

Violencia intrafamiliar excluida la de pareja en la UVFI de Bizkaia. IVML. Subdirección Bizkaia

Portero G.
Abasolo A.E.
De Francisco M.L.
Moreno A.

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

HERRI ADMINISTRAZIO
ETA JUSTIZIA SALA

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA Y JUSTICIA

Violencia intrafamiliar excluida la de pareja en la UVFI de Bizkaia. IVML. Subdirección Bizkaia

Portero G.
Abasolo A.E.
De Francisco M.L.
Moreno A.



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagu:
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vas

Vitoria-Gasteiz, 2015

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red *Bibliotekak* del Gobierno Vasco: <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Edición: 1ª, marzo 2015

Tirada: 150 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Departamento de Administración Pública y Justicia

Internet: www.euskadi.net

Edita: Eusko Jaularitzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia / Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco/ , Donostia-San Sebastián, 1-01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño y Maquetación: EkipoPO

Impresión:

ISBN: 978-84-457-3367-7

Depósito Legal: VI XXX-2014

Nuestro reconocimiento a todos los profesionales de la Unidad de Valoración Forense Integral de Bizkaia que han contribuido con su trabajo en la recogida de datos y la emisión de los correspondientes informes.

Índice

Introducción	9
G. Portero	
Metodología, resultados globales y discusión	17
G. Portero	
Resultados.....	24
Discusión de los resultados	34
Niños maltratados	37
A. Abasolo	
Introducción.....	37
Legislación	38
La violencia en cifras	44
Tipos de violencia	46
Factores de riesgo	64
Consecuencias del maltrato	69
Investigación	72
Violencia de hijos e hijas a progenitores	77
A. Moreno	
Introducción.....	77
Definición de violencia filioparental	78
Tipos de maltrato.....	79
Modelos explicativos de la violencia ascendente	80
Caracterización de la violencia ascendente	82
Resultados.....	91
Violencia intrafamiliar en personas mayores	141
M. L. de Francisco	
Introducción.....	141
Marco Jurídico.....	143

La tipificación de algunos delitos de maltrato de ancianos en el contexto familiar	145
Definición de maltrato	150
Tipos de maltrato.....	150
Definición de maltrato	150
Tipos de maltrato.....	150
Epidemiología.....	154
Instrumentos para valorar la sospecha de maltrato al anciano.....	156
Teorías sobre los malos tratos a mayores.....	158
Factores de riesgo y vulnerabilidad del maltrato a mayores.....	161
Consecuencias del maltrato a mayores.....	167
Resultados.....	170
Discusión	181
Conclusiones	181
Violencia entre hermanos	183
G. Portero	
Prevalencia.....	186
Tipos de violencia entre hermanos.....	188
Instrumentos de medida.....	188
Modelos explicativos de la violencia entre hermanos	190
Consecuencias de la violencia entre hermanos	194
Resultados.....	196
Discusión	201
Bibliografía	205

Introducción

G. Portero

Existen muchas definiciones de familia según la disciplina que se ha ocupado de su estudio: la antropología, la sociología, la religión, el derecho, la psicología, la medicina.... Nosotros, por nuestra actividad, vamos a escoger la que proporciona la medicina de familia. La familia es "un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. [1]

La familia es la estructura organizativa más básica de la sociedad. Además de la finalidad reproductiva, proporciona seguridad, protección, ayuda entre sus miembros y, en el caso de los menores, además, satisface las necesidades primarias, transmite valores, principios, educación... que va a influir de forma definitiva para su desarrollo evolutivo.

En el imaginario colectivo en nuestro medio, la familia adquiere una representación o estereotipo que se aparta en muchas ocasiones de la realidad. Este estereotipo es el de la familia nuclear tradicional formado por una pareja heterosexual unida por lazos legales y/o religiosos que convive bajo un mismo techo y, que si no hay impedimentos, tienen hijos/as biológicos. Sin embargo, este retrato no se da en muchas otras formas de familia.

La familia es un concepto dinámico. Ha ido evolucionando a través de los tiempos. No hace mucho, sobre todo en el mundo rural, eran frecuentes las familias extensas donde además de los miembros de la familia nuclear convivían otros parientes con algún grado de consanguinidad o, incluso, personas no ligadas con lazos sanguíneos. Este tipo de familia ha disminuido en frecuencia con los fenómenos de la industrialización, migración, transvase de personas desde lo rural a lo urbano, creación de centros para cuidados de las personas mayores.... En los últimos tiempos venimos asistiendo a otros tipos de familia como las monoparentales, las compuestas por hijos/as adoptados, las formadas por personas del mismo sexo con o sin hijos, las formadas por generaciones discontinuas (abuelos/as-nietos/as) las reconstituidas... y ello sin recurrir a otros tipos de familia procedentes de otras culturas donde existe la poligamia o la poliginia.

Así pues, estamos ante un concepto de modelo de familia en cuanto a sus componentes que dista de ser homogéneo. La corriente mayoritaria en nuestro medio, la familia nuclear, ha criticado desde distintas perspectivas (religiosas, sociales, psicológicas...)

a las otras formas, autoproclamándose como el modelo ideal de familia minimizando o negando sus propias dificultades. No es objeto de este estudio profundizar o analizar esas críticas, sin embargo, en todas ellas se pueden dar los fenómenos violentos entre sus miembros.

Estamos pues ante un segundo estereotipo que hace referencia a las cualidades o virtudes inherentes al concepto de familia. Se concibe a la familia como un sistema donde se fomentan las cualidades antes señaladas: un lugar seguro, protector, de apoyo entre los miembros, donde predomina el amor, el respeto, la solidaridad, de transmisión de valores positivos. Sin embargo, la realidad nos muestra una faceta oscura y violenta de la familia, que afortunadamente no se puede generalizar, pero que tampoco se puede calificar de excepcional. En ella aparecen todas las formas de conductas violentas, desde las más graves como el homicidio o el asesinato a la violencia, física, psíquica, sexual, económica.

La perspectiva sistémica cuyos fundamentos se centran en la teoría general de sistemas, la cibernética y las teorías de la comunicación de Palo Alto, entiende a la familia como un conjunto abierto, estructurado, autoorganizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior y formado por subsistemas. Aunque originariamente se ha centrado en el sistema "familia" y, hasta cierto punto, descuidó al individuo, la incorporación de perspectivas constructivistas ha completado ese marco de referencia con la consideración de la influencia de los individuos concretos en el funcionamiento de la familia. Problemas en la comunicación, ausencia o reglas caóticas, difusión de límites en el sistema total "familia" o en los subsistemas, liderazgos autoritarios, inversión de roles... han sido estudiados para aportar explicaciones de disfuncionalidad familiar, entre ellas la existencia de violencia. Evidentemente otras perspectivas psicológicas también han aportado explicaciones, entre ellas, habría que destacar a la psicología derivada del aprendizaje social a través del modelado de conductas agresivas.

No obstante, un abordaje más holístico del problema de la violencia y, por lo tanto, también de la violencia en la familia lo encontramos en el modelo bio-psico-social, donde se producen interacciones e influencia recíprocas entre lo biológico, lo psicológico y lo social. Este modelo propuesto por la OMS es el que abarca las tres dimensiones del ser humano.

Una consideración previa que debemos matizar se refiere al uso de los términos *agresión versus violencia*. Aunque en ocasiones se toman como equivalentes y, nosotros mismos, así lo hemos hecho, no son sinónimos (Sanmartín Esplugues 2007) [2]. La agresión es una conducta que derivaría del instinto de agresividad que tiene un fundamento adaptativo. Es inherente a todas las especies, determinada biológicamente y ha sido y es, fundamental en la conservación de las especies. Por el contrario, la violen-

cia es más aprendida, ha sido denominada como “agresividad maligna” no obedece a ningún principio conservador y pertenece básicamente a la especie humana. Todas las conductas que son analizadas en nuestro estudio pertenecen a la categoría de “violencia” y no de agresión, si bien, como apuntábamos anteriormente, en ocasiones hemos empleado ambos términos de forma intercambiable.

La violencia es definida por la OMS (2002) como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” [3].

Por su parte, el Consejo de Europa en el denominado Convenio de Estambul de 2011 que ha sido ratificado por España con entrada en vigor el 1 de Agosto del presente año [4] en su art. 3 letra b especifica: Por «violencia doméstica» se entenderán todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho, antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima.

Como se deduce de la definición de “violencia doméstica” anteriormente mencionada, esta puede adoptar diversos formatos (física, sexual, psicológica o económica).

Browne y Herbert, 1997, recogido por González Alvarez M. 2012 [5] desglosa con mayor detalle sus diversas manifestaciones:

Violencia activa, abuso o maltrato:

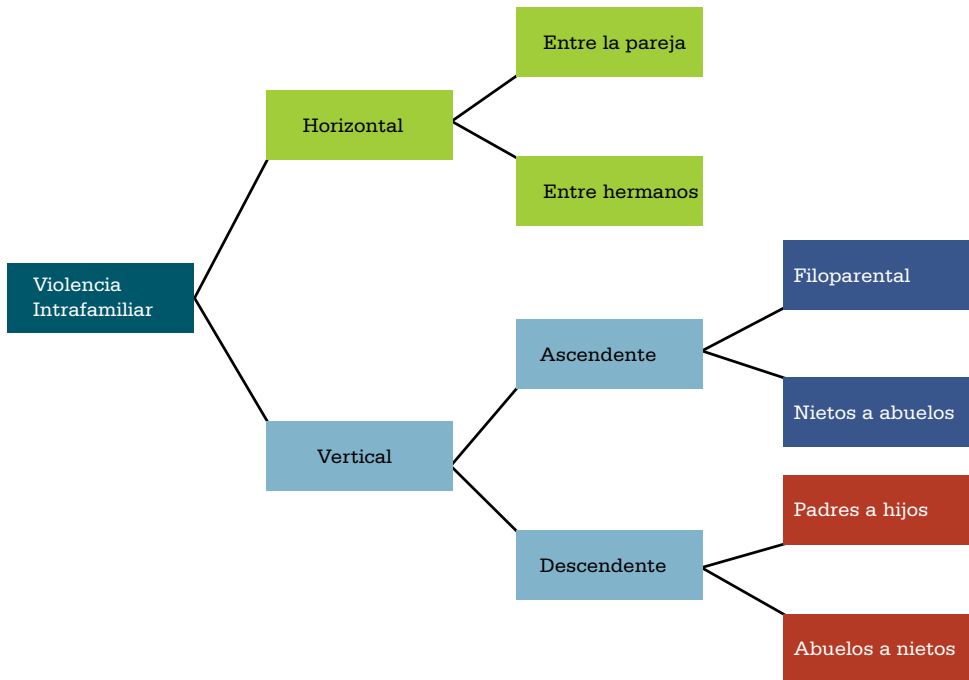
- Física: Infligir o amenazar con daño o lesiones. Coerción forzada y limitar movimientos físicos.
- Sexual: Contacto sexual sin consentimiento. Obligar a ver imágenes o actividades sexuales y amenazar con contactos sexuales.
- Psicológico: Infligir angustia a través del control y limitación de acceso a amigos, escuela o trabajo, etc.
- Emocional: Realizar de forma habitual críticas, humillaciones, denigración, insultos, silenciar, dañar la autoimagen.
- Material (económico): Explotación financiera o ilegal y control de fondos y otros recursos necesarios para la supervivencia económica y personal.

Violencia pasiva o negligencia:

- Negligencia voluntaria: Rechazo o fracaso en las obligaciones de cuidar
- Negligencia involuntaria: Fracaso en las obligaciones de cuidar, sin intención de causar estrés físico o emocional.

Manifestaciones de la violencia familiar (Browne y Herbert, 1997).

En nuestro estudio ya que nos planteamos exclusivamente la violencia entre miembros de la familia excluidos los de la pareja (cónyuges o parejas de hecho) nos centramos en la violencia de padres-madres a hijos/as, de hijos/as a padres/madres o ascendientes con especial atención al maltrato al anciano en el medio familiar y la violencia entre hermanos/as. Así pues, la violencia intrafamiliar puede ser de tipo horizontal o vertical (ver figura adjunta). Nos referimos a la violencia horizontal como aquella que ocurre entre pares (violencia en la pareja y violencia entre hermanos/as). La vertical, por su parte, puede ser ascendente: de hijos/as a padres/madres o de nietos/as a abuelos/as o descendiente: de padres/madres a hijos/as o de abuelos/as a nietos/as.



Aunque los modelos y explicaciones de la violencia intrafamiliar son específicos para cada tipo de violencia hay aspectos comunes que son compartidos. Tolan *et al.* 2006 [6] apuntan las siguientes características:

1. La violencia ocurre entre miembros familiares en los que los victimarios se supone tienen lazos de amor, de interdependencia, paradójicamente, de proporcionar seguridad y protección, etc.
2. La violencia intrafamiliar es la forma más prevalente de violencia. Es más frecuente que la ocurrida entre conocidos o extraños.

3. A diferencia de otros tipos de violencia, la relación persiste entre agresores y víctimas antes, durante y después de los episodios violentos y, en ocasiones, a lo largo del ciclo de vida familiar algunos miembros pueden ser a la vez agresores y víctimas.
4. Es diferente el significado que se da a la violencia dentro de la familia que la existente fuera de ella. Algunas violencias intrafamiliares se ven como útiles o necesarias, por ejemplo, algunas formas de violencia entre hermanos/as o el derecho de los padres/madres al castigo físico de los niños/as como forma de corrección “educativas” —a este respecto debiéramos recordar que el art. 154 del Código Civil permitía la aplicación de del castigo físico moderado a los hijos/as por parte de los padres/madres. Finalmente fue derogado por la Ley 54/2007 de 28 de Diciembre a requerimientos del Comité de Derechos del Niño/a .

Esta tolerancia, incluso legal, hacia ciertas formas de violencia dentro del seno familiar nos apunta hacia otra característica de la violencia intrafamiliar. Es una violencia estructural. De algún modo, hay una cierta aceptación y tolerancia social (cultural, ideológica...). En el estudio de Do Carmo & Harada 2006 [7] sobre una encuesta de 100 personas en Sao Paulo encontraron estadísticamente significativo el empleo de violencia física como práctica disciplinar contra los hijos/as. El 40% afirmó imponer su voluntad sobre el hijo/a y el 57% haber sido castigado por su padres/madres para imponerles límites. La causa mas frecuente fue la desobediencia de órdenes (40%) y el hurto de cualquier cosa (31,7%).

Alonso Varela & Castellanos Delgado 2006 [8] apuntan otras características relevantes:

Abuso de poder sobre personas vulnerables: las más vulnerables son las mujeres, niños/as, ancianos/as y discapacitados. Evidentemente aumenta la vulnerabilidad cuando se solapa más una “vulnerabilidad”. Así, los grupos mas vulnerables serían: mujer-niña-discapacitada y mujer-anciana-discapacitada.



Es, y sobre todo ha sido, una violencia oculta, muy vinculada al ámbito de lo privado. Esta característica impide conocer con exactitud la prevalencia real. Existe un número no determinado de casos, pero todos coinciden que es mucho mayor que los aflorados que permanecen silenciados (fenómeno iceberg).

Cuando se consultan cifras encontramos grandes disparidades según sean muestras normativas o poblacionales obtenidas a través de encuestas, o muestras clínicas o muestras policiales o legales. Cerezo, 2000, recogido por Patró Hernández & Limiñana Gras 2005 [9] apunta que 1/3 del total de los casos de homicidio cometidos anualmente

te tienen como víctima y victimario a miembros de una misma familia y alrededor de ¼ parte de las denuncias de delitos y faltas de lesiones presentadas en dependencias policiales se producen en el ámbito familiar.

En el informe del C.G.P.J. [10] (Consejo General del Poder Judicial) del año 2008 se recogen los casos de homicidios en el ámbito doméstico y de género que fueron calificados como tales por los jueces instructores. Hubo 121 víctimas. 90 fueron mujeres y de ellas, 9 menores de edad. Las mujeres representaron el 74,40% y los hombres el 25,80%. En cuanto al sexo del agresor el 86,8% eran hombres. En cuanto a la edad de la víctima, reseñar que el 12,70% eran menores de edad. Los menores agresores fueron el 1,8%.

En relación al tema que nos compete (violencia intrafamiliar excluida la de pareja) el informe señala que 40 víctimas pertenecían a esta categoría (33,1% del total de víctimas) el resto correspondía a la categoría “violencia en la pareja”.

La distribución por parentesco de las víctimas la podemos observar en la tabla siguiente:

	Padres / padrastro	Madres	Suegros	Hijas	Hijos / hijastros	Hermanos	otros
Nº	10	6	2	5	9	5	3
%	25,0	15,0	5,0	12,5	22,5	12,5	7,5

Por su parte, el INE [11] (Instituto Nacional de Estadística) en su publicación del año 2013 en relación a la violencia doméstica y de género apunta los siguientes datos¹:

1. El número total de casos fue de 7060
2. Las mujeres fueron 4425 (62,67%) frente a 2635 (37,32%) de hombres

¹En el estudio estadístico del INE el apartado “violencia doméstica” incluye cualquier acto de violencia física o psicológica ejercido tanto por un hombre como una mujer sobre cualquiera de las personas enumeradas en el artículo 173.2 del Código Penal (descendientes, cónyuges, hermanos, etc.) a excepción de los casos específicos de violencia de género.

