



Violencia doméstica y de género: aspectos médico- legales

DOLORES SERRAT MORÉ
Profesora Titular de Medicina Legal.
Facultad de Medicina
de la Universidad de Zaragoza.
Especialista en Psiquiatría
y Medicina Legal y Forense.
Licenciada en Derecho



I. PLANTEAMIENTO GENERAL

La **violencia de género**, entendida como *todo acto de agresión, física o psíquica, basado en la superioridad de un sexo sobre otro*, constituye junto con los malos tratos a menores y personas ancianas la expresión de un problema más amplio, la llamada **violencia doméstica, terrorismo doméstico o violencia en el medio familiar**, es decir una forma de agresión asentada y organizada en torno a un esquema cultural, y definida por Gelles y Cornell como *“el acto realizado con la intención de causar dolor o heridas a otra persona de la familia”*, y por el Consejo de Europa como *“toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno de sus miembros, que menoscaba la vida o la integridad física o psicológica, o incluso, la libertad de otro componente del clan familiar y causan un serio daño al desarrollo de la personalidad”*.

Las investigaciones en torno a la violencia doméstica requieren estudios causales y epidemiológicos, pero también el análisis de los factores que contribuyen a la gravedad de los hechos, por ello consideramos de interés conocer los factores que explican las conductas agresivas.

Estudiar los motivos por los que se produce determinada conducta humana supone, como dice Kurt Hauss⁽¹⁾, por una parte analizar todas las condiciones internas y externas que pueden producir algún efecto sobre la forma, dirección e intensidad de un comportamiento (análisis causal); y de otro determinar cual es el objetivo de este comportamiento (análisis del fin), es decir en definitiva encontrar respuestas al “por qué” y al “para qué” respectivamente.

Las conductas agresivas han sido ampliamente estudiadas desde distintas perspectivas, quizá porque el tema de la agresividad ocupa un lugar preferente entre los problemas que preocupan a hombres y mujeres de hoy, dado que desde un punto de vista social se encuentra íntimamente relacionado con la violencia⁽²⁾.

Aunque existe una tendencia a emplear como sinónimos los términos agresividad y violencia para referirnos a actos nocivos que tienen como efecto el daño y la destrucción de un objeto inanimado, planta, animal o persona, es indudable que el concepto de agresividad es mucho más amplio al incluir tanto las conductas destinadas a dañarse en forma de autoagresión, sentimientos de culpa, automutilación o suicidio, como las que se dirigen hacia otros; e incluso entre estas últimas habría que distinguir entre aquellas conductas agresivas que tienen como objetivo la autoafirmación y conservación (aspectos positivos de la agresividad) de las que Echeburúa ha dicho son una respuesta adaptativa del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior, de la agresividad entendida como hostilidad, es decir como respuesta destructiva al implicar destrucción, humillación y opresión a partir de actos o palabras, bien de forma directa o bajo formas más sutiles (chistes, ironías, indiferencia, etc.), y cuya forma extrema sería la conducta violenta definida en sentido estricto como “la manifestación física y abierta de la agresividad”.

Es posiblemente la identificación entre agresividad y violencia, y el mal uso de los diferentes conceptos de agresividad lo que llevaron al falso razonamiento durante muchos años sostenido sobre el origen biológico de la agresividad, y que Fromm puso de manifiesto con el siguiente eslogan:

Si la agresión adaptativa es innata, y a las conductas destructivas y crueles las llamamos agresión, ergo la crueldad y la destrucción son innatas.

Esta interpretación tuvo como consecuencia la minimización del papel causal de los factores ambientales o sociales cuando, en nuestra opinión, no sólo influyen en la aparición de las conductas violentas, sino que en algunos casos las justifican.

No es nuestro objetivo analizar las distintas teorías que intentan explicar

el origen causal de las conductas agresivas, sin embargo estamos convencidos de que el conocimiento de los diferentes factores que influyen en su génesis es indispensable para la elaboración de programas preventivos y terapéuticos.

