
Violencia de género y violencia doméstica

PID_00272632

Marta Ballester Albarracín
María Neri Iglesias Fernández

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 4 horas



Marta Ballester Albarracín

Desde abril de 2010, trabajadora social del ABS Peralada (12 municipios). Diplomatura en Trabajo Social, Escuela Universitaria de Trabajo Social de Barcelona. Máster en Políticas de igualdad de género: agentes de igualdad, de la Universidad Autónoma de Barcelona (3.ª edición). Posgrado en formación psicosocial: Liderazgo, consultoría y dirección, IDEC, de la Universidad Pompeu Fabra. Docente y autora de diversas publicaciones.

María Neri Iglesias Fernández

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Oviedo. Máster en Exclusión social, integración y ciudadanía (UNED). Especialista universitaria en Prevención, detección e intervención en violencia de género, por el Instituto Ortega y Gasset adscrito a la UCM. Grado en Trabajo Social por la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR). MU de Trabajo social sanitario, por la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Diplomada en Salud pública y género, por la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), en colaboración con el OSM del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Doctoranda en Trabajo Social en la UCM. Trabajadora social sanitaria adscrita al Servicio de Atención Sanitaria y Sociosanitaria de la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud de Asturias.

Segunda edición: marzo 2020

© Marta Ballester Albarracín, María Neri Iglesias Fernández

Todos los derechos reservados

© de esta edición, FUOC, 2020

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. Violencia de género.....	11
1.1. Prevalencia	11
1.2. Marco normativo	13
1.3. Raíces y causas de la violencia de género	14
1.4. Tipos de maltrato	14
1.5. El proceso de la violencia en la relación de pareja	15
1.5.1. Características de la violencia en la pareja	15
1.5.2. Factores explicativos	16
1.5.3. El ciclo de la violencia	16
1.6. Mujeres en situación de especial vulnerabilidad	18
1.7. Detección del maltrato en diferentes ámbitos sanitarios	19
1.8. Intervención desde el trabajo social sanitario	19
1.9. Prevención	21
2. Malos tratos infantiles.....	22
2.1. Prevalencia	22
2.2. Efectos de la violencia de género en hijos e hijas	22
2.3. Detección	23
2.4. Intervención desde el trabajo social sanitario	24
2.5. Prevención	24
3. Malos tratos a personas mayores.....	26
3.1. ¿Qué son los malos tratos a personas mayores?	26
3.2. Prevalencia	27
3.3. Intervención desde el trabajo social sanitario	27
3.3.1. Tipos de malos tratos y señales de alerta	27
3.3.2. Diagnóstico social sanitario	29
3.3.3. La actuación desde los establecimientos sanitarios	30
3.4. Prevención	31
3.5. Legislación y protocolos existentes	32
4. Atención a los hombres que ejercen violencia.....	34
5. Violencia de género y violencia doméstica. Parte II.....	35
5.1. Introducción	35
5.2. Violencia de género	36
5.2.1. Prevalencia	36
5.2.2. Marco normativo	37
5.2.3. Consecuencias para la salud	38

5.3.	Violencia sexual	39
5.4.	Mutilación genital femenina (MGF)	40
5.5.	La trata de personas	40
5.5.1.	Las organizaciones sanitarias ante la trata con fines de explotación sexual	41
5.6.	Malos tratos infantiles	42
5.6.1.	Prevalencia	42
5.6.2.	Normativa	42
5.7.	Malos tratos a mayores	43
5.7.1.	Prevalencia	43
5.8.	Bibliografía	43
Bibliografía	47

Introducción

Vamos a leer los siguientes casos prácticos, basados en casos reales.

La doctora cuenta a la trabajadora social sanitaria del centro de salud que en una visita domiciliar de seguimiento, conjunta con la enfermera, a una paciente de 88 años, parapléjica, que vive con su marido de 92 en un pueblo pequeño, la cuidadora le contó que al lavarla, vio moratones y que alguna vez ha visto cómo el marido le da algún golpe... También le explica que a menudo se la encuentra con la cabeza atada con un pañuelo a la silla para que no se ladee la cabeza... la cuidadora explica que lo ha hablado con la hija pero esta no parece darle importancia.

La trabajadora social sanitaria del centro de salud atiende a una pareja que se ha presentado sin cita previa. Le exponen que los ha llamado la novia de su hijo mayor porque ayer este la agredió en el portal y unos vecinos llamaron a la policía pero cuando la patrulla llegó, ella negó cualquier problema. El chico tiene 22 años y la chica 17. En la conversación con la trabajadora social sanitaria reconocen que le tienen miedo, que el chico «hace lo que quiere», que le están pagando multas por otros «problemas con la justicia» que ha tenido y que a veces los amenaza, incluso les ha dado algún empujón. Los padres a veces se contradicen entre sí. Asimismo, explican que también es violento con su hermano de 10 años, en cambio, dicen que tiene buena relación con sus compañeros de trabajo y con sus abuelos paternos. Se muestran muy angustiados.

Ahora vamos a reflexionar sobre ello: ¿Qué tipos de maltratos se dan?
¿En qué ámbito? ¿Cómo los podemos abordar desde el trabajo social sanitario?

A lo largo de este módulo hablaremos de la violencia de género y de la violencia doméstica, y nos centraremos especialmente en los malos tratos a las personas mayores y en la violencia en la pareja, y cómo esta afecta a los hijos e hijas.

La violencia intrafamiliar, a pesar de ser reconocida como un grave problema social y de salud, de consecuencias devastadoras, ha sido y continúa siendo un tema en buena parte oculto. En este tipo de violencia, los malos tratos, en sus diferentes formas, se producen en el ámbito doméstico, el espacio personal e íntimo de la persona y todavía encontramos en nuestra sociedad la creencia de que lo que pasa en la familia, «de puertas para adentro», es una cuestión privada. Esta creencia provoca una gran barrera que dificulta, por una parte, la visibilidad de la violencia doméstica y, por la otra, el acceso de las víctimas a los servicios y la detección por parte de los profesionales.

Desde los establecimientos sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las personas que sufren malos tratos ya que la mayoría de ellas entrarán en contacto con ellos en algún momento de su vida. Las necesidades específicas de las víctimas son multidimensionales por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicoló-

gicos y sociales. Para ello será necesaria la implicación activa de todo el personal de los establecimientos sanitarios desde un modelo de atención integral y de trabajo en red.

En este abordaje interdisciplinar, la unidad de trabajo social sanitario, sus profesionales, desempeña un rol fundamental en todos los protocolos. También tiene un papel importante en la sensibilización de la sociedad y de los otros equipos profesionales ante los malos tratos y la prevención de estos.

En este sentido es significativo que en la presentación de la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género del Hospital Clínico de Barcelona que funciona desde el año 2000, encontremos la siguiente cita:

«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».

El cometido de esta comisión es un buen ejemplo de buena coordinación y buena práctica en el abordaje de la violencia intrafamiliar en el ámbito de los establecimientos sanitarios. También es un buen ejemplo el «Programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario público de la Rioja», del Servicio Riojano de Salud.

No obstante, y a pesar de que en nuestro país han tenido lugar enormes avances legislativos, una importante protocolización de procedimientos relativos a los malos tratos, y de la evidencia que han proporcionado los diferentes estudios internacionales al respecto, todavía a muchos colectivos profesionales de todas las disciplinas les cuesta asumir que los malos tratos en cualquiera de sus ámbitos son también, además de un grave problema social, un problema de salud de primera magnitud (OMS, 2002).

Ejemplo de ello es un estudio que se hizo en el Hospital Clínico de Barcelona a los profesionales de la medicina y enfermería acerca de la violencia doméstica y su relación con la salud, y publicado en el 2008: un 87 % consideró que era un problema importante pero no lo consideraban un problema de salud.

1) ¿De qué estamos hablando?

La violencia se puede definir como la acción u omisión innecesaria, lesiva o destructiva de una persona hacia otra. El componente principal de esta forma de violencia es el abuso o agresión, o sea, la acción o la intención que produce daño a otras personas. En el ámbito de la familia o de la pareja, los abusos se producen en el marco de una relación afectiva, lo que hace más difícil la identificación de esa violencia así como el poder salir de esta situación. El abuso siempre presenta un componente de tipo psicológico y emocional que

acompaña a toda agresión de cualquier tipo y tiene graves consecuencias para las víctimas, muchas de las cuales perduran más allá de la finalización de la relación abusiva.

a) Violencia doméstica:

Se trata de la que se ejerce en el ámbito doméstico y hace referencia a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia sin importar el rol. Es, pues, uno de los ámbitos donde se puede dar la violencia de género.

b) Violencia de género:

«Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada».

Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993

Observemos que esta definición incorpora todas las formas de violencia y todos los ámbitos donde esta se puede dar.

La Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género define la violencia de género como «aquella que se ejerce en el ámbito de la pareja o expareja por parte de un hombre hacia una mujer y comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad».

En el texto consolidado de 4 de agosto de 2018, se explica que «La violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión».

La ley excluye los casos en los que la violencia se ejerce por parte de una mujer hacia su pareja o expareja hombre y los de violencia en parejas homosexuales, que en cambio sí estarían incluidos en el término *violencia doméstica*.

Asimismo, también excluye los otros ámbitos en los que se puede dar la violencia de género, por ejemplo el laboral (acoso sexual) o el comunitario (violaciones, prostitución forzada). Los delitos contra la libertad e integridad sexual se hallan tipificados en el Código penal.

2) Mitos y prejuicios

Hay una serie de mitos alrededor de la violencia familiar que tienen efectos nocivos evidentes en la intervención profesional y la dificultan, ya que:

- Simplifican, minimizan y normalizan el problema.
- Evitan el dolor que nos provoca el contacto con el tema, crean distancia ante la situación difícil y evitan que intervengamos.
- Culpabilizan, juzgan y paralizan a las víctimas y se justifican las acciones y discriminación de los agresores.

Los principales mitos son los siguientes:

- La familia es un entorno idílico.
- El maltrato solo sucede en niveles socioeconómicos bajos.
- La víctima miente y fantasea.
- Las víctimas repetirán el maltrato.
- Los niños y niñas fabulan y mienten.
- Las víctimas provocan al agresor.
- Si pasara en nuestro entorno nos daríamos cuenta.
- Las causas son el alcohol y las drogas, así como los trastornos psiquiátricos.
- Si la víctima quisiera dejaría la relación.

