

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO



Última actualización: junio de 2021

Elaborado por Sheila García y Azucena Balandín

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
ACTORES IMPLICADOS	3
ACLARANDO ALGUNOS CONCEPTOS: GÉNERO, DIVERSIDAD FUNCIONAL Y ENVEJECIMIENTO ..	6
Sexo - Género	6
Diversidad funcional y género.....	7
Envejecimiento y género.....	7
Violencia hacia personas mayores	8
Violencia de género hacia las mujeres mayores	10
MARCO LEGISLATIVO	10
OBJETIVOS.....	11
PRINCIPIOS BÁSICOS DE ACTUACIÓN.....	11
ACTUACIONES DE SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN.....	12
ACTUACIONES DE DETECCIÓN	12
Observación de indicadores de sospecha	12
Herramienta de detección	14
Plan de actuación	16
SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO.....	16
Bibliografía	17
ANEXOS	18
ANEXO I	18
ANEXO II	40

INTRODUCCIÓN

El presente protocolo es una de las medidas a implementar en nuestra entidad contemplada en nuestro Plan de Igualdad. Se sitúa como medida dentro del objetivo específico “prevenir e intervenir en situaciones de violencia y violencia de género”.

Antes de comenzar con el desarrollo del protocolo, conviene aclarar que a lo largo del documento se utilizará el término diversidad funcional en contraposición al de *discapacidad*, tratando de realizar un cambio hacia una terminología no negativa y poniendo el foco de atención en la diversidad de las personas en lugar de en las limitaciones que la sociedad les impone.

Tal y como indica la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 1, la violencia de género se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad y se define como aquella “que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”

La Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016) establece como tercer objetivo general de la Estrategia “atención a los menores y a las mujeres especialmente vulnerables a la violencia de género”. Dentro de este objetivo se incluyen diversas medidas dirigidas tanto a las mujeres con diversidad funcional como a las mujeres mayores de 65 años. Se indica que las mujeres con *discapacidad* se encuentran, en una situación de mayor vulnerabilidad. La dependencia, la discriminación, la falta de conocimiento suficiente sobre la incidencia y la dificultad para dar plenitud al ejercicio de sus derechos requieren una atención adecuada, diseñando medidas que tengan en cuenta la situación concreta de estas mujeres y les faciliten el disfrute de sus derechos.

En España se han publicado Macroencuestas sobre violencia de género desde 1999, pero hasta la Macroencuesta publicada en 2012 no se contempló el indicador de la discapacidad/dependencia. La última macroencuesta realizada por el gobierno en 2019 revela que las mujeres que tienen una discapacidad acreditada del 33% o superior han sufrido violencia física de alguna pareja en mayor medida que las mujeres sin discapacidad, siendo las diferencias más acusadas cuando se mira la prevalencia de la violencia en parejas pasadas. De estas mujeres, el 17,5% afirman que su discapacidad es consecuencia de la violencia ejercida sobre ellas por sus parejas.

La violencia de género ejerce consecuencias directas en la salud de las mujeres que la sufren. La Macroencuesta de 2019 refleja que el 46,4% de las mujeres que han sufrido violencia física o sexual por parte de alguna pareja manifiestan insomnio, falta de sueño; el 23,3% padece fatiga, el 43% sufre cambios en el estado de ánimo, el 29% irritabilidad;

el 44% ansiedad o angustia y el 28,8 tiene ganas de llorar sin motivos. Además, el 17,4% de las mujeres que han sufrido violencia física o sexual de alguna pareja a lo largo de sus vidas, han consumido antidepresivos y el 24,3% ha consumido tranquilizantes.

Diversos estudios ponen de manifiesto la necesidad de que los profesionales que trabajan directa o indirectamente con personas con diversidad funcional deberían contar con una mayor formación tanto para prevenir, como para detectar e intervenir ante posibles situaciones de violencia, y se considera que deberían existir protocolos de actuación para poder dotar a los profesionales de herramientas reales sobre los pasos a seguir y la forma en que deben seguirse.

El presente documento, tiene la finalidad de llevar a cabo actuaciones en el ámbito de la prevención, detección y actuación ante situaciones de maltrato detectadas desde el tercer sector.

ACTORES IMPLICADOS

Personas asociadas afectadas por enfermedad de Parkinson

El párkinson es un trastorno neurodegenerativo del sistema nervioso central que se produce por la destrucción, por causas aún desconocidas, de las neuronas dopaminérgicas, encargadas de transmitir la información necesaria para el control de los movimientos. Además, durante el avance de la enfermedad se pierden otras sustancias que dan lugar a diferentes síntomas y déficits. Todo ello causa un gran impacto en todos los ámbitos de la persona afectada y de sus familiares/cuidadores.

En España el número de personas afectadas por la enfermedad de Parkinson es de entre 120.000-150.000. El 70% de las personas diagnosticadas de Parkinson en España tienen más de 65 años, pero el 15% son menores de 50 años. Esta enfermedad tiene mayor incidencia en hombres que en mujeres.

Según la Federación Española de Parkinson, los síntomas Motores más comunes son: Temblor en reposo, rigidez, bradicinesia, inestabilidad postural, hiponimia-hipofonía, disartria y sialorrea, dificultades respiratorias.

Los síntomas no motores principales son:

Neuropsiquiátricos	Del sueño	Autonómicos	Digestivos	Sensoriales	Otros
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos afectivos • Alteraciones cognitivas • Alucinaciones y delirios • Demencia • Trastornos de Control de Impulsos 	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia diurna • Pesadillas y sueños vívidos • Insomnio • Sueño fragmentado • Síndrome de Piernas Inquietas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión ortostática • Sudoración excesiva • Seborrea • Disfunción sexual • Alteraciones de la micción 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfagia • Náuseas • Estreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Parestesias • Hiposmia/anosmia • Alteraciones visuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Cambios en el cuerpo • Pérdida de peso

Familiares

En España la familia es el principal recurso para los cuidados. Los estereotipos de género refieren que las mujeres están dotadas de manera natural para el cuidado mientras que los hombres ejercen este rol en menor medida. En un estudio sobre “Estereotipos Patriarcales y cuidados familiares” (Polvillo, Torres, Ayuga et al) se obtiene como resultado que la mayoría de los casos en los que el cuidador principal era un hombre, la figura de la mujer estaba invisibilizada de cara al sistema sanitario. En este estudio también se concluye que el patriarcado vigente favorece que se mantengan estereotipos de género como la idea generalizada de que los hombres no saben cuidar.