De acuerdo con la doctrina mayoritaria se agrupan los factores causales en:

- **Factores biológicos** identificables en tres niveles: genético, neurológico y bioquímico.
- **Factores psicológicos**, así tal como dice Bercowitz, son muchos los trabajos que demuestran que las personas que están sometidas a gran variedad de experiencias desagradables y por tanto se les ha hecho sufrir lo indecible, suelen hacer sufrir lo indecible a los demás, de forma que se puede concluir que la vivencia de sucesos adversos aumentan la hostilidad humana, además se ha observado que los observadores de conductas violentas (televisión, pornografía) son más proclives si se les provoca a conducirse agresivamente al tiempo que van perdiendo sensibilidad ante las crueldades observables.
- **Y factores sociales**, puesto que es evidente que por encima del plano biológico y psicológico de la persona existe una superestructura social que es capaz de condicionar formas colectivas de convivencia y pautas sociales de conducta.

A juzgar por las estadísticas es evidente que la sociedad actual es prolija en violencia, y como causa de ello, profesionales de la psicología como Marcuse han identificado la estructura de las sociedades opulentas, al entender que en ellas se orientan las verdaderas necesidades existenciales y vitales del sujeto hacia el consumo y la competencia y se produce un estado de frustración que aboca en un predominio de las pulsiones agresivas⁽²⁾.

En cuanto a la finalidad de las conductas violentas, según Bercowitz hay que distinguir entre la **agresión**



impulsiva, en general condicionada por estímulos básicos, de la **agresión instrumental**, como un medio para alcanzar un objetivo.

Fromm hace una distinción más amplia, y diferencia entre:

- **Violencia lúdica**, que surge como una ostentación de la fuerza, pero no está motivada por un instinto destructor.
- **Violencia colérica reactiva**, como respuesta defensiva ante una situación de miedo o amenaza real o imaginaria consciente o inconsciente.
- **Violencia vengativa**, constituye una agresión maligna en la que se causa el daño sintiendo placer con ello.
- Y **Violencia compensadora**, como respuesta a una situación de impotencia o incapacidad. Tienen como objeto el restablecimiento de la autoestima.

La aplicación de estos conocimientos generales al **estudio de las causas y finalidad de la violencia doméstica**, y en particular con la violencia de género, nos permite decir que en su origen influyen especialmente los factores sociales y en cuanto a su finalidad se trata fundamentalmente de agresiones instrumentales o compensadoras, en las que el agresor es un sujeto que se siente maltratado por la sociedad que dirige su rabia y su fuerza contra el más débil en un intento de superar con esta conducta su frustración y su fracaso.

Esta concepción nos conduce a incluir este tipo de violencia en el marco de las llamadas patologías de la civilización⁽³⁾, definidas como *un conjunto de problemas de salud, de etiología multifactorial, que tienen en común el que tanto en su origen como en su mantenimiento y curación influyen poderosamente la formación cultural, las circunstancias sociales y la conducta personal.*

Pensamos que entre los factores favorecedores de la violencia de género, que afecta mayoritariamente a la mujer, influyen por una parte el papel preeminente que a lo largo de los siglos el

proceso de socialización ha otorgado a los varones, atribuyéndoles las funciones más eminentes del poder y la representatividad y cuya consecuencia ha sido un reparto desigual de funciones, por otra parte asumido y aceptado por las mujeres, lo que ha contribuido a la perpetuación del dominio social por los hombres, de forma que aún hoy los poderes del estado y su estructura se proyectan desde una perspectiva masculina.

También a nivel educativo se ha favorecido la incorporación de la violencia en la identidad masculina pues desde pequeños a los niños se les enseña a responder agresivamente y se entrenan en aspectos activos como ganar, vencer, competir, atacar, etc., valorándose al hombre por su fuerza y capacidad de dominar el mundo. Mientras a las niñas se les enseña a ceder, pactar, obedecer, cuidar, etc. es decir a cuidar y mantener las bases en las que asienta este mundo de corte masculino.

Además no hay que olvidar que el aprendizaje social determina que en la infancia se desarrollen los esquemas respecto de la masculinidad o feminidad, para que cada individuo alcance su identidad genérica (la vivencia de ser hombre o mujer) y la tipificación genérica (ostentación de los rasgos tradicionalmente masculinos o femeninos), que deben culminar en un rol genérico (conducta que se espera del hombre o de la mujer). Y si bien es cierto que en la actualidad el rol genérico, es decir la conducta esperada del hombre y de la mujer, está convergiendo, aún existen diferencias en el papel atribuido socialmente a los sexos, lo que constituye el verdadero obstáculo para la igualdad.