Como profesionales del trabajo social sanitario debemos ser conscientes de nuestras propias creencias y prejuicios ante la violencia para poder intervenir de forma eficaz, objetiva, y de acuerdo con el corpus de conocimiento que se va elaborando al respecto.

3) La intervención profesional desde la unidad de trabajo social sanitario

A pesar de que los diferentes tipos de malos tratos requieren un abordaje específico que veremos con más detalle más adelante, hay una serie de aspectos comunes que se deben tener en cuenta en la intervención ante la violencia intrafamiliar, que a continuación detallamos.

a) Detección

- Dificultades:
 - El silencio de las víctimas (creen que lo merecen, que es normal, tienen miedo y vergüenza de las consecuencias, vulnerabilidad física o psicológica...) y de los equipos profesionales.
 - Son difíciles de pensar, de ver y de definir. Los malos tratos existen si pensamos la hipótesis del maltrato, si los nombramos y consensuamos entre los profesionales que atienden la situación.
- Instrumentos de detección:

Existen técnicas (factores de riesgo e indicadores que se asocian a los diferentes tipos y manifestaciones de la violencia, cuestionarios, test) que ayudan en la detección y que requieren sensibilización y formación específica para documentarla.

b) Evaluación

- Aspectos clave para evaluar:
 - Estado físico, psíquico, cognitivo, entorno, familia, el apoyo externo formal e informal.
 - Gravedad y severidad del maltrato, nivel de riesgo, capacidades de la víctima.
 - Recursos disponibles.

c) Diagnóstico social sanitario e intervención

- Definir las características del problema de forma integral e integrada en el medio.
- Planificar y consensuar la intervención con el equipo sanitario y coordinación con los otros agentes e instituciones sociales, jurídicas, policiales y educativas.
- Seguimiento de los casos y sus cambios.

La intervención social realizada desde las unidades de trabajo social sanitario, tanto de la atención primaria como de la especializada, unida a otras actuaciones preventivas y de promoción de la salud tanto a nivel individual como familiar, grupal y comunitario forman parte del amplio abordaje que desde el campo de la salud es preciso realizar ante el problema de la violencia.

4) Trabajo en equipo y en red

Dentro del campo de la violencia familiar ninguno de los equipos profesionales tiene la capacidad por sí solo de abordar con sus recursos, de manera integral, todas las necesidades que pueden presentar las personas y familias objeto de atención. Cualquiera de los equipos profesionales del ámbito sanitario y social va a necesitar la colaboración de otros especialistas, para poder hacer un diagnóstico o un abordaje integral de la situación de violencia, de manera que la atención que se pueda dispensar suele ser fruto de un trabajo concertado entre varios equipos o dispositivos que variarán en función del tipo de maltrato que se aborde.

Es imprescindible, pues, planificar el protocolo de atención adecuadamente y establecer una buena colaboración y coordinación entre todos los agentes. Si no se hace así, la falta de coordinación y comunicación puede llegar a agravar

el problema y contribuir a la victimización secundaria de las víctimas. Corresponderá a la unidad de trabajo social sanitario liderar la coordinación y hacer el seguimiento de las derivaciones efectuadas.

La adaptación de los protocolos y guías existentes a las realidades locales, en forma de circuitos de intervención, facilita la intervención profesional interdisciplinar.

Ejemplo

Un buen ejemplo de ello es el «Circuito Barcelona violencia contra las mujeres», creado en el 2001 entre el Ayuntamiento y la Corporación Sanitaria de Barcelona.

1. Violencia de género

Vamos a leer el siguiente caso práctico.

La señora Ana, madre de un niño de 5 años, es atendida por su médico de cabecera por unos mareos que la paciente atribuye a las cervicales. Al indagar en sus circunstancias, la paciente comenta que está muy nerviosa, que tiene una orden de protección de su expareja, al cual condenaron con pena de prisión pero ahora mismo todavía está en la calle, y la llama por teléfono, le deja un mensaje y lo ve rondar cerca de su casa. Confiesa que le tiene terror ya que en otras ocasiones la ha agredido gravemente, a veces en presencia de su hijo. El agresor la obligó a dejar de trabajar y ahora se encuentra sin recursos económicos. Su familia vive lejos y no puede contar con su ayuda.

Reflexionemos: ¿Cómo se podría abordar la situación planteada? ¿Qué intervenciones se deberían hacer desde la unidad de trabajo social sanitario?

1.1. Prevalencia

La violencia de género ha sido reconocida por la OMS (1996) no solo como una violación de los derechos fundamentales de las mujeres afectadas y de sus hijos e hijas, sino también como un problema grave de salud pública, tanto por su alta prevalencia como por su morbilidad y mortalidad. Esta violencia afecta a las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España el número de víctimas mortales entre el 1 de enero del 1999 y el 30 de diciembre de 2017 ascendió a 1.148. En el 2017 se contabilizaron un total de 51 casos de víctimas mortales.

La tabla 1 muestra la evolución de las víctimas de violencia de género desde 1999 hasta 2017. En total, en este periodo fueron asesinadas 1.148 mujeres.

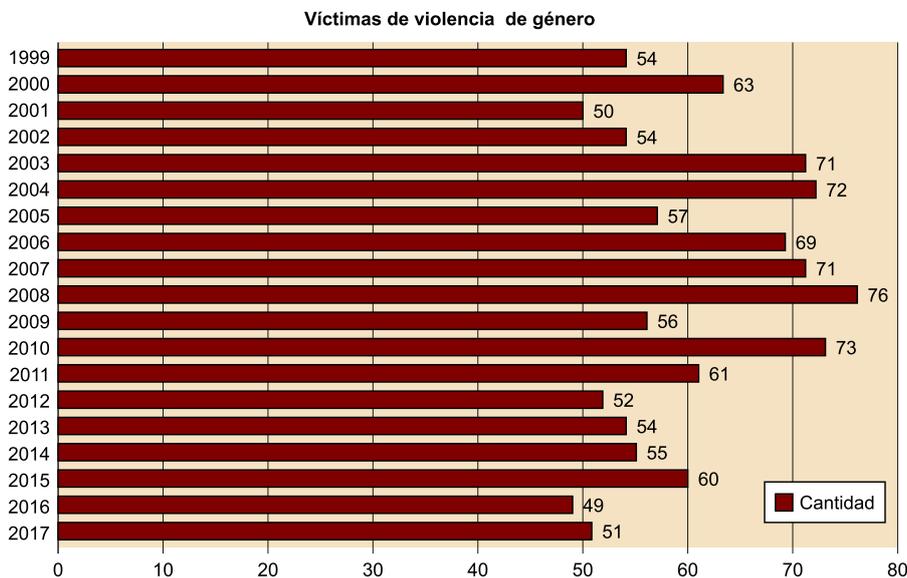
Tabla 1. Víctimas mortales por violencia de género

	Cantidad
2017	51
2016	49
2015	60
2014	55
2013	54
2012	52
2011	61

	Cantidad
2010	73
2009	56
2008	76
2007	71
2006	69
2005	57
2004	72
2003	71
2002	54
2001	50
2000	63
1999	54
Total	1.148

Fuente: INE.

Figura 1. Evolución de las víctimas de violencia de género (1999-2017)



Fuente: 1999-2005: Instituto de la Mujer a partir de noticias de prensa y de datos del Ministerio del Interior. A partir de 2006, datos de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. <http://ine.es>. Notas: se incluyen aquellos casos en los que el agresor es el cónyuge, excónyuge, compañero sentimental, excompañero sentimental, novio o exnovio.

Como dato que se debe considerar, del 2007 a septiembre del 2012 los juzgados españoles registraron un total de 769.478 denuncias, una media de 360 denuncias diarias. En 84.935 casos (un 11,5 %) las mujeres renunciaron a continuar con el proceso judicial

Otro ejemplo es el porcentaje de mujeres españolas que señaló en la Macroencuesta del 2011 haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida, que fue del 10,9 %, lo que equivale a más de 2.150.000 mujeres. De ellas, estarían en ese momento en situación de maltrato casi 600.000 mujeres (el 3,0 % del total de entrevistadas). El perfil de la víctima sigue siendo similar: el maltrato es más común en las extranjeras y las mujeres con alguna discapacidad.

En el ámbito sanitario, estudios recientes estiman que en España las tasas de prevalencia entre las mujeres atendidas en atención primaria oscilan entre el 25-30 % (Babi, 2012).

Es interesante, no obstante, destacar que la proporción de mujeres que ha logrado salir de la situación de violencia de género ha ido aumentando de forma significativa desde 1999, pasando de un 2,9 % hasta el 7,9 % (1.560.000 mujeres). Esto que nos tiene que animar a trabajar para aumentar la detección y la atención a las mujeres víctimas.

1.2. Marco normativo

En los últimos años en nuestro país se han sucedido una serie de acontecimientos legislativos y sociales que han cambiado la consideración de la violencia de género desde la sociedad en general y el sistema sanitario en particular. Algunos de los más relevantes son los siguientes:

- La promulgación de la Ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género.
- La inclusión del diagnóstico y la atención a la violencia de género en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud Real Decreto 1030/2006.
- La aprobación en el 2007 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, revisado y actualizado en el 2012.
- La mayoría de comunidades autónomas disponen de protocolos específicos creados a partir del protocolo común.

La finalidad última del protocolo común, documento de referencia imprescindible, es ofrecer orientaciones al personal sanitario del Sistema Nacional de Salud (SNS) para la atención integral (física, psicológica, emocional y social) a las mujeres mayores de 14 años que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario. El protocolo también ofrece indicaciones para la detección precoz, valoración y actuación con los hijos e hijas de las mujeres en situación de maltrato.

Lectura recomendada

En España, el referente más utilizado por las personas expertas en relación con la magnitud de la violencia contra la mujer lo constituyen las macroencuestas promovidas en tres ocasiones (1999, 2002 y 2006) por el Instituto de la Mujer y en el 2011, por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, la más reciente hasta la fecha.

Macroencuesta de Violencia de Género 2011.

Lectura complementaria

Cada mes se publican los datos, disponibles en la web del Ministerio:

<<http://www.msc.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home.htm>>

Del 2007 al 2011, 32 hombres han perdido la vida a manos de sus parejas, femenina o masculina, lo que supone un 9 % de las víctimas. Del total de denuncias presentadas cada año por violencia en la pareja, unas 130.000 de media, el 2 % corresponde al varón.