El rol de cuidador en las personas afectadas por Parkinson suele ejercerlo una mujer, debido, entre otras cuestiones, a la mayor prevalencia de la enfermedad en hombres. El perfil de cuidado en España es de mujer de entre 45-64 años de edad que habita en la misma vivienda que la persona cuidada. Al tratarse de una enfermedad que generalmente afecta a personas mayores de 65, implica que el cuidador/a también va a ser una persona mayor y en ocasiones también presentará limitaciones. Hay que prestar especial atención a estas circunstancias para brindar el apoyo y la información necesarios y prevenir situaciones de maltrato ya sea por desconocimiento u omisión de cuidados. Por otra parte, presumiendo que los hombres mayores de 65 no están acostumbrados a ejercer el rol de cuidador, hemos de prestar atención a posibles formas de violencia que puedan surgir como producto de este desconocimiento.

Por último, señalar que hemos de estar atentos a las formas de manifestación del síndrome del cuidador, ya que estas señales pueden desembocar en situaciones de violencia.

Indicadores del síndrome del cuidador

Síntomas físicos	Síntomas emocionales	Síntomas sociales
Cansancio continuo (agotamiento, fatiga). Aumento o disminución del apetito. Trastornos del sueño (insomnio, somnolencia durante el día). Dolores musculares, palpitaciones, molestias digestivas, cefaleas. Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco. Abuso de pastillas para dormir u otros medicamentos. Abandono de su aspecto físico.	Tristeza, sentimientos de culpa. Irritabilidad, cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo. Dificultad para concentrarse. Problemas de memoria.	Desinterés por actividades que antes disfrutaba. Aislamiento familiar y social. Van abandonando las amistades. Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente

Fuente: elaboración propia según datos de [El síndrome del cuidador quemado: síntomas de alarma | Fundación Caser - Portal de la Promoción de la Salud y la Autonomía Personal \(fundacioncaser.org\)](http://fundacioncaser.org)

Profesionales de la entidad

Un estudio llevado a cabo por Santamarina (2011), concluye que las mujeres con diversidad funcional en su mayoría no denuncian por no ser conscientes de que están siendo víctimas de violencia y por otra parte, expone la autora que los profesionales no tienen, por lo general, conciencia de que existan casos de violencia hacia mujeres con discapacidad, por lo que el estudio pone de manifiesto **la necesidad de dar visibilidad a la violencia hacia estas mujeres.**

Además, los y las profesionales de la entidad comparten parte de su día a día con las personas afectadas. Hemos de estar atentas a las señales que nos brinda la persona afectada y sus familiares más cercanos y **no sucumbir a la normalización de las conductas violentas.**

Profesionales de las entidades públicas (Servicios Sociales, Centros de Salud)

En el ya mencionado estudio de Santamarina, la doctora Sánchez manifiesta:

Los profesionales que se encuentran con casos de posible violencia en personas vulnerables, personas mayores o con discapacidad han de observar e investigar;

realizar una “práctica creativa”. Han de formarse y dar formación sobre las peculiaridades que se pueden encontrar cuando una mujer discapacitada o una persona mayor sufren violencia física. P. 53

La violencia de género no es un fenómeno individual que se manifiesta a nivel microsociedad, sino que se manifiesta de forma estructural en la sociedad. Por ello, hemos de implicar a las administraciones públicas en el abordaje de este fenómeno a nivel macrosociedad y ser capaces de conectar a la persona que sufre violencia con los recursos sociales que hay disponibles.

ACLARANDO ALGUNOS CONCEPTOS: GÉNERO, DIVERSIDAD FUNCIONAL Y ENVEJECIMIENTO

A continuación se exponen las variables que interactúan con el fenómeno de la violencia de género.

Sexo - Género

Las teorías feministas ofrecen un marco teórico de análisis que lleva a comprender las diferentes dinámicas relacionales entre los hombres y mujeres. El elemento principal de este concepto es el género (...) Este concepto es opuesto al del sexo, por tanto, se habla del sistema de sexo – género para resolver que, aunque el sexo es el conjunto de las características biológicas, físicas y corporales propias de la persona, el género es el conjunto de las características psicológicas, sociales y culturales que cada individuo tiene asignadas en base a su sexo y al contexto temporal en el que se encuentre (Pajares Sánchez & Díaz, 2019).

Entender la diferencia entre sexo y género debe ser la base fundamental de cualquier intención de comprender las desigualdades de género que existen hoy en día. Una vez esté comprendida la misma, se puede abordar el término perspectiva o enfoque de género. Se trata de tener en consideración todas las diferencias y desigualdades entre un hombre y una mujer que están presentes en algunos aspectos de sus realidades (Pajares Sánchez & Díaz, 2019).

Por tanto, mediante el género, en función del sexo se puede constituir un marco explicativo de la situación de desigualdad, jerarquía y asimetría de relaciones socialmente establecidas. (Portillo Mayorga, Mun Man Shum, & Conde Rodríguez, 2006, p.19).

Las violencias que las mujeres experimentan ligadas a los estereotipos de género son diversas. Portillo Mayorga, Mun Man y Conde Rodríguez (2006) señalan los siguientes:

- *Discriminación, crítica y desvalorización de todo tipo de infracción de las normas socio-culturalmente establecidas. Todo esto implica patrones de doble moral, naturalización de las tareas asignadas a las mujeres y desvalorización de las demandas de género.*

- *Estigmatización de los colectivos de mujeres que se hallan apartados de las normas en el cumplimiento de los roles establecidos, por lo que les resulta imposible vivir según los modelos existentes. (p.22)*

Entre las causas que perpetúan el mantenimiento de la violencia indirecta hacia las mujeres, poniendo en valor el dominio masculino se pueden señalar, entre otras, la naturalización del fenómeno; la capacidad y habilidad de orientar las integraciones en términos de los intereses y creencias del hombre o la explotación del amor romántico.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera necesario señalar y nombrar este tipo de violencia específica y realizar un esfuerzo para contribuir a que las mujeres con las que se interviene desde el tercer sector desaprendan ciertos patrones que tienen normalizados.

Diversidad funcional y género

Al igual que en otros muchos aspectos de la vida, el modo en que afecta la discapacidad a hombres y mujeres es completamente diferente. Principalmente, la causa se encuentra en la representación mental y simbólica, resultado de los estereotipos y roles presentes entre hombres y mujeres en la sociedad actual (Portillo Mayorga, Mun Man Shum, & Conde Rodríguez, 2006).

La variable discapacidad puede ocultar la discriminación sufrida por las mujeres con discapacidad por el simple hecho de ser mujeres, impidiendo reconocer una mayor situación de vulnerabilidad. La discriminación que sufren las mujeres con discapacidad no es la consecuencia de la suma de las dos variables, sino el efecto multiplicador de ambas partes (Pajares Sánchez & Díaz, 2019).

Envejecimiento y género

En el momento del nacimiento de una mujer, se prevé que vivirá de media 5,8 años más que un hombre. Con una esperanza de vida que cada vez va en aumento, la triada de vejez, discapacidad y mujer da pie a un hecho sociodemográfico cada vez más presente en nuestra sociedad; por tanto, requiere un abordaje interseccional específico (Observatorio de la Discapacidad, 2018).