Es evidente que la cuestión no es si hombres y mujeres son diferentes, sino si la desigualdad psicobiológica justifica la desigualdad social, o dicho de otro modo, si es necesaria para que exista igualdad social la igualdad biológica y psicológica. Es obvio que la respuesta es no, puesto que como expresaron muy bien Mc Guinness y Pribam *“Hombres y mujeres son diferentes. Lo que debe ser puesto en plano de igualdad es el valor que se concede a*

esa diferencia”, en definitiva la igualdad a la que nos referimos es la relativa a derechos y dignidad.

La Constitución de 1978 proclamó la igualdad de todas las personas frente a la ley, proscribiendo cualquier discriminación, sin embargo en realidad este principio constitucional en cuanto al sexo se ha visto reducido a la categoría de ideal utópico en vez de ser una realidad a practicar⁽²⁾, debido quizá a que una larga tradición de trato diferencial ha dado lugar a un orden social en el que se entiende la relación entre sexos de una forma jerárquica, de forma que el sexo masculino se considera superior y más significativo que el femenino y por tanto trata de excluir y someter a la palabra y el cuerpo de las mujeres a través de la fuerza y de la violencia⁽⁴⁾.

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

A la violencia doméstica se le atribuyen una serie de rasgos característicos:

1 Tendencia a mantenerse oculta por considerar que pertenecen al ámbito privado.

El informe de la ONU sobre violencia familiar (1998) pone de manifiesto que la mayor dificultad para considerar la violencia doméstica como un problema de salud pública es la propia resistencia de la sociedad, que no permite al Estado interferir en la vida familiar.

Es cierto que hoy el tema ha superado la dimensión privada y ha pasado a considerarse como un atentado a la sociedad, y en definitiva como un ataque a la esencia de la democracia, al entender como dice Soledad Palacios que es “un problema que sucede dentro de los hogares, pero afecta a toda la sociedad”.

En la práctica para considerar el maltrato doméstico como una violación de los derechos humanos ha sido necesario que ocurrieran muchas muertes, y la actitud valiente de muchas víctimas, que aun a sabiendas de que poco o nada se podía hacer a corto plazo, decidieron denunciar.

2

Tendencia a la repetición, es decir carácter habitual. Según el Ministerio del Interior cuando se acude a denunciar se llevan aguantados unos 7 años de violencia, y según datos de EEUU el 47% de los varones que agreden a sus parejas repiten la acción al menos 3 veces al año.

3

Tolerancia de la víctima. Los motivos por los que se aguanta en el hogar actitudes violentas son muy variados: miedo, indefensión, falta de autonomía. Las víctimas suelen referirse a falta de recursos, para proteger a los hijos/as, etc. aunque en el fondo subyace un sentimiento de culpabilidad, de fracaso y por tanto de vergüenza que contribuye a su ocultación, todo ello favorecido además por la actitud del entorno.

En algunas ocasiones se establece un ciclo peculiar en la relación: existe tensión en la pareja y cuando estalla la violencia se produce una “luna de miel” que dura hasta que se reinicia la tensión que termina de nuevo en violencia⁽⁵⁾.

4

Variabilidad de las formas de agresión que pueden consistir en **actitudes** de odio, amenaza o provocación; **formas**

de expresión verbal y palabras (críticas, insultos, calumnias, etc.), que en el 30% de los casos suelen consistir en amenazas de muerte (Themis); o **actos** que originan lesiones, incluyendo aquí la muerte, los daños físicos o psíquicos y la agresión sexual. En definitiva, cualquier conducta que tiene como objeto dañar o lastimar.

5

Dificultades para su investigación, debido a:

1

La falta de un sistema eficaz que permita la detección del total de malos tratos reales, puesto que se estima que la mayoría de casos permanecen ocultos configurándose por tanto una *cifra negra o fenómeno iceberg* que está en relación directa con los factores individuales de la víctima, la intensidad y magnitud del daño, así como con el umbral de tolerancia sociocultural hacia estas conductas⁽⁶⁾. De hecho en la práctica sólo se denuncian en nuestro medio entre un 5 y un 10 % de los casos.