Así pues, están incluidos casos de violencia de pareja (la mujer hacia el hombre no al revés) que en nuestro estudio no hemos contemplado ya que hemos excluido del mismo toda violencia en la pareja con independencia de quién es el autor o la víctima

3. Por franjas de edad la mayor incidencia se daba entre los menores de edad de 18 años (1209 casos).
4. Por nacionalidades, en términos relativos (tasas por 100.000 habitantes) era más frecuente entre mujeres extranjeras que entre españolas, pero para las víctimas masculinas no había diferencias.
5. En relación al parentesco:
 - víctima madre: 29%
 - víctima los hijos/as: 22,8%
 - víctima el padre: 12,3%

Patrón Hernández & Limiñana Gras recogen las explicaciones que ya Strauss & Gelles en 1986 daban para esa elevada incidencia por las características de la familia:

- a) La alta intensidad de la relación, determinada por la gran cantidad de tiempo compartido entre sus miembros, el alto grado de confianza entre ellos, el derecho a influir sobre los demás y el elevado conocimiento mutuo que se deriva de la convivencia diaria.
- b) La propia composición familiar, integrada por personas de diferente sexo y edad, lo que implica la asunción de diferentes roles a desempeñar, y que se traduce en unas marcadas diferencias de motivaciones, intereses y actividades entre sus miembros.
- c) El alto nivel de estrés al cual está expuesta la familia como grupo, debiendo hacer frente a distintos cambios a lo largo del ciclo vital y a exigencias de tipo económico, social, laboral o asistencial.
- d) El carácter privado que posee todo aquello que ocurre en el interior de una familia y que, tradicionalmente, la ha hecho situarse fuera del control social.

Otro aspecto significativo es la frecuente existencia de poli-victimización. Finkelhor et al. 2007 recogido por Anderson 2010 [12] en niños/as de edad entre 2 y 17 años encontraron que el 22% habían experimentado diversos tipos de victimización, siendo ésta de consecuencias más graves que los que experimentaron un solo tipo de violencia. Otra forma de polivictimización es la que ocurre al mismo tiempo entre dos o más subsistemas familiares, siendo la más habitual la violencia en la pareja y la violencia hacia los hijos/as. Sin embargo, diversos estudios han apreciado vínculos entre todos los tipos de violencia intrafamiliar: entre la pareja, hacia los hijos/as, a los padres/madres, entre hermanos/as y a ancianos/as. Anderson hace un repaso de diversos estudios

sobre múltiples variables en las conexiones entre las distintas formas de polivictimización: el poder, el género, la desigualdad estructural, características de personalidad, clase social, raza, etapas en la evolución de los miembros de la familia: embarazo de adolescentes, matrimonio, cohabitación o divorcio.

Muchos estudios también hacen hincapié sobre la transmisión intergeneracional de la violencia. Esta característica hunde sus raíces en la teoría del aprendizaje social de Bandura 1977. Varios estudios han demostrado que las personas que fueron objeto de violencia física cuando eran niños/as o fueron testigos de violencia entre los padres/madres o hacia otros hermanos/as tienen mayor probabilidad de ser a su vez maltratadores de sus hijos/as o sus parejas cuando son adultos (Markowitz 2001) [13]. Corvo & Carpenter 2000[14], introducen la variable del consumo de alcohol y drogas en los padres, además de la de ser testigo o víctimas de violencia, en la transmisión intergeneracional y encuentran un mayor poder predictivo de violencia en la edad adulta.

Para finalizar este breve capítulo introductorio, señalar que la violencia ha sido considerada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un importante problema de salud pública (49ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA49.25)[15]. Las consecuencias para las víctimas de la violencia intrafamiliar son muy importantes afectando a la salud en su concepción más amplia: vertiente física, psíquica y social. Ya nos hemos referido a los homicidios como forma de violencia más grave, pero, además, se producen lesiones físicas, algunas muy graves (aunque afortunadamente las menos) que dejan importantes secuelas. Secuelas psicológicas que tienen efectos a corto, medio y largo plazo y que van a condicionar, en algunos casos, la salud de por vida de las víctimas.

Metodología, resultados globales y discusión

G. Portero

El presente estudio comprende todos los casos de violencia intrafamiliar en los que se ha concluido el estudio forense (médico, psicológico y social) que entraron en la Unidad de Valoración Forense Integral (UVFI) de Bizkaia en los años 2012, 2013 y hasta Junio de 2014. Están excluidos del estudio los casos de violencia en la pareja con independencia de quién es el agresor o la víctima. Obviamente el volumen de casos de violencia en la pareja, sobre todo, los de violencia contra la mujer representan el mayor número de casos ya que la UVFI fue creada para estudiar este tipo de violencia y ello en virtud de la disposición adicional segunda de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género que establecía:

El Gobierno y las Comunidades Autónomas, que hayan asumido competencias en materia de justicia, organizarán en el ámbito que a cada una le es propio los servicios forenses de modo que cuenten con unidades de valoración forense integral encargadas de diseñar protocolos de actuación global e integral en casos de violencia de género.

Sin embargo, nuestra por razones de agenda cuando se creó (inicialmente llegaban menos casos de violencia contra la mujer que los se habían previsto) el Departamento de Justicia del Gobierno Vasco optó por ampliar el estudio a los casos de violencia intrafamiliar a través de la Resolución de 4 de Febrero de 2009 de la Directora de Relaciones con la Administración de Justicia y es, precisamente, sobre este extracto de población donde hemos centrado nuestro estudio.

Los casos que llegan para estudio en la UVFI de Bizkaia están filtrados previamente por Jueces, Fiscales y Médicos Forenses. Es decir, no llegan todos los casos que se han judicializado tanto para los relativos a la violencia contra la mujer como la intrafamiliar (excluidos los anteriores). Dada la metodología que se utiliza como por los recursos personales que se disponen sería absolutamente imposible abarcar todos los casos que llegan a los juzgados y tribunales relativos a este tipo de violencia. Así pues, en su momento se consensuaron con los operadores jurídicos y con los compañeros médicos forenses una serie de criterios de derivación a la UVFI. Entre esos criterios se establecieron los siguientes:

- Violencia psíquica o con pocos elementos de prueba y continuada
- Violencia grave
- Violencia cuando hay menores implicados

- Violencia en la que los agresores o víctimas son sospechosos de presentar trastornos mentales.
- Apartado abierto: El juez, fiscal o médico forense que según la especificidad del caso que estudie considere que por otras razones es necesaria su derivación a la UVFI.

Estas condiciones evidentemente determinan limitaciones serias a la hora de sacar conclusiones sobre cualquier tipo de violencia ya que se tratan de muestras sesgadas y no aleatorias o sobre la población global de casos. Es por ello, que la pretensión es únicamente estudiar nuestra muestra como si de una memoria se tratase, más pormenorizada, que las realizadas normalmente, con aplicación de estadísticos.

Nuestra UVFI que es dependiente de la Subdirección de Bizkaia del IVML (Instituto Vasco de Medicina Legal) está integrada por médicos forenses (6) uno con dedicación exclusiva a la Unidad y los otros alternando su trabajo en el servicio de psiquiatría y en la Unidad. Dos psicólogas y dos trabajadoras sociales con dedicación exclusiva a la UVFI.

En general, por cada caso que llega, interviene una terna de profesionales (un médico, una psicólogo y una trabajadora social) que tras su estudio correspondiente lo plasman en un único informe definitivo. En nuestra opinión, es necesario estudiar a las dos partes (agresor y víctima). Sin embargo, no siempre es así ya que como hemos comentado los casos nos llegan filtrados. Cuando las especificidades del caso nos llevan a considerar imprescindible estudiar a la parte no citada (bien sea el agresor o la víctima) solicitamos expresamente al Juzgado que se le cite, lo cual, en muchas ocasiones, se produce aunque no en todas.

Cuando se estudian a las dos partes (agresor y víctima) interviene la misma terna de profesionales. Cuando de menores se trata, a fin de no re-victimizar con múltiples exploraciones, únicamente, interviene la trabajadora social centrando su estudio con alguno de los progenitores y la psicóloga o médico forense centrándose en el progenitor con quien convive el menor y sobre éste y, en muchas ocasiones, grabando las entrevistas en sistema audio-video.

Los informes periciales que se emiten son de dos tipos: los relativos a la víctima que versan, principalmente, sobre la existencia de lesiones o secuelas psíquicas y, últimamente, sobre la fiabilidad del testimonio y los relativos a los victimarios que se centran en la existencia de alguna causa que limite o anule la responsabilidad criminal en virtud de la presencia de trastornos mentales y en la valoración del riesgo de futuras agresiones.

Con estas premisas se han recogido múltiples datos que son los utilizados para este estudio².

² Las personas de 18 años han sido incluidas en el grupo de los menores de edad ya que cuando ocurrieron los presuntos delitos eran menores de edad, tanto en víctimas como en agresores.

Se trata pues de un estudio retrospectivo y descriptivo donde se han incluido todos los casos de violencia intrafamiliar en los que se ha concluido su estudio forense.

La codificación interna de las demandas de informes periciales en nuestra UVFI es como sigue: Cuando entra un caso se le da un número de UVFI (carpeta principal), la cual, a su vez, contiene subcarpetas (tantas como personas son asignadas para su valoración). Estas subcarpetas se codifican como PMU (violencia sobre la mujer) o como PDO (violencia intrafamiliar excluidas las anteriores). Nuestro estudio se ha centrado en las PDO exclusivamente eliminando los casos de violencia en la pareja. Solo se han tenido en cuenta cuando ha existido un informe definitivo. Así pues:

Quedan excluidos:

1. Los casos que no se ha concluido su estudio
2. Todos los de violencia en la pareja

Para el estudio estadístico se ha empleado el paquete informático SPSS versión 18. Se han utilizado estadísticos descriptivos: media, desviación típica, varianza, rango, etc. correlaciones, comparación de medias, estadísticos de asociación, etc.³

³ Las variables contempladas con los diferentes valores son de varios tipos y que se describe en los cuadros adjuntos.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VALORES	
Partido judicial	0= Bilbao 1= Barakaldo 2= Getxo 3= Gernika 4= Durango	5= Balmaseda 6= exhorto 7= Audiencia 8= otros
Identificación	0=Victima	2=Victima+agresor
Antecedentes en UVFI	0=No	1= Si 2= no consta
Sexo	0= Mujer	1= Hombre
Edad		
Estudios	0= sin estudios 1= primarios 2= graduado -ESO 3= FP/módulo sin acabar 4= FP/módulo acabado	5= carrera media 6= carrera superior 7= otros 8= no computado
Profesion	0= Paro 1= estudiante 2= Oficial 3= Comercial 4= Autónomo 5= Hostelería 6= Funcionario 7= Prof Liberal 8= Asalariado intermedio	9= Asalariado cualificado 10= minusvalía/ invalidez 11= Policía/ seguridad 12= ama de casa 13= obrero 14=jubilado 15= Otros 16= ns-nc
Estado civil	0= soltero 1= casado/ pareja 2= separado/ divorciado	3= viudo 4 = no conocido
Nacionalidad	0= España 1= Bolivia 2= Ecuador 3= Perú 4= Portugal 5= Rumania 6= Oriente próx 7= Lejano Oriente	8= Norte África 9= África Subsahariana 10= Otros países Europa 11= Otros P. América del Sur 12= América Norte 13= América Central
Estructura familiar	0= Monoparental 1= Homosexual 2= Tradicional	3= otros familiares 4= institución 5= acogimiento/adopción
Relación entre agresor/victima	0= hijo 1= hija 2= hijo no biológico 3= hija no biológica 4= padre	13= abuelo 14= abuela 15= otros familiares 16= múltiples 17= madre/padre no biológico 18= madre/padre adoptivo

Variables sociodemográficas	Valores	
Tipo maltrato	0= Física 1= Psíquica 2=Económico 3= Fisic+Psiqui	4= Fisic+Psiq +Econo 5= otros 6= sin determinar 7= sexual
Cronicidad	0=episodio único 1=meses	2=años 3= indeterminada
Denuncias previas	0=No 1=Si	2= mas de 1 3= ns/nc
Retirada denuncia	0=no 1=si	2=no consta
Orden alejamiento	0= No 1=Si	2= no consta
Quebranto orden alejamiento	0= No 1= Si x parte de agresor 2= si por parte de victima	3= si por parte de ambos 4= versiones contradic- torias 5= nsnc
Antecedentes entre familiares de violencia	0=no 1=física 2=psíquica	3=sexual 4=mixta 5=ns/nc
Antecedentes familiares-hijos de violencia	0=no 1=física 2=psíquica	3=sexual 4=mixta 5=ns/nc
Uso de armas	0=no 1=arma blanca 2=arma de fuego 3=objeto contundente	4=líquidos ácidos 5=calor cigarrillos 6=otros 7=ns/nc
Estructura familiar	0=Monoparental 1=Homosexual 2=Tradicional	3=otros familiares 4= institución 5= acogimiento/adopción
Relación entre agresor/victima	0=hijo 1=hija 2=hijo no biológico 3=hija no biológica 4=padre	13=abuelo 14=abuela 15= otros familiares 16= múltiples 17=madre/padre no biológico 18=madre/padre adoptivo

Variables clínicas y medico forenses	Valores	
Patología en los padres	0= No 1= Alcohol y drogas 2= patología física grave	3= patología psíquica 4= Ns/Nci
Antecedente psiquiátrico	0= No diagnóstico 1= Alcohol o drogas 2= Estilo o TP limite 3= Estilo o TP antisocial 4= Estilo o TP paranoide 5= Otros TP 6= Celotipia 7= S depresivo 8= T bipolar	9= Esquizofrenia 10= Otras psicosis 12= Tr ansiedad 13= Retraso mental 14= Demencia 15= Otras 16= Nc 17= Trastorno de conducta/TDAH
Antecedentes en consumo drogas	0= No 1= Alcohol 2= Cocaína 3= Speed 4= Heroína/opiáceo 5= Drog síntesis 6= Cannabis	7= Alcohol+estimulantes 8= opiáceos+estimulantes 9= Alcohol + opiáceos 10= cannabis+otras 11= otras 12= no computado
Diagnóstico MF actual psiquiátrico	0= No diagnóstico 1= Alcohol o drogas 2= Estilo o TP limite 3= Estilo o TP antisocial 4= Estilo o TP paranoide 5= Otros TP 6= Celotipia 7= S depresivo 8= T bipolar	9= Esquizofrenia 10= Otras psicosis 12= Tr ansiedad 13= Retraso mental 14= Demencia 15= Otros 16=Ns-nc 17= Trastorno de conducta/TDAH
Consumo actual de tóxicos (referidos)	0= No 1= Alcohol 2= Cocaína 3= Speed 4= Heroína/opiáceo 5= Drog síntesis 6= Cannabis	7= Alcohol+estimulantes 8= opiáceos+estimulantes 9= Alcohol + opiáceos 10= cannabis+otras 11= otras 12= no computado

Variables clínicas y medico forenses	Valores	
Lesiones físicas: víctima	0=No 1=Leves/1ª asistencia 2=Menos graves/tto. sintomático/+15 días 3=Graves/Tratamiento M y/o Q/+30 días	4=Muy graves 5=Muerte 6=ns/nc
Lesiones psíquicas: víctima	0=No 1=T. Adaptativo mixto 2=T. A. depresivo 3=T. A. ansioso 4=T. por estrés posttraumático 5=T. depresivo mayor	6=T. disociativo 7= Cambio de personalidad persistente 8=Otros 9= no consta
Tratamiento actual: agresor/víctima	0=No 1=Psicológico público 2=Psicológico privado 3=Médico 4=Psiquiátrico público	5=Psiquiátrico privado 6=Combinado 7=Otros 8=Ns-nc
Ideas suicidas	0= No	1= si 2= ns-nc
Estructura familiar	0=Monoparental 1=Homosexual 2=Tradicional	3=otros familiares 4= institución 5= acogimiento/adopción
Relación entre agresor/victima	0=hijo 1=hija 2=hijo no biológico 3=hija no biológica 4=padre	13=abuelo 14=abuela 15= otros familiares 16= múltiples 17=madre/padre no biológico 18=madre/padre adoptivo

Resultados

La muestra estudiada consta de 270 personas que se distribuyen según la tabla adjunta (marcada en rojo). Como se puede apreciar el grueso de casos se refieren a la violencia sobre la mujer (PMU marcadas en verde). Las PDO representan el 21,24% del total de casos que entran en la UVFI.

Los principales datos globales estudiados aparecen en las siguientes tablas, gráficos y estadísticos:

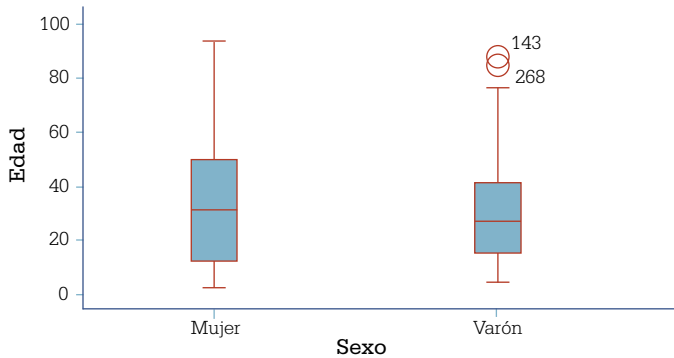
	Año 2012	Año 2013	Hasta junio 2014
UVFI	474	379	200
PMU	617	486	229
PDO	111	103	69
PDO*	111	100	59

*Datos objeto de estudio

La **edad** de las personas reconocidas sigue la siguiente distribución:

	N.º	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	268	91	2	93	30,97	20,376
N.º válidos	268					

No hay diferencias significativas en cuanto a la distribución de la *edad x sexo* $t_{266} = 2,180$ $p \leq ,237$. Tampoco existe una correlación significativa (Pearson de $-0,072$).