En España, el sexo predominante es el femenino. El número de mujeres es muy superior al de los hombres a medida que va avanzando la edad. La esperanza de vida de las personas en nuestro país continúa incrementándose y es mayor en las mujeres, con una media de 85,6 años de vida; y en los hombres, con 80 años de vida; según los datos del Instituto Nacional de Estadística.

La razón que se argumenta para la reproducción de los patrones de género es que las identidades de género, constituidas en los primeros años de vida, no se modifican de manera notable en la vejez. Estas identidades reciben el refuerzo de las normas sociales que aplican diferentes expectativas de comportamiento en mujeres y hombres, incluyendo también la última etapa de la vida (Suay, 2016).

Las mujeres, además de ser superiores en número a los hombres, cuentan con unas características sociodemográficas y de salud diferentes. Ser mujer es un factor que genera importantes desigualdades, sobre todo en la última etapa de la vida (Suay, 2016).

Existen ciertos factores de riesgo que afectan a las mujeres mayores:

- Al tener mayor esperanza de vida, tienen una mayor probabilidad de enviudar que los hombres y, por tanto, más años en soledad.
- Las mujeres cuentan con un nivel de instrucción menor, registrándose, por tanto, tasas de analfabetismo más elevadas que en los hombres. El bajo nivel de educación está relacionado con la morbilidad.
- Como norma general y debido a su estilo de vida, cuentan con ingresos económicos menores. Suelen ser receptoras de pensiones no contributivas. Los ingresos de las mujeres tras su jubilación están afectados por la discriminación en empleos y salarios (siempre que se haya dado el caso de empleo).

Por lo expuesto, afirmamos que la experiencia de envejecimiento vivida por hombres y mujeres es diferente. Por tanto, hemos de tener este hecho en cuenta a la hora de intervenir en situaciones de violencia.

Violencia hacia personas mayores

El maltrato a la persona mayor se define como:

Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de más de 65 años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, **que vulnere o ponga en peligro la integridad física y/o psíquica, el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.**

La OMS también ha definido el maltrato como “cualquier acto aislado o repetitivo **o la falta de acción apropiada**, ocurrida en cualquier relación de la que se espera confianza y seguridad, que cause daño o malestar a la persona mayor”.

Algunas investigaciones afirman que entre el 4% y el 6% de las personas mayores sufre algún tipo de maltrato, aunque se sospecha que la cifra es muy superior ya que, con frecuencia, éstos no quieren reconocerse víctimas de maltrato por temor a represalias o al confinamiento en instituciones (se estima que sólo se denuncia uno de cada cinco casos de maltrato).¹ El estudio “Voces Ausentes” (2002) reveló que las propias personas mayores perciben el maltrato en tres amplias áreas: negligencia (aislamiento, abandono y exclusión social); violación (de derechos humanos, legales y médicos) y privación (de oportunidades, decisiones, estatus, dinero y respeto).

¹ Extraído de:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-34-violencia-contra-personas-mayores/>

Las formas más frecuentes de maltrato hacia personas mayores son:

- Maltrato físico (golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos)
- Maltrato psicológico (manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantaje afectivo, desprecio o privación del poder de decisión)
- Negligencia física (negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos)
- Abuso económico (impedir el uso y control de su dinero, explotación financiera, chantaje económico)
- Abuso sexual (actividad sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento)

Además, la OMS y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores recogen otras dos formas más de maltrato al mayor:

- El maltrato estructural y social (discriminación en las políticas gubernamentales e institucionales hacia los mayores)
- Falta de respeto y prejuicios contra el mayor (estereotipos que se traducen en actitudes irrespetuosas, maltrato verbal y emocional y una actitud social negativa hacia la persona mayor).

Existen muchas barreras que obstaculizan la identificación de una situación de maltrato a mayores². Estas barreras se pueden agrupar en:

- Barreras presentes en la posible víctima como la negación (no admitir lo que ocurre, queriendo proteger al posible responsable del maltrato de consecuencias negativas), miedo (a las posibles represalias por parte del posible responsable del maltrato, a la institucionalización, a perder el contacto con el familiar y/o dañar la relación familiar), dependencia (económica, alojamiento, emocional) del responsable del maltrato, vergüenza, el propio sistema de creencias, mal estado de salud, dificultades cognitivas para expresarse o comunicarse.
- Barreras relativas a los posibles responsables del maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores que pueden obstaculizar su reconocimiento como la negación, resistencia a la puesta en marcha de intervenciones una vez que el maltrato ha sido confirmado, oposición a que se evalúe a la posible víctima para evitar que alguien pueda enterarse de lo que está ocurriendo.

² Extraído de *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*. Servicios Sociales (IMSERSO), Observatorio de Personas Mayores, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) (2007, N°21013)

- Barreras relativas a los familiares, amigos, etc., que dificultan la detección del maltrato a mayores como no saber con quién hablar del tema, no saber qué pueden hacer, no querer involucrarse, no querer aceptar que el maltrato está ocurriendo y/o que ha ocurrido.
- Barreras socioculturales como el edadismo, percepción de la situación como normal (confundir el maltrato con una forma de interacción entre dos personas).
- Barreras relativas a los profesionales (ámbito sanitario, servicios sociales, etc.) como falta de conocimiento general sobre el maltrato: prevalencia, señales de alerta, aspectos legales, etc. Los profesionales también pueden sentir temor a que la persona mayor pueda perder la confianza en ellos desde ese momento, a que cualquier acción que lleven a cabo sea difícil de manejar o que provoque mayor daño en la persona mayor (por ejemplo que el cuidador tome represalias contra ella).
- Barreras estructurales como la falta de concienciación social.

Violencia de género hacia las mujeres mayores

Se ha de tener en cuenta que las mujeres afectadas por enfermedad de Parkinson, además de ser atravesadas por la variable de la edad (fundamentalmente mayores de 65 años), son atravesadas por la su situación de (dis)capacidad. Esto conlleva el análisis de las características que implica la consideración de la violencia de género en las mujeres con diversidad funcional.

Santamarina (2011) afirma que la primera aproximación general que realizan los profesionales hacia las circunstancias y realidades de mujeres que padecen alguna forma de discapacidad y ante la posible situación de padecer violencia de género, parece centrarse en el hecho de que su principal handicap reside en su misma condición femenina, sólo que con los añadidos de:

- ✓ Mayor debilidad
- ✓ Mas dependencia
- ✓ Falta de autoestima
- ✓ Recursos para la acción más deficitarios

MARCO LEGISLATIVO

A nivel estatal:

La **Constitución Española** en su artículo 14 proclama la igualdad sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de medidas de protección integral contra la violencia de género, establece medidas de protección integral, cuya finalidad es

prevenir, sancionar y erradicar esta violencia, así como prestar asistencia a las mujeres víctimas y a sus hijos/as víctimas sujetos a su tutela, guardia o custodia.