Como fuentes de datos destacamos a nivel internacional los informes de la ONU así como las estadísticas aportadas por organismos oficiales de los diferentes países, y a nivel nacional son de gran utilidad las estadísticas de denun-

cias del Ministerio del Interior, las estadísticas recogidas por los distintos servicios sociales que desde 1984 se han ido creando en España, y los trabajos realizados por profesionales sanitarios, especialmente los vinculados a la Medicina Legal y Forense.

El valor de la información obtenida es indudable si tenemos en cuenta que ha servido para ir tomando conciencia de la gravedad del asunto, sin embargo plantea un problema de parcialidad y fragmentación, que dificulta el análisis global del problema, y que hacen necesario la creación de protocolos e investigaciones específicas.

2

La escasa sensibilización del personal sanitario hacia la detección de posibles malos tratos, siendo numerosos los trabajos que demuestran el escaso número de diagnósticos del maltrato, al tiempo que ponen de manifiesto que la existencia de protocolos adecuados de detección de malos tratos físicos aumenta el número de casos identificados (Morrison, Mcleer, Johnson, etc.).

3

La tolerancia social, deriva de razones de índole histórica y cultural que han favorecido una mentalidad social de corte patriarcal, en la que se consideran a la mujer y los hijos e hijas como un bien del hombre, sobre los que puede ejercer la propiedad y el control exclusivo.

Francisco Umbral en un artículo de opinión sobre el tema⁽⁷⁾ recuerda un dicho árabe que dice “Azota todos los días a tu mujer, que ella sabrá por qué”, y aún reconociendo el valor de muchas explicaciones sociológicas, psicológicas, económicas o comunicacionales, empieza a pensar que la razón por las que el hombre maltrata es sencilla y llanamente porque les gusta, y no tanto por un principio de autoridad patriarcalista, que es como parecen entenderlos los jueces, sino como forma de ejercitar un placer al que no da derecho el matrimonio. En definitiva para Umbral es un vicio, universal y mayormente masculino que se usa como ejercicio de un placer.





III. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Centrando nuestra atención en los datos relativos a la *violencia en la pareja*, observamos que si bien es cierto que el binomio víctima-agresor puede ser ocupado por cualquier sexo en su doble posición, la realidad demuestra que se dan con mayor frecuencia los malos tratos en la mujer que en el varón, en una proporción 10/1 en mayores de 21 años⁽⁸⁾.

Además son mucho más abundantes las referencias tanto nacionales como extranjeras que recogen datos sobre violencia a la mujer, y así a título de ejemplo el estudio de la ONU publicado por el diario Folha de Sao Paulo, indica que entre el 30 y 40 % de las mujeres latinoamericanas han sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar. En Chile el 60% de las mujeres que viven en pareja han sufrido algún tipo de violencia. En Colombia más del 20%, en Ecuador el 60% de las mujeres que viven en los barrios pobres, en Argentina el 37% y en Nicaragua el 32% de las mujeres entre 16 y 49 años. En Brasil el 66,3 % de los homicidios contra mujeres en 1995 y 1996 fue por violencia intrafamiliar.

En EEUU donde una mujer es agredida cada 15 segundos, la tercera parte de las internadas de urgencia en los hospitales han sido víctimas de violencia en sus hogares.

En Venezuela según datos de la Policía Técnica Judicial, en 1998 se recibieron 7.836 denuncias por diferentes delitos rela-

cionados con violencia sexual, y estiman que esto representa aproximadamente el 10% de la real. Por otra parte entre 1992 y 1997 al menos 591 mujeres fueron víctimas de homicidio, de este total el 72% tenían entre 21 y 30 años, y en cuanto a las causas, el 8% fue por causas pasionales, el 14% por riñas, el 28% robo con violación y el 11% golpes.

En España, según fuentes del Ministerio del Interior, el número de mujeres maltratadas supera las 300.000, de las cuales sólo se denuncian entre el 5% y el 10%, así en el año 1998 se registraron entorno a 24.000 denuncias de mujeres, frente a 8.000 denuncias formuladas por varones que acusaron a sus esposas de malos tratos, sobre todo psicológicos. En el primer semestre del año 1999 el número de denuncias supera las 11.000 y 76 mujeres están siendo protegidas por la policía.

