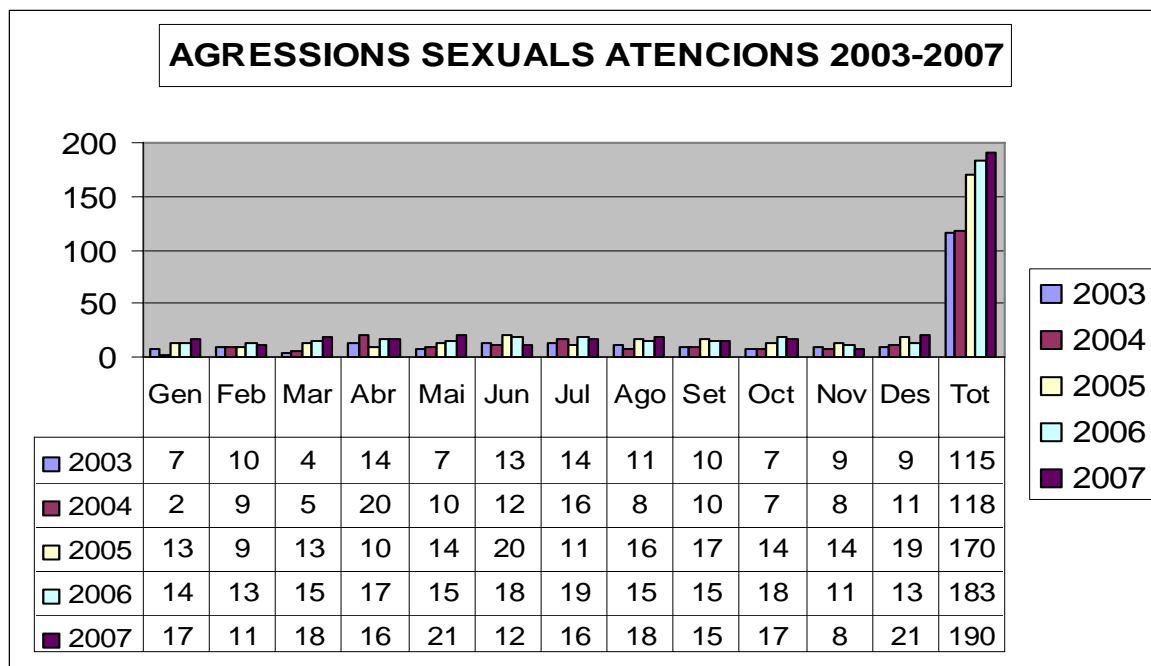
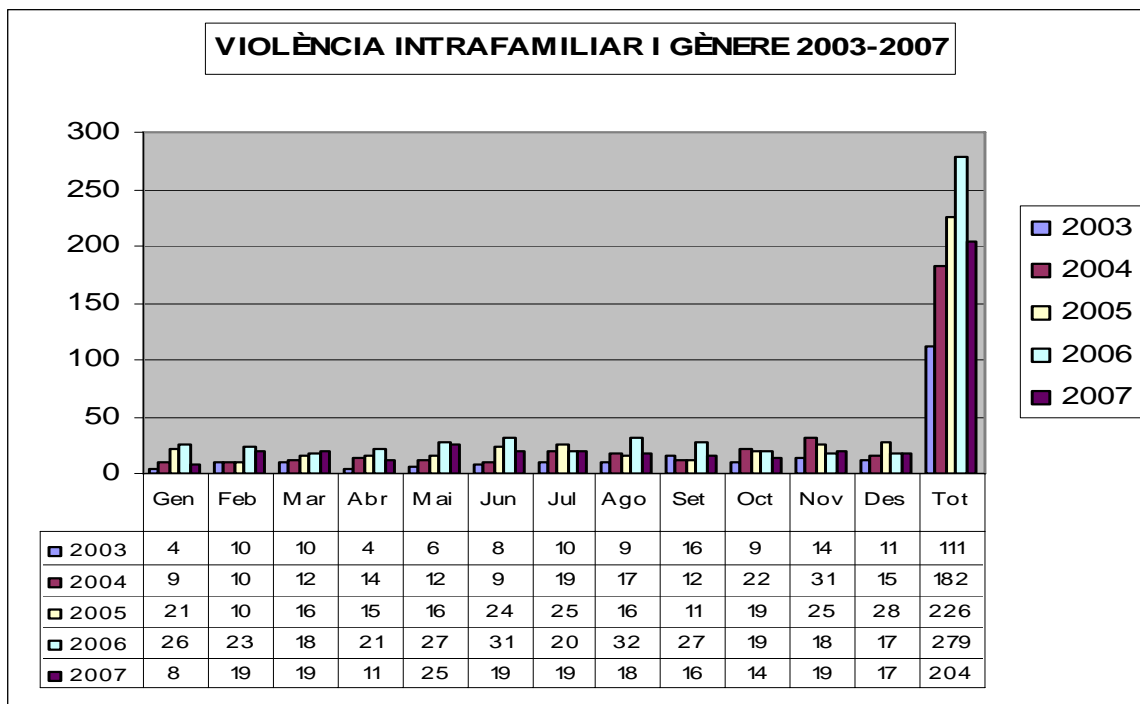