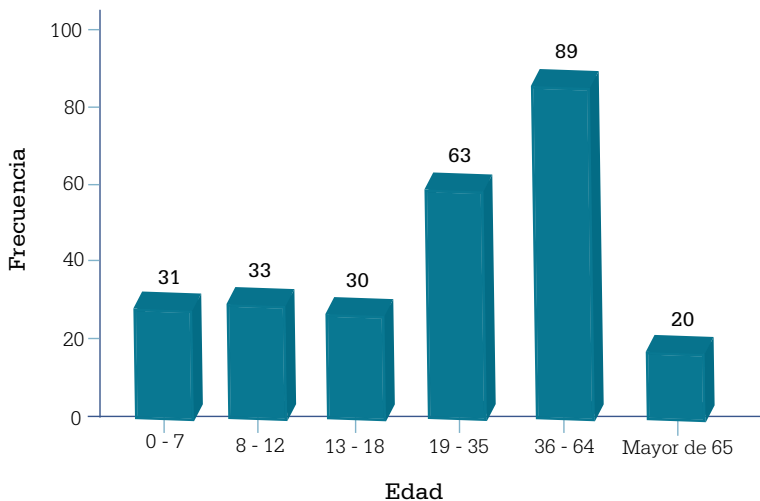


Sí hay diferencias significativas en la edad según la identificación (agresor o víctima). $t_{266} = -2,872$ $p \leq, 004$. Como se puede apreciar en la tabla, todos los estadísticos son muy distintos (excepto el número de casos que es similar). Si lo analizamos conjuntamente con la tabla siguiente, en las víctimas de menores de 13 años hay 64 niños/as, mientras que la edad máxima de los agresores se sitúa a partir de los 14 años.

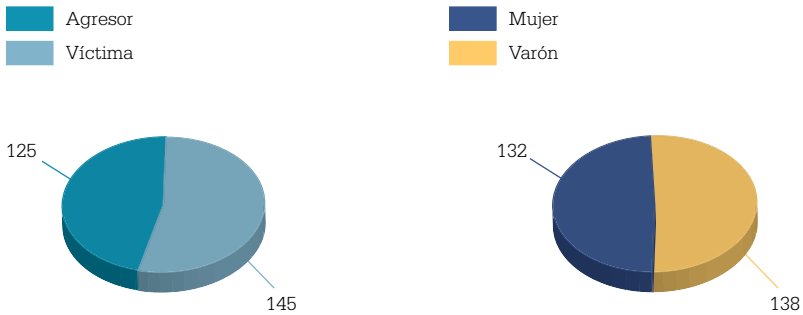
Estadísticos de edad (años)

	Víctima	Agresor
N.º	143	125
Media	27,80	34,60
Mediana	16	35
D.E.	24,73	12,97
Rango	91	63
Mínimo	2	14
Máximo	93	83

Cuando recodificamos la variable *edad* en intervalos, la distribución obtenida es la mostrada en el gráfico siguiente. Los menores de 18 años (94) representan el 35,33% del total.



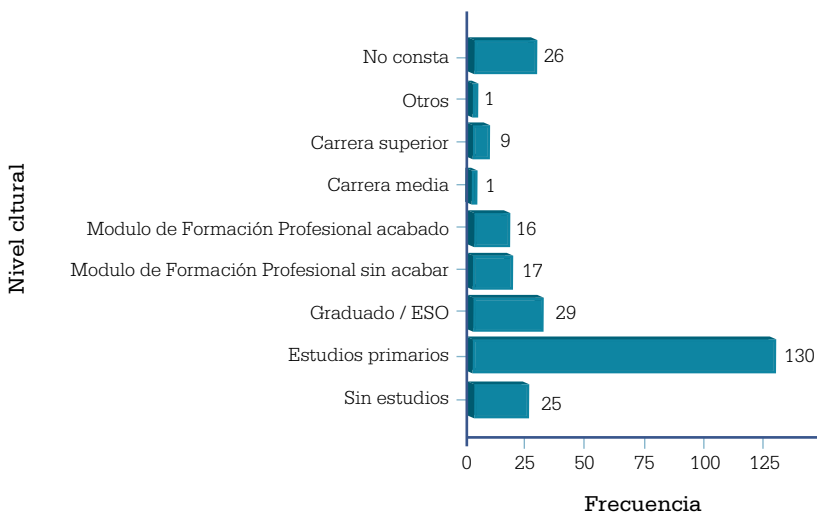
La distribución de las *personas reconocidas x sexo y x su calificación de víctima o agresor* es muy similar no existiendo diferencias significativas



El *estado civil* de las personas estudiadas es mayoritariamente soltero (160 casos), lo cual es esperable teniendo en cuenta que 94 personas son menores de 18 años, siguiéndole en orden frecuencia los separados/divorciados (48 casos) y los casados o con pareja (39 casos). *Proceden* de familias tradicionales en el 67,80 % de los casos, seguido en frecuencia por las familias monoparentales en el 26,13%.

En cuanto a la *actividad profesional* desarrollada, el 59% o son estudiantes o están en paro. Un 7% de las personas estudiadas tienen reconocida algún tipo de discapacidad.

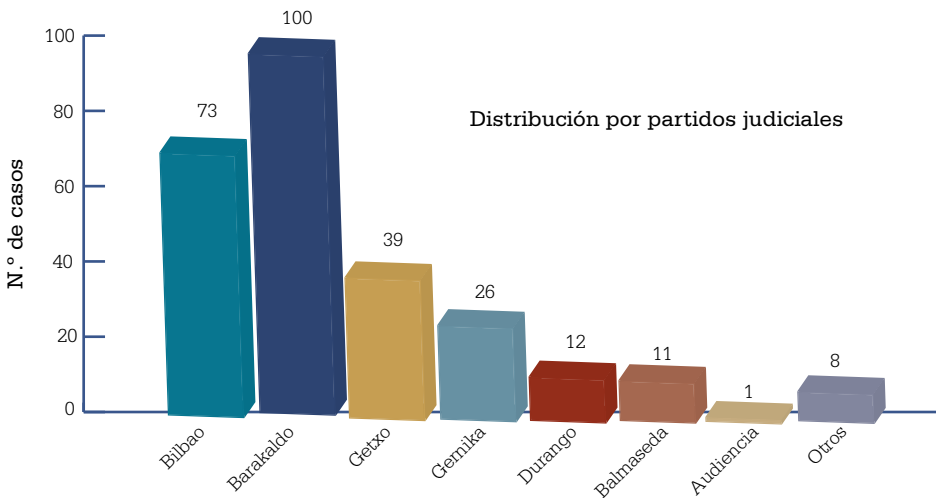
En relación al nivel cultural de los estudiados podemos observar su distribución en el gráfico siguiente:



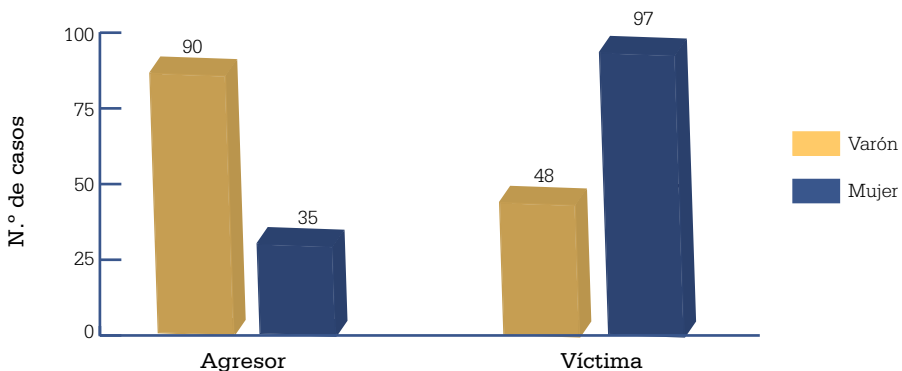
Se han contabilizado 58 casos en los que había *antecedentes de intervenciones* previas en nuestra UVFI. En 10 casos ha habido deseos de *retirar la denuncia* por parte de las víctimas.

En relación al *lugar de origen* de las personas exploradas mayoritariamente son de nacionalidad española (88,1%). Le siguen los originarios de América del Sur (6,3%) de África (3,4%). No siendo relevantes el resto.

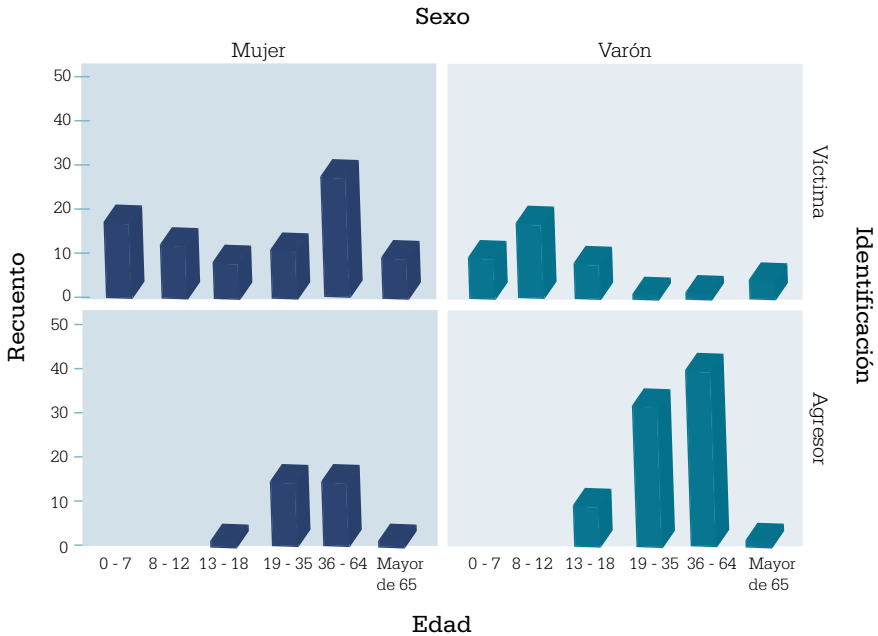
La distribución por partidos judiciales evidencia que Baracaldo y Bilbao proporcionan el mayor número de casos (173) de los 270 totales.



La *relación agresor-víctima* según el género de la persona, como se puede apreciar en el gráfico adjunto es significativa con $\chi^2(1) = 40,645$ $p \leq 0,0000$. Las mujeres son mayoritariamente víctimas y los hombres victimarios.



Cuando se analizan las variables *sexo x edad recodificada (intervalos de edad) x identificación* obtenemos los gráficos (adjuntos debajo). Podemos observar que los varones son agresores, principalmente, en la franja de edad de 19 a 64 años y cuando son víctimas lo son en las franjas de edad de 0 a 18 años. Las mujeres por el contrario son víctimas (sin diferencias significativas) en todas las franjas de edad. Cuando son agresoras aunque en una proporción inferior a la mitad respecto de los varones, también están en la franja de 19 a 64 años. Coinciden como ya se ha señalado que no hay agresores (tanto mujeres como varones) por debajo de los 13 años.



En cuanto a los *antecedentes de violencia*, prácticamente son iguales los relativos a violencia entre los padres entre sí de los explorados, como a la violencia ejercida de los padres/madres hacia los hijos/as con unos porcentajes significativos (40,4% y 40,7% respectivamente).

Antecedentes de violencia entre padres				Antecedentes familiares de violencia de padres a hijos			
Válidos		Frecuencia	Porcentaje	Válidos		Frecuencia	Porcentaje
	No	89	33,0		No	90	33,3
	Si de cualquier tipo	109	40,4		Si de cualquier tipo	110	40,7
	Total	198	73,3		Total	200	74,1

La distribución de “*violencia entre padres x sexo*” y de “*violencia entre padres/madres x identificación*” así como de “*violencia de padres/madres a hijos/as x identificación*” y “*violencia de padres/madres a hijos/as por sexo*”, no da resultados estadísticamente significativos. Sin embargo los resultados obtenidos son contra-intuitivos ya que hay más antecedentes en las víctimas que en los agresores tanto en los antecedentes de violencia entre padres/madres (60 casos contra 49) como de violencia de padres/madres a hijos/as (67 casos contra 43).

En relación a los *consumos de drogas*, la distribución general (tabla). El alcohol sólo o en combinación con otras drogas es el tóxico más prevalente con 34 casos seguidos de la cocaína más estimulante solos o en combinación con otras (29 casos).

Consumo actual de tóxicos referido					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	109	40,4	42,9	42,9
	Alcohol	22	8,1	8,7	51,6
	Cocaína	8	3,0	3,1	54,7
	speed	3	1,1	1,2	55,9
	Ccannabi	14	5,2	5,5	61,4
	Alcohol + estimulantes	11	4,1	4,3	65,7
	Opiáceos + estimulantes	10	3,7	3,9	69,7
	Alcohol + opiáceos	1	,4	,4	70,1
	Cannabis + otras	9	3,3	3,5	73,6
	No computado	13	4,8	5,1	78,7
	99*	54	20,0	21,3	100,0
	Total	254	94,1	100,0	
Perdidos	Sistema	16	5,9		
Total		270	100,0		

*No procede (los menores de 12 años)

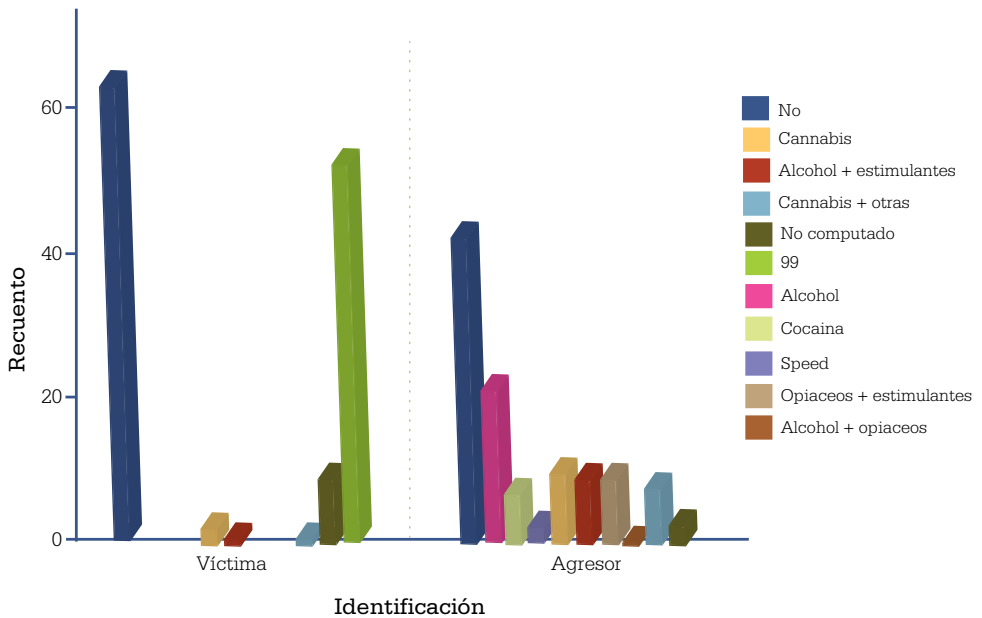
Si dicotomizamos la variable consumo actual de drogas entre aquellos que no consumen y aquellos otros que consumen cualquier tipo de droga obtenemos la siguiente distribución sobre una muestra de 216 casos (se excluyen los que no procede) en la que podemos apreciar que en un 36,11% de las personas analizadas habían algún tipo de consumo de drogas.

Consumo de drogas	N.º	%
No	109	50,46
Si	78	36,11
N. C.	29	13,42
Total	216	100,00

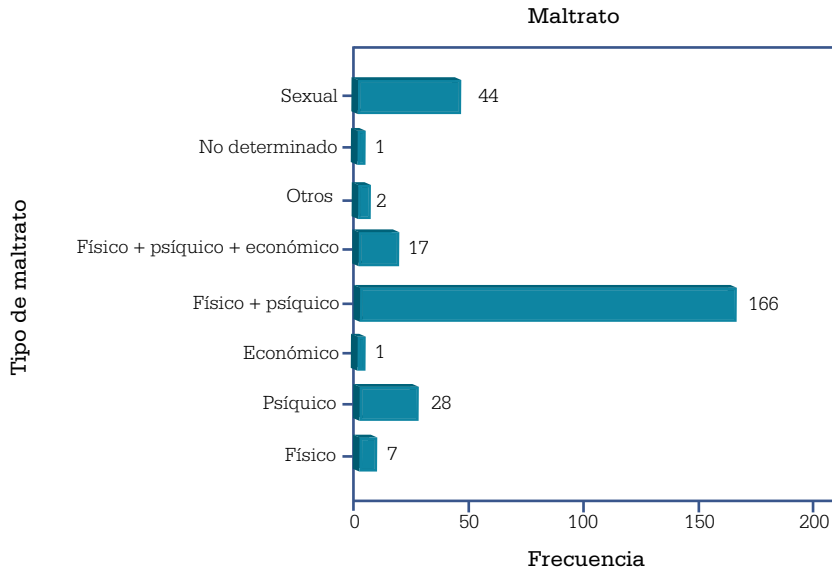
Cuando se correlacionan las *drogas por la "identificación"* como observamos en siguiente tabla obtenemos diferencias estadísticamente significativas $\chi^2(1) = 52,079 p \leq 0,0000$.

Tabla cruzada de identificación del consumo actual de tóxicos				
		Consumo actual de tóxicos		Total
		No	Algún tipo de droga	
Identificación	Víctima	65	6	71
	Agresor	44	72	116
Total		109	78	187

De forma más visual podemos apreciar las diferencias en el siguiente gráfico en el que en las víctimas apenas hay consumos (la barra de color naranja corresponde al valor "99" (no procede) que son personas menores de 13 años y perdidos por el sistema.



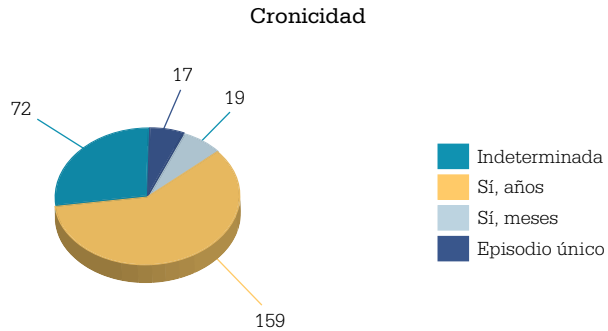
En relación al tipo de maltrato recibido, destaca con mucha diferencia sobre el resto el maltrato combinado de tipo físico y psíquico (166 casos). Pero también es significativo que el segundo en frecuencia es el maltrato de tipo sexual (44 casos).