Según datos facilitados por Europa Press, de las denuncias presentadas por agresiones en el ámbito familiar en 1998, el 73,6% fueron formuladas por mujeres frente a un 26,7% presentadas por varones. De estas denuncias se puede también deducir que en el caso de las mujeres en el 70% el agresor fue su cónyuge o pareja mientras que en el caso de los varones sólo en el 31% de los casos fueron agredidos por la esposa, siendo los agresores en el 18% de los casos, los hijos y en el 35% otros parientes.

Estos estudios permiten:

1 Afirmar que aún cuando predominan los casos de malos tratos a mujeres, el maltrato del varón es un hecho, incluso más frecuente de lo que cabría esperar en una sociedad cuyos patrones imperantes son patriarcales, explicable quizá porque en la mayoría de los casos en los que un varón es agredido por su pareja se trata de casos de agresiones mutuas o violencia recíproca, siendo muchos menos los casos del varón que sufre agresión de forma exclusiva. Además estos casos son de difícil diagnóstico dado que si las lesiones no son muy evidentes no se acepta con facilidad reconocer la causa al entender que ello supone una situación de minusvalía o de dependencia con relación a la mujer.

2

Conocer rasgos característicos de la víctima y del agresor, así como de los factores desencadenantes de la agresión, de forma que se ha podido establecer un perfil de riesgo, que puede resumirse como sigue^(9, 10, 11, 12, 13):

Perfil de la víctima:

Se trata por lo general de una mujer, casada o separada, entre los 30 y 40 años, que no trabaja fuera del hogar, y si lo hace suele ser como obrera no cualificada, con antecedentes de malos tratos anteriores y predominando los casos de malos tratos mixtos (físicos y psíquicos).

Perfil del agresor:

Se trata de un varón de unos 40 años, casado o conviviente con la víctima, que en la mayoría de los casos no tiene comportamientos agresivos fuera del ámbito familiar. Desde el punto de vista psicológico el dato más común es que suele tratarse de personas con una personalidad agresiva (52%), y en un 16% de casos se trata de alcohólicos.

El personal experto en violencia coincide en señalar una serie de características comunes en los agresores:

1

Baja autoestima, insatisfacción e inseguridad, buscan una relación de dominio para soportarse a sí mismos.

2

Temperamento colérico y ánimo depresivo, mentirosos y con celos patológicos.

3

Son sujetos que tienen una tremenda necesidad de cariño y de dependencia, no toleran que se cuestione ningún aspecto de su conducta en la familia.

4

Persiguen el control absoluto de los miembros de la familia.

5

Se perciben como víctimas y siempre están a la defensiva.

6

Muchos son hijos de maltratadores.

■ LO 14/1999 DE 9 DE JUNIO

■ RD 738/1997 DE 23 DE MAYO

■ PLAN DE ACCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA 1998-2000, DE 30 DE ABRIL DE 1997

■ LEY 35/1995 DE 11 DE DICIEMBRE

Factores desencadenantes de la agresión:

En muchos casos no se encuentra ningún factor que justifique el episodio de violencia, siendo esto lo habitual en los casos de agresión única o esporádica, en cuyo caso el episodio violento suele ser consecuencia del deterioro progresivo de la convivencia.

Cuando se trata de episodios reiterados o habituales es frecuente el consumo de alcohol, y los trastornos de personalidad.

IV. SOLUCIONES AL PROBLEMA

Articular medidas para prevenir, cambiar o sancionar con eficacia y justicia la violencia doméstica y la específica de género requiere una transformación social, y un análisis profundo que busque atacar las causas, el origen del mal, y no sólo remedios para las consecuencias.

Estos son los objetivos del Plan de acción contra la violencia doméstica 1998-2000 aprobado por el Gobierno el 30 de Abril de 1997, articulado en torno a 6 grandes apartados⁽¹⁴⁾:

- 1** Sensibilización y prevención.
- 2** Educación y formación.
- 3** Recursos sociales.
- 4** Asistencia Sanitaria.
- 5** Medidas legislativas.
- 6** Investigación.

Algunos de estos objetivos empiezan a ver la luz, y así queremos destacar, por una parte la reciente reforma legislativa (L.O. 14/ 1999 de 9 de junio) por la que se modifican varios artículos del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, y



que se concreta en los siguientes puntos fundamentales:

- Introduce la pena de extrañamiento o alejamiento, es decir la posibilidad de imponer como pena accesoria en determinados delitos la prohibición de aproximación a la víctima.
- Introduce la tipificación como delito de la violencia psíquica ejercida de forma habitual sobre las personas próximas.
- Hace posible el ejercicio de oficio de la acción penal en los supuestos de faltas.
- Introduce la posibilidad de adoptar como medida cautelar el distanciamiento físico entre la víctima y el agresor, pudiendo acordarse esta medida entre las primeras diligencias.