1.3. Raíces y causas de la violencia de género

La histórica declaración de 1993 de la Asamblea General sobre la «Eliminación de la violencia contra la mujer» brindó el marco para el análisis y la acción en los ámbitos nacional e internacional. En diciembre del 2003, dicha asamblea ordenó por primera vez que se elaborara el «Estudio a fondo sobre todas las formas y manifestaciones de la violencia contra la mujer», que salió a la luz en el año 2006.

Según las conclusiones de este estudio:

- La violencia contra la mujer es un **problema estructural generalizado** y **grave** que afecta a las vidas de innumerables mujeres y constituye un obstáculo para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz en todos los continentes.
- Es una **violencia instrumental** que constituye una **violación de los derechos humanos**, arraigada en las relaciones de poder históricamente desiguales entre los hombres y las mujeres y la discriminación sistémica contra la mujer, que se extiende tanto en la esfera pública como la privada.
- Tiene **numerosas formas y manifestaciones** y se da en una amplia gama de escenarios.
- Tiene un **carácter continuo** en la vida de las mujeres y atraviesa las esferas **pública y privada**, y frecuentemente las distintas formas de violencia se refuerzan mutuamente.

1.4. Tipos de maltrato

Ejemplos de maltratos extraídos de casos reales (fuente: autora):

«Obligar a comer sin parar hasta pesar más de 130 kilos, orinar en la taza preferida de la mujer, quemarle el coche, encerrarla en casa, no dejarla ir a trabajar, abrirla la barriga estando embarazada de 7 meses, tirarle la comida a la cara, amenazarla de matar a sus hijos, controlarla a todas horas, no dejarle poner la calefacción, torturar a su perro, estrangularla hasta casi matarla..».

Debemos tener en cuenta que en una relación de maltrato, pueden darse todos los tipos de maltrato (físicos, sexuales, psicológicos, económicos) o solamente algunos, pero no siempre existe violencia física. En cambio, cuando la violencia física está presente, siempre va acompañada de la violencia psicológica, que la suele preceder.

No debemos olvidar en nuestra intervención con las víctimas que el maltrato es un **proceso**, no un hecho aislado o puntual, y que tiene efectos en las diferentes esferas de la vida de la mujer que deberán ser abordados de manera integral en la intervención.

1.5. El proceso de la violencia en la relación de pareja

La violencia en la pareja es uno de los ámbitos donde se puede dar la violencia de género; es la forma más común de violencia experimentada por las mujeres en todo el mundo y la más atendida en el sistema sanitario. Esta violencia comparte con las otras formas de violencia el hecho de ser intencionada y de perseguir como objetivo el sometimiento y el control sobre la otra persona.

1.5.1. Características de la violencia en la pareja

- Existencia de un vínculo afectivo-sexual inicial.
- Existencia de una intimidad, una predisposición a querer compartir parte de la vida y, por tanto, a generar proyectos comunes.
- Distancia emocional mínima entre el hombre abusador y la mujer agredida, lo que conlleva un impacto emocional muy alto en las víctimas.
- Se da básicamente en el ámbito privado y, por tanto, a menudo es invisible para los demás, lo que se ha venido a llamar fenómeno de la doble fachada: <<http://www.amnistiacatalunya.org/edu/humor/mujeres/acudit-08-03--08.html>>
- Se llega a normalizar, se cronifica y con el tiempo aumenta su gravedad: es continua y sistemática y nunca se para por sí sola.
- Tiene como consecuencias un daño en la salud física, psicológica y social de la mujer y es un riesgo para su vida.

El estudio multipaís de la OMS del 2005 muestra una tasa de violencia dentro de la pareja en el mundo que oscila entre el 23 % y el 49 %:

«Las gravísimas consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres víctimas de esta violencia tienen efectos parecidos en la salud de la mujer, con independencia del lugar donde vivan, del carácter más o menos violento de su entorno, y de su horizonte cultural y económico».



1.5.2. Factores explicativos

Al abordar e intervenir desde el trabajo social sanitario en casos de maltrato en la pareja, es importante tener en cuenta que se trata de un fenómeno multicausal.

Sociales

- Desigualdad de género: la existencia de relaciones asimétricas. Los hombres que maltratan lo hacen porque pueden: sigue pensando una cultura sexista que atribuye y legitima un papel más agresivo a los hombres y de sumisión a las mujeres.
- El vínculo relacional en la pareja: concepciones referidas al amor y a la pareja como fusión («la media naranja»). La pareja como un objetivo principal vital basada en el binomio celos-fidelidad, y los celos concebidos como la máxima expresión de amor (Rojas Marcos, 2003). El mito del amor romántico todavía vigente en nuestra cultura.
- Legitimación social histórica del uso de la violencia para la resolución de los conflictos interpersonales dentro o fuera de la pareja.

Individuales

Se considera que no hay un perfil de «hombre maltratador» igual que no lo hay de «mujer maltratada» pero sí que pueden existir factores individuales, tanto de la víctima como del agresor, que pueden desencadenar o agravar la violencia: nivel de interiorización de los roles de género patriarcales, situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia, adicciones y/o haber sufrido o presenciado maltratos en la infancia.

1.5.3. El ciclo de la violencia

El primer gran estudio que se llevó a cabo sobre la respuesta psicológica de las mujeres envueltas en relaciones en las que eran maltratadas fue publicado por Leonore Walker en 1979. Walker se dio cuenta de que en un gran número de mujeres que habían sufrido relaciones abusivas se repetía, en la relación, un patrón cíclico que hacía más difícil la separación. Este ciclo se desarrolla en tres fases, que pueden extenderse durante un largo periodo de tiempo.

Fases del ciclo

1) Acumulación de la tensión

La persona agresora va creando tensión e irritación mediante insultos, amenazas, humillaciones y ridiculizaciones; manipula situaciones, crea confusión, provoca largos silencios y desvaloriza. La mujer recibe mensajes que hacen

Lectura complementaria

Para saber más podéis consultar el estudio «Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja» (2007) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

que sienta que su percepción de la realidad es incorrecta, duda, se siente culpable de todo lo que sucede, pierde la autoridad, la autoestima, intenta no «provocar». Estos antecedentes **no** suelen ser identificados como abusos por parte de la mujer.

2) Explosión de la violencia

Es el momento en que la violencia explota en forma de agresión física, psicológica, sexual... Se puede tratar de una agresión brutal, sin motivo aparente, sorpresiva. La desvalorización y la inseguridad adquirida dejan atrapada a la mujer, que experimenta el pánico y el miedo, que la pueden paralizar. Puede ser que no reaccione, pero también es frecuente que en este momento la mujer ponga una denuncia o que acuda a los servicios sociales o sanitarios para pedir ayuda o que quiera huir.

3) Fase de manipulación emocional, reconciliación o «luna de miel»

El agresor muestra una actitud de justificación de la agresión o de arrepentimiento: pide disculpas, llora, promete cambios y proyectos en común, se muestra afectuoso, amable y le pide que retire la denuncia (si la hay). Por su parte, la mujer, desconcertada ante el cambio, ya que se vuelve a sentir valorada en la relación de pareja, le perdona y cree que él ha dado un paso hacia el cambio de actitud; le suele dar una nueva oportunidad. Puede ser que retire la denuncia o que se retire de la ayuda solicitada, o que quebrante la orden de protección. También puede ser que niegue o minimice la violencia que está viviendo y se incremente su sentimiento de culpabilidad.

Actividad

Visionad el corto *Subir y bajar* de David Planell: <http://www.youtube.com/watch?v=x0ek5u_J-Dc>

Reflexionemos: ¿qué fase del ciclo de la violencia nos muestra?

Recomendación: también de interés para profundizar en el tema es la película *Te doy mis ojos* de Icíar Bollain (2003).

Debemos tener en cuenta que el ciclo no se para nunca por sí solo, sino que se suele acelerar, se cronifica y hay una intensidad creciente que comportará un mayor riesgo para la mujer.

Es importante, pues, conocer **en qué momento del ciclo la mujer acude a la unidad de atención** y las repercusiones que esto puede tener en su proceso y en la relación de ayuda. Por ejemplo, es probable que a urgencias la víctima llegue después de la fase de explosión de la violencia, y minimice sus lesiones y justifique al agresor.

Aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta llamada **forma moderada de violencia** (Krug y otros, 2002), en la cual hay una situación continua de frustración y amenaza, o dinámicas de relación bajo la estructura de dominación, donde solo de manera ocasional aparece la agresión física y que es más difícil de detectar.

1.6. Mujeres en situación de especial vulnerabilidad

Todas las mujeres –por el hecho de serlo– tienen riesgo de vivir situaciones de violencia de género, pero el afrontamiento de estas va a depender de la conjugación de factores psicosociales de riesgo y protección que cada mujer va a vivir de manera individual; evaluar estos factores será una tarea central del proceso de ayuda (Aretio, 2009).

A continuación destacamos las principales situaciones de mayor vulnerabilidad (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2012):

- Aquellas que tienen que ver con el cambio vital (embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación, muerte de personas significativas).
- Migración, tanto interna como internacional.
- Discapacidad de cualquier tipo (física, psíquica y sensorial).
- Estar en situación de exclusión social (adicciones, prostitución, reclusión, indigencia).
- Residir en el entorno rural.
- Mujeres mayores.
- Mujeres con VIH.

En dirección opuesta se encuentran aquellos factores protectores frente a la violencia (Ruiz y otros, 2004):

- Tener autoridad y poder fuera de la familia.
- Rápida intervención condenatoria de la violencia por parte de la familia extensa.
- Elevado apoyo social.

Lectura complementaria

E. G. Krug; LL. Dalhberg; J. A. Mercy; A. B. Zwi; R. Lozano (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization.

Lectura complementaria

A. Aretio (2009). «La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios». Ponencia IX Congreso Estatal de Trabajo Social.

Sin olvidar las capacidades y recursos de las propias mujeres y el adecuado acompañamiento profesional.

1.7. Detección del maltrato en diferentes ámbitos sanitarios

Las formas agudas de presentación del maltrato (lesiones físicas graves, intento de suicidio) son más visibles en las áreas de urgencias y desde el sistema judicial.