Cuando correlacionamos en el grupo de maltrato sexual *la edad recodificada por sexo y por identificación* observamos la siguiente distribución:

Tabla de contingencia de identificación por edad y sexo								
Sexo			Edad					Total
			0 - 7	8 - 12	13 - 18	19 - 35	36 - 64	
Mujer	Identificación	Víctima	12	5	5	5	-	27
	Total		12	5	5	5	-	27
Varon	Identificación	Víctima	3	-	0	0	0	3
		Agresor	0	-	1	3	10	14
	Total		3	-	1	3	10	17

El maltrato recibido es mayoritariamente crónico extendiéndose durante años como se aprecia en la siguiente figura.

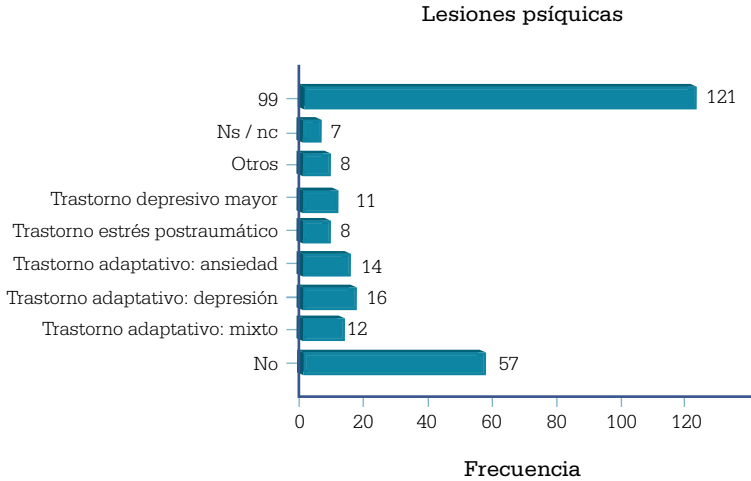


La tabla de contingencia en la que se relacionan los *diagnósticos psiquiátricos según sea agresor o víctima* es muy significativa: hay menos patología en las víctimas, menos trastornos de la personalidad y menos psicosis. Sin embargo, hay más trastornos de la afectividad y de ansiedad. También en menores más TDAH y otros trastornos de conducta. Evidentemente los agresores siguen el patrón distinto.

Tabla de contingencia de diagnóstico médico actual: psiquiátrico por identificación

		Identificación		Total
		Víctima	Agresor	
Diagnóstico médico actual: psiquiátrico	No diagnóstico	52	20	72
	Alcohol o drogas	0	7	7
	Estilo o TP límite	2	21	23
	Estilo o TP antisocial	0	11	11
	Estilo o TP paranoide	0	2	2
	Otros TP	2	20	22
	S. depresivo	32	5	37
	T. bipolar	0	1	1
	Esquizofrenia	0	7	7
	Otras psicosis	0	11	11
	Trast. ansiedad	18	2	20
	Retraso mental	2	4	6
	Demencia	2	0	2
	Otras	7	4	11
	NS/NC	5	1	6
	Trast. conducta/TDAH	11	5	16
	Total	133	121	254

En cuanto a las *lesiones psíquicas* encontradas que, evidentemente, solo corresponden a las víctimas, son los trastornos adaptativos los más frecuentes (42 casos) seguidos por la depresión mayor (11 casos) y el estrés postraumático (8 casos). El 99 (no corresponde) abarca a los agresores y a los perdidos por el sistema o no computados.



En cuanto a las *lesiones físicas* nuestro estudio evidencia 86 casos de no lesiones y 29 casos de lesiones, de las cuales muy graves han sido 3, graves, 1 y el resto leves.

Respecto de los *objetos empleados* como elementos lesivos, al margen de las manos, pies y otras regiones corporales se han contabilizado 9 casos de arma blanca, 1 caso de objeto contundente, 3 casos de quemadura por líquidos ácidos, 1 caso de quemadura por cigarrillos y 4 casos por otros elementos.

Se han recogido 80 casos en los que se han dictado *órdenes de protección* frente a 100 casos en que no existieron, sin embargo 77 casos (30%) en los que este dato no se ha computado, por lo que este parámetro es poco fiable.

De los casos computados y en los que se dictaron órdenes de protección no se quebrantaron 32. Se quebrantaron 10 casos por parte del agresor, 5 por parte de la víctima y otros cinco por parte de ambos. Nuevamente esta variable es poco fiable al existir muchos casos no computados.

Discusion de los resultados

Dadas las dificultades metodológicas ya señaladas anteriormente no es posible sacar conclusiones que puedan ser generalizables. Sin embargo, con la muestra que disponemos hemos extraído los resultados globales más significativos. Tampoco haremos lecturas sobre datos particulares porque cada capítulo llevará las suyas específicas.

En nuestra UVFI, centro en el que se ha basado nuestro estudio, el grueso de nuestro quehacer diario se centra en la violencia en la pareja (78,76% de los casos). De estos, la mujer es víctima en el 98% de los caso. En esta población que no ha sido objeto de este trabajo ya era conocido que la mujer, de forma muy significativa era la víctima y el hombre el victimario. Pero si nos ceñimos a nuestro estudio centrado en la violencia intrafamiliar: violencia de padres/madres a hijos/as, filoparental, entre hermanos/as (excluida la derivada de la pareja) nos volvemos a encontrar, considerando los datos globales, que son las mujeres y niñas las que significativamente son más víctimas y los hombres-niños victimarios con una ratio de 2-2,6/1, lo cual nos conduce a ratificar la tesis ya extendida, cuando se hace referencia a la violencia contra la mujer en el ámbito de la pareja, de que subyace en toda la sociedad y en todos los ámbitos un desequilibrio entre géneros con una disposición estructural en detrimento de lo femenino.

Otro resultado relevante es que de la población estudiada (270 casos) el 35,33% son personas menores de 18 años. De éstos, el 85,10% son víctimas y el 14,90% agresores. Las víctimas niños son el 53,75%, por lo que se podría concluir que los menores de edad representan una muestra donde es prevalente la victimización con escasa incidencia el género aunque apuntando más al femenino.

En cuanto al tipo de violencia ejercida el maltrato físico y psicológico (añadido en 17 casos al económico) representa el 69,31% y el sexual, que ocupa la segunda posición con 44 casos, el 16,66% . De este tipo de maltrato (sexual) destaca que las mujeres-niñas son víctimas en 61,36% y ninguna agresora. Los hombres-niños son víctimas en el 6,81% de casos y agresores en el 31,81% .

Las consecuencias del maltrato en las víctimas han determinado que en 69 casos se ha podido establecer un diagnóstico psiquiátrico lo que representa el 48,25% de la población de víctimas. Sin embargo, es preciso matizar que dado que muchas víctimas son menores de edad y la evidencia de psicopatología no siempre es inmediata, sino que puede aparecer en épocas posteriores de su desarrollo, por lo que las previsiones a medio o largo plazo nos revelaría un porcentaje sensiblemente mayor. En cuanto a las lesiones físicas hemos encontrado lesiones muy graves en 3 casos, una grave y 25 leves.

En relación a la patología psiquiátrica, es significativo que entre los agresores predominan los trastornos de personalidad, consumos de drogas y psicosis, mientras que

en las víctimas la depresión y los trastornos de ansiedad (trastornos internalizantes).

Un tema recurrente en la mayoría de investigaciones sobre violencia intrafamiliar es el papel preponderante de las drogas. En nuestro estudio se corrobora la influencia de las drogas al encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas y victimarios en el consumo de drogas (72 casos para los agresores frente a 6 en las víctimas.). Consideradas las drogas de forma individual, el alcohol es el tóxico más prevalente, seguido de los derivados del cannabis.

Otro tema investigado, a su vez muy estudiado en la literatura científica sobre el tema, es la interrelación los diversos tipos de violencia. Hemos encontrado que los antecedentes tanto de violencia entre los padres/madres o de los padres/madres a hijos/as superan a la ausencia de violencia. Sin embargo, no había diferencias significativas cuando los estudiamos según el sexo o según la dicotomía víctimas versus agresores. En relación a la contingencia identificación (víctima-agresor) con antecedentes de violencia tanto entre padres/madres como de padres/madres a hijos/as, consideradas globalmente, de forma contra lo esperado, había más antecedentes en las víctimas que en entre los agresores.

Niños maltratados

A. Abasolo

Introducción

Los niños son una categoría muy heterogénea, definidos en el artículo 1 de la Convención de los Derechos del Niño, ratificada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989 como: “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.

Los niños son una fracción muy vulnerable de la sociedad, físicamente débiles e inmaduros a nivel de conocimientos. No pueden tomar decisiones importantes de cómo, dónde y con quien vivir, ni el colegio al que acudir. Los niños pequeños tampoco pueden, por si mismos, tomar la iniciativa y dirigirse a las instituciones públicas como servicios sociales, policía o juzgados a contar si sufren violencia o maltrato de sus mayores. Son muy dependientes de los adultos que les cuidan, lo que favorece el desconocimiento y la ocultación de los casos.

De acuerdo a National Family Violence Survey[16] son la parte más victimizada de la familia.

Cuando se habla de maltrato se tiende a pensar en crímenes o actos de violencia excepcional ejercida por extraños, y sobretodo episodios de violencia física grave, agresiones sexuales y secuestros. Sin embargo, la realidad revela que el maltrato infantil suele adoptar formas menos graves de violencia, pero que pueden estar muy cronificadas y ejercida, principalmente, por personas cercanas a los niños.

Atendiendo a la dependencia y edad de los niños puede establecerse tres “nichos” de victimización: 1.-En la edad preescolar y hasta los 5 años aproximadamente está en la familia. 2.-En los niños en edad escolar (5-12 años aproximadamente) está en la familia y en la escuela. 3.-Por encima de esta edad los escenarios son más amplios y además de los anteriores se encuentra el barrio y el entorno social. Cuanto más mayor es un niño más se acerca su victimización a la de los adultos.

De todos los entornos, la familia es el lugar de mayor incidencia de violencia infantil. Raramente se trata de un fenómeno aislado, suele ocurrir en familias en la que coexisten muchos problemas: alcoholismo, pobreza, desempleo, etc. [17].

Los niños pueden sufrir todos los tipos de violencia que afectan a los adultos: robo, agresiones físicas y muerte, violaciones y agresiones sexuales, secuestros, etc. Pero además, sufren formas específicas que les afectan en razón de su dependencia y vulnerabilidad, por ejemplo la negligencia.

Las familias en las que existe violencia, están marcadas por la ley del silencio, precepto que es respetado por todos sus miembros mientras la familia permanezca unida. Si el agresor es un padre/madre, conocer los hechos y la situación del menor puede ser muy complicado, por la nula o escasa colaboración en el caso que el matrimonio perdure.

El maltrato al niño es definido en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud 2002: *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño, por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad”*.

Legislación

La iniciativa internacional parte de la Declaración Universal de los Derechos del Niño aprobado en Asamblea General de las Naciones Unidas en 1959 y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

La puesta en marcha de la Convención se hizo a través del Protocolo facultativo y el Convenio n.º 189 (2011) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el trabajo decente para las trabajadoras/ras domésticos. Más de 190 países forman parte de la Convención de los Derechos del Niño, pero hay que señalar que aunque Estados Unidos la firmó en 1995, nunca la ha enviado al Senado para ser ratificada. Eso quiere decir que, aunque apoya el contenido del documento, no ha adquirido el compromiso legal de acatarlo.

El Comité de los Derechos del Niño es el órgano de *expertos independientes* que supervisa la aplicación de la *Convención sobre los Derechos del Niño* y la aplicación de los dos protocolos facultativos de la Convención, relativos a la participación de niños en los conflictos armados y a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía

Legislación española

El marco jurídico español se recoge en la Constitución Española de 1978 que establece el derecho a la vida y la integridad física y moral (art. 15), a la educación (art. 27), a la salud (art. 43), entre otros.

El artículo 39 de la Constitución:

1. Los poderes públicos aseguraran la protección social, económica y jurídica de la familia
2. Los poderes públicos aseguraran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil.

La ley posibilitara la investigación de la paternidad.

3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio durante su minoría de edad y en los demás casos que legalmente proceda.
4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor constituye el principal marco regulador en vigor de los derechos de los menores de edad.

El 5 de abril del 2013 el Consejo de Ministros aprobó el II Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia y el Ministerio de Sanidad (2013-2016) y se espera culminar la implantación de un Registro Unificado del Maltrato Infantil para que se ocupará de la anotación y control de todos los casos de violencia en que estén implicados los menores, así como un Registro de todas las muertes de mujeres en que estén implicados directa o indirectamente menores.

La ley Orgánica 1/96 define las situaciones que precisan de intervención de las instituciones públicas, definidas como situaciones de riesgo y desamparo de los menores. Las Comunidades Autónomas han asumido las competencias de asistencia social, con el desarrollo de leyes referentes a la infancia en virtud del artículo 148.1 20 de la Constitución Española de 1978.

En la Comunidad Autónoma Vasca la entidad pública que asume la protección de los menores es Diputación Foral de cada territorio, a través de los servicios de Infancia y Acción social. La Diputación Foral de Bizkaia ha implementado los Planes I y II de Infancia [20].

En el Anteproyecto de Ley de Protección a la Infancia del 28 de abril del 2014 se introduce como principio rector de la actuación administrativa la protección de los menores contra cualquier forma de violencia, incluida la producida en su entorno familiar, de género y la trata de seres humanos (artículo 11). De acuerdo con ello, los poderes públicos desarrollarán actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y pro-

tección frente a cualquier forma de maltrato infantil, estableciendo los procedimientos que aseguren la coordinación entre las Administraciones Públicas competentes.

En el artículo 12 del Anteproyecto se garantiza el apoyo necesario para que los menores bajo la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de una víctima de violencia de género o doméstica puedan permanecer con la misma y que, en todo caso, opere siempre la presunción de minoría de edad de una persona cuya edad no haya podido establecerse con seguridad, hasta que se determine finalmente la misma. En este mismo artículo se recogen los principios rectores de la reforma de las instituciones de protección a la infancia señalando que se dará prioridad a las medidas estables frente a las temporales, a las familiares frente a las residenciales, a las consensuadas frente a las impuestas y a las nacionales frente a las internacionales.

En el artículo 12, se recoge otro de los ejes de esta reforma: la obligación de las Entidades Públicas de revisar las medidas de protección adoptadas respecto de los menores, lo que supone un seguimiento personal de caso.

Situaciones de riesgo y desamparo

Para entender estos conceptos, hay que partir de la base que la familia es la institución fundamental para responder a las necesidades básicas y proteger a los niños. Todas las regulaciones legales establecen el interés superior del menor como principio sobre las que se basan todas las decisiones institucionales [19].

La Ley Orgánica 1/96, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, señala en el art 12.1: “La protección del menor por los poderes políticos se realizarán mediante la prevención y reparación de situaciones de riesgo con el establecimiento de los servicios adecuados para tal fin, el ejercicio de la guarda y, en los casos de desamparo, la asunción de la tutela por ministerio de la Ley”.

El art 17 dice “En situaciones de riesgo de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requieran la asunción de la tutela por ministerio de la Ley, la actuación de los poderes públicos deberá garantizar en todo caso los derechos que le asisten y se orientará a disminuir los factores de riesgo y dificultad social que incidan en la situación personal y social en que se encuentra y promover los factores de protección del menor y su familia”.

La ley distingue entre riesgo y desamparo y exige una actuación administrativa proporcional al problema que intenta resolver. De acuerdo al I y II Plan de Infancia Diputación Foral de Bizkaia (DFB) se entiende por:

(A) Situaciones de desprotección infantil, de gravedad leve o moderada:

- Aquellas situaciones que no han provocado ningún daño en el menor, sea a nivel físico o psicológico, cognitivo y/o social, o si han producido daño este no es significativo.
- Aquellas situaciones que han provocado un daño menor en cualquiera de esos niveles, pero el desarrollo del niño/a no se encuentra comprometido ni requiere tratamiento especializado inmediato.

Si el riesgo del menor es leve o moderado la entidad pública protegerá al menor por medio de la guarda.

(B) Se considera desprotección grave o desamparo:

- Ausencia de escolarización habitual del menor.
- El abandono voluntario del menor por parte de su familia
- Existencia de malos tratos físicos o psíquicos o de abusos sexuales por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de estas.
- La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier otra explotación económica del menor de análoga naturaleza.
- La drogadicción o el alcoholismo habitual del menor con el consentimiento o la tolerancia de los padres o guardadores.
- El trastorno mental grave de los padres o guardadores que impida el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda.
- Drogadicción habitual en las personas que integran la unidad familiar y, en especial, de los padres, tutores o guardadores del menor, siempre que incida gravemente en el desarrollo y bienestar del menor.
- La convivencia en un entorno socio-familiar que deteriore gravemente la integridad moral del menor o perjudique el desarrollo de su personalidad.
- La falta de las personas a las cuales corresponde ejercer las funciones de guarda o cuando estas personas estén imposibilitadas para ejercerla o en situación de ejercerla con peligro grave para el menor.

Una vez que la entidad pública tiene conocimiento de uno de estos supuestos, la Diputación Foral hace una declaración de desamparo del menor y asume automáticamente la Tutela Administrativa por imperio de la Ley, sin necesidad de un procedimiento judicial. Asume la tutela de los menores desamparados que residan o se encuentren transitoriamente en cada territorio Histórico.