Las nuevas medidas penales se han calificado como muy positivas, como un avance, en especial la introducción del alejamiento, sin embargo se discute su operatividad práctica al quedar la adopción de esta medida al arbitrio de jueces, juezas y fiscales, y más cuando el texto aprobado recoge que el juez/a sólo podrá dictar este alejamiento teniendo en cuenta la situación laboral, familiar, económica y de salud del agresor, en lugar de supeditarlo de forma explícita a la seguridad de la víctima.

De otra, el desarrollo de **medidas asistenciales**, que concretaremos en:

- 1** Programas de atención psicológica a los agresores.
- 2** El Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos.

Atención psicológica a los agresores

La atención psicológica a los maltratadores es una de las alternativas presentadas a las medidas penales, que ha demostrado ser eficaz de una parte como medida complementaria a las medidas legislativas, puesto que como dice Javier Medina “endurecer las penas de prisión no tiene ningún valor si no se crean alternativas más eficaces de rehabilitación”; y de otra como fuente de información.

Uno de los problemas que plantea este programa es la necesidad de contar con la aceptación del maltratador, lo que de hecho supone un obstáculo pues según los datos aportados en 1998 el 26% de los sujetos aceptaron recibir ayuda, sin embargo muchos de ellos abandonaron la terapia y otros acudieron a la misma bajo la amenaza de separación de la pareja; otros reconocieron su problema, y demostraron arrepentimiento y deseo de cambiar pero intentando escudarse en problemas ajenos a la familia como la precariedad laboral o el alcohol.



Atención sanitaria a las víctimas

Durante muchos años las víctimas de los delitos han sufrido un cierto abandono por el Estado, más preocupado por resolver los conflictos generados por la infracción penal que por las consecuencias que ello tenía para los sujetos pasivos.

En la actualidad la preocupación del Estado por las víctimas es una realidad, que tiene su origen en los países anglosajones extendiéndose en nuestro entorno a raíz de la aprobación del *Convenio 116 de 24 de noviembre de 1983 del Consejo de Europa* sobre la indemnización a las víctimas de delitos violentos, que junto a la *Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa de 28 de junio de 1985* sobre la situación de las víctimas en los procesos por estos delitos son un claro antecedente y referente de la *Ley 35/1995 de 11 de Diciembre, desarrollada por el R.D. 738/1997 de 23 de mayo* por el que se aprueba el Reglamento de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual, con el objetivo de restaurar la situación en que se encontraba la víctima antes de padecer el delito o al menos paliar los efectos que el delito ha producido sobre ella.

La Ley y el Reglamento plantean a los profesionales sanitarios las siguientes obligaciones:

1 Establecer con precisión el concepto de lesiones y daños sufridos por las vícti-

mas, pues de la precisión y exactitud con que ello se haga dependerá la justeza de la reparación indemnizatoria.

2 Establecer una red de atención y asistencia a las víctimas que palie, de alguna manera, los efectos inmediatos de la violencia. Para que esta asistencia sea eficaz, debe cuidar el aspecto médico en sus dos vertientes, la atención necesaria para las lesiones físicas y psíquicas sufridas, al tiempo que se posibilita la recogida de indicios y pruebas que después sirvan a los efectos procesales para probar los hechos.

3 Prever la posibilidad de la denuncia ante la policía o el juzgado, debe ser otro eslabón de esta cadena si se busca la eficacia.

Por ello es imprescindible que las y los profesionales sanitarios, en general, reciban formación en esta materia y sean conscientes de sus obligaciones, pero con mayor motivo aquellas/os que ejercen sus funciones en servicios asistenciales de urgencias, atención primaria y pediatría puesto que ellos ocupan una posición privilegiada para la sospecha y detección de los malos tratos.