La atención primaria de salud (en adelante, APS) es un entorno privilegiado para detectar y visibilizar situaciones difícilmente detectables desde otros ámbitos, como el abuso psicológico o el abuso a mujeres mayores.

La consulta de pediatría de APS permite sospechar el maltrato a través de las manifestaciones en los hijos e hijas de la mujer, y permite detectarlo en muchas mujeres que solo consultan el sistema sanitario como madres.

Otras áreas y unidades especialmente sensibles son las consultas de ginecología/obstetricia y salud mental.

1.8. Intervención desde el trabajo social sanitario

Cuando se detecte que una mujer se encuentra en situación de violencia (o exista una sospecha fundamentada) por parte de cualquier profesional del equipo sanitario, sería deseable que se derive el caso a la unidad de trabajo social sanitario del centro tan pronto como sea posible, que será el profesional referente que gestionará con la mujer la globalidad de la situación y las posibles salidas, realizará el correspondiente diagnóstico social sanitario y planificará conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral.

El diagnóstico social sanitario

El diagnóstico social sanitario en este contexto deberá incluir lo siguiente:

- Tipos de malos tratos sufridos, duración e intensidad de estos.
- Evaluación del grado de peligro de la víctima y otros familiares y necesidad de protección.
- Comportamiento del agresor en la dimensión familiar y social; agresiones a otras personas o familiares.
- Situación familiar: relaciones familiares, personas que residen en la casa, tipo de vivienda.
- Afectación en los hijos e hijas menores.
- Situación emocional.
- Mecanismos de afrontamiento desarrollados por la mujer: actuaciones realizadas, peticiones de ayuda a otros equipos, denuncias previas.
- Fase del grado de motivación para el cambio en la que se encuentra (precontemplativa, contemplativa, determinación, acción, mantenimiento, recaída, terminación y consolidación; Prochaska y Diclemente, 1982).

Lectura complementaria

I. Ruiz; P. Blanco; C. Vives (2004). «Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas socio sanitarias». *Gaceta Sanitaria* (vol. 18, supl. 2, pág. 4-12).

Bibliografía

D. Colom Masfret (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.

- Situación económica: ingresos y procedencia de estos.
- Red de apoyo social: familiares, amigos, compañeros de trabajo o escuela, vecinos, asociaciones.
- Situación legal: proceso de separación o divorcio, temas de inmigración, régimen de visitas a los hijos e hijas, documentación.
- Situación judicial: denuncias, juicios, órdenes de protección.
- Necesidades de atención específicas.

Recordemos que dentro del diagnóstico social sanitario, como nos señaló Mary E. Richmond, incluimos siempre los servicios que vamos a prestar desde el trabajo social sanitario.

Plan de intervención

Una vez completado el diagnóstico social, se señalarán los servicios que se han de prestar y acto seguido se elaborará el plan de intervención biopsicosocial común por parte del equipo sanitario que garantice la atención integral a la víctima y a los individuos menores a su cargo. En el plan de intervención cada profesional tendrá asignadas sus responsabilidades y tareas, así como el seguimiento posterior.

Aspectos básicos a tener en cuenta en la intervención, que deberá ser consensuada con la mujer:

- Informativos: derechos, servicios, temas legales y recursos de apoyo.
- Elaboración de un plan de seguridad.
- Atención a los hijos e hijas.
- Económicos: gestionar ayuda económica cuando sea necesario, apoyar con la búsqueda de empleo.
- Vivienda o alojamiento alternativo, casa de acogida.
- Red de apoyo social y familiar.
- Autocuidado: ejercicio físico, recuperación de un ocio constructivo, inclusión en actividades comunitarias, mejora de la alimentación, descenso de sustancias tóxicas.
- Emocionales y cognitivos: facilitar la expresión de sentimientos dolorosos y contradictorios, fortalecer el proceso de la toma de decisiones, manejar los sentimientos de pérdida y nostalgia en caso de una separación, desarrollo de estrategias de afrontamiento de la violencia si la víctima decide seguir conviviendo con la persona agresora, eliminar el sentimiento de culpa por la violencia sufrida, mejorar la autoestima y la autonomía personal.

Si es necesario se hará la derivación total o parcial a otros equipos de la red de atención a la violencia de género: servicios sociales de atención primaria; servicios sociales especializados, juzgados, cuerpos de seguridad; oficina de atención a la víctima del delito, asociaciones especializadas, etc.

Salvo en los supuestos de urgencia vital en los que sea preciso por la gravedad de la situación recurrir a los cuerpos de seguridad, juzgados o teléfonos de urgencias para realizar acompañamientos y alojamientos alternativos, todas las derivaciones, preferentemente, deberán ser gestionadas por la unidad de trabajo social sanitario correspondiente, que es la competente para la coordinación con el resto de equipos.

El informe de trabajo social sanitario para remitir al juzgado

En función de las circunstancias particulares de cada situación, el equipo de trabajo social sanitario puede realizar un informe de trabajo social sanitario con el objeto de aportar el diagnóstico social sanitario de la mujer afectada.

1.9. Prevención

Algunas de las acciones y estrategias preventivas que se pueden impulsar desde las unidades de trabajo social sanitario son las siguientes:

- Sensibilización y formación de los profesionales del equipo.
- Conmemoración del Día Internacional contra la Violencia de Género (25 de noviembre), hacer actos de sensibilización de la población.
- Aplicación, puesta al día, de protocolos, guías y otros materiales.
- Promoción y educación para la salud con perspectiva de género.
- Grupos de padres y madres para reforzar habilidades parentales.
- Grupos de apoyo a mujeres víctimas.

Ejemplo

Aquí tenéis un ejemplo del sistema de salud vasco (diciembre, 2012). «Un vídeo invitará en los ambulatorios de Bilbao a las maltratadas a pedir ayuda».

2. Malos tratos infantiles

Leamos el siguiente caso práctico:

La pediatra del centro se pone en contacto con la trabajadora social sanitaria porque ha atendido a dos niños de 12 y 9 años, uno por una crisis de ansiedad y el otro porque tiene trastornos de sueño desde hace un mes. La madre, una mujer de 39 años, explica que su expareja, que tenía una orden de alejamiento y de quien no sabían nada desde hacía dos años, ha descubierto dónde viven ahora y lleva un mes amenazándola con matarlos a los tres, llama al timbre de casa de madrugada y se da a la fuga, la llama por teléfono desde un número oculto...

Reflexionemos: ¿Qué afectaciones detectamos en los menores? ¿Cómo podemos evaluar el nivel de riesgo?

Nota

En este módulo nos centraremos básicamente en la intervención con los menores expuestos a situaciones de violencia de género.

2.1. Prevalencia

En la macroencuesta realizada en el 2011, citada anteriormente, se concluye que unos 840.000 menores están expuestos a situaciones de violencia de género, cifra que representa el 10,1 % del total de menores de edad residentes en España. De ellos, unos 517.000 reciben agresiones directas, lo que representa el 6,2 % del total.

Se considera que estos niños y niñas son víctimas directas de la violencia de género siempre. La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia las hijas e hijos a su cargo, que viven bajo una amplia gama de experiencias dañinas.

2.2. Efectos de la violencia de género en hijos e hijas

Las consecuencias que presentan los niños y las niñas que nacen y crecen en un contexto de violencia en la pareja son muy similares a las que presentan las mujeres y menores que han vivido maltratos directos.

Veamos algunos efectos extraídos de Orjuela y otros (2009):

- Problemas de socialización: aislamiento, inseguridad, agresividad, reducción de las competencias sociales.
- Síntomas depresivos: llanto, tristeza, autoestima baja, aislamiento.

Lectura complementaria

L. Orjuela y otros (2009). «Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar». *Save The Children*.

- Miedos: miedos específicos, presentimientos de que pasará algo malo, miedo a la muerte, miedo a perder a la madre, miedo a perder al padre.
- Alteraciones del sueño: pesadillas, miedo a dormir solo, terrores nocturnos.
- Síntomas regresivos: enuresis, encopresis, retraso en el desarrollo del lenguaje, actuar como niños más pequeños de lo que son.
- Problemas de integración en la escuela: problemas de aprendizaje, dificultades de concentración y atención, disminución del rendimiento escolar. Dificultades para compartir con otros niños.
- Respuestas emocionales y de comportamiento: rabia, cambios repentinos de humor, ansiedad. Sensación de desprotección y ver el mundo como algo amenazante. Sentimientos de culpa (por ser responsable de los conflictos entre los padres o por no haber hecho nada para evitar la violencia). Dificultad en la expresión y el manejo de las emociones. Negar o quitar importancia a la situación violenta. Tendencia a asumir el sufrimiento y la agresión como formas naturales de relación. Aprendizaje de modelos violentos y posibilidad de repetirlos, tanto en el papel de víctima como en el de agresor, con la interiorización de roles erróneos de género. Relaciones conflictivas y adicciones. Comportamientos de riesgo y de evasión. Comportamientos violentos dentro del hogar y respuestas violentas ante otras personas como defensa. Fuga del hogar.
- Síntomas de estrés postraumático: insomnio, pesadillas recurrentes, fobias, ansiedad, experimentación reiterada del trauma, trastornos disociativos.
- Parentalización: asumir roles parentales y protectores hacia los hermanos pequeños.
- En algunos casos, la muerte.

Vídeo recomendado

Para profundizar en las consecuencias del maltrato os proponemos ver el siguiente vídeo: *Mamás y Papás*.

2.3. Detección

El personal de pediatría y de trabajo social sanitario tiene un importante papel en la detección, atención y prevención ante situaciones de violencia de género.

En la atención sanitaria a niños y niñas y adolescentes, la sospecha de que la problemática de salud que presentan puede ser consecuencia de estar expuestos/as a la violencia de género facilitará también la detección y la intervención con mujeres víctimas de maltrato.

2.4. Intervención desde el trabajo social sanitario

La evaluación psicosocial será competencia de la unidad de trabajo social sanitario y si es necesario se podrá solicitar la colaboración de otros profesionales, como equipos de salud mental infanto-juvenil, equipos de atención psicológica de servicios sociales y equipos de atención psicopedagógica del sistema educativo (Protocolo común, pág. 60).

Diagnóstico social sanitario

Con el fin de identificar la exposición de un niño o niña a una situación de violencia de género, es imprescindible garantizarle un espacio donde el individuo sienta que puede comunicarse y ser escuchado; hay que crear un entorno tan cálido y acogedor como sea posible, y utilizar un lenguaje y preguntas apropiadas para su edad.