Tabla 5. Evolución del nombre de víctimas de maltratos, atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Clínic en el período 2003-2007



• **Anexo 1. Instrumentos de cribaje más aceptados actualmente**

- **EL INDEX OF SPOUSE ABUSE (ISA)**. Este cuestionario ha sido diseñado para valorar aspectos negativos en el trato que una mujer recibe en su relación de pareja. No se trata de un examen, no hay respuestas verdaderas o falsas.

| Mi pareja: | | Nunca | Raras veces | De vez en cuando | Frecuentemente | Muy Frecuentemente |
|------------|---|-------|-------------|------------------|----------------|--------------------|
| 1. | Me menosprecia | | | | | |
| 2. | Exige obediencia a sus caprichos | | | | | |
| 3. | Se pone de mal humor y se enfada si le digo que ha bebido demasiado | | | | | |
| 4. | Me obliga a tener relaciones sexuales que me desagradan | | | | | |
| 5. | Se enfada mucho si no tiene la comida, las tareas domésticas o la ropa lista cuando él quiere | | | | | |
| 6. | Es celoso y desconfía de mis amigos | | | | | |
| 7. | Me da puñetazos | | | | | |
| 8. | Me dice que soy fea y poco atractiva | | | | | |
| 9. | Me dice que no puedo apañarme o arreglarme sin él | | | | | |
| 10. | Se comporta como si yo fuera su sirvienta | | | | | |
| 11. | Me insulta y me avergüenza delante de los demás | | | | | |
| 12. | Se enfada mucho si no le doy la razón | | | | | |
| 13. | Me amenaza con un arma | | | | | |
| 14. | Es tacaño en darme dinero para la casa | | | | | |
| 15. | Me subestima intelectualmente | | | | | |
| 16. | Quiere que me quede en casa para cuidar a los hijos | | | | | |
| 17. | Me pega tan fuerte que tengo que ir a Urgencias | | | | | |
| 18. | Piensa que no debo trabajar o estudiar | | | | | |
| 19. | Es una persona poco amable | | | | | |
| 20. | Pone pegas a que me relacione con mis amigas | | | | | |
| 21. | Exige sexo sin importarle mi consentimiento | | | | | |
| 22. | Me grita y me insulta | | | | | |
| 23. | Me golpea en la cara y en la cabeza | | | | | |
| 24. | Se vuelve agresivo cuando bebe | | | | | |
| 25. | Siempre está mandándome | | | | | |
| 26. | Desprecia mis sentimientos | | | | | |
| 27. | Se comporta conmigo como un matón | | | | | |
| 28. | Me amenaza | | | | | |
| 29. | Me trata como si fuese una imbécil | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 30. | Se comporta como si quisiera matarme | | | | | | |
|-----|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

Para analizar los resultados se requiere una aplicación informática específica.