La tutela se constituye siempre y cuando el niño se halle en situación de desamparo y tras la apertura de un expediente de protección. Más allá de las situaciones más

extremas de privación o violencia, no es fácil la detección de la desprotección de un niño. El *concepto de desprotección*, no es estático ni está bien definido sino que es un concepto variable que evoluciona con el tiempo y el contexto. Se ha desarrollado un instrumento, Balora [20], para la toma de decisiones en materia de protección a la infancia por parte de los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad.

Desde los servicios asistenciales, la asunción de una tutela es una medida provisional con la vista puesta en la reinserción familiar del menor, salvo de las características del caso no lo aconsejen, con supresión de la patria potestad o tutela ordinaria del niño.

Sin embargo, la reunificación familiar puede ser cuestionada desde la evidencia empírica. Una revisión de estudios [21] muestra un creciente interés investigador, con resultados variables.

Taussig, Clyman, and Landsverk (2001) en una muestra de niños atendidos en hogares de acogida y posteriormente reunificados en la familia (frente a un grupo control de niños que permanecieron en hogares de acogida durante cinco años) mostraron peores resultados en niveles de salud mental: mayores problemas de conducta, mayor nivel de conductas autodestructivas, mayor abuso de sustancias, más conductas de internalización, entre otras (que los niños que no volvieron con la familia).

Similares hallazgos ha sido confirmado en una investigación posterior lo que lleva a la reflexión.

No existe una evidencia científica que, en niños con indicios sólidos de maltrato, mejore su pronóstico a medio-largo plazo si vuelven con su familia.

Definición de maltrato infantil

El maltrato infantil es un fenómeno en el que faltan definiciones claras y consensuadas [22].

En la definición del maltrato se identifican dos variables:

- Cuidados mínimos y atenciones que necesita un niño para lograr un desarrollo adecuado.
- Los valores culturales sobre la socialización, en la medida en que dicha socialización ha de realizarse en el ambiente cultural de cada sujeto.

Definir lo que se considera un trato correcto a un menor y el trato correcto de un padre o cuidador varía según lo hacen los tiempos, las costumbres y normas sociales. Sin embargo, existen una serie de criterios básicos que se van universalizando y que cada vez son más precisos en la inclusión sobre los derechos básicos de los niños en todas las esferas [20].

El NCCAN o National Center on Child Abuse and Neglect [23] define el maltrato en base a dos criterios referidos a las consecuencias del maltrato:

- El *criterio del daño* si el maltrato ha generado ya unas consecuencias o daño en el niño.
- El *criterio del riesgo* que es el futuro daño que puede ser causado en el futuro pero todavía no se ha evidenciado o causado. El estándar del daño es más restrictivo.

El niño es un sistema cambiante en continuo desarrollo con una vulnerabilidad y unas necesidades variables. Un mismo comportamiento de un adulto puede ser dañino o negligente en un momento concreto y no serlo en otro. Por eso, hay que tener en cuenta la perspectiva evolutiva al hablar del maltrato infantil.

El Informe Mundial sobre la violencia y la Salud de la OMS 2002 [24] atendiendo al mecanismo utilizado distingue cuatro tipos de violencia: Violencia física, violencia psíquica, violencia sexual, privaciones o negligencias. No siempre están claras las líneas divisorias entre los tipos de violencia, no siendo categorías excluyentes entre si.

Según el momento [19] en el que se produce el maltrato:

- Maltrato prenatal y perinatal: o durante el periodo de gestación y comprende conductas activas de la madre, como consumo de drogas o alcohol durante el embarazo.
- Maltrato postnatal que es el maltrato en la vida extrauterina

Según los autores del maltrato [19]: (1) Familiar: cuando los autores son familiares del menor, principalmente familiares en primer grado (padres, biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.). (2) Extrafamiliar: cuando los autores no son familiares o el grado de parentesco es muy lejano. (3) Institucional: maltrato provocado por las instituciones públicas y (4) Social: cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño.

Tradicionalmente, el estudio del niño maltratado se ha dividido entre maltrato intrafamiliar y extrafamiliar.

Esta división entre la violencia intra/extrafamiliar responde a dinámicas distintas que justifican el abordaje diferencial. La justicia ha sido resistente a ocuparse de la violencia intrafamiliar salvo en los casos de violencia más severa y se ha ocupado principalmente de la violencia extrafamiliar[16].

La violencia en cifras

El Informe del Experto Independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas [25] confirma que esta violencia existe en todos los países del mundo, independientemente de las culturas, clases sociales, niveles educativos, ingresos y origen étnico, aunque no tiene una distribución homogénea.

Tradicionalmente ha existido un enorme desconocimiento sobre las cifras reales de violencia en niños. Un estudio comparativo entre las investigaciones del maltrato muestra diferencias metodológicas importantes que dificulta su comparabilidad: diferentes criterios en la elección de las muestras, definiciones diferentes de violencia, instrumentos de medida utilizados, por ejemplo.

The National Crime Victimization Survey (NCVS) U.S. Census Bureau del Bureau of Justice Statistics (BJS) está considerada como la base de datos de victimización más importante del mundo [18]. Sorprendentemente, no incluye datos de victimización directa entre niños de 0-11 años, solo datos en mayores de 12 años [16].

The National Data Archives on Child Abuse and Neglect (NCANDS) del US Department of Health and Human Services [65][19] recoge los informes “oficiales” de casos de maltrato, con una prevalencia, en 1990, de 13,4/1.000 niños, en el año 2.000 fue de 12,3/1.000 y en el año 2005 de 12,1/1.000 .

En Canadá, The Canadian Incidence Study (CIS) of Reported Child Abuse and Neglect [27][28], estima una incidencia de 21.52 expedientes de violencia cada 1.000 niños en 1998 que aumentaron hasta 38,33 por cada 1.000 niños en el año 2003. En este estudio el incremento de tasas de violencia no corresponde a un incremento real de la violencia sino al efecto por inclusión del maltrato psicológico y la exposición de los menores a la violencia doméstica [27].

Datos del CIS en Canadá y del US. National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) (U.S. Department of Health and Human Services 1992–2005) [29] dan información sobre las tendencias en el tiempo, aunque asumiendo que los casos conocidos son solo “la punta del iceberg”. Estos estudios muestran un descenso en la tasa de

todos los tipos de violencia: la violencia física ha descendido un 16% a partir de 1995, el abandono y la negligencia de niños ha caído un 5% a partir de 1994 y la violencia sexual ha disminuido un 31% entre 1992 y 1998.

Este declive, parece ser una tendencia general, aunque se desconoce la causa. Se apunta a la eficacia de la prevención (Finkelhor and Dziuba-Leatherman 1995 en Finkelhor 2008 [16], el encarcelamiento de los delincuentes (Beck et al., 1993), el descenso de embarazo de adolescentes y de niños no deseados por el control de la natalidad y la legalización del aborto, entre otros. La pobreza y el embarazo adolescente se han relacionado con el abuso físico y la negligencia sobre los niños, más que con los abusos sexuales.

En Europa las fuentes de datos son más incompletas: en Gales, Silbert et al (2002 en Euser 2009 [30] estima la prevalencia de maltrato físico grave a partir de la información dada por pediatras (Child Protection Service o GRS): (1) Tasa en lactantes es de 1,14/1.000 niños. (2) Tasa en niños de 1-4 años de 0,092/1.000 y (3) En niños de 5-13 años, tasa de 0,0047/1.000 niños.

La prevalencia del abuso físico oscila entre el 5-50% de acuerdo a diez estudios en un estudio con autoinformes, en 1.845 adolescentes holandeses, el maltrato físico y la negligencia tiene una prevalencia de 195 casos de maltrato/1.000 menores [31].

No hay datos fiables en España de las cifras reales o aproximadas de maltrato, ni a nivel nacional ni autonómico. Los estudios sugieren que en España el 15% de los menores han sufrido algún tipo de maltrato. El maltrato más frecuente es la negligencia que supone aproximadamente el 50% de los malos tratos, seguido del maltrato psíquico (27%), el físico (11%) y el sexual (6%) [32].

La Fundación ANAR [33] cuenta con un servicio de ayuda telefónica de apoyo y ayuda. En el Informe 2013 muestra datos sobre la violencia, con información extraída de llamadas realizadas por adultos que solicitan información y ayuda ante menores en riesgo. En el 53% de los casos la violencia es diaria. El 11,5% de las llamadas es por violencia física, el 9,1% por violencia psicológica hacia el menor, el 5,3% por abandono, y el 5,2% por agresiones sexuales, siendo el 2,5% por agresiones extrafamiliares.

En 2002 el Centro Reina Sofía [18] realizó un estudio epidemiológico a escala nacional sobre los expedientes de menores incoados por los Servicios Sociales entre 1997 y 1998 (cerca de 33.000). Esta investigación, titulada "Maltrato infantil en la familia. España (1997/1998)", confirmó la existencia de 11.148 menores víctimas de maltrato en el ámbito familiar. El 86,37% de estos menores sufría negligencia, el 35,38% maltrato psicológico, el 19,91% maltrato físico y el 3,55% abuso sexual. Los niños menores de un año eran quienes presentaban un mayor.

Tipos de violencia

Aunque hay acuerdo en las categorías principales del maltrato, no hay definiciones universalmente aceptadas en algunas categorías. Por ejemplo, algunos investigadores consideran que el abuso emocional subyace en todas las demás categorías de violencia, por lo que es difícil de conceptualizar. Otros consideran que el abuso psíquico es una categoría independiente de maltrato [35].

Violencia física

La violencia física hacia un niño se define como el uso intencional de la fuerza de la que resulta, o puede resultar, un daño para la salud física, su supervivencia, desarrollo o dignidad [36]. Incluye tortura, castigos físicos crueles o inhumanos, acoso físico, novatadas y castigos corporales. Puede ser provocado por un objeto o una parte del cuerpo e incluye bofetadas, empujones, puñetazos, patadas, estrangulamiento, quemaduras, agresión con un arma u objeto, y el asesinato.

Esta violencia en los niños está muy vinculada a la figura del castigo, como forma de disciplina, que discurre a lo largo de un continuo de intensidad. Este continuo va desde las amenazas y los gritos, las regañinas, bofetones o golpes leves hasta adentrarse en los tratos abusivos de carácter físico.

Mientras que los niños pequeños están en riesgo de violencia y castigo por parte de padres y cuidadores según entran en la adolescencia se enfrentan a la violencia de los compañeros, parejas y extraños. Los chicos mayores participan más de las relaciones sociales y pueden participar de la violencia de la calle, de las bandas y de los barrios que les puede llevar a la muerte prematura.

En general, los niños son muy vulnerables al daño físico, aunque algunos factores modulan el riesgo a la exposición a la violencia y las consecuencias. En algunos contextos las niñas están en más riesgo de infanticidio, mientras que en otros estudios son los niños los que sufren castigos corporales más severos. [37].

La forma más extrema de violencia física puede llevar a la muerte del niño. Se conocen cifras de muerte a través del Global Health Estimates de la OMS y los registros de muerte del United Nations Office on Drugs and Crime [38]. Sin embargo, son mucho más frecuentes las lesiones no mortales.

Los médicos y sanitarios, a pesar de ser tratarse de profesionales en contacto directo con niños, se considera que subestiman la presencia del maltrato. Esto es debido a una serie de factores [19]:

- Miedo al pensar que el emitir un parte de lesiones equivale a poner una denuncia.
- Preocupaciones de índole personal del sanitario: legales (tener que declarar), económicas (pérdida horas de trabajo, pérdida de clientes), comodidad (traslado al juzgado si tiene que prestar declaración), miedo (a la reacción de los padres).
- Experiencias anteriores, en las cuales a pesar de comunicar la sospecha de maltrato a las Autoridades, el niño fue entregado a los padres, sin el tratamiento social previo pertinente.
- Muchos profesionales que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato piensan que el niño sale más perjudicado que beneficiado porque:
 - El agresor puede tomar represalias contra el niño.
 - Más valen unos malos padres que una buena Institución.
 - Consideran que no deben interferir en los asuntos privados de otras familias.

Un ejemplo de las dificultades a las que se enfrentan los sanitarios, es la acusación de malpraxis del Hospital inglés, General Medical Council (GMC) contra dos médicos que habían denunciado la sospecha de maltrato en dos niños muertos. Los doctores Roy Meadow y David Southall, pediatras con reconocimiento internacional, fueron acusados de difamación por padres acusados de maltratar a sus hijos y sometidos a expedientes disciplinarios por el propio hospital.

Aunque ambos profesionales fueron exculpados judicialmente y readmitidos, se generó una ola de temor, en la clase médica, a las consecuencias judiciales de denuncias por maltrato infantil [39]. Fue tal el impacto, que el gobierno británico hizo una declaración en julio del 2007 recordando cuales eran los deberes de los médicos: La obligación de los médicos es para con los niños, una denuncia no puede conllevar una acusación de difamación salvo que se trate de una denuncia maliciosa [40].

(A) *Homicidio:*

UNICEF (2014) [41] muestra un mapa mundial sobre la violencia infantil en el año 2012, y cifra en 95.000 niños y adolescentes menores de 20 años víctimas de homicidio, en su mayoría procedentes de países de ingresos bajos y medios. A nivel mundial, la región de América Latina y el Caribe tienen la tasa más alta de víctimas de homicidio (12 víctimas infantiles-juveniles/100.000 habitantes): El Salvador, Guatemala y la República Bolivariana de Venezuela, seguido de África occidental y central: República Democrática del Congo, Haití, Lesotho y Swaziland.

La victimización homicida muestra dos picos de edad. Uno en niños muy pequeños, por debajo de los 3 años, y un segundo pico en la adolescencia a partir de

los 13-14 años [42]. Cuanto más pequeño es un niño, tanto más probable es que muera a manos de sus familiares. El primer año de vida es el periodo vital de mayor riesgo de muerte.

La violencia de los niños muy pequeños se relaciona con el hábito del sueño y el lloro. En niños pequeños no hay diferencias de género, que sí se hace evidente según aumenta la edad.

En 2008, el Centro Reina Sofía [43] publicó el informe “Menores asesinados por sus padres. España (2004-2007)”, recopilando noticias de menores asesinados y mostró que, cada año, mueren en España 12 menores a manos de sus padres, es decir, dos por cada millón (la mitad de ellos con una edad comprendida entre 0 y 24 meses).

Entre los datos más significativos de este estudio destaca, además, que en el 85,71% de los casos, los agresores son los padres.

En 2006 Rosa Sáez [44] realizó el estudio “flicidio” en el marco del máster en Psicología Jurídica y Peritaje Psicológico Forense de la Universidad Autónoma de Barcelona. El informe se hizo sobre 31 sentencias judiciales de asesinatos de menores, entre 1987 y 2004.

42 menores fueron asesinados a manos de sus progenitores, los más vulnerables fueron los menores de tres años (38,1%), seguidos de niños de tres a seis años (19%). La mayor parte de las agresiones se producían durante la noche (entre las nueve de la noche y las dos de la madrugada). Otro dato revelador fue que en el 19% de los casos la venganza contra el cónyuge fue el móvil del asesinato (Lo que se denomina agresión por intermediario).

Se denomina *infanticidio* a la muerte de un niño entre un mes y un año de vida y *neonaticidio* a las muertes provocadas en los primeros 30 días de vida, aunque Resnick(1970 citado en Spitz 2006) [45] solo lo centra en las primeras 24 horas de vida.

La mayor parte de los neonaticidios ocurrieron en las primeras 24 horas y el 95% de los niños nacieron fuera del hospital, salvo en los casos en que se haya usado la fuerza, las muertes pueden dejar pocos rastros físicos siendo complejo el estudio médico-forense de la naturaleza de la muerte.

Si el niño muere en las primeras 24 horas lo hace, sobretodo, a manos de la madre y pasado este tiempo a manos de padre y padrastro [46].

Potter (1997)[45] ha hecho algunas descripciones sobre estas madres:

- A diferencia de las homicidas de niños de más edad, las neonaticidas suelen carecer de enfermedades mentales o psicosis, pero es más frecuente la restricción intelectual.
- Suelen ser adolescentes o jóvenes.
- Solteras que típicamente viven con sus padres.
- Ocultan el embarazo a su familia, amigos o conocidos, los cambios físicos los atribuyen a una ganancia de peso.
- La mayor parte oculta el cuerpo del niño y la placenta y al ser preguntadas dicen que nació muerto.
- Suelen ser partos en soledad sin preparación ni planificación sobre lo que va a ocurrir en ese momento.
- Suelen buscar atención médica postparto.

La Academia Americana de Pediatría [47] cree que el 2-5% de las muertes súbitas infantiles pueden ser debidas a homicidio. Las muertes súbitas tienen un pico máximo de incidencia a los 3 meses, siendo menos frecuente por debajo de los 30 días y por encima de un año.

Entre el 75 y el 80% de las muertes de niños se deben a lesiones neurológicas [48].

El término de “síndrome del niño sacudido” es un tipo concreto de lesión neurológica provocada a un lactante por un cuidador que le zarandea, en un momento en el que carece de tono muscular en el cuello. Últimamente este síndrome ha pasado a denominarse “lesiones cerebrales infringidas” por ser un término más neutro y solo descriptivo [49].

El niño, en el zarandeo puede ser golpeado en la cabeza contra una superficie, un mueble, una pared o el suelo. De hecho, en la clase médica hay controversia sobre si el mero zarandeo es una condición suficiente para provocar las lesiones neurológicas del bebe o si es necesario un zarandeo + impacto externo de la cabeza para justificarlas.

Los defensores del zarandeo + impacto, se basan en un estudio realizado por Duhaime et col (1987)sobre modelos de aceleración biomecánica de la cabeza (en

primates no humanos). La aceleración necesaria para provocar las lesiones neurológicas propias del síndrome (hemorragia subdural y subaracnoidea con presencia de sangre interhemisférica) solo se producen si la cabeza impacta externamente con una superficie que multiplica por 50 el factor de aceleración. Se ha sugerido que si hay ausencia de lesiones cutáneas superficiales es porque el impacto fue contra una superficie blanda, como un cojín o la cama [48].