A nivel autonómico:

Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid, proclama que La Violencia de Género es un problema estructural, y pretende, desde un enfoque multidisciplinar, abordar este fenómeno de un modo integral, profundizando en las medidas de sensibilización y prevención, y perfeccionando aquellas otras específicamente encaminadas a paliar los efectos devastadores que la violencia produce en las víctimas, es decir las medidas de atención, teniendo muy presente que el fin último que se persigue es la eliminación de la Violencia de Género de nuestra sociedad.

OBJETIVOS

Los objetivos del protocolo que se desarrolla a continuación se encuentran alineados con los objetivos de la *Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer*³(2013-2016).

Desde el tercer sector, planteamos los siguientes objetivos:

- Contribuir a la detección de situaciones de maltrato intrafamiliar en general y de situaciones de violencia de género en particular.
- Visibilizar y nombrar la violencia sufrida por las mujeres con diversidad funcional.
- Promover estrategias de empoderamiento.
- Desarrollar unos principios básicos de intervención desde el equipo para llevar a cabo en situaciones de sospecha de maltrato y de maltrato inminente
- Facilitar el acceso a servicios especializados de atención a la mujer.
- Llevar a cabo acciones de prevención de la violencia.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE ACTUACIÓN

Los principios que deben guiar la intervención del equipo profesional son:

³ Los objetivos de la *Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer* son: Objetivo general 1: Ruptura del silencio cómplice del maltrato; Objetivo general 2: Mejora de la respuesta institucional, planes personalizados y avance hacia la “ventanilla única; Objetivo general 3: Atención a los menores y a las mujeres especialmente vulnerables a la violencia de género; Objetivo general 4: Visibilización y atención a otras formas de violencia contra la mujer.

- ✓ Interdisciplinaridad: La mejor forma de dar una respuesta global y acertada es una intervención coordinada a nivel interno y externo.
- ✓ Eficacia y eficiencia: Impulsar sinergias, coordinar recursos y dar la máxima virtualidad a los instrumentos disponibles.
- ✓ Proactividad: Promover y reconocer la importancia de la participación activa comprometida y responsable de todos.
- ✓ Trabajo en red: La coordinación de las actuaciones que se realizan desde los distintos ámbitos, proponiendo la creación de una verdadera actuación en red mediante la existencia de instrumentos de información recíproca, transferencia de conocimiento y colaboración entre todos los agentes implicados.
- ✓ Autonomía: Con el pleno reconocimiento y apoyo a la capacidad de las mujeres para adoptar sus propias decisiones en su proceso, favoreciendo en todo momento el **empoderamiento**.
- ✓ Integralidad: Atender a los 3 niveles de prevención: Primaria (reduciendo la probabilidad de aparición de violencia); Secundaria (reduciendo la prevalencia) y terciaria (reduciendo las consecuencias negativas).

ACTUACIONES DE SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN

Para prevenir situaciones de violencia desde el tercer sector, hemos de llevar a cabo actuaciones de sensibilización a través de talleres tanto con las personas asociadas afectadas como con las familias; llevar a cabo campañas de difusión en redes sociales y trabajar la intersección de género desde todos los recursos de la entidad.

A veces, la violencia se configura como un patrón normalizado. Hemos de aprovechar la conexión que tenemos con las personas asociadas afectadas y con su familia para tratar de deconstruir este patrón que se ha instaurado y para prevenir posibles situaciones de violencia. Hemos de prestar especial atención al síndrome del cuidador, ya que en ocasiones el cansancio que supone atender a un familiar, junto con la influencia de cambio de rol de cuidado (el perfil normalizado de cuidador en España es de mujer de 45 y 64 años de edad y que habita en la misma vivienda que la persona cuidada) puede desembocar en situaciones de violencia física y/o psicológica, fruto de una mala gestión de las emociones. No hemos de banalizar esta actitud. Ha de abordarse desde los recursos disponibles en la entidad para prevenir situaciones de violencia de género y para prevenir el agravamiento de la situación de cuidado.

ACTUACIONES DE DETECCIÓN

Observación de indicadores de sospecha

Es necesario tener en cuenta los siguientes indicadores para poder discernir sobre la existencia de una situación de violencia hacia la mujer con diversidad funcional.

Maltrato físico

Los indicios más fáciles de reconocer son:

- Manifiesto de agresiones físicas.
- Lesiones, cortes, heridas, magulladuras, laceraciones, hematomas, alopecias, quemaduras.
- Caídas y lesiones sin explicación.
- Fracturas múltiples.
- Heridas en zonas ocultas o diferentes grados de evolución.
- Desnutrición, deshidratación, pérdida de peso.
- Abuso o pérdida de las recetas (medicación).
- Falta de higiene personal y externa.
- Cambio de forma reiterada de centro de salud o médico (Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, s.f.).

Maltrato psicológico

En este caso el maltrato es más complicado de demostrar. Precisamente por ello hemos de prestar especial atención. Algunos indicadores son:

- Cambios en los hábitos alimentarios.
- Dificultad para dormir.
- Actitud de temor o resignación.
- Pasividad, aislamiento.
- Baja autoestima, incluso depresión.
- Indefensión, ansiedad.
- Contradicciones o relatos imposibles.
- Vacilaciones y renuncia a hablar con tranquilidad.
- Ira o miedo.
- Cambios de carácter, agitación en presencia de la persona que ejerce el maltrato.
- Pasividad en el cuidado de la persona por parte de su entorno (Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, s.f.).

Maltrato económico

Los indicadores más visibles que se encuentran en este tipo de maltrato son:

- Pérdida de dinero, movimientos en las cuentas sin conocimiento previo, retiradas de dinero.
- Manipulación de objetos personales sin consentimiento.
- Cambios en los testamentos ante la duda de la capacidad de afrontar decisiones.
- Falsificación de firmas.
- Desaparición de objetos y documentos de valor para la persona que lo sufre.
- Falta de facilidades en la disposición de recursos para disfrutarlos (Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, s.f.).

Negligencia

Se define como: Cualquier conducta que amenace a la salud o la seguridad de la propia persona mayor con discapacidad. Esto se produce en situaciones de restricción o ausencia de las necesidades básicas, como la comida, ropa, higiene, medicación, etc. (Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, s.f.)

El abandono podría ser una forma de negligencia. Posibles indicadores de abandono son:

- Suciedad, malos olores.
- Problemas en la piel no tratados.
- Pediculosis, problemas en la higiene capilar.
- Malnutrición o deshidratación.
- Nuevas enfermedades o ya diagnosticadas sin tratar.
- Incumplimiento de las medidas terapéuticas.
- Deterioro de la salud sin una causa tangible.
- Mal uso de la medicación (exceso o defecto).
- Vivienda con demasiadas barreras arquitectónicas.
- Vestimenta inadecuada.
- Dejar sola a la persona afectada en un centro sanitario.
- Dejar sola a la persona afectada durante un largo período de tiempo en su domicilio (Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, s.f.).