Aspectos que se deben valorar:

- Tipología, severidad y frecuencia de la exposición a la violencia de género.
- Daños producidos por la violencia.
- Salud física y equilibrio psicoemocional.
- Nivel de riesgo.
- Grado de protección por parte del entorno más inmediato.
- Escolarización y tiempo libre.
- Fuerza y calidad del vínculo con la madre.
- Relación con el padre.
- Grado de resiliencia del propio menor: estrategias y recursos de afrontamiento aplicados.
- Aspectos legales y jurídicos.
- Necesidades específicas.

En el caso de que se determine una situación de maltrato que comporte un riesgo vital para el menor o que requiera una atención médica especializada, será necesaria la coordinación con la unidad de trabajo social sanitario del hospital de referencia. Asimismo, será necesaria la coordinación con los dispositivos de servicios sociales de atención y protección del menor.

2.5. Prevención

Algunas de las estrategias de prevención son las siguientes:

- Actuaciones de sensibilización y concienciación de la ciudadanía.
- Trabajo en red y comunitario.
- Formación a profesionales sanitarios y educativos.
- Talleres de capacitación parental para madres y padres.
- Grupos de apoyo a madres jóvenes.

- Educación en salud sexual y afectiva para menores y adolescentes.

Ejemplos

A menudo los hombres que ejercen violencia usan a los hijos e hijas para hacer daño a la mujer, llegando incluso a asesinar al menor con una gran crueldad. Pero también estos últimos años nos encontramos con noticias en las que es la madre la que los maltrata incluso les quita la vida.

Podemos ver la nota de prensa del INE de mayo de 2019 donde presenta el perfil de la violencia doméstica y de la violencia de género.

http://www.ine.es/prensa/evdvg_2018.pdf

3. Malos tratos a personas mayores

«De todas las formas de violencia, esta es la más oculta», Mercedes Tabueña, experta en el maltrato a la tercera edad, profesora en la UB y miembro de EIMA.

Leamos el siguiente caso práctico:

Pedro, en la entrevista que ha solicitado con el trabajador social sanitario del centro, se pone a llorar y le cuenta que su mujer y su hija no le dejan salir para ir al médico, ni recibir visitas, que ahora se ha escapado, que si le llaman por teléfono no le dejan ponerse, que solo su nieto le apoya pero que le visita de vez en cuando...

¿Creéis que se trata de una situación de maltrato? ¿De qué tipo? ¿Cómo podríamos enfocar la intervención?

3.1. ¿Qué son los malos tratos a personas mayores?

De todas las definiciones que aparecen en la literatura especializada, destacan dos:

«Cualquier acto u omisión que genere un daño, intencionado o no, que se produzca en el medio familiar, comunitario o institucional que vulnere o haga peligrar la integridad física o psíquica, el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, y que se pueda constatar de manera objetiva o percibir de manera subjetiva, independientemente de la intencionalidad o no del entorno en que se produce».

Declaración de Almería (1995)

«Acción única o repetida, o la falta de una respuesta adecuada, que se produce en cualquier relación en la que haya una expectativa de confianza y que provoca daños o angustia en una persona mayor».

OMS Toronto (2002)

Encontramos diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, económico, negligencia, abandono y vulneración de derechos, siendo las más frecuentes el económico y el psicológico. El maltrato a las personas mayores es un fenómeno multidimensional y multifactorial.

Como en otras manifestaciones de la violencia, las causas son múltiples: envejecimiento progresivo de la sociedad, cambios en las estructuras familiares, incremento del número de personas dependientes, el «edadismo» (la discriminación por la edad de los mayores), mitos y estereotipos sobre la vejez que provocan una infravaloración propia y de los demás... a las que hay que añadir las características individuales y las circunstancias, tanto de la persona maltratada como de la persona que ejerce la violencia.

Nota

El maltrato a los mayores ocurre en distintos ámbitos, pero en este módulo nos centraremos en el que tiene lugar en el ámbito doméstico.

A las víctimas les cuesta mucho dar el paso para denunciar o solicitar ayuda, bien porque se sienten indefensas, porque temen represalias, no quieren escándalos, no se dan cuenta o lo justifican, ignoran la posibilidad de ayuda, quieren proteger a sus familiares o se sienten culpables e impotentes. El entorno, además, suele negar el problema, lo minimiza o desconoce los recursos de apoyo. Como en los otros tipos de maltrato, el silencio es siempre cómplice de la violencia. Por ello, es fundamental la detección y el abordaje del maltrato que podemos hacer desde los ámbitos sociosanitarios, hospitalario y de atención primaria.

3.2. Prevalencia

Los malos tratos a personas mayores se pueden observar en todas las clases sociales y en cualquier nivel cultural, y afectan tanto a mujeres como a hombres, aunque la literatura especializada afirma la existencia de diferencias significativas asociadas al género (Bazo, 2003; Barbero y otros, 2005; Morlan, 2009), según las cuales las mujeres presentan una prevalencia mayor.

No hay estadísticas precisas, pero sí hay estimaciones que nos muestran una alta prevalencia. Según el informe de la OMS publicado en el 2011, «European report on preventing elder maltreatment», en Europa un 2,7 % de las personas mayores de 60 años sufrieron maltrato físico, un 0,7 % maltrato sexual, un 2,8 % económico, y un 19,4 % padecieron maltrato psicológico. Cada año mueren en Europa 2.500 ancianos a causa de malos tratos. Podemos ampliar la información al respecto dentro de la misma OMS (<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>).

Según un estudio del 2008, «Maltrato de personas mayores en la familia en España» de Isabel Iborra, el maltrato aumenta a medida que aumenta la dependencia. El 2,9 % de los ancianos con gran dependencia eran maltratados. Las personas con alzhéimer pertenecen al grupo de más riesgo.

3.3. Intervención desde el trabajo social sanitario

3.3.1. Tipos de malos tratos y señales de alerta

Para poder detectar las diferentes formas de maltrato será necesario reconocer los indicadores que acompañan a cada una de las formas mencionadas. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que será necesario contextualizar las señales de alerta descritas a continuación y valorarlas con prudencia. La existencia de uno o más indicadores no siempre significa que estemos ante un caso de maltrato. Los tendremos que tratar como signos que requerirán una atención específica o bien una investigación concreta.

Cualquier profesional de la salud puede detectar maltrato en cualquier dispositivo sanitario. Asimismo, también se puede producir a partir del reconocimiento y la expresión de la propia persona afectada o por la comunicación de sospecha de maltrato por parte de familiares o personas próximas y por parte de otros equipos profesionales.

Tabla 2. Definiciones y señales de alerta de las diversas categorías de maltrato a las personas mayores

Definición	Señales de alerta
1. Abuso físico	
Uso de la fuerza física que ocasiona dolores o lesiones corporales. Incluye además restricciones o confinamientos no apropiados a camas, sillas o en una habitación, y el uso inapropiado de fármacos, como sedaciones sin prescripción o alimentación forzada.	Cortes, golpes, quemaduras, pinchazos, moratones, marcas de sujeción, llagas no curadas, lesiones en zonas del cuerpo escondidas, caídas reiteradas, inexplicables fracturas. Sobredosis o infradosis de medicación en sangre. Desnutrición o deshidratación, hipotermia e hipertermia.
2. Abuso psicológico o emocional	
Es infligir angustia, pena o estrés a través de actos o palabras. Se incluyen las agresiones verbales repetidas como amenazas, intimidaciones que denigran a la persona o hieren su identidad, dignidad o autoestima; los castigos como el del silencio o de privaciones; aislar o apartar a la persona de sus amistades y de sus actividades habituales, y la infantilización.	Insultos, humillaciones, trato diferente, amenazas, gritos, desamparo, pasividad, aislamiento, infantilización. Miedo, eludir el contacto visual, físico o verbal con la persona agresora. Ira, negación, agitación, actitudes contradictorias o ambivalentes. Confusión, desorientación, ansiedad y depresión. Intento de suicidio.
3. Abuso sexual	
Incluye todo contacto sexual sin consentimiento: violación, atentado contra el pudor, acoso. También los contactos sexuales con una persona incapaz de dar su consentimiento, y los tocamientos.	Declaración de la propia persona. Ropa interior rasgada o manchada. Comportamiento sexual desinhibido. Rechazo a contactos físicos.
4. Abuso económico o financiero	
Uso ilegal o indebido de propiedades o finanzas que pertenecen a la persona mayor. Modificación forzada o coercitiva del testamento u otros documentos jurídicos; negar el derecho al acceso y control de los fondos personales; fraudes, robos o hurtos cometidos por una persona de confianza; firma de documentos sin información clara del contenido. También incluye acuerdos poco equitativos en relación con el traspaso de bienes a cambio de unos servicios de atención. Se excluyen delitos comunes realizados por desconocidos.	Desaparición de joyas, objetos de arte o de valor. Movimientos bancarios sospechosos, deudas y gastos anormales. Pérdida de patrimonio, renuncia o cambios con transmisión de poderes repentinos. Ventas fraudulentas y engañosas. Interés inusitado para hacerse cargo de la persona mayor. Demandas no justificadas de incapacitación.
5. Negligencia	
No atender las necesidades de la persona mayor. Incluye las necesidades básicas de salud, ropa, higiene, alimentación, vivienda, seguridad, confort y el no cumplimiento de los deberes fiduciarios de una persona. Puede ser intencionada o no intencionada por falta de capacidad, información, interés o recursos.	Condiciones de vida peligrosas: no disponer de una vivienda con condiciones de habitabilidad o también sucia, con acumulación de basura y malos olores. Ropa inadecuada, falta de higiene personal, parásitos o infecciones. Malnutrición, problemas de salud sin tratamiento o cura. Falta de prótesis auditivas, dentales o gafas, si son necesarias.
6. Abandono	
Es la deserción por parte de la persona (o institución) cuidadora que está al cargo de la persona mayor y la desampara voluntariamente.	Abandonar a la persona mayor en una institución, ya sea en un hospital, residencia geriátrica, en la calle o en el domicilio.
7. Vulneración de derechos	

Definición	Señales de alerta
<p>Consiste en la agresión, privación o no reconocimiento de los derechos fundamentales, como dignidad, respeto, intimidad, confidencialidad y participación.</p> <p>La libertad es un derecho fundamental como lo es el derecho a decidir.</p>	<p>Falta de respeto a la intimidad y a la libertad. Censura de la correspondencia. No tener en consideración los deseos y decisiones de la persona mayor sobre aspectos vitales (dónde, cómo y con quién quiere vivir). Los tratos discriminatorios y desconsiderados.</p>

Fuente: EIMA; M.Tabueña; J.Muñoz (2012). *Guía Local per fer front als maltractaments a les persones grans*. Diputación de Barcelona.