Spivack (2001) [50] estudia una muestra de niños lactantes con caídas accidentales desde alturas pequeñas como una cama, concluye que el resultado de estas caídas raramente conlleva lesiones graves o amenazantes para la vida. Sin embargo, en otro estudio de casos Plunkett [51] es menos conclusivo y evidencia el desacuerdo que hay entre los profesionales ante la posibilidad de caídas accidentales de las lesiones neurológicas y hasta las hemorragias retinianas.

La evidencia sugiere que son las fuerzas rotacionales las que provocan lesiones severas intracraneales, en comparación con el bajo poder lesivo de las fuerzas traslacionales, como una caída.

El 7-30% de los niños sacudidos fallecen, y son habituales las lesiones neurológicas de los supervivientes (3-50 % tienen severas secuelas neurológicas) [52].

Los hallazgos habituales son de hemorragia subdural, hemorragia subaracnoidea, hemorragias retinianas y daño axonal difuso [51]. Las lesiones retinianas son muy características y sirven para realizar un diagnóstico diferencial en lesiones craneales sin una explicación plausible [49]. El Real Colegio de Oftalmólogos (RCO) y el Real Colegio de Pediatras de UK —RCPH (2013)— han elaborado unas guías diagnósticas [51] para el correcto diagnóstico diferencial con lesiones retinianas.

Se ha identificado una correlación entre la evolución del llanto del niño y la presencia del síndrome del niño sacudido (Lee et al 2007 citado en [53][54]).

(B) Maltrato físico no letal

La violencia física menor ha sido identificada con el castigo corporal, que es un acto de agresión física, cometido por un adulto en situación de poder. Provoca dolor o malestar físico para corregirle o controlar un comportamiento considerado como molesto o negativo [55]. Se le considera una forma “menor” “razonable”, “apropiada”, “moderada” o “necesaria” de violencia y útil para el interés del propio niño.

En la forma leve de violencia se encontrarían los castigos físicos, pero cuando aumentan en severidad o en frecuencia, avanzan en la línea del continuum de la violencia [56]. Una de las tareas pendientes es precisar las condiciones exactas en que los castigos se convierten en abusos.

La forma más común de castigo físico es la contusión causada por la mano o un brazo, y que se dirige hacia la mano, un brazo o una pierna [57].

Según cálculos de Unicef (2014) [41], los castigos físicos y agresiones psicológicas habituales afectan al 17% de niños pertenecientes a 58 países, aunque es probable que las cifras no reflejen la realidad. A través del estudio de métodos de crianza en varios países se ha comprobado que los castigos siguen siendo habituales tanto en países desarrollando como subdesarrollados, aunque hay distribución diferencial.

Parece haber consenso en los investigadores que, el castigo corporal logra en el corto plazo, la inmediata obediencia del niño [56]. Sin embargo, puede tener consecuencias a medio-largo plazo, pudiendo asociarse a comportamientos agresivos y antisociales del menor, problemas en la salud mental y una alteración en la calidad de la relación entre padres e hijos.

Un metaanálisis [58] asocia el castigo corporal con efectos negativos sobre el componente afectivo (baja autoestima, empatía y control de las emociones) y conductual (agresividad y comportamiento antisocial).

Un factor muy importante para determinar las consecuencias del castigo, es conocer la frecuencia y la severidad del mismo. El castigo corporal puede ser un bofetón varias veces a la semana, o un bofetón al año.

Una evidencia es que raramente el castigo corporal es la única técnica educativa sino que suele combinarse con otras técnicas más positivas como el razonamiento, la negociación, retirada de privilegios, et. Por eso, es difícil de conocer las consecuencias únicamente del castigo ya que correlacionan con una serie de variables complejas, de riesgo o de protección, raramente medidas en los estudios [59].

Cuando la relación entre padres e hijos, es buena y cálida el castigo es mucho más efectivo que cuando se utilizan estilos fríos, duros o negativos. Los niños que se relacionan positivamente con sus padres son más receptivos al control por parte de esos padres [56], que los niños posicionados negativamente hacia ellos.

Se define la parentalidad negativa, como las relaciones entre padres e hijos marcadas por un trato y un estilo de control, negativo. En estas situaciones, el castigo corporal tiene unas consecuencias negativas en los hijos, pero debidas al mal clima relacionar. No se puede atribuir la responsabilidad exclusivamente al castigo corporal [56].

Si los niños en estos contextos, están también dominados por emociones negativas (de dolor, de ira) éstas les sitúan en posiciones de ignorar las advertencias, rabietas u oposicionismo que puede alimentar la violencia.

Hay investigadores que están a favor de un uso “controlado” o instrumental del castigo corporal en contextos de intensos y positivos afectos con los padres [59]. Sin embargo, los padres más proclives al castigo corporal presentan ciertas características personales, familiares y sociales. A menudo tiene actitudes favorables a la violencia y se justifican (“el niño se lo ha buscado”) o culpabilizan al niño.

Los castigos físicos con fines educativos son defendidos, sobretodo, por adultos con poca o ninguna educación escolar y bajo nivel económico. Los padres más severos son los más jóvenes, y en muchas investigaciones es la madre la que más a menudo usa el castigo corporal, se cree debido a que pasan más tiempo con los niños, aunque es un hallazgo incierto.

Los padres que utilizan los castigos físicos, con más frecuencia, suelen tener rasgos de agresividad y de conducta antisocial pero también se han encontrado padres con rasgos ansiosos o evitativos [60], consumidores de alcohol y drogas [61]. El castigo se relaciona con la percepción que tienen los padres de los hijos y su conducta, así como con la existencia de tensión emocional. Cuando los padres están enfadados, estresados o frustrados perciben más negativamente a sus hijos [60][56].

Las conductas que se relacionan con los castigos físicos “leves o normales”, son aquellas en que los niños ponen en riesgo su propia seguridad o la de los otros, o hay escaladas de desobediencia o el padre percibe o cree que el niño se porta mal a propósito, para fastidiarle. Ocurre, sobre todo después de las cinco de la tarde y en el momento de ir a la cama [56].

Los niños entre los 5 y los 8 años son los que reciben formas más severas de castigo corporal, que va disminuyendo al entrar en la adolescencia [62]. Muchas investigaciones han encontrado diferencias en el género, con evidencias que los chicos reciben más castigos corporales que las chicas, aunque no es un resultado unánime.

La violencia física severa son aquellas conductas susceptibles de provocar lesiones o consecuencias físicas y que engloban todo un rango de conductas como contusiones a niños menores de dos años, golpes en zonas sensibles como cara, cabeza, orejas, genitales, golpes contra la pared o con tal fuerza que le tira al suelo, etc. [57].

Se calcula que hasta un 75% del maltrato físico puede pasar desapercibido para los profesionales médicos. El maltrato físico, a pesar de ser la forma de violencia más evidente está infradiagnosticado debido a muchas razones. Algunas de ellas ya han sido apuntadas en capítulos precedentes, como el deseo de no implicarse en casos de maltrato infantil. Otro factor es que los niños sufren accidentes y los médicos tienen miedo a equivocarse [63].

En un estudio americano, Jenny et al (1999) [64] estimó que el 31% de niños con lesiones intencionales en la cabeza fueron mal diagnosticados. Las víctimas de estos errores fueron niños muy pequeños, blancos, que vivían con ambos padres y con signos poco llamativos de abuso físico. Esto sugiere que existe una subjetividad en los profesionales y que la apariencia de los padres, extracción social o raza tienen un peso en la atribución que se hace a las lesiones.

La detección del origen de las lesiones también depende de la habilidad del médico para reconocer las lesiones sospechosas. Los conocimientos especializados sobre el tema, el examen físico riguroso y exhaustivo así como las explicaciones dadas por los familiares son factores a tener en cuenta.

Se han ido creando protocolos como el SPUTOVAMO [65] para ser utilizado en servicio de urgencias. El Comité on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics [66] ha publicado una guía de evaluación del abuso físico del niño por parte del clínico. Sin embargo, son protocolos muy sustentados en la información dada por cuidadores, muchas veces sesgada y que carece de un gold standart.

Pierce et al (2009) [63] han elaborado una guía para ayudar a discriminar que lesiones aparentemente banales, como los hematomas o “lesiones centinelas”. Es un protocolo basado en evidencias, ajeno a la información que pueden dar cuidadores o familiares, y parte de dos parámetros: la región corporal afectada y la edad del niño.

Se sabe que hasta un 30% [48] de niños gravemente maltratados han tenido historias clínicas de lesiones menores a los que se llama “lesiones centinela” [54]. Jenny et al (1999) [64] cifra un 37% de niños gravemente maltratados con antecedentes de lesiones banales en cara y cuero cabelludo.

Los hematomas son la lesión más frecuente y más fácil de ver. Parece haber consenso que los hematomas son muy poco frecuentes en los niños que no andan todavía, con una frecuencia inferior al 1% en menores de 6 meses [53]. Los niños menores de 4 meses son los que están en mayor riesgo de lesiones intencionales, coincidiendo con el máximo del llanto, alrededor de los 2 meses de edad (Lee et al 2007 citado en [53][54]).

Las regiones del cuerpo más importantes en la predicción del maltrato son: el torso (que incluye pecho, cintura y abdomen), orejas y cuello (siglas en inglés TEN), espalda, caderas y nalgas [63] la cabeza y, especialmente la cara [67] en la boca [54] o en las manos [68].

Los golpes son hechos principalmente con la mano, y el hematoma puede producir el impacto de los dedos. Los hematomas en regiones no prominentes, o grupos de hematomas que se juntan en áreas concretas, sobre todo si son de

data diferente, o hematomas que coexisten con otras lesiones como laceraciones, abrasiones o heridas son muy sugestivas de maltrato [69].

En niños mayores de 12 meses que ya andan y se desplazan, lo hacen de forma inestable y lesiones accidentales en cabeza y cara son más frecuentes, especialmente sobre rebordes óseos.

Los niños que corren, saltan, se empujan y lesionan rodillas, región pretibial, cadera, frente, brazos y zona de columna. Las lesiones más protegidas como porción superior e interna de los brazos, las manos, porción posterior y media del muslo, nalgas, áreas genitales, mejillas, orejas y cuello requieren una valoración concreta para descartar un maltrato [69].

Más del 25% de los niños hospitalizados por lesiones intencionales volvieron a precisar atención médica durante el año siguiente [70]. El promedio de tiempo entre la primera y segunda lesión fue de 191 días, el riesgo de repetición aumenta con cada episodio y se acorta de forma progresiva el intervalo de tiempo entre cada episodio. Con el primer hecho el riesgo de repetición es del 26%, pero con cuatro episodios, la probabilidad de sufrir un quinto es del 60%.

El 90% de los niños maltratados físicamente aparecen lesiones dermatológicas: contusiones, laceraciones, abrasiones, quemaduras, traumatismo bucal, marcas de mordeduras y alopecias traumáticas. En un trabajo de revisión las lesiones dermatológicas son el hallazgo más frecuente en niños con todo tipo de maltrato, no solo físico [69].

No hay que olvidar, que siempre hay que hacer un diagnóstico diferencial de los hematomas con otras lesiones no traumáticas como: mancha mongólica, angioedema, nevus azul, discrasias sanguíneas, púrpura meningocócica fulminante, vasculitis e infecciones, entre otras.

Las quemaduras representan entre el 6 y el 20% de las lesiones físicas de niños aunque también se cree que es un tipo de lesiones infradiagnosticadas. Las quemaduras provocadas afectan, principalmente, a los menores de 3 años [31].

Maguire et al. (2007) [67] revisan publicaciones que recogen lesiones orales, que son encontradas en labios, lengua, paladar y dientes. Tradicionalmente se ha considerado que la lesión del frenillo es característica de maltrato, aunque estos autores consideran que son lesiones inespecíficas pero que necesitan una revisión exhaustiva para descartar otras lesiones.

Otros síntoma de sospecha es la hemorragia nasal o epístaxis, frecuente en niños mayores, pero muy extraña en niños menores de 2 años (1/6500 niños) y en menores

de 1 año (1/6400 niños). En 16 casos estudiados, en 12 de ellos la causa fue identificada, siendo la mitad por trauma facial y tres casos por trombocitopenias [67].

Las lesiones óseas son otra presentación clínica frecuente. En un estudio sobre una muestra de 1794 lesiones óseas provocadas, casi la mitad de los niños tenían menos de 2 años. Los niños discapacitados por patologías neurológicas o psiquiátricas, eran los que tenían mayor riesgo. Las fracturas más comunes afectaban a cráneo, costillas y esternón, fémur y húmero [71].

Starling et al. 2007 [72] en una muestra de 194 niños con fracturas, están provocadas en un 69% por hombres (padre biológico y novio de la madre) seguido de la madre biológica. La edad media de los niños agredidos por los padres es de 4,5 meses de vida mientras que cuando les agrede la madre, la media es de 10 meses.

Violencia psicológica

También llamada violencia emocional o abuso mental y es el componente fundamental de todas las demás formas de maltrato y negligencia de los niños [23].

El maltrato psíquico es la forma más prevalente de violencia pero solo estudiada en países con altos niveles de desarrollo, pasando desapercibida en países subdesarrollados o regiones con elevada violencia ambiental, donde maltrato es sinónimo de violencia física o sexual.

El maltrato psicológico carece de una definición universalmente consensuada. Es una categoría diagnóstica amplia que engloba diferentes realidades y es difícil de sistematizar.

Ha sido definido por Guidelines of de American Professional Society on The Abuse of Children [73] como *“los actos repetidos por parte de un cuidador o los actos extremos que transmiten al niño que son malos, defectuosos, no queridos, no deseados o en peligro o que solo valen en cuanto que cubren las necesidades de otros”*. Esta definición contiene la idea que el maltrato psicológico transmite al niño un mensaje negativo sobre el valor que el niño tiene en sí mismo.

La clasificación de la APSAC [73] ha sido una de las más utilizadas por los investigadores e incluye 6 categorías:

1. Desprecio: Incluye todos los actos de rechazo o de desprecio o degradación del niño, como ridiculizarle o degradarle en público, consentir que otras personas le humillen, le degraden o le golpeen. O bien obligar al niño a realizar tareas domésticas o trabajos, sin ser reconocidos ni recompensados.

2. Aterrorizar al niño: con amenazas de dañarle físicamente, de matarle, de abandonarle fuera de la casa, o de privarle de sus objetos queridos.

- Abandonarle al niño en un lugar peligroso, caótico o impredecible.
- Tener unas exigencias muy elevadas o irreales sobre el niño y exigirle metas imposibles, amenazándole con dañarlo o lesionarlo si no las alcanza.

3. Aislamiento: actos de negación de las necesidades u oportunidades del niño para interactuar o relacionarse con amigos, compañeros o adultos de dentro y de fuera de la familia. Retener al niño en lugares de aislamiento durante periodos de tiempo más allá de lo razonable, o privarle de la libertad de movimientos.

Restringirle, más allá de lo razonable, en su vida social con adultos o menores de la comunidad.

4. Explotación/corrupción: favorecen en el menor las conductas inapropiadas como las autodestructivas, antisociales, criminales, que incluye la pornografía, prostitución, consumo de alcohol y de drogas, etc.

- Permitir y favorecer conductas inadecuadas de parentalización, infantilización o que vivan experiencias o sueño incumplidos de los padres.

La parentalización se refiere a que un niño asuma el papel de un adulto antes de que esté emocional o cognitivamente preparado para gestionarlo con éxito. La infantilización es situarle en una posición que tampoco le corresponde negando su conocimiento y su poder.

- Limitar o no favorecer el desarrollo de la autonomía de los menores a través de la sobreprotección, conductas de intrusividad o dominancia que limitan los deseos, niegan los puntos de vista de los niños o anulan la capacidad de gestión de cualquier aspecto de su vida.
- Restringir o impedir el desarrollo cognitivo e intelectual.

5. Negar o Rechazar las respuestas emocionales: Rechazar o ignorar los deseos de los niños para interactuar a nivel emocional (negarle expresiones de afecto, atención y amor hacia el niño) o carecer de expresividad o de emoción en la interacción con el niño.

Interactuar o preocuparse por el niño cuando solo es estrictamente necesario.

6. Negligencia sobre aspectos de la salud, cuidados médicos o educativos que incluye ignorar estas necesidades o síntomas de la enfermedad o olvidar en darle la atención de salud que necesita.

Esta clasificación (APSAC 1995) también establece una graduación en la severidad del maltrato emocional según:

- Intensidad, frecuencia y cronicidad.
- El grado de importancia de la relación con el niño.
- Número y forma del maltrato psicológico que ha sido o es provocado.
- Influencias en la vida del niño que pueden compensar el maltrato.
- Elementos más relevantes del momento del desarrollo en que está el niño.
- Extensión y tipo de las consecuencias negativas que tiene el maltrato sobre el niño.

Binggeli et al (2001)[23] estima que el 10-15% de las personas que sufren maltrato psicológico lo sufren en formas más graves y crónicas.

De acuerdo a cifras proyectadas el Cuarto Estudio Nacional de Incidencia de abuso a la infancia y Negligencia en Estados Unidos, el 73% (2005-2006) fue causado por los padres biológicos [65], aunque se ha empezado a investigar la existencia de abusos emocionales provocados por maestros, compañeros y parejas [41].

Niños expuestos a violencia de género

Desde 1.990 la exposición de los menores a la violencia, por ejemplo de violencia entre sus padres, queda recogido como una forma de abuso psíquico por US National Center on Child Abuse and Neglect Survey [26].

En los últimos 25 años ha habido un interés e investigación creciente sobre la exposición sufrida por los niños en la violencia de género, aunque el término “expuesto” parece mejor que “testigo” u “observador” porque es más inclusivo y no está condicionado a la observación directa de la violencia. [74].