Los indicios más comunes por parte del cuidador/a se encuentran en el mal trato en materia de mantenimiento de las necesidades básicas y la salud mental y física de las personas mayores con discapacidad. Se pueden diferenciar:

- **Alimentación.** No comprobar que la persona lleva un ingesta adecuada de nutrientes; restricción de la alimentación como forma de castigo; comida en mal estado; no adecuar las dietas específicamente a las patologías de cada usuario; sustitución de comidas por suplementos dietéticos; mala distribución de las comidas a lo largo del día.
- **Vestido.** Ropa o calzado de talla no adecuada; dejar al usuario sin ropa o solo con ropa interior en contra de su voluntad; ropa no adecuada a la climatología.
- **Higiene.** Uso de el mismo material de baño (toallas, esponjas, peines); mantener al usuario sentado sobre heces u orina; dejar al usuario sentado sobre el WC demasiado tiempo; no realización de cambios necesario o el uso inadecuado de pañales absorbentes.

Los diferentes tipos de violencia señalados se pueden producir de manera simultánea.

Herramienta de detección

*Cuando existen datos que llevan al profesional a sospechar que una persona puede estar siendo víctima de un abuso, se puede llevar a cabo una entrevista de valoración. Hay una serie de **principios generales** que se deberán tener en cuenta a la hora de llevar a cabo*

este tipo de entrevistas, cuyo objetivo principal va a ser entender el malestar que está expresando la persona. Estos principios son:

- *El profesional que vaya a llevar a cabo la entrevista de valoración debe estar entrenado en este tipo de entrevistas y ser consciente de la importancia y responsabilidad que ello supone.*
- *Deberá ser el profesional con el que más confianza tenga la persona con quien realice la entrevista o, en su defecto, haber establecido previamente un vínculo con ella. Esta entrevista debe estar enmarcada en un contexto de seguridad y confidencialidad, por lo que será exclusivamente esta persona la que realice la entrevista.*
- *Nunca se deberá sugerir concretamente el hecho del abuso o maltrato*
- *En primer lugar, se abordará el suceso mediante la narración libre, es decir, se le pedirá a la persona que relate todos los hechos desde el principio hasta el final, con todos los detalles que recuerde, sin interrumpirle en absoluto. Posteriormente, si fuera necesario aclarar determinados aspectos de su narración, o completar información, se utilizarán preferentemente las preguntas abiertas (¿qué?, ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde?). Las preguntas cerradas solo serán empleadas en casos estrictamente necesarios, en los que la persona presente limitaciones significativas en la comunicación; en todo caso, las respuestas a este último tipo de preguntas deben ser tomadas con cautela.*
- *Es importante que el profesional no interprete o dé por sentados significados de palabras, expresiones o acciones manifestadas por la persona; sino que es conveniente que le pida que clarifique cualquier término o descripción que esta emplee durante su narración. También es recomendable no tratar de completar palabras o frases de la persona.*
- *Es fundamental que la entrevista sea registrada lo más detallada y literalmente posible, tanto las preguntas formuladas como las respuestas emitidas. Si es posible, sería conveniente registrar la entrevista en un soporte audio*
- *Al finalizar la entrevista, debe tenerse en cuenta que es inadecuado realizar promesas que están fuera del control del entrevistador, así como minimizar o relativizar los hechos narrados con intervenciones como “no te preocupes”, “no pasa nada”, etc. Si alguno de los aspectos anteriores no puede ser garantizado, es preferible no realizar la entrevista de valoración y consultar con un especialista.⁴*

Se presenta la escala EASI (Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores) en el anexo I como principal herramienta para evaluar tanto situaciones de sospecha como de maltrato inminente. Es imprescindible tener en cuenta:

⁴ (Extraído de [guia-abusos-pdid-cast.pdf \(dincat.cat\)](#))

El cuestionario es muy largo, por lo que tendría que realizarse en diferentes sesiones

- Se han eliminado algunas cuestiones que por el colectivo con el que trabajamos y el trabajo desempeñado, ya conoce el equipo profesional o no procede preguntar.
- La sección 5 solamente hay que abordarla si la persona afectada convive con alguien a quien tenga que cuidar (hijo con certificado de discapacidad, persona dependiente)
- La sección 7B es solo aplicable en caso de dependencia económica de algún miembro sobre el paciente.
- A menudo las personas afectadas por Enfermedad de Párkinson padecen deterioro cognitivo. Hay que tener esto en cuenta a la hora de reformular las preguntas y dejar claras nuestras apreciaciones sobre el nivel de entendimiento de la pregunta. En casos en los que la función cognitiva no permita que pueda haber comunicación, la escala no puede utilizarse, y se tendrá que prestar especial atención al ámbito relacional, a la comunicación observada por las profesionales y a los indicadores de sospecha planteados.
- **La escala debe ser pasada por la profesional de equipo que tenga formación en género y tenga más vínculo** con la posible persona objeto de violencia, siempre y cuando este profesional reúna las cualidades descritas anteriormente. En caso de duda sobre algún epígrafe debe reflejarlo y preguntar al resto del equipo.
- La escala debe pasarse en **sesión individual**.

Plan de actuación

En caso de que haya sospecha de maltrato o se detecte maltrato inminente:

- 1) Se ha de comunicar a la trabajadora social del centro para que ponga la información en conocimiento de Servicios Sociales.
- 2) Se han de llevar a cabo acciones que favorezcan el empoderamiento de la persona maltratada desde todas las áreas que se trabajan, y poner en su conocimiento los recursos disponibles.⁵
- 3) Se ha de llevar a cabo un seguimiento semanal del caso.

SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO

El presente protocolo se revisará y actualizará anualmente, sin perjuicio de poder modificarlo para incluir mejoras en su contenido o actualizaciones de recursos.

Profesionales encargadas de su revisión: Equipo que compone la Comisión de Igualdad contemplada en el Plan de Igualdad APARKAM.