En relación con los Servicios de pediatría me gustaría hacer hincapié en su importancia no sólo en los casos que afectan a menores sino en todos los casos de violencia en el hogar por el profundo efecto que ejerce sobre los niños y las niñas que son testigos de ella, hasta el extremo de resultar tan traumático como ser la víctima directa de los abusos, manifestándose en una intensa angustia y graves problemas de conducta. Además no hay que olvidar que niños y niñas aprenden de sus propias experiencias, lo que puede ser origen de repetición de estas conductas abusivas en sus relaciones.

La aprobación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de un *Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos* presentado el 5 de Octubre de 1998 pretende facilitar a los y las profesionales los pasos a seguir y la toma de decisiones, para que la víctima de esos ataques cuente lo antes posible con una protección

integral, sanitaria, jurídica y social que de solución a su caso.

La pauta de actuación de los profesionales sanitarios que atiendan un caso de maltrato o sospecha de agresión doméstica debe ser:

1 Asistencia de los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas que sufra el/la paciente, con un reconocimiento médico completo.

2 Valoración médica del impacto y alcance de las lesiones y daños, dejando constancia de los mismos en la historia clínica.

3 Emisión de un parte de lesiones, documento médico-legal con el que se comunican a la autoridad judicial los hechos, constando las lesiones y la asistencia prestada.

El Protocolo, amplía esta obligación aconsejando remitir **un informe médico de malos tratos**, en el que deben constar los datos de filiación de la víctima, el motivo de la asistencia, los antecedentes personales de interés, los datos de la exploración física, el estado emocional de la víctima, las exploraciones complementarias si las hubiera, el diagnóstico, tratamiento y plan de actuaciones, conforme a un modelo establecido.

4 Asesoramiento a la víctima sobre sus derechos y sobre las medidas sociales y de protección a través de los propios servicios del centro sanitario o, en su caso, contacto urgente con los Servicios Sociales.

Como mínimo este asesoramiento consistirá en facilitar a la víctima un teléfono gratuito y permanente, el 900 191 010, y el 901 504 504 en Aragón, donde directamente podrá entrar en contacto con los servicios sociales y donde le informarán sobre recursos y posibilidades disponibles, como casas de acogida, pisos tutelados, órganos judiciales y policiales y apoyo psicológico.

No debemos olvidar que la violencia doméstica es hoy por hoy una patología prevalente pero que su diagnóstico requiere inicialmente de una

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: TENDENCIA A MANTENERSE OCULTA POR CONSIDERARSE Perteneciente AL ÁMBITO PRIVADO; TENDENCIA A LA REPETICIÓN; TOLERANCIA DE LA VÍCTIMA; VARIABILIDAD DE LA FORMA; DIFICULTADES PARA SU INVESTIGACIÓN.



BIBLIOGRAFÍA

1. HAUSS, K.: *Fundamentos de psicología médica*. Edit. Herder, 1982.
2. VALLEJO, J.; BULBENA, A. y cols.: *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Edit. Salvat, Barcelona, 1980, pp. 330-354.
3. SERRAT, D.: *Enfermedades culturales y problemas sanitarios con repercusión social: Anorexia, bulimia, drogadicción, Sida. Violencia contra la mujer*. III^a Escuela de Mujeres. Córdoba. Octubre 1998.
4. Equipo Pardedos. *Prevenir la violencia. Una cuestión de cambio de actitud*. Instituto de la Mujer. Madrid, 1997.
5. Villavicencio, P.: *La detección de malos tratos en la consulta*. IX Escuela de Salud Pública. Mahón. Octubre, 1998.
6. LUNA, A. Y OSUNA, E.: Violencia familiar: aspectos generales. En *Psiquiatría legal y forense*, vol. II (S. Delgado y cols.). Capítulo 84, pp. 943-983. Edit. Colex. Madrid, 1994.
7. UMBRAL, F.: Los placeres y los días: Las maltratadas. *El Mundo*, 17 marzo 1999.
8. LUNA, A. Y OSUNA, E.: Aspectos clínicos de la violencia en el medio familiar. En *Psiquiatría legal y forense*, vol. II (S. Delgado y cols.). Capítulo 85 pp. 997-1.008. Edit. Colex. Madrid, 1994.
9. CASTELLANO, M.: Violencia en el medio familiar. En Gisbert, J.A. *Medicina Legal y toxicología*. Edit. Masson, 1998, pp. 445-453.
10. GASQUE, J.; PÉREZ, R. Y SERRAT, D.: Análisis de las agresiones con repercusión judicial (especial referencia a las del medio familiar) en la ciudad de Lérida en 1990. *Acta Medicina Legalis et Socialis*, vol. XLI, (1991), pp. 193-198.
11. PÉREZ, R.; GASQUE, J. Y SERRAT, D.: Análisis de las agresiones con repercusión judicial (especial referencia a las del medio familiar) en la ciudad de Cervera. *Acta Medicina Legalis et Socialis*, vol. XLI (1991), pp. 199-204.
12. CANTÓN, E. Y SERRAT, D.: Agresiones denunciadas en dos Juzgados de Logroño. Estudio de las agresiones en el medio familiar en el año 1990. *Acta Medicina Legalis et Socialis*, vol. XLI (1991), pp. 205-209.
13. IAM Documentación. Plan de acción contra la violencia doméstica. *Aequalitas*, n.º 1 (1999), pp. 64-68.
14. *Protocolo de actuación Sanitaria ante los malos tratos domésticos*. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