En España, Save The Children insiste desde el año 2010 [75] en la importancia de las víctimas indirectas de la violencia de género, que convierte a los niños en las víctimas invisibles ante su propia familia y ante las instituciones.

La exposición a la violencia doméstica es un constructo complejo en el que se pueden discriminar categorías. Holder (2003) [74] propone una clasificación:

1. Exposición prenatal: definido por la exposición real o imaginaria a la violencia y que influye en el desarrollo del feto. El embarazo es un periodo reconocido de elevado riesgo de violencia de pareja (e.g., Campbell & Parker, 1999), que además crea alteraciones emocionales en la madre que puede afectar al desarrollo fetal.
2. Interviniente: es el niño que por medio de conductas verbales y no verbales intenta detener la agresión. Puede hacerlo llamando a la policía, colocándose en medio de la pelea o protegiendo con su propio cuerpo a su madre (Peled, 1998).
3. Victimizado: el niño es verbal o físicamente lesionado durante la agresión. Agredir a un niño puede ser un instrumento para dañar o aterrorizar a la madre, lo que se llama el "Síndrome de Medea". McCloskey (2001) encuentra que el 65% de las mujeres maltratadas han sido amenazadas en dañar a los hijos o en echarles de casa.
4. Participante: el niño es obligado o "voluntariamente" participa en la agresión. Suelen ser los hijos varones y pueden ser manipulados, alentados o coaccionados por el padre para participar.
5. Testigo directo que ve la agresión.
6. El niño no ve la agresión pero oye los gritos del padre o los gritos de ayuda de la madre, los golpes, la rotura de objetos, etc.
7. Observa los efectos o consecuencias inmediatas de la agresión.
8. Observa las consecuencias de la violencia, por ejemplo por los cambios que ocurren en su vida si hay denuncia, separación de los padres, etc.
9. El niño oye conversaciones que hablan sobre la agresión.
10. El niño no es testigo de la agresión, porque no estaba en casa, no es una violencia visible, etc. Puede tratarse de una falsa creencia de las madres/padres que creen que sus hijos no se enteran de la realidad.

La octava y novena categoría corresponden a la experimentación de las consecuencias del maltrato: estado de la madre, lesiones que presenta, intervención policial y judicial, cambios de domicilio, viajes a servicios de urgencias y hospitales, etc.

Los niños pueden conocer el maltrato porque su madre directamente se lo cuenta. El tipo de información que la madre transmita y la responsabilidad en la violencia parece fundamental para el ajuste del niño (Holden et al. 1998; Rosenberg & Rossman, 1990). Una parentalización, es en sí misma una forma de maltrato emocional, puede tener un efecto muy negativo en los niños, ya que se convierten en confidentes y apoyo de un

progenitor enfrentado al otro que altera su propio desarrollo y proceso de individualización (Stephens, 1999).

En las consecuencias del maltrato también intervienen otros factores, como la actitud de la madre, el que sea pasiva ante el maltrato o intervenga activamente para defenderle. Existe un solapamiento entre ser testigo de maltrato y sufrir violencia física Appel & Holden, (1998) [74] en un trabajo de revisión encontraron que entre el 30-60% de los hijos de madres maltratadas recibían ellos también violencia física.

Sin embargo, en encuestas telefónicas y muestras clínicas, también se ha visto que los adultos generalmente subestiman la exposición y vivencia de los menores a la violencia, siendo frecuentes y hasta normales las contradicciones entre los padres[76].

Violencia sexual

Los niños quedan protegidos de la violencia sexual o de cualquier tipo de explotación en la Convención de los Derechos del niño.

Actos de violencia sexual, normalmente aparecen de forma conjunta a otros tipos de violencia, aunque no es necesaria la violencia física o psíquica y puede responder a las influencias indeseadas, manipulaciones psicológicas y emocionales.

Existe una carencia de un concepto preciso de abuso sexual de menores. En general, se parte de tres criterios: la edad de la víctima y del agresor, las conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima y el tipo de conductas sexuales que tiene lugar entre ambos.

El agresor suele tener una diferencia de edad con la víctima que oscila entre los 5 y los 10 años. Algunos autores precisan una diferencia de 5 años cuando la víctima es menor de 12 años y una diferencia de 10 años cuando ésta supere la edad de 12 años [77].

En relación a las conductas que corresponden a abusos sexuales, han sido operacionalizadas por los Servicios Sociales y de Salud del Departamento de Washington en 1988 [77]:

—*Conductas físicas:*

1. Violación: penetración en vagina, ano o boca con cualquier objeto y sin consentimiento de la víctima.
2. Penetración digital: inserción de un dedo en vagina o ano.
3. Exposición: Mostrar los órganos sexuales o de manera inapropiada en el exhibicionismo.

4. Coito vaginal o anal con el pene.
5. Penetración vaginal o anal con un objeto.
6. Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo forzar a realizar una masturbación.
7. Sodomia o conductas sexuales con personas del mismo sexo.
8. Contacto genital oral.
9. Obligar al niño a participar en actos sexuales con animales.

—*Explotación sexual:*

1. Implicar a menores de edad en conductas o actividades que tengan que ver con la pornografía.
2. Promover la prostitución infantil.
3. Obligar a niños a ver actividades sexuales de otras personas.

O'Donohue y Gree (1992) [77] hace una clasificación más simple:

—*Con contacto físico:*

- Frotamientos.
- Sexo vaginal.
- Tocamientos.
- Sexo anal.
- Sexo oral.

—*Sin contacto físico:*

- Exhibicionismo
- Peticiones sexuales
- Voyerismo
- Pornografía infantil.

En una encuesta, en Suiza, entre adolescentes de 15-17 años, en el año 2009, el 22% de los niños y el 8% de las niñas habían sufrido este tipo de violencia. Datos de Alemania en el año 2011 [41] muestran una prevalencia de violencia sexual de un 6% en niñas y del 1% en niños. En el 45% de los casos, se trata de violencia sexual con contacto físico ejercido por un amigo o conocido, seguido en frecuencia de un miembro de la familia (41%) un extraño (23%).

En los niños pequeños el abuso sexual es habitualmente intrafamiliar y ocurre en el domicilio o lugar donde pasan la mayor parte del tiempo. Los niños escolarizados son vulnerables a un mayor rango de personas: profesores, entrenadores, o niños mayores

y los adolescentes, que pasan más tiempo fuera de casa están expuestos a la violencia sexual de compañeros, amigos o extraños.

Los diagnósticos de una violencia sexual pueden ser complejos, más de los esperado en un primer momento.

Desde el mundo sanitario se han elaborado guías que ayudan al diagnóstico preciso de agresiones sexuales y el estudio diferencial con otras patologías, útil especialmente en niños pequeños de testimonio inexistente o impreciso. Un ejemplo es la guía elaborada por Adams et al (2008) [78].

Las exploraciones físicas y hallazgos biológicos, pueden ser una parte muy importante en el estudio y diagnóstico de las agresiones sexuales. Los avances técnicos han mejorado las posibilidades diagnósticas en sospechas de agresión sexual de menores: rutina exploratoria en unidades de urgencia, acceso a servicios médicos prácticamente universal, pruebas biológicas, microbiológicas y toxicológicas, entre otras.

Pero, teniendo en cuenta la multiplicidad de situaciones englobadas dentro del concepto de agresión sexual, la exploración física no agota el diagnóstico.

En el exhibicionismo, tocamientos, caricias, exposición a pornografía, etc. los hallazgos físicos pueden ser mínimos o inexistentes, aunque se está actualizando el estudio de restos biológicos (celulares). Pero en estas situaciones el grueso de la valoración médica es psicológico.

Cuanto menos datos biológicos o físicos haya, tanto más relevantes son los hallazgos psicológicos del menor, que incluye el estudio de su testimonio.

El impacto psicológico de la violencia sexual puede agravarse por la vergüenza y el estigma que acompaña a la agresión que puede obligar a los niños a vivirlo en soledad. Algunas investigaciones muestran que entre el 30-80% de las víctimas no revelan los hechos hasta que se hacen adultos [79] mientras que una proporción considerable no lo revelará nunca. Parece que los chicos más frecuentemente eligen el silencio.

La victimización afecta a la personalidad de los niños, la salud mental, el rendimiento escolar y la emergencia de trastornos de conducta y manifestaciones violentas. Se cierra el círculo en que la violencia genera violencia.

Se relaciona la gravedad de las secuelas emocionales con la frecuencia y severidad de la violencia sexual [80]. Particularmente grave es la violencia ejercida por un padre, familiar o cuidador de confianza, el niño puede desarrollar un inseguro y desorganizado apego hacia los otros que perturbará sus relaciones [81]. Pueden desarrollar intensa sensación de miedo, inseguridad, ansiedad, percepción de amenaza y hostilidad en los

demás, así como alteraciones de conducta, consumo de alcohol y de drogas y tienen mayor riesgo de ser arrestados en adolescencia y vida adulta [82]. Las niñas que han sufrido maltrato sexual tienen mayor riesgo de ser agredidas por sus parejas de participar o ser explotadas sexualmente o dedicarse a la prostitución en edad adulta [83].

Se cree que los niños víctima de abusos, se convierten ellos mismos en abusadores. Sin embargo, la mayor parte de la investigación muestra que solo una pequeña parte de los niños agredirán sexualmente a otros [84].

Negligencia

No existe una definición universal de negligencia infantil, aunque ha sido definida como “la incapacidad de actuar de la manera que está descrita por la cultura o la sociedad como necesarias para el desarrollo de los niños” [85].

Es un término que indica la carencia de proporcionar a los niños las necesidades físicas y emocionales que necesita y que incluye la protección frente a los peligros o la atención médica [86].

No existe una definición operativa sobre las necesidades mínimas de los niños en alimentación, vivienda y otros cuidados. Se trata, por otro lado, de un tipo de maltrato que coexiste con otras formas de violencia, como el maltrato emocional y está particularmente relacionado con las condiciones socioeconómicas muy precarias.

No siempre la inatención del niño es intencional, puede derivarse de las carencias sociales, las condiciones precarias, la escasez de ingresos, el acceso limitado a la sanidad e inseguridad en la vivienda [87]. La negligencia del cuidado, muchas veces, está más unida a la pobreza en la que están sumidos los cuidadores.

En las observaciones a la Convención de los Derechos del Niño, se define la negligencia como [41]:

1. Negligencia física, como el fracaso de proporcionarle las necesidades básicas, que influye adecuada comida, vivienda y ropa.
2. Negligencia psicológica o emocional, como carencia de afecto, soporte o atención al niño, la exposición a la violencia doméstica o abuso de sustancias.
3. Negligencia en la atención sanitaria del niño.
4. Negligencia educativa, cuando no se le da la escolaridad básica establecida por ley en cada país.

Son muy escasas las cifras existentes sobre la negligencia y las escasas estadísticas proceden de países desarrollados. Se ha estimado una prevalencia de negligencia en USA en el 15% de los menores de 17 años ((Unicef 2014).

Knutson, De Garmo, Koepl, & Reid (2005) [88] han creado un modelo teórico que diferencia entre *atención negligente* y *supervisión negligente*.

La *atención negligente* incluye la mala higiene, exposición en el hogar a peligros, inatención hacia las necesidades de salud. La *supervisión negligente* se conceptualiza como la ausencia de supervisión de las actividades de los hijos, de sus gustos y preferencias personales, o detección de su participación en actividades peligrosas o de riesgo.

Signos de negligencia pueden observarse en el examen físico de un niño: caries en los dientes, dermatitis severas y no cuidadas, lesiones o enfermedades no atendidas como áreas de calvicie en cuero cabelludo[66].

En las sociedades más avanzadas, cada vez se trabaja más con exigencias más elevadas para el bienestar de los niños: tipo de alimentos, necesidad de ejercicio físico, regularidad de las visitas médicas y control vacunar, por ejemplo.

Polivictimización

Muchas veces, los niños son víctimas de formas múltiples de violencia, directa e indirecta y hay un porcentaje de menores que son repetidamente victimizados. Más que de situaciones de violencia hay que hablar de “estado de victimización” [89] [90]. Son espirales de problemas y violencias de las que es difícil salir y en las que coexisten escenarios de victimización simultáneos y sucesivos.

El sufrir un determinado tipo de violencia puede hacer más vulnerable a los niños para sufrir otras violencias. Por ejemplo los niños que sufren maltrato familiar parecen ser más vulnerables ante el acoso escolar [91]. Niños que sufren abusos sexuales pueden también ser sometidos con violencia física o intimidación/amenazas psicológicas. En una encuesta llevada a cabo en EEUU, los niños que habían sufrido maltrato físico en algún momento de su vida, tenían una probabilidad aumentada por 6 de sufrir una agresión sexual, frente a los niños nunca maltratados [92].

Los factores de riesgo parecen comunes para una variedad de victimizaciones. Según Finkelhor et al (2008) [16] los niños que son maltratados dentro de la familia, o proceden de familias desestructuradas o multiproblemáticas, parecen ser más vulnerables ante diferentes tipos de maltrato.

Otra parte de los niños, pueden ser a la vez víctimas de violencia, testigos de violencia dentro de su familia y, a la vez, ellos la ejercen sobre otros. Una de las consecuencias frecuentes de ser testigo o de sufrir la violencia es comenzar a ser agresivo u hostil hacia los otros [93].

No existen trayectos únicos para llegar a estado de multivictimización, pero el pertenecer a familias en las que existan formas crónicas de violencia o problemas severos como exclusión, enfermedades mentales, abuso de alcohol y drogas parece que son factores muy significativos.

Los niños polivictimizados tienen un menor rendimiento académico, tienen un mayor riesgo de manifestar síntomas de estrés postraumático, mayor depresión, menor autoestima, mayor proporción de conductas de riesgo, intentos de suicidio, mayor delincuencia y abuso de alcohol y de drogas [16].

Existe la creencia que ciertas formas de violencia, por ejemplo, las agresiones sexuales son las más graves y determinan lesiones irreversibles. Pero puede ser un error de concepto. El niño más necesitado puede ser el que es abusado sexualmente, acosado en el colegio, expuesto a violencia en su barrio y que además es testigo de maltrato dentro de su familia. La búsqueda, únicamente, de la violencia sexual no identifica a estos niños politraumatizados [16].

Factores de riesgo

Aunque el maltrato infantil está presente en todas las culturas, no se distribuye por igual en todos los países y regiones del mundo.

Los factores de riesgo de la violencia, son variables que ponen al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia conductas o actitudes violentas.

Lo que más se ha investigado han sido los factores de riesgo del abuso físico y sexual (Mac-Millan et al [226]). Sabemos mucho menos de los factores de riesgo del maltrato emocional y la negligencia, aunque la negligencia aparece a menudo asociada a la violencia física.

Para describir la violencia se usan modelos explicativos complejos, porque la investigación de factores aislados es insuficiente. Las personas somos el resultado de interacciones dinámicas entre muchos niveles de influencia. El modelo más aceptado actualmente es el llamado Modelo Ecológico formulado por J. Belsky (1980) [94] que se basa en círculos concéntricos de interacción en tres contextos principales: el macrosistema o marco cultural, el exosistema representado por la escuela, los organismos ju-

diciales, las instituciones de seguridad y la iglesia y el microsistema que es la familia, más el ontosistema, que incluye los factores individuales del niño y de sus cuidadores.

Cicchetti y Lynch (1993) [95] propusieron un modelo ecológico-transaccional que al modelo anterior le añade el efecto de factores de vulnerabilidad y factores protectores del maltrato, que actúan en cada uno de los niveles propuestos.

Factores de riesgo individuales

1. *Del agresor:*

(A). Biológicos:

Se hipotetiza una heredabilidad en la agresividad a través de trayectorias de familia, que sirve para explicar tanto el uso de la violencia y el castigo en los padres como las conductas disruptivas y violentas en los hijos [56]. Los padres que usan el castigo corporal y la violencia, serían aquellos que han transmitido genéticamente a sus hijos una tendencia a ser agresivos. Estos niños tendrían más problemas de conducta no porque han recibido castigos físicos, sino porque han heredado esta tendencia agresiva de sus padres. Consistente con esta hipótesis son todas las teorías sobre las predisposiciones genéticas a las conductas antisociales o la delincuencia.

Las complicaciones perinatales tienen efectos negativos en desarrollo neurológico. La hipoxia en el nacimiento ha sido asociado con lesiones del hipocampo [96] que parece tener un papel crítico en el autocontrol así como lesiones en el cortexprefrontal, con lo que se predispone a conductas agresivas e impulsivas. Liu, Raine, Venable et al 2004 [96] han investigado la asociación entre la malnutrición y la conducta antisocial en la edad adulta, mediado por el bajo coeficiente intelectual.

En neuroimagen se ha comprobado que el alcohol condiciona el menor crecimiento del cerebro, en todas sus partes y estructuras, pero especialmente afecta al cuerpo caloso, el área prefrontal y el hipocampo. Consumos de alcohol en la segunda mitad del embarazo provoca pérdidas de neuronas, con un efecto de dosis-respuesta [97].

Han demostrado una correlación entre la "dosis" de malnutrición y el nivel intelectual por un lado y los problemas de conducta por otro. Las carencias nutricionales (déficit en proteínas, hierro y zinc) condicionan el crecimiento y

desarrollo de las neuronas y las sinapsis en momentos críticos del desarrollo, creando una relación directa con los trastornos de conducta y una relación indirecta a través del bajo coeficiente intelectual.

(B). Emocionales

Entre los factores emocionales de los padres que repetidamente se ha relacionado con el maltrato, es la ausencia de empatía, los problemas de autoestima, la angustia personal y el desarrollo de sentimientos negativos (como ansiedad, ira, depresión y hostilidad). Los agresores suelen experimentar mayores niveles de estrés, se sienten más aislados y solos y tienen menor capacidad para utilizar los recursos individuales y sociales de los que disponen [98].