⁵ Consultar Anexo II

Bibliografía

- Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. (s.f.). *Guía básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a personas mayores*. Obtenido de Auxiliar-enfermería: http://www.auxiliar-enfermeria.com/maltrato_mayores.htm
- Observatorio de la Discapacidad. (2018). *Vejez, discapacidad y género*. Madrid: Observatorio de la Discapacidad.
- Pajares Sánchez, L., & Díaz, P. (2019). *Manual básico sobre género y discapacidad*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Portillo Mayorga, I., Mun Man Shum, G., & Conde Rodríguez, Á. (2006). *Mujer, discapacidad y violencia. El rostro oculto de la desigualdad*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Polvillo Avilés, M. J., Torres Enamorado, D., Ayuga Luque, M. Á., Rodríguez Hinojosa, A., Real Pérez, C., Rodríguez Cea, P., & Casado Mejía, R. M. (2016). Estereotipos patriarcales y cuidados familiares. In *Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinarias: VI Congreso Universitario Internacional Investigación y Género (2016)*, p 571-579. SIEMUS (Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Sevilla).
- Santamarina, Cristina (2011). *Violencia de género hacia las mujeres con discapacidad. Un acercamiento desde diversas perspectivas profesionales*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Suay, A. (marzo de 2016). *Envejecimiento y desigualdad de género*. Obtenido de Geriátrica: <https://www.geriaticarea.com/2016/03/30/envejecimiento-desigualdad-genero/>
- Dirección general de Igualdad y Mujer (2017). *Protocolo de actuación para profesionales e Servicios Sociales*
- Servicios Sociales (IMSERSO), Observatorio de Personas Mayores, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) *Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. (2007, N°21013
- Revista española de geriatría y gerontología. Voces ausentes: opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor (2002) Vol. 37, Issue 6, P. 319-331

ANEXOS

ANEXO I

ESCALA EASI PARA DETECCIÓN DEL MALTRATO

Formulario de Evaluación sospecha de maltrato a personas mayores

Persona: _____ Profesional: _____

Lugar de la entrevista: _____

Fecha de recepción de la derivación: _____

Fecha de la primera visita: _____

Fecha de la segunda visita (si es necesaria): _____

CUESTIONARIOS

SECCIÓN 1. HISTORIA SOCIAL: (ocupación, matrimonio, divorcio, pena, desgracia o acontecimiento negativo, educación, inmigración, traslados, otros acontecimientos importantes).

En esta sección, sugiera al paciente que le cuente su historia personal. Durante el proceso, reúna información sobre lo que antecede y vaya reflejándola más abajo:

1. Sexo:

2. Edad:

3. Situación ocupacional (trace un círculo alrededor de lo que proceda)

1. Jubilado ¿Tipo de trabajo desempeñado? _____

2. Desempleado ¿En qué trabajaba cuando le despidieron? _____

3. Incapaz de trabajar por razones médicas

4. Empleado a tiempo completo como: _____

5. Empleado a tiempo parcial como: _____

6. Tareas domésticas

7. _____ Otro: _____

5. Vivienda

1. Casa / apartamento

2. Vivienda de bajo costo / habitación de alquiler moderado

3. Vivienda pública / residencia de larga duración

4. Viviendas tuteladas

• Con servicios

- Sin servicios

5. Otra (especifíquese):

• ¿Existen dificultades o problemas específicos identificados por el paciente con respecto a las condiciones de la vivienda (salubridad, espacio, seguridad, satisfacción...)?

- Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

6. País de nacimiento:

Si procede, ¿está usted bajo patrocinio en este momento? o ¿Está recibiendo alguna ayuda económica/subsidio?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

7. Estado civil

1. Casado/a

2. Viudo/a

3. Separado/a o divorciado/a

4. Soltero/a

5. Pareja de hecho/Convivencia A) Pareja de diferente sexo

B) Pareja del mismo sexo

6. Relación estable

8. Formas de convivencia

Marque todo lo que proceda:

1. Sólo

2. Con el cónyuge

3. Con la pareja de hecho

4. Con un compañero de habitación

5. Con hijo(s) ¿Cuántos? _____

6. Con nieto(s) ¿Cuántos? _____

7. Con otros familiares: _____

8. Con un cuidador pagado

9. Otra forma: _____

- ¿Cuánto tiempo ha permanecido en la forma de convivencia actual?

• ¿Esta situación supone un problema (por ejemplo: problemas familiares, necesidad de mayor cantidad de ayuda, otros)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

9. Describa los acontecimientos más importantes (o sucesos vitales) vividos en los últimos 12 meses (*trace un círculo alrededor de todo lo que proceda*)

1. Ninguno.

2. Fallecimiento.

3. Divorcio (propio o en la familia) / separación de la pareja.
4. Deterioro físico del paciente o de la persona con quien convive.
5. Cambio en la situación financiera.
6. Hijos o nietos que se trasladan o se marchan de casa.
7. Trasladarse o marcharse de la casa de un hijo o de otro familiar.
8. Otro (especifíquese):

Explicación:

SECCIÓN 2. DINÁMICA FAMILIAR

RELACIÓN CON EL CÓNYUGE / LA PAREJA

10. En el caso de que esté casado, ¿es este el primer matrimonio? *(Aplique la misma pregunta en el caso de tener pareja de hecho o relación estable)*

1. Sí ¿Cuánto tiempo lleva en esa situación?

2. No ¿Cuánto tiempo hace que tiene la relación actual?

3. No aplicable *(Vaya a la pregunta 12)*

4. Resistencia a responder

11. La mayoría de las parejas reconocen que, de vez en cuando, surgen problemas en su relación. ¿Con qué frecuencia estima que se producen estos problemas en la suya, independientemente del problema y utilizando

la siguiente escala?:

1. Nunca 2. Ocasionales/ esporádico 3. Frecuentes/A menudo 4. Muy frecuentes

Explicación:

• ¿Su cónyuge o su pareja tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

Si procede, investigue las siguientes preguntas:

- ¿Cómo influyen estos problemas en su relación?

- Si hay problemas en la relación, ¿desde cuándo vienen ocurriendo?

- ¿Diría que usted está siendo maltratado en esta relación?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

¿Hay algún factor precipitante?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

- ¿Han empeorado las cosas en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

RELACIÓN CON LOS HIJOS

12. ¿Tiene algún hijo? Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 14.

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántos hijos tiene?:

Investigue la relación entre el paciente y el hijo o los hijos. Si hay problemas, ¿con quién?

Haga una lista de las relaciones:

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Descripción de los problemas:

13. ¿Alguno de los hijos tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

¿Esta persona vive con el paciente? Sí No No aplicable Resistencia a responder

RELACIÓN CON LOS NIETOS

14. ¿Tiene nietos? Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 16.

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántos nietos tiene? _____

Investigue la relación entre el paciente y el nieto o los nietos. Si hay problemas, ¿con quién?

Haga una lista de las relaciones:

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Descripción de los problemas:

15. ¿Alguno de los nietos tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

¿Esta persona vive con el paciente? Sí No No aplicable Resistencia a responder

OTRAS RELACIONES ESTABLES

16. ¿Tiene otras relaciones estables? Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 18.

Investigue la relación entre el paciente y cualquier otra persona significativa para ella. Si hay problemas, ¿con quién?