(Traducción y validación española: Garcia-Esteve LI, Navarro P, Tarragona MJ, Gutierrez F, Torres A; 2007)

- El **Woman Abuse Screening Tool (WAST)**. Instrumento de cribado para la identificación de mujeres que están experimentando abuso físico y/o emocional de sus parejas. El WAST fue originalmente desarrollado en lengua inglesa en Estados Unidos. El cuestionario consta de 7 preguntas que tienen 3 opciones de respuesta. Cada opción se puntúa con 3, 2 y 1 punto respectivamente:
 1. En general, ¿cómo describiría su relación de pareja? Muy tensa / con cierta tensión / sin tensión
 2. ¿Usted y su pareja resuelven sus discusiones con ... Mucha dificultad / alguna dificultad / sin dificultad
 3. ¿Al terminar las discusiones se siente decaída o mal consigo misma? Muchas veces / A veces / Nunca
 4. ¿Las discusiones terminan en golpes, empujones o patadas? Muchas veces / A veces / Nunca
 5. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga? Muchas veces / A veces / Nunca
 6. ¿Su pareja la ha maltratado a usted físicamente? Muchas veces / A veces / Nunca
 7. ¿Su pareja ha abusado sexualmente de usted? Muchas veces / A veces / Nunca

Las puntuaciones se suman. El punto de corte para el maltrato físico/psicológico esta en los 14 puntos (sensibilidad 94%, especificidad 90%). El punto de corte para el maltrato físico esta en los 14 puntos (sensibilidad 92%, especificidad 67,5%).

(Traducción y validación española: Garcia-Esteve LI, Navarro P, Tarragona MJ, Gutierrez F, Torres A; 2007)

- El **Partner Violence Screen (PVS)**. Instrumento de cribado para la identificación de mujeres que están experimentando abuso físico y/o emocional de sus parejas. Ideado para ser utilizado por los servicios de urgencias hospitalario. Se compone de tres preguntas sobre antecedentes de violencia física y percepción de seguridad personal:

1. ¿Durante el último año ha sido golpeada, ha recibido patadas o puñetazos u otro tipo de maltrato físico? SI / NO En caso afirmativo ¿por parte de quién?
2. ¿Se siente segura en su relación de pareja actual? SI / NO / No tengo pareja
3. ¿Se siente amenazada por alguna de sus parejas anteriores? SI / NO

Las puntuaciones se suman. El punto de corte para el maltrato físico/psicológico es de 1 punto (sensibilidad 93%, especificidad 88%). El punto de corte para el maltrato físico es de 2 puntos (sensibilidad 83%, especificidad 88%)

(Traducción y validación española: Garcia-Esteve LI, Navarro P, Tarragona MJ, Gutierrez F, Torres A; 2007)

Anexo 2. Intervención social según el nivel de riesgo de maltrato

Intervención en Nivel I (Esquema 1) en atención primaria

Detección a través de:

1. la relación de confianza que se establece entre los profesionales y los ciudadanos
2. las preguntas del Programa de Actividades Preventivas (PAPS):
 - ✎ ¿En su casa van bien las cosas? (Nivel I)
 - ✎ ¿Alguna vez se ha sentido maltratada por su pareja? (Nivel II)

Si se detecta un Nivel I hace falta trabajar:

1. la sensibilización sobre la problemática de la relación de pareja
2. trabajar la autoestima de la mujer
3. trabajar las siguientes áreas de la mujer: trabajo / inserción laboral, relaciones sociales, actividades lúdicas culturales
4. valorar la derivación a terapia de pareja
5. la educación: el modelo relacional de pareja que se transmite a los hijos

Herramientas de trabajo:

1. relación de ayuda

Intervención en Nivel II (Esquema 2)

Detección a través de:

1. la relación de confianza que se establece entre los profesionales y los ciudadanos
2. las preguntas del Programa de Actividades Preventivas (PAPS):
 - ✎ ¿En su casa van bien las cosas? (Nivel I)
 - ✎ ¿Alguna vez se ha sentido maltratada por su pareja? (Nivel II)
3. las alteraciones psicoemocionales que presente

4. las somatizaciones, el abuso de fármacos y peticiones inespecíficas

Si se detecta un Nivel I hace falta trabajar:

1. la toma de conciencia de la problemática de la VIG
2. identificar, conjuntamente con la mujer, sus necesidades para poderla dirigir a los servicios adecuados
3. facilitar la continuidad para poder ir adaptando la intervención a las necesidades de la mujer, ya que estas irán cambiando en función del momento que esté viviendo, de su proceso dentro del ciclo de la violencia
4. trabajar el listado de recursos con ella puede facilitar elementos de comprensión de su proceso y activar la petición de ayuda. Este trabajo puede facilitar la vinculación profesional con la mujer a través del trabajo de identificación y reconocimiento de las consecuencias de la violencia y de las necesidades emergentes, convirtiéndose el profesional en un punto de referencia y ayuda. La vinculación profesional con la mujer es una manera de contribuir a la prevención de la victimización secundaria y del 'peregrinaje' de la mujer maltratada.
5. Con la finalidad de prevenir los ataques se ha de:
 - o Identificar la fase de tensión del ciclo
 - o Trabajar para que la mujer acepte la ayuda que se le ofrece

Herramientas de trabajo:

1. relación de ayuda
2. recursos psicosociales de la comunidad

Intervención en Nivel III (Esquema 3)

Detección a través de:

1. amenazas de agresión y/o de muerte
2. agresiones físicas
3. ideas / intentos autolíticos

Si se detecta un Nivel III hace falta trabajar:

1. facilitar la atención a las heridas externas e internas (si es necesario, coordinar la atención con el hospital de referencia) y cumplimentar el informe de lesiones
2. Intentar identificar el daño psicológico y/o emocional (coordinándolo con las entidades y/o instituciones que disponen de atención psicológica)
3. asesorar la salida del domicilio, aunque sea de forma temporal:
 - ✎ es necesario intentar que lo haga en un momento en que esté tranquila
 - ✎ tendría que tener:
 - los documentos básicos o fotocopias preparadas (kit de emergencia)
 - las direcciones y teléfonos importantes (familiares, servicios, cuerpos de seguridad...)
 - sería necesario que hubiera realizado un inventario de los bienes (propiedades, objetos de valor, inversiones...)
 - abrir una cuenta bancaria que el agresor desconozca y hacer ahorros
 - Ir buscando trabajo si no tiene o pedir permiso en el trabajo e, incluso, explicarlo para que le puedan facilitar el soporte necesario a la hora de marchar del domicilio
 - decidir el mejor lugar para irse, en función del peligro, de los objetivos de la marcha, de los recursos disponibles...
 - pedir ayuda
4. asesorar el no consumo de tranquilizantes, alcohol o drogas: disminuyen las defensas y dificultan la identificación de las señales de alarma

Herramientas de trabajo:

1. recursos sanitarios
2. relación de ayuda
3. recursos psicosociales de la comunidad
4. recursos judiciales

Anexo 3. Códigos IC9-CM

995.80 Maltrato inespecífico

995.81 Abuso físico

995.82 Abuso emocional/psicológico

995.83 Violación

995.84 Negligencia nutricional

995.85 Otro abuso o negligencia

995.89 Otro tipo de maltrato (abuso sexual)

Anexo 4. Estrategias e intervenciones en el maltrato en las personas mayores

Orientado a la persona que lo padece:

- Evitar el aislamiento social mediante servicios de atención domiciliaria, centros de día, tutela de los servicios sociales,
- Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios y simplificando la medicación.
- Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones de la persona mayor.
- Valorar la necesidad de institucionalizar la persona mayor si la familia no puede garantizar la atención.

Orientado a la persona que causa el maltrato:

- Reducir el estrés de la familia o del cuidador mediante la implantación de medidas como compartir la atención con otros miembros de la familia y facilitar si fuera posible y necesario el traslado a otro domicilio de un familiar más capacitado para realizar este trabajo.
- Contactar con grupos de apoyo.
- Garantizar períodos de descanso al cuidador, facilitando personas de apoyo en el domicilio, centros de día, ...
- Proporcionar apoyo técnico y emocional al cuidador.
- Si hubiera un problema psiquiátrico o de consumo de sustancias psicoactivas, es necesario facilitar apoyo y tratamiento
- Valorar la capacidad de la familia para garantizar las curas.