3.3.2. Diagnóstico social sanitario

Una vez detectada una posible situación de maltrato, se tendrán que hacer una serie de actuaciones para confirmar o descartar las sospechas de malos tratos.

La valoración interdisciplinar deberá hacer referencia a los aspectos de salud física, psíquica y cognitiva, social y familiar y tener en cuenta la severidad del maltrato, la capacidad de la persona, la aptitud para decidir, la accesibilidad y los recursos disponibles. Cada uno de estos aspectos cuenta con sus propias herramientas de apoyo que suelen ser las escalas y test validados: Barthel, Lawton, MEC, Goldberg o Yesavage, por ejemplo.

En cuanto a la evaluación social y familiar, competencia de la unidad de trabajo social sanitario, deberemos tener en cuenta lo siguiente (Guía de la Diputación de Barcelona, pág. 19):

- Debe incluir una amplia gama de parámetros: ambientales, económicos, red de apoyo, afectos y conflictos familiares, actividad social, hábitos, creencias y actitud para aceptar la situación y la ayuda que se le ofrece.
- También es necesario evaluar la situación de agotamiento y estrés de la persona cuidadora de las personas dependientes con deterioro cognitivo.

Algunas de las técnicas y escalas que podemos utilizar para complementar nuestro diagnóstico son las siguientes:

- entrevista,
- visita domicilio,
- escala Zarit,
- escala Filadelfia,
- escala OARS,
- escala de Gijón,
- cuestionario DUKE-UN y
- APGAR familiar.

La clave principal para las entrevistas será generar una relación de confianza. Se harán por separado: a la persona mayor maltratada, a la presunta responsable del maltrato y a otras personas de su entorno. Las visitas a domicilio cuando sean posibles nos darán una información muy valiosa. Será necesario generar en todo momento un ambiente de calidez y confort, y usar un lengua-

je que se adapte a las condiciones de la persona mayor. También tendremos que estar atentos a los elementos de la comunicación no verbal y potenciar su autoestima haciendo énfasis en la no culpabilización de la persona mayor.

Hay una serie de instrumentos específicos diseñados para ayudar a los equipos profesionales a discernir la existencia o no de malos tratos, que requieren conocimiento y entrenamiento específicos para su administración (Guía de la Diputación de Barcelona, pág. 22):

- EASI (Elder Abuse Suspicion Index)
- Cuestionario de detección de la Canadian Task Force
- Indicadores de maltrato en la persona cuidadora y la persona mayor (IOA)
- Hwalek-Segstok Elder Abuse Screening Test (HS/EAST)

Es conveniente realizar un informe de trabajo social sanitario que podrá ser útil para futuros procesos judiciales, en caso de que los hubiera.

3.3.3. La actuación desde los establecimientos sanitarios

Una vez realizada la evaluación integral y consensuada por parte del equipo multidisciplinar, tendremos los elementos para decidir si hay que iniciar acciones para proteger a la persona mayor víctima de malos tratos, y para definir con qué otros servicios jurídicos, policiales, sociales o sanitarios nos tendremos que coordinar. En cualquier caso la intervención se orientará a preservar ante todo los derechos de las personas mayores y se debería coordinar desde la unidad de trabajo social sanitario.

Si la víctima tiene capacidad de decidir, nuestra intervención se centrará en:

- Informarla y asesorarla sobre los recursos a los que puede acceder.
- Darle apoyo emocional y potenciar sus recursos personales.
- Consensuar con la persona el plan de actuación propuesto por los profesionales.
- Potenciar los vínculos familiares y sociales.
- Considerar las acciones legales (denuncia, medidas cautelares, etc.).

Si la víctima **no** tiene capacidad de decidir, se centrará en:

- Comunicación y/o denuncia de la situación a juzgado o fiscalía según proceda.
- Solicitud de medidas cautelares.
- Valoración profesional para la aplicación de recursos de urgencia.
- Coordinación con otros equipos y dispositivos.

- Petición de ingreso involuntario.

3.4. Prevención

Las estrategias preventivas van dirigidas a evitar o reducir la violencia y el maltrato mediante la disminución de los factores de riesgo e impedir la normalización, así como acciones dirigidas a sensibilizar a la ciudadanía, especialmente a las personas mayores.

Tabla 3. Factores de riesgo

Factores de riesgo persona mayor	Factores de riesgo persona responsable maltrato
Dependencia física, psíquica, emocional y económica. Aislamiento social. Cohabitación. Situación de dependencia económica o bien personas con ahorro y otros bienes. Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta. Demencia. Historia de violencia familiar, sobre todo entre cónyuges.	Cuidar al dependiente sin ayudas durante periodos muy largos: claudicación, sobrecarga. Falta de formación y apoyo. Abuso de sustancias tóxicas. Enfermedad mental. Transmisión violencia familiar. Dificultades familiares: paro, estrés, aislamiento, divorcio, problemas económicos, baja autoestima... Pareja de edad avanzada cuidadora.

Ejemplos de medidas de prevención

- Llevar a cabo acciones de sensibilización con motivo del «Día Mundial sobre la Prevención de los Abusos a Personas Mayores», el 15 de junio.
- Potenciar la formación de profesionales y la investigación.
- Promover la realización del documento de voluntades anticipadas (DVA), documento de previsiones patrimoniales, medidas cautelares, etc.
- Actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores e intervenir en las situaciones de vulnerabilidad.
- Medidas de apoyo para los cuidadores: cursos específicos, grupos de apoyo...

Ved también

Recordad que hemos visto estos aspectos en el módulo 1 de la asignatura.

Ejemplos de buena práctica

Campaña «Tracta'm bé» (Cataluña)

Campaña «No dejes que ocurra» (País Vasco)

Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez
(15 de junio)

Proyecto de Cruz Roja: «Buen Trato a las Personas Mayores: Promoción del trato adecuado y protección frente al maltrato»

Blog grupo EIMA

3.5. Legislación y protocolos existentes

No existe una legislación específica para combatir el maltrato a las personas mayores como sí pasa con la violencia de género. No obstante, en los últimos años se han ido elaborando diferentes documentos, protocolos y guías que orientan la actuación en el abordaje de esta problemática. Es recomendable, siempre que sea posible, la elaboración de protocolos locales para optimizar la intervención interdisciplinar y el trabajo en red.

Destacamos los siguientes documentos de la base de datos de Portal Mayores relacionados con el maltrato en sus distintos ámbitos, editados por Portal Mayores, IMSERSO y Observatorio de Personas Mayores.

- **A. Martínez Maroto** (2005). *El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española*. IMSERSO.
- **Gobierno Vasco** (2011). *Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen. Bases para un Plan de Acción*. Departamento de Empleo y Servicios Sociales.
- **Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología** (2011). *Guía Práctica del Buen Trato a las Personas Mayores*.
- **Gobierno de Aragón** (2011). *El trato a las personas mayores. Promoción del buen trato y detección de malos tratos*.
- **Ayuntamiento de Madrid** (2010). *Buen trato a las personas mayores*.
- **Consejo General del Poder Judicial** (2010). *Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso*.

- **Obra Social Caixa Catalunya** (2009). *Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores.*
- **N. Ararteko Etxaniz; F. J. Leturia Arrazola** (2009). *Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato.*
- **IMSERSO; OMS; SEGG** (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores.*
- **UGT** (2006). *El maltrato a las personas mayores en la legislación española.*

4. Atención a los hombres que ejercen violencia

Las competencias de intervención y tratamiento de los hombres condenados por violencia de género corresponden al Ministerio del Interior, a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (excepto en Cataluña), todo ello sin perjuicio de los programas desarrollados por algunas comunidades autónomas en su territorio.

En aquellos casos en los que él mismo, como paciente, solicitara ayuda a los equipos sanitarios para modificar su conducta violenta, la unidad de trabajo social sanitario le ofrecerá información sobre los recursos y programas disponibles en su lugar de residencia (Protocolo común, pág. 71).

Por ejemplo, en Cataluña existen programas de atención específicos para hombres agresores en el Ayuntamiento de Barcelona o en el Hospital Santa Caterina de Girona.

Este texto se ve complementado a continuación por el elaborado por la profesora Neri Iglesias Fernández.

Lectura recomendada

Para profundizar en este tema os recomendamos la lectura del artículo «Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género».

5. Violencia de género y violencia doméstica. Parte II

5.1. Introducción

En esta segunda parte del módulo de violencia de género y violencia doméstica, se han actualizado datos y conceptos a fecha actual.

Aquellas definiciones, intervenciones desde el trabajo social sanitario o recursos que no han cambiado se han dejado como estaban.

a) Violencia doméstica¹

Se entiende por **violencia doméstica** todo acto de violencia física o psicológica ejercida tanto por un hombre como por una mujer, sobre cualquiera de las personas enumeradas en el artículo 173.2 del Código penal (descendientes, ascendientes, cónyuges, hermanos, etc.) a excepción de los casos específicos de violencia de género.

Víctimas de violencia doméstica: en 2018 se registraron 7.388 víctimas en asuntos de violencia doméstica con orden de protección o medidas cautelares, un 6,9 % más que el año 2017. De ellas, el 62,2 % fueron mujeres y el 37,8 %, hombres.

El número total de víctimas fue mayor que el de personas denunciadas, con una relación de 1,5 víctimas por cada persona denunciada.

A diferencia de la violencia de género, la violencia doméstica afectó de manera más uniforme a todas las edades, y destaca la incidencia en el grupo de menos de 18 años, con una de cada cuatro víctimas (24,3 % del total).

La edad media de las víctimas fue de 41,3 años.

En términos relativos, se observa que las víctimas en los asuntos de violencia doméstica fueron más frecuentes entre las mujeres de menos de 18 años y de 18 a 24 años (0,26 por cada 1.000 mujeres, en cada grupo de edad), y entre los hombres de menos de 18 años (0,17 por cada 1.000 hombres).