Haga una lista de las relaciones:

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Descripción de los problemas:

17. ¿Esta persona tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

¿Esta persona vive con el paciente? Sí No No aplicable Resistencia a responder

RELACIÓN CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA

18. ¿Hay algún otro miembro de la familia con quien haya tenido problemas en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿Qué problemas ha tenido? ¿Con quién se han producido y con qué frecuencia?

19. ¿Algún otro miembro de la familia tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

¿Esta persona vive con el paciente?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

SECCIÓN 3. PREGUNTAS ACERCA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Preguntar si tiene alguna enfermedad

GRADO DE DEPENDENCIA

20. El paciente es:

1. Independiente en todas las actividades de la vida diaria *Vaya a la pregunta 25*
2. Independiente en algunas actividades de la vida diaria
3. Completamente dependiente
4. (Si es aplicable) ¿Cuántas personas le proporcionan ayuda? _____

Haga una lista de las relaciones:

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

En esta Sección, use las categorías enumeradas anteriormente y a continuación para ayudarle a completar la tabla.

Los pacientes pueden tener diferentes cuidadores para diferentes tareas.

1. Sin ayuda.
2. Con la ayuda de otros.
3. Completamente dependiente de otros.
4. Actividad no realizada.

Actividad Grado de ayuda de 1 al 4 para cada ítem, indicar si la situación es temporal o permanente. ¿Quién lleva a cabo la actividad? ¿vive el paciente con el cuidador?

Bañarse:

Administración de medicamentos:

Tareas domésticas:

Preparación de la comida:

Comer:

Ir a comprar:

Transporte:

Movilidad:

Otra:

21. Pregunte directamente al paciente acerca del tipo de cuidados que recibe y la relación con la persona que le ayuda:

- ¿Ha habido algún problema con el tipo de cuidados que ha recibido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

Descripción:

- ¿Con qué frecuencia diría que se han producido tales problemas?

1. Una sola vez 2. Algunas veces 3. Mensualmente 4. Semanalmente

Explicación:

- ¿Cree que en alguna ocasión se le ha privado de cosas que necesitaba? (Por ejemplo, equipamiento de la casa, alimentos, visitas al médico, dentadura postiza, etc.)

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la descripción:

- ¿Alguna vez se ha comportado esa persona con usted de alguna forma que le haya molestado?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Se han producido discusiones entre usted y esa persona?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Le ha tratado alguna vez de forma brusca esa persona?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Dispone de la comida que quiere? Sí No No aplicable Resistencia a responder

Respecto a calidad de comida Sí No No aplicable Resistencia a responder

Respecto a cantidad de comida Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Ha ocurrido alguna vez que durante un día, o más, no haya tenido comida suficiente?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Se ha negado alguna vez esa persona a llevarle de compras?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o que no valía para nada o como si fuera una carga?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

- A la hora de pedir cosas que quiere o necesita, ¿se muestra reacio a pedirlo o tiene temor de hacerlo?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

22. ¿Tiene alguna preocupación con respecto a

1. estar seguro de que siempre tendrá ayuda disponible?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

2. la calidad de los cuidados que recibe?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

3. sentirse en deuda con la persona que le proporciona los cuidados?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

4. ¿Alguna otra cosa?

Explicación:

23. Antes de necesitar algún tipo de ayuda, ¿ha habido problemas en su relación con alguno de sus cuidadores?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

24. ¿Alguno de los cuidadores tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

SECCIÓN 4. ESTADO FÍSICO Y MENTAL

25. ¿Toma algún medicamento? Sí No No aplicable Resistencia a responder

26. ¿Sabe para qué toma cada medicamento? Sí No No aplicable Resistencia a responder

27. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de medicamentos?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

28. ¿Consume alcohol? Sí No No aplicable Resistencia a responder

29. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de alcohol?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

30. En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido cada vez más triste o deprimido?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

SECCIÓN 5. VIVIR CON UNA PERSONA A LA QUE TIENE QUE CUIDAR

31. ¿Vive con alguien que dependa de usted?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 34.

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál es su relación con esta persona?:

¿Qué tipo de ayuda le proporciona usted a esta persona?

- Baño Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Vestido Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Aseo Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Administración de la medicación Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Tareas domésticas Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Preparación de comida Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Comer Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Comprar Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Transporte Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Movilidad Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Otra (describase):

• En caso de respuesta afirmativa a alguna de las cuestiones anteriores, ¿existe algún problema entre usted y esta persona?

Explicación:

32. ¿Alguna vez le ha amenazado esta persona o se ha mostrado agresiva con usted? (de forma intencional o no intencional)

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

SECCIÓN 6. FAMILIA Y ACTIVIDADES SOCIALES

33. ¿Participa en actividades sociales? Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

• ¿Cree que tiene suficiente contacto con sus hijos, familiares, amigos, vecinos, etc.?

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

• ¿Participa en actividades familiares con tanta frecuencia como le gustaría?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

• ¿Participa en actividades sociales con tanta frecuencia como le gustaría?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta negativa, ¿qué se lo impide?

• La salud

• No hay nadie que le lleve

• Accesibilidad insuficiente a las actividades en las que me gustaría participar

• Es demasiado caro

• Otras

Explicación:

• ¿Alguna vez alguien cercano a usted le ha impedido participar en actividades sociales?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

SECCIÓN 7A. DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL PACIENTE

34. ¿Cómo cree que es su situación económica?

1. Económicamente autosuficiente

2. Parcialmente autosuficiente

3. Total dependencia económica

4. La desconozco

Explicación:

35. ¿Quién administra sus recursos económicos?

1. Yo mismo

2. Tengo alguna ayuda

3. Otros

4. Lo desconozco

36. En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 35.2 ó 35.3, ¿cuál es su relación con esa persona?

1. Cónyuge / pareja de hecho

2. Hijo(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos?:

3. Nieto(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos?:

4. Sobrina / sobrino ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos?:

5. Amigo(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos?:

6. _____ Otra _____ persona

• ¿Quién es el responsable de pagar el alquiler (hipoteca o impuestos sobre bienes inmuebles)?:

• ¿Alguna vez ha existido algún problema entre usted y la persona que administra sus recursos económicos?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

37. ¿Alguna vez ha firmado documentos y ha sentido que le estaban obligando a firmarlo?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál fue su relación con la persona que le obligó a firmar?

¿Cuáles fueron las consecuencias de este hecho?

38. Formule estas preguntas a las personas que reciben ayuda para administrar sus recursos económicos o cuyos recursos han sido administrados por otra persona (incluidos quienes han concedido poderes notariales):

• ¿Está informado de todas sus transacciones financieras?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, ¿esto supone un problema para usted?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

• ¿Alguna vez se ha preocupado o ha sospechado de que su dinero no estaba siendo administrado como usted quería?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Cree que su saldo bancario es tal y como debería ser?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, ¿este problema se ha producido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Alguna vez han utilizado su dinero sin su consentimiento?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Se pagan regularmente todas sus facturas?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- Si se ha identificado algún problema en cualquiera de las preguntas precedentes, ¿con qué frecuencia

se han producido este tipo de situaciones en los últimos 12 meses?