sospecha, por tanto pensamos que es fundamental recordar que el profesional sanitario debe tener siempre presente la posibilidad del maltrato, máximo si se detectan determinados síntomas y actitudes, y mantener una conducta activa frente los mismos.

Los Síntomas y actitudes típicos en los casos de malos tratos son:

Síntomas físicos, que generalmente se corresponden con patologías mal definidas, como dolor de cabeza, torácico, espalda, abdominal, insomnio, ahogos, etc. Lesiones agudas en múltiples zonas (cabeza, cuello, extremidades, etc.), producidas por diversos mecanismos (quemaduras, golpes, cortes etc.) y en distinto estadio de evolución. Discapacidades permanentes.

Estos síntomas suelen acompañarse de manifestaciones psíquicas tales como: depresión, confusión mental, ansiedad, somatizaciones, intentos de suicidio, síndrome de estrés postraumático, anorexia/bulimia, nerviosismo e hipervigilancia.

En general los malos tratos aumentan la prevalencia de los problemas de salud, así tal como ha puesto de manifiesto un estudio realizado en el Johns Hopking Hospital, las mujeres que han sufrido violencias de baja intensidad (empujones, zarandeos o amenazas) tienen mas probabilidades de padecer problemas tanto físicos como psíquicos, encontrándose una mayor prevalencia de diarreas, dolor abdominal, inapetencia y secreciones vaginales anormales.

En cuanto a las actitudes, la víctima suele presentar comportamiento que denotan temor, vergüenza, sentimientos de culpa, mostrando una mirada huidiza, y aportando explicaciones vagas, contradictorias y confusas.

Cuando el agresor es el cónyuge o la pareja suele acompañarla a la consulta para controlarla y suele mostrarse excesivamente preocupado y solícito, o excesivamente despreocupado, despectivo o irónico. Como precaución se recomienda invitar al acompañante a salir de la consulta.

En cuanto a la **actuación de los profesionales sanitarios ante los malos tratos** se ha comprobado que las preguntas sencillas y directas son las más eficaces, por tanto el profesional debe formularlas con claridad y mantener una actitud de escucha activa y confidencialidad, evitando emitir juicios y procurando indagar la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia.

El Protocolo recoge 7 reglas fundamentales en la asistencia a las víctimas, a tener en cuenta tanto en la primera visita como en las sucesivas, que son:

1

Escuchar y creer la experiencia de malos tratos que relata el/la paciente.

2

Asegurarle que no está solo/a y que no es culpa suya.

3

Defender su derecho a vivir sin el temor a la violencia.

4

Aplazar la prescripción excesiva de medicaciones sedantes.

5

Animarle a buscar servicios de apoyo a la comunidad.

6

Responder a sus necesidades de realizar un plan de seguridad.

7

Apoyar y asistirle en sus decisiones.

Es muy posible que todas estas medidas, y en especial la sensibilización de los profesionales sanitarios contribuyan a paliar los problemas derivados de la violencia, y en particular la situación de las mujeres que la sufren, pero sin duda para su prevención es preciso un cambio más profundo cimentado en una educación basada en la igualdad y el respeto, y ello requerirá tiempo sobre todo si tenemos en cuenta que han sido necesarios más de 20 años para que la sociedad tuviera conciencia de la gravedad del problema, y casi 2 años para poner en marcha un Plan integral de lucha contra la violencia doméstica.