⁽¹⁾ Estadística de violencia de género y violencia doméstica, Instituto Nacional de Estadística (INE) referidos a 2018 [en línea].

5.2. Violencia de género

5.2.1. Prevalencia

La Organización Mundial de la Salud², en una nota descriptiva sobre la violencia de la mujer, afirma:

- La violencia contra la mujer –especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual– constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.
- Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35 %) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.
- La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En casi todo el mundo, casi un tercio (30 %) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.
- Un 38 % de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.
- La violencia puede afectar negativamente a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y, en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer el VIH.

⁽²⁾«Nota descriptiva de la OMS, sobre la violencia contra la mujer (29/XI/2017)» [en línea]. <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>

En **España**, según datos del Instituto Nacional de Estadística³ (INE), referidos a 2018:

- **El número de mujeres víctimas de violencia de género aumentó un 7,9 % respecto al año anterior, hasta 31.286.**
- **La tasa de víctimas de violencia de género fue de 1,5 por cada 1.000 mujeres de 14 o más años.**
- La tasa de víctimas en relación con la población total de mujeres **alcanzó su máximo** en los tramos de edad de 25 a 29 años y de 30 a 34 años (con 3,5 víctimas por cada 1.000 mujeres en ambos casos).

⁽³⁾Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) referidos a 2018 [en línea].

En referencia a los **denunciados por violencia de género**, un total de **31.250 hombres** fueron registrados por violencia de género en los asuntos con orden de protección o medidas cautelares dictadas inscritos en el Registro a lo largo de 2018, lo que representa un **7,8 % más** que en 2017.

Por **lugar de nacimiento**, dos de cada tres denunciados (el 65,1 % del total) habían nacido en **España**.

Atendiendo al **tipo de relación existente** entre la víctima y el denunciado:

- Eran cónyuges en el 20,9 % de los casos.
- Excónyuges en el 5,9 %.
- Pareja de hecho en el 22,0 %.
- Ex pareja de hecho en el 23,2 %.

Según el **lugar de nacimiento**, en el **55,1 % de las parejas los dos habían nacido en España**, en el 8,9 % en América y en el 5,9 % en otros países de la Unión Europea.

Nótese que se está hablando de denuncias presentadas por violencia de género. Se sabe que muchas mujeres víctimas de violencia de género no presentan denuncia, lo que incrementaría considerablemente los datos presentados si estos se conociesen.

5.2.2. Marco normativo

Además de la normativa contemplada en este epígrafe, hay que considerar:

- La Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. De ella cabe destacar el **artículo 27**, «**Integración del principio de igualdad en la política de salud**».

Enlace recomendado

Pacto de Estado contra la Violencia de Género [en línea].

http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf

- El Convenio del Consejo de Europa⁴ sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, firmado en Estambul el 11 de mayo de 2011, en su artículo 5.2, exige a las partes del convenio que tomen las medidas legislativas y demás necesarias para actuar con la diligencia debida para prevenir, investigar, castigar y conceder una indemnización por los actos de violencia incluidos en su ámbito de aplicación.
- Pacto de Estado contra la Violencia de Género⁵: el 15 de noviembre de 2016, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad,

⁽⁴⁾Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y contra la violencia doméstica [en línea]. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947

una Proposición no de ley por la que se instaba al Gobierno a promover la suscripción de un Pacto de Estado en materia de Violencia de Género, por el Gobierno de la Nación, las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía y la Federación Española de Municipios y Provincias, que siga impulsando políticas para la erradicación de la violencia sobre la mujer como una verdadera política de Estado.

⁽⁵⁾Pacto de Estado contra la Violencia de Género [en línea]. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf

- Real decreto ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género (BOE n.º 188, de 4 de agosto de 2018). Supuso modificaciones en la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, entre otras la recogida en el **artículo 23, «Acreditación de las situaciones de violencia de género»**. También cabe destacar la articulación del Pacto en diez ejes de actuación.

Para profundizar en este tema:

La serie completa de hojas informativas «Comprender y abordar la violencia contra las mujeres» puede descargarse del sitio web del Departamento de Salud Reproductiva de la OMS, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>, y del sitio web de la Organización Panamericana de la Salud, <http://www.paho.org/violence>.

5.2.3. Consecuencias para la salud

La violencia contra la mujer es un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.

Lectura recomendada

OMS (2013). «Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud» [en línea]. Washington, DC: OPS, 2013. WHO/RHR/12.43. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?sequence=1

Según manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO/RHR/12.43), la violencia tiene efectos inmediatos sobre la salud de la mujer, que en algunos casos son mortales. Las consecuencias físicas, mentales y conductuales sobre la salud también pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia.

Además, conlleva:

- repercusión en los niños,
- costes sociales y económicos.

Prevención y respuesta: si bien prevenir la violencia contra la mujer requiere un enfoque multisectorial, el **ámbito sanitario** tiene un importante papel que desempeñar.

El enfoque de salud pública basado en el género⁶

Integrar las perspectivas de género en la salud pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de la mujer y del hombre en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. El **objetivo fundamental es lograr la igualdad de género**. La incorporación de una perspectiva de género en la salud pública implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas.

Los trabajadores sociales sanitarios, ellos y ellas, adquieren formación oficial en Ciencias de la Salud a través del MUTSS. Por ello, al igual que el resto de los profesionales sanitarios, deben implicarse en todas las estrategias de salud tanto del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, como de la Administración competente en materia de salud de las diferentes comunidades autónomas.

Tenemos la obligación de actuar desde nuestra disciplina como posibilitadoras del cambio, tanto en las personas que atendemos, como en las políticas, protocolos, estrategias, educación para la salud, actividades comunitarias, etc., desde el conocimiento que generemos a través de la investigación científica desde el trabajo social sanitario.

5.3. Violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (2011) define la violencia sexual como:

«todo acto sexual o tentativa de consumar un acto sexual sin el consentimiento de la persona; también puede darse a través de comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo».

La violencia sexual puede ser perpetrada por extraños pero también por personas conocidas: miembros de la familia, parejas actuales o exparejas, amigos y conocidos en general. La violencia sexual puede darse en una amplia variedad de relaciones de poder: jefes, médicos, religiosos, cuidadores, policías, profesores, etc.

No es fácil que las víctimas de violencia sexual denuncien las agresiones.

Lectura recomendada

Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados [en línea]. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Avance_Resultados2015/home_valida.htm

⁽⁶⁾OMS. «Preguntas y respuestas en línea» [en línea]. <http://www.who.int/features/qa/56/es/>

Lectura recomendada

OMS (2013). «Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual» [en línea]. Washington, DC: OPS, 2013. WHO/RHR/12.37. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1

Según la OMS⁷, hay muchas razones lógicas que explican por qué las mujeres no notifican sobre la violencia sexual.

La violencia sexual también tiene consecuencias para la salud en las víctimas.

5.4. Mutilación genital femenina (MGF)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mutilación genital femenina está reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres que refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada. Como la mutilación genital femenina casi siempre se practica en menores, constituye una violación de los derechos de las niñas.

Comprende todos los procedimientos que implican la resección parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas.

Según el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF) del Ministerio de Sanidad (2015), en la mayoría de los casos, tanto las personas que la practican como las familias y las víctimas desconocen la relación entre la MGF y sus consecuencias perjudiciales para la salud. Por ello, es importante esgrimir como uno de los principales argumentos para erradicar esta práctica las graves consecuencias que tiene para la salud, a corto y largo plazo, de las niñas y de las mujeres a las que se les practica.

Este Protocolo común se aprobó en respuesta a la medida 185 de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, herramienta básica para la sensibilización y formación de profesionales en la lucha contra la MGF y la armonización de las actuaciones en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), que permitan mejorar la salud de las mujeres y niñas a las que ha sido practicada la MGF, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica, cuando por su contexto familiar, estén en una situación de especial vulnerabilidad.

5.5. La trata de personas

La definición más citada de trata de personas es la establecida en el Protocolo de las Naciones Unidas para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas:

«Por «trata de personas» se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al raptó, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación».

⁽⁷⁾ «Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual». Washington, DC: OPS, 2013. WHO/RHR/12.37.

Lectura recomendada

OMS (2018, 31 de enero). «Nota descriptiva» [en línea]. <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Lectura recomendada

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF) [en línea], 2015. <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun2015.htm>

Lectura recomendada

OMS (2013). «Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Trata de personas» [en línea]. OPS, 2013. WHO/RHR/12.42. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/

El anexo al Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el SNS («Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual», noviembre de 2017) tiene por objeto dar a conocer en el contexto de las organizaciones sanitarias las características específicas de la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual y establecer pautas para una actuación homogénea, que favorezcan la detención temprana de posibles víctimas de trata o de explotación sexual, así como la actuación ante los casos detectados.

Asimismo, pone de manifiesto que la trata con fines de explotación sexual sigue siendo la forma más extendida de trata de seres humanos, y que el 95 % de sus víctimas son mujeres y niñas.

Dicho anexo recoge como **definición de trata de seres humanos** aquella conforme a lo dispuesto en el artículo 177 bis del Código penal.

5.5.1. Las organizaciones sanitarias ante la trata con fines de explotación sexual

El Anexo⁸ hace referencia a que entre las unidades a las que acceden posibles víctimas de trata con fines de explotación sexual se encuentran las organizaciones y establecimientos sanitarios. Por ello, este ámbito es un espacio esencial para la prevención y detección de las situaciones de violencia que sufren las mujeres.

La **fase de detección** de una posible víctima consiste en el reconocimiento de señales básicas que sugieren que podemos estar ante una posible situación de trata. Es una **fase previa a la identificación formal como víctima que le corresponde a la autoridad policial**.

Para aumentar las posibilidades de detección de potenciales víctimas, es fundamental la implicación de todos aquellos profesionales del ámbito sanitario que en el desempeño de sus funciones pueden entrar en contacto con ellas.

En este sentido, los trabajadores sociales sanitarios, ellos y ellas, tienen un papel fundamental en la **detección de posibles víctimas** coordinándose con medicina, enfermería, matronería... La **escucha activa y empática**, la **observación reflexiva**, la **entrevista** y el **diagnóstico social sanitario** son imprescindibles para la detección e intervención con las presuntas víctimas.

Lectura recomendada

«Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual» [en línea]. <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/trataExplotacionSexual.htm>

⁽⁸⁾«Anexo. Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual» [en línea]. <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/trataExplotacionSexual.htm>.