1. Una sola vez 2. Algunas veces 3. Mensualmente 4. Semanalmente

Explicación de los problemas mencionados:

39. En general, ¿cree que alguien anda detrás de su dinero?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

SECCIÓN 7B. DEPENDENCIA ECONÓMICA DE ALGUIEN SOBRE EL PACIENTE

40. En los últimos 12 meses, ¿ha dependido alguna persona de su dinero?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 49.

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién?:

- Cónyuge / pareja de hecho
- Hijo(s)
- Hija(s)
- Nieto(s)

- Sobrina(s)
- Sobrino(s)
- Otra persona: _____
- ¿Alguna de las personas anteriores administra también sus recursos económicos?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién?:

41. ¿Vive esa persona con usted? Sí No A veces No aplicable Resistencia a responder

42. ¿Hasta qué punto esa persona depende de usted económicamente?

1. Totalmente
2. Parcialmente
3. Ocasionalmente

¿Esta situación es? permanente? temporal?

Explicación (por ejemplo: actualmente en situación de desempleo, ingresos insuficientes, discapacidad, otro motivo):

43. ¿Esta persona tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

44. ¿Alguna vez ha existido algún problema con respecto a los recursos económicos entre usted y esa persona?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

45. ¿Esta persona le ha maltratado alguna vez, de forma intencional o no intencional?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

-
- ¿Persiste todavía este problema?
- Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Explicación:

SECCIÓN 8. RESUMEN DE LAS PREGUNTAS FORMULADAS AL PACIENTE

El entrevistador indica: "Estamos a punto de acabar las preguntas y quisiéramos repasar algunas cuestiones más"

46. ¿Ha habido momentos en los que se haya sentido atemorizado o amenazado por alguna persona cercana a usted?

1. No
2. Sí, ya mencionado
3. Sí, no mencionado; explicar:

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 46.3, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta 46.4, ¿cuándo ocurrió?:

47. ¿Cree que alguien a quien usted conoce le maltrata de alguna forma, ya sea de forma intencionada o no?

1. No (*vaya a la pregunta 48*)
2. Sí, ya mencionado
3. Sí, no mencionado; explicar:

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 47.3, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta 47.4, ¿cuándo ocurrió?:

51. ¿Cree que el paciente se ha mostrado abierto y sincero con usted durante la evaluación?

Sí No No aplicable

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

52. ¿El paciente fue capaz de participar plenamente en la entrevista?

Sí No No aplicable

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación (dificultad de entendimiento, problemas auditivos, falta de cooperación, etc.):

53. Durante la entrevista, ¿observó en el paciente alguno de los siguientes estados afectivos? Marque todos los que proceda:

- Agresividad
- Ansiedad
- Vergüenza
- Depresión
- Miedo
- Ira
- Tristeza
-

Otros:

Comentario:

54. ¿Observó algún signo de abuso, negligencia o maltrato? (Por ejemplo, que estuviese mal atendido, casa desordenada, falta de alimentos, olor a orina, algún moratón visible e inexplicable u otro signo)

Sí No No aplicable

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

55. ¿Cree que este paciente está siendo maltratado?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No lo sé

Explique su respuesta:

56. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 55, ¿el paciente declaró específicamente que había sido maltratado? ¿utilizó palabras para describir el maltrato?

Explicación:

57. En una escala analógica visual, ¿hasta qué punto está seguro de haber encontrado maltrato psicológico

No probable 0 ----- 1 Probable

negligencia

No probable 0 ----- 1 Probable

maltrato físico

No probable 0 ----- 1 Probable

abuso financiero

No probable 0 ----- 1 Probable

58. En una escala analógica visual, ¿hasta qué punto está seguro de su evaluación global?

Inseguro 0 ----- 1 Seguro

59. ¿Qué signos y síntomas de maltrato psicológico, físico, económico, negligencia (activa o pasiva) observó?

En caso de ser aplicable, incluya la explicación:

Maltrato psicológico:

Negligencia:

Maltrato físico:

Abuso económico:

60. ¿El paciente ha sido capaz de confirmar si fue física o sexualmente maltratado?

Sí No Lo desconozco

Explicación:

¿Psicológicamente maltratado?

Sí No Lo desconozco

Explicación:

¿Ha sufrido negligencia?

Sí No Lo desconozco

Explicación:

¿Económicamente abusada?

Sí No Lo desconozco

Explicación:

61. ¿Se encuentra el paciente en peligro inminente?

Sí No Lo desconozco

62. ¿Necesita o quiere el paciente ser derivado para recibir algún tipo de ayuda?

Sí No Lo desconozco

63. Comentarios adicionales:

Firma

del

evaluador:

Fecha de finalización de la evaluación escrita _____

Duración de la entrevista (horas) _____

ANEXO II

RECURSOS VIOLENCIA DE GÉNERO

Punto Municipal Violencia de Género Leganés:

Dirección	C/ el Charco, 23, 28911 (Leganés)
Acceso	Bus: 432,484,485,486, Metrosur, RENFE: Leganés Central
Teléfono	918489300/912489313
Servicios	Atención jurídica, social y psicológica- protección, auxilio, ingreso en centro de emergencias, servicio de teleasistencia-móvil, atención y seguimiento de las víctimas con órdenes de protección a nivel social, laboral, educativo, psicológico, sanitario, policial y jurídico

Punto Municipal Violencia de Género Alcorcón:

Dirección	Paseo de Castilla 24
Acceso	RENFE y metro: Alcorcón Central
Teléfono	916648313
Servicios	Servicio de atención social, atención psicológica, asesoramiento jurídico.

Recursos Comunidad de Madrid

Servicio de Orientación Jurídica (SOJ)

Calle del Poeta Joan Maragall, 66, 28020 Madrid

Teléfono: 914 93 29 54

Como recursos **específicos para mujeres con discapacidad** en la Comunidad de Madrid se señalan:

- **La unidad de atención a víctimas con discapacidad intelectual (UAVDI)**, puesta en marcha por Fundación "A LA PAR" Trabajan en colaboración con la Guardia Civil y su equipo de psicólogos de la Sección de Análisis del Comportamiento Delictivo. Los servicios que ofrece son: psicoterapia, tratamiento psiquiátrico, educación sexual, figura de facilitador, protección de víctimas, asesoramiento a profesionales y familiares, y teléfono de ayuda.
- **Desde FAMMA-COCEMFE** se lleva a cabo un programa de prevención de violencia de género en mujeres con discapacidad igual o superior al 33%, priorizando la discapacidad física u orgánica, o mujeres que estén tramitando el reconocimiento de la situación de

discapacidad. Desde este recurso se presta atención psicosocial y se realizan acciones formativas.