Lectura recomendada

D. Colom Masfret (2012). *El diagnóstico social sanitario. Aval de la intervención y seña de identidad del Trabajo Social Sanitario*. Barcelona: Editorial UOC. Disponible en la Biblioteca de la UOC.

5.6. Malos tratos infantiles

5.6.1. Prevalencia

Desde que en 2013 se comenzaron a contabilizar en España los niños y niñas víctimas de violencia de género hasta ahora, 221 han quedado huérfanos y 25 menores de edad han sido asesinados, o bien por las parejas de sus madres o, en el caso de chicas jóvenes, por su propia pareja. La de género es solo uno de los tipos de violencia que sufren los niños y las niñas en España⁹.

⁽⁹⁾«Barómetro de la Infancia» [en línea]. <http://www.savethechildren.es/barometro-infancia/violencia-genero>.

De 2013 a 2016, en España los menores víctimas mortales por violencia de género ascienden a quince víctimas (en cuatro años).

En España, durante el año 2017, 38.433 menores de edad fueron víctimas de infracciones penales. El 3 % de todas las víctimas de delitos no había cumplido los 18 años y sufren, en mayor medida que los adultos, delitos mucho más graves, como son aquellos contra las personas, la libertad y la indemnidad sexual. Estos datos son solo la punta del iceberg, pues solo muestran los hechos denunciados, y la mayoría de los casos de violencia contra la infancia permanecen ocultos¹⁰.

4.875 menores fueron víctimas de malos tratos en el ámbito familiar. 4.542 menores de edad fueron víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexual en 2017. Las víctimas menores suponen el 47,63 % de todas las víctimas.

5.6.2. Normativa

- Normativa nacional: leyes de modificación del sistema de protección a la infancia:
 - Ley orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código civil y de la ley de enjuiciamiento civil.
 - Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, de responsabilidad penal de los menores.
 - Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Lectura recomendada

Para saber más:

Observatorio de la Infancia
<http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/infanciaEspana/contexto/marcoLegal.htm>

⁽¹⁰⁾Save the Children. «Victimización de los niños» [en línea]. <http://www.savethechildren.es/barometro-infancia/victimizacion-ninos>

5.7. Malos tratos a mayores

5.7.1. Prevalencia

Según afirma J. Daniel Rueda¹¹ (2015), el maltrato a las personas mayores tiene muchas aristas y es compleja no solo su detección y cuantificación, su incidencia y prevalencia, sino también su conceptualización. El lenguaje a veces oculta la realidad: *maltrato, abuso, violencia, conducta inadecuada*, etc., son eufemismos que se utilizan para su estudio. Suelen usarse como sinónimos pero a veces da la impresión de que son formas de ocultar la realidad.

Según la Organización Mundial de la Salud¹², el maltrato a personas mayores es un problema importante de salud pública.

El maltrato de las personas mayores puede conllevar lesiones físicas –desde rasguños y moratones menores a fracturas óseas y lesiones craneales que pueden provocar discapacidades– y secuelas psicológicas graves, a veces de larga duración, en particular depresión y ansiedad.

Según el Informe del IMSERSO (2016), en referencia al alcance de los malos tratos a las personas mayores¹³, las estimaciones sobre el grado de extensión de los malos tratos a los mayores que se obtienen en estos estudios son extremadamente heterogéneas, y van desde el 0,8 % de mayores de 65 años que reconocen haber sufrido al menos un tipo de maltrato hasta un 56,2 % de las personas mayores usuarias de los servicios sociales o de centros de atención primaria en los que se sospecha que han sufrido malos tratos.

Según la encuesta nacional del Centro Reina Sofía «Maltrato de personas mayores en la familia en España» (Iborra, 2008¹⁴), el 0,8 % de los ancianos españoles reconocen que sufren maltrato por parte de algún familiar. Los cuidadores de personas mayores con dependencia reconocen tasas mucho mayores de maltrato, en concreto del 4,5 %.

Lectura recomendada

Protocolo sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores [en línea]. Gobierno del Principado de Asturias. <http://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-sociosanitario-para-la-promocion-del-buen-trato-y-la-deteccion-e-intervencion-ante-el-maltrato-a-personas-mayores>

5.8. Bibliografía

Boletín Oficial del Estado (BOE). Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y contra la violencia doméstica [en línea]. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947

⁽¹¹⁾ Daniel Rueda (2015). «De la esclavitud a la desvinculación forzosa, dos formas de maltrato a personas mayores un reto para los servicios sociales sanitarios». *Agat-hos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (año 15, n.º 4, págs. 24-35).

⁽¹²⁾ OMS. «Nota descriptiva» [en línea]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

⁽¹³⁾ IMSERSO. «Informe 2016. Las personas mayores en España» [en línea]. http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm

⁽¹⁴⁾ Iborra (2008). «Maltrato de personas mayores en la familia en España» [en línea]. http://www.inpea.net/images/Espana_Informe_2008_Maltrato.pdf

Gobierno del Principado de Asturias. Protocolo contra la Violencia Sexual del Principado de Asturias [en línea]. <http://institutoasturianodelamujer.com/iam/biblioteca-digital/protocolo-contra-la-violencia-sexual/>

Iborra (2008). «Maltrato de personas mayores en la familia en España» [en línea]. http://www.inpea.net/images/Espana_Informe_2008_Maltrato.pdf

IMSERSO. «Informe 2016. Las personas mayores en España» [en línea]. http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm

Informe sobre los progresos realizados en la lucha contra la trata de seres humanos (2016) con arreglo al artículo 20 de la Directiva 2011/36/UE relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas {SWD(2016) 159 final} [en línea].

Instituto Nacional de Estadística (INE). Base de datos. Datos sobre la violencia de género y la violencia doméstica referidos a 2018 [en línea].

Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Pacto de Estado contra la Violencia de Género [en línea]. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf

Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Macroencuesta de la violencia contra la mujer, 2015. Avance de resultados [en línea]. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEncifras/macroencuesta2015/Avance_Resultados2015/home_valida.htm

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2015). «Anexo: Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual [en línea]. <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/trataExplotacionSexual.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2015). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF) [en línea]. <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun2015.htm>

OMS (2017). «Preguntas y respuestas en línea» [en línea]. <http://www.who.int/features/qa/56/es/>

OMS (2018). «Nota descriptiva» [en línea]. <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

OMS (2018). «Nota descriptiva» [en línea]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

OMS/OPS (2013). «Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud» [en línea]. WHO/RHR/12.43. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?sequence=1

OMS/OPS (2013). «Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual» [en línea]. WHO/RHR/12.37. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1

OMS/OPS (2013). «Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación Genital Femenina» [en línea]. WHO/RHR/12.41. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/es/>

OMS/OPS (2013). «Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Trata de personas» [en línea]. WHO/RHR/12.42. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). «Nota descriptiva sobre la mujer (26/XI/2017)» [en línea]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Proyecto EuroTrafGuiD (2013). «Directrices para la detección de víctimas de trata en Europa» [en línea]. <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otras-Formas/trata/detectarla/pdf/ManualDirectricesDeteccionTSH.pdf>

Rueda, J. Daniel (2015). «De la esclavitud a la desvinculación forzosa, dos formas de maltrato a personas mayores un reto para los servicios sociales sanitarios». *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (año 15, n.º 4, págs. 24-35).

Save the Children. «Barómetro de la Infancia» [en línea]. <http://www.savethechildren.es/barometro-infancia/violencia-genero>

Save the Children. «Victimización de los niños» [en línea]. <http://www.savethechildren.es/barometro-infancia/victimizacion-ninos>

Bibliografía

Alda, M.; García, J. (2011). «Detección y tratamiento de la violencia de género en atención primaria». *Siete días médicos*.

Aretio, A. (2009). «La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios». Ponencia presentada en el IX Congreso Estatal de Trabajo Social.

Aretio, A. (2007). «Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres». *Gaceta Sanitaria* (vol. 21, n.º 4, pág. 273-277).

Babi P. y otros (2102). «Violència de Gènere i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta». Quadern CAMFIC.

Ballester, M. (2009). «La intervenció en situacions de violència masclista en l'àmbit de la parella». *Papers d'Acció Social* (n.º 3). Generalitat de Catalunya.

Barbero, J. y otros (2005). «Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación». *Colección Manuales y Guías: Serie Personas Mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.

Bazo, M. T. (2003). «Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad». *Cuadernos de Trabajo Social* (n.º 11, pág. 35-46).

Coll-Vinent, B. y otros (2008). «El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud». *Gaceta Sanitaria* (vol. 22, n.º 1, pág. 7-10).

Coll-Vinent, B. y otros (2008). «El personal sanitario no percibe la violencia domestica como un problema de salud». *Gaceta Sanitaria* (vol. 22, n.º 1, pág. 7-10).

Colom Masfret, D. (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.

Irigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidós: Barcelona.

Kessel, H. y otros (1996). «Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado». *Declaración de Almería, Revista Española de Geriatría y Gerontología* (n.º 31, pág. 367-372).

Krug, E. G.; Dalhberg, LL.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B.; Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization.

Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

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

Morlan, A. (2009). «Protección jurídica. Violencia y Maltrato». Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores (octubre). Sevilla.

OMS (2000). «Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores». Ginebra.

Orjuela, L. y otros (2009). «Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar». *Save The Children*.

Prochaska, J. O.; Diclemente, C.; Norcross, J. (1982). «Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change». *Psychotherapy Theory, Research and Practice* (vol. 19, n.º 3, pág. 276-288).

Rojas Marcos, L. (2003). *La pareja rota. Familia, crisis y superación*. Madrid: Espasa Hoy.

Servicio Riojano de Salud. «Programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario público de la Rioja».

Ruiz, I.; Blanco, P.; Vives, C. (2004). «Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas socio sanitarias». *Gaceta Sanitaria* (vol. 18, supl. 2, pág. 4-12).

Tabueña, M.; Muñoz, J. (2012). «Guia local per fer front als maltractaments de les persones grans». Diputació de Barcelona.

Touza, C. (2010). «Por qué y cuándo se han de utilizar las escalas de detección del riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos auto negligentes». *EDMA. Cuadernos de Trabajo Social* (vol. 23, pág. 145-161).

Walker, L. (1979). *The battered women*. EUA: Harper and Row Publishers.