Se han identificado dos factores cognitivos importantes: las expectativas inapropiadas respecto del menor y las distorsiones cognitivas. A nivel conductual parecen relevantes los comportamientos impulsivos de los padres, la dificultad para manejar emociones negativas, la falta habilidades de comunicación especialmente en la interacción con el menor y los altos niveles de exigencia. Suelen emplear más técnicas aversivas de tipo educativo y expresan pocos sentimientos positivos. Por último, cabe destacar la correlación positiva existente entre el consumo de sustancias tóxicas (drogas, antidepresivos y alcohol) y el maltrato infantil [98].

WHO (2006) [36] recoge como factores de riesgo de los cuidadores además: los padres jóvenes o de baja educación, que fueron maltratados en su propia infancia, padecer enfermedades psíquicas o consumos de drogas que interfiere en sus habilidades parentales o sufrir de aislamiento social y participar de actividades ilícitas.

2. *Factores de riesgo del niño:*

Schmitt (1987) [99] describió los “siete pecados del niño” en referencia a momentos o etapas que atraviesa y que pueden ser difíciles para los padres: los cólicos, despertarse a la noche, ansiedad normal de separación, conductas exploratorias normales, negativismo normal de un niño, problemas de apetito o con la alimentación o problemas con el control de los esfínteres.

Al margen de las etapas de riesgo del niño, son menores de riesgo aquellos que poseen rasgos que dificultan la atención y el cuidado o trastorna las expectativas que tenían los padres respecto de sus hijos. Por ejemplo, un niño con una enfermedad o unas necesidades que atención que superan la capacidad de los padres. Por eso, los niños con incapacidades físicas, emocionales/conductuales o problemas de desarrollo tienen más riesgo de ser maltratados [99].

De acuerdo al Informe de UNICEF (2013) [227] los niños con discapacidad, tienen un riesgo aumentado de 3-4 veces de sufrir malos tratos. Metaanálisis de investigaciones en países con altos ingresos indican una prevalencia de formas combinadas de violencia en un 26,7% de los niños discapacitados, de un 20,4% de violencia física y de un 13,7% para la violencia sexual.

Son niños con discapacidad los que sufren: retraso mental, alteraciones emocionales, problemas visuales, problemas de aprendizaje, discapacidad física, problemas de conducta y otros problemas médicos. El propio maltrato puede alterar el desarrollo del niño, favoreciendo la aparición de incapacidad lo que a su vez precipita el abuso [100]. Ejemplo de esto es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con una triada sintomática de inatención, hiperactividad e impulsividad. Los problemas de conducta pueden provocar respuestas de profunda frustración y stress en los padres y desencadenar respuestas violentas.

Por otro lado, se trata de una sintomatología asociada a otros diagnósticos como las depresiones o el síndrome de stress postraumático en un niño que vivencia una historia de violencia infantil. Por eso, el TDAH puede ser un síntoma reactivo ante una vivencia de maltrato, cerrándose el ciclo de la violencia, en la que causa-efecto están relacionados [101].

No todas las discapacidades tienen el mismo curso y son igual de evidentes. Hay autores que señalan que los niños con una discapacidad leve, como un retraso mental leve pueden ser los que están en mayor riesgo de sufrir violencia. En estos pacientes, sus problemas de conducta o de aprendizaje, puede ser malinterpretada por sus cuidadores, que atribuyen sus equivocaciones como errores a propósito, al no existir en ellos conciencia de las limitaciones del niño.

Pero los niños con discapacidad severa pueden exigir elevada atención física, emocional, económica y social en sus familias. Los menores con discapacidades físicas graves, necesitan de la ayuda de otras personas que tocan constantemente su cuerpo para vestirles, lavarles y moverles, y pueden ser víctimas fáciles de tocamientos, abusos sexuales o abusos físicos [100].

Familias con bajo soporte social o comunitario parecen estar en especial riesgo de maltratar a los niños con discapacidad, al sentirse más abrumados y superados por las necesidades de atención de sus hijos. La pérdida de espacios de alivio o de respiro de los padres son factores que contribuyen a incrementar el riesgo de abuso o de negligencia de estos niños [100]. La presencia de más o menos cuidadores puede incrementar o reducir el riesgo de sufrir violencia. Los niños con discapacidad severa, recluidos en espacios domésticos y en contacto con pocas personas pueden sufrir situaciones violentas sin posibilidad de comunicarlo a otras personas. Por el contrario, los niños que tienen muchos cuidadores están en riesgo dada la

cantidad de personas con las que contactan, alguna de las cuales puede ser violenta, si bien tienen más posibilidades de comunicar la situación que están viviendo.

Los niños con discapacidad intelectual pueden ser vistos como víctimas fáciles por su inmadurez y limitaciones que les limita en diferenciar las experiencias normales de los abusos. Estos niños pueden no ser capaces de diferenciar un daño “apropiado” como una inyección o una rehabilitación física de un daño “inapropiado” como un cachete o un tocamiento sexual.

3. Factores de riesgo de la familia:

Todos aquellos factores que inestabilizan la familia, como muertes, pérdidas, rupturas o aislamiento social son factores de riesgo de violencia sobre los niños WHO (2006) [36]:

Dos aspectos son relevantes: las familias monoparentales y el tamaño familiar. Las familias monoparentales, especialmente cuando cuentan con pocos recursos externos, son de mayor riesgo de violencia. La relación entre la monoparentalidad y la violencia se ha explicado de dos maneras:

—Hipótesis de la “ausencia de un padre” el peso de criar a un hijo recae solo sobre una persona, lo que provoca stress y disminuye la calidad de la relación.

—Hipótesis de “deprivación económica” como mediadora de las relaciones entre los miembros de la familia.

Las familias grandes son otro factor de riesgo de violencia principalmente por el estrés que genera en los padres y el consumo de la capacidad económica de la familia. El tamaño de la familia se ha relacionado especialmente con la negligencia en el cuidado de los hijos, aunque en el metaanálisis de Stith et al 2009 tiene un pequeño pero significativo riesgo en la violencia física. Las familias de minorías étnicas se asocian con familias más grandes que las familias occidentales.

En un estudio holandés, NPM-2005 [30] se valoró el nivel de estudios de los padres (medido en tres escalas: muy bajo o ningún estudio/nivel bajo/nivel medio-alto). El 36,1% tenía un nivel moderado-alto de estudios, el 25% un nivel bajo y el 38,9% un nivel muy bajo-inexistente. No incluyendo el abuso sexual, todos los tipos de maltrato correlacionan con el nivel más bajo de estudios de los padres.

4. Factores de riesgo socioculturales:

Se ha analizado la relación del abuso psicológico y físico con áreas urbanas y bajo nivel socio-económico [61] especialmente en países subdesarrollados donde coexisten muchos problemas sociales, que también aumenta el riesgo de abuso [102].

En muchos estudios los ingresos familiares, el estatus socioeconómico y el desempleo son potentes predictores de negligencia, maltrato y abuso sexual infantil [90].

La WHO (2006) [36] alerta también sobre la tolerancia social a la violencia, la desigualdad de género o la carencia de una vivienda digna.

Consecuencias del maltrato

Tradicionalmente el estudio de las consecuencias del maltrato se ha hecho a partir del estudio de los traumas agudos, como una agresión sexual o un rapto o un episodio de violencia. Las intervenciones terapéuticas suelen ir encaminadas a tratar un único tipo de violencia, habiéndose estudiado sobretodo el impacto de la violencia sexual [103].

Las consecuencias de la violencia pueden aparecer en el corto, medio y largo plazo. Las adversidades infantiles se han relacionado con consecuencias en todas las etapas de la vida (infancia, adolescencia y edad adulta): como los trastornos afectivos, elevada ansiedad, abuso de sustancias, externalización de la conducta, trastornos de personalidad y diferentes enfermedades. La investigación parece establecer caminos indirectos desde la violencia hasta los resultados, en función de los factores agravantes y protectores que intervengan en el niño. [16].

También hay que tener en cuenta, el tipo de problema que ha sufrido el niño, porque no son todos iguales, ni de la misma severidad. [104]. La reacción psicológica de los niños ante la violencia parece vinculada a la severidad, proximidad, cronicidad y grado de familiaridad entre agresor/victima, el temperamento del niño, su estadio de desarrollo, y los factores protectores con que el niño cuenta [105].

Para conocer el camino que se traza desde el trauma hasta sus consecuencias se han propuesto diferentes modelos, de distinta complejidad:

1. Según el modelo de estrés-sensibilización los problemas en etapas precoces disminuye el umbral de resistencia del niño, que se sensibiliza frente a eventos traumáticos posteriores [104]. La violencia y el stress crónico afectarían estructuras neurológicas (del hipocampo, la amígdala y el córtex frontal, principalmente) en momentos “ventana”.

Los momentos “ventana” son aquellos en que se desarrollan y organizan las sinapsis, y con ello la configuración global del cerebro. El stress parece tener la capacidad de modificar el desarrollo cerebral aunque los efectos podrían no manifestarse inmediatamente, sino en etapas tardías [104].

2. El modelo *diátesis-stress* es uno de los modelos que cuenta con mayor apoyo empírico. Relaciona una vulnerabilidad genética o predisposición (diátesis) que interactúa con los sucesos vitales y el ambiente (estresantes) para desencadenar conductas o trastornos psicológicos. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad subyacente, menos estrés se necesita para desencadenar la conducta/trastorno.

Las modernas investigaciones en las bases biológicas de la conducta, trabajan con la interacción gen x ambiente, la expresión de un gen depende del ambiente donde se encuentre la persona. Los individuos con un riesgo biológico de agresión pueden ser especialmente vulnerables al efecto de la adversidad psicosocial.

El polimorfismo del enzima (MAOA) se ha identificado como un elemento de susceptibilidad biológica ante el maltrato. Solo los niños que tenían un nivel bajo de actividad del enzima MAOA desarrollan clínica antisocial posterior [106]. Los niños con niveles altos del la MAOA eran menos propensos a desórdenes posteriores a pesar de la historia de adversidades infantiles.

3. El estudio de las consecuencias negativas de la violencia desde la perspectiva del desarrollo psicopatológico de los niños. Se trata de un modelo integrador que tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y socio-contextuales

De acuerdo a esta propuesta, el estudio del impacto de la violencia ha de hacerse en marcos multidimensionales e interactivos en los que influyen [16]:

1. Edad y etapa de desarrollo en que se encuentra el niño, con las tareas básicas de cada etapa: creación de apegos y lazos afectivos, autorregulación de afectos, relaciones con iguales y entornos sociales, entre otras.
2. Análisis que hace el propio niño sobre lo que le ha pasado, se trata de un proceso cognitivo condicionada a la etapa de desarrollo en que ocurre.
3. Estrategias de afrontamiento que dispone por su propia personalidad y por la etapa de maduración en la que se encuentra.
4. Contextos en los que vive y se desarrolla el niño, que pueden intervenir como factores agravantes del daño o por el contrario, ser protectores y contrarrestar el daño.

Según este modelo, las consecuencias del maltrato son reacciones procesuales, que varían en función de la evolución y el tiempo y que pueden manifestarse en el corto y el largo plazo.

Existe una evidencia acumulada que el maltrato precoz provoca una elevada morbilidad en la edad adulta y no solo de enfermedades psíquicas sino también físicas

Shonkoff et al 2009 y Felitti et al 1998 [107]. El maltrato se ha vinculado con patologías cardíacas, pulmonares o autoinmunes, por alteración en el sistema hormonal y neuroquímicos.

El maltrato infantil se ha relacionado con los trastornos de personalidad, abuso de drogas [108], peores logros académicos [109] problemas de pareja [110]. La exposición de los niños a la violencia predispone a conductas suicidas [111] y enfermedades mentales [112].

Las adversidades infantiles se han asociado con la aparición de enfermedades psíquicas como la esquizofrenia, que es de evolución más compleja. Se trata de pacientes con un debut más precoz de la enfermedad y con un curso más severo: más ingresos por descompensación, dosis más alta de medicación y un riesgo aumentado de autolesiones Schenkel et al. [228]. Según este autor, la severidad del maltrato correlaciona con la gravedad de la enfermedad psíquica posterior, según el modelo diátesis-stress.

Se ha encontrado una relación entre el maltrato y peores resultados cognitivos [77], déficit del coeficiente intelectual [113], existencia de experiencias alucinatorias [96] asociadas a alteraciones cerebrales [114].

Las investigaciones también asocian el maltrato con una predisposición a la depresión, que es de curso más agudo y prolongado, con peor respuesta al tratamiento [114].

Entre pacientes identificados con trastornos de personalidad, hay muchos antecedentes de maltrato físico, psíquico, sexual y negligencia Battle et al., [112] **aunque** no todas las personas con trastorno de personalidad han sufrido maltrato infantil grave.

La violencia y la negligencia correlacionarían con el subtipo esquizotípico, antisocial, borderline y narcisista. Otros estudios lo relacionan con rasgos de neuroticismo y baja apertura a la experiencia [115].

Los rasgos psicopáticos frecuentemente se relacionan con crianzas en familias con condiciones muy adversas [116]. Muchas víctimas de maltrato infantil puntúan alto en la escala de PCL-R (rasgo de psicopatía) en vida adulta.

Las adversidades infantiles se relacionan con trastornos de personalidad del Cluster A, y C tanto en pacientes con esquizofrenia como en grupo control [117]. Hay que considerar una elevada comorbilidad entre patologías psíquicas del Eje I y los trastornos de personalidad del Eje II [118].

Schenkel et al., (2005) [228] recoge estudios que relacionan el riesgo de ser victimizados en la vida adulta con que fueron maltratados en la infancia (Briere and Elliott, 2003; Cloitre et al., 1996; Gladstone et al., 2004; Lang et al., 2004; Messman- oore and

Brown, 2004). Pero por otro lado, los niños que fueron expuestos a violencia en la infancia tienen un mayor riesgo de ser violentos en la vida adulta. Revisiones empíricas demuestran que en los adultos violentos uno de los factores de riesgo más consistentes para ser violentos con sus parejas es haber sido testigo/víctima de violencia en la infancia [119].

Existe una base empírica que sustenta la relación entre la crianza en una familia violenta y la aparición de violencia en relaciones de pareja posteriores. Esta vinculación entre victimizaciones precoces y la violencia posterior se cumple tanto en agresores como en víctimas [120].

El haber sido víctima de violencia física aumenta la probabilidad de utilizarla, en lo que se llama la transmisión generacional de la violencia. Se calcula que la violencia física se transmite de una generación a otra en una proporción del 30% [57].

Investigación

En la UVFI se ha estudiado una muestra de 94 menores, de los cuales el 85,1% (n=80) son víctimas de maltrato y el 14,9% restante (n=14) agresores.

Se trata, en su mayoría, de menores reconocidos en contextos de denuncias por violencia de género. Suelen vivir, en familias que sufren muchos problemas, donde las madres denuncian violencia hacia sí mismas y que se proyecta directa e indirectamente sobre sus hijos.

Se constata que hay un descenso progresivo en el número de menores vistos en la Unidad a lo largo de los años, con un 44,7% en el año 2012, 41,5% en el año 2013 (un declive iniciado en años precedentes). Esto no significa que haya descendido el número de víctimas ni la propia incidencia de maltrato.

Al tratarse de un contexto judicial, este descenso del número de menores puede interpretarse de diferentes maneras: una de ellas, aludiría al papel secundario que tienen los menores en los procedimientos de violencia de género.

Sin embargo, también es verdad que a nivel internacional y especialmente en las muestras americanas [65] se aprecia un descenso en la tasa de todos los tipos de violencia, especialmente la violencia sexual. Por otro lado, las diferentes oscilaciones en las cifras de incidencia o prevalencia del maltrato, no siempre corresponden a incrementos o descensos netos de violencia. Tal es así, que las cifras altas de maltrato a veces son correlativas a la calidad en los sistemas de detección.

Son necesarios estudios longitudinales y seriados para un análisis de tendencias del maltrato en el País Vasco.

Existe una igualdad en el sexo de los menores vistos en su conjunto, el 47,9% son chicos y el 52,1% chicas. Estos resultados parecen contradecir las conclusiones de muchos estudios. El Observatorio de la Infancia 2006 [19] concluye, por ejemplo, que el maltrato es algo más frecuente en los chicos que en las chicas.

La edad media de la muestra es de 10,17 años, con una desviación típica de 4,81 años. No se han encontrado diferencias relevantes en la frecuencia de pacientes en variable de edad recodificada: el 33% pertenecen al intervalo entre 0-7 años, el 35,1% al intervalo entre 8 y 12 años y el 30% al intervalo entre los 13 y 18 años.

Los resultados no permiten establecer relaciones significativas entre edad y tipo de maltrato, relación sí identificada en muchas investigaciones, que atribuyen a los niños más pequeños las tasas de violencia más elevadas. La franja de edad entre los 5 y los 8 años son los que reciben formas más severas del castigo corporal, que va disminuyendo al entrar en la adolescencia [62].

En otros estudios se constata que el maltrato se da en niños de todas las edades, pero han encontrado que el maltrato físico es más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años, sobre todo entre los 12 y los 15.

Se ha encontrado una diferencia significativa en la edad media de la muestra en razón del sexo, tal que en el caso de las chicas es de 8,91 años y en los chicos es de 11,33 años con una diferencia significativa en la media de edad según el género de los menores (t de Student con una $p < 0,05$).

La combinación de violencia física + psíquica en la variable tipo de maltrato es la más frecuente con un 50,0 % de víctimas menores de 18 años, seguido de la violencia sexual con un 31,3%, la violencia psicológica con un 13,8% y la violencia física con un 3,8%.

Es un hallazgo frecuente de las diferentes investigaciones, que muchos de los menores maltratados han sufrido más de un tipo de maltrato (Observatorio de la Infancia 2006) [19]. En este estudio el ser testigo de violencia se engloba dentro de la violencia psicológica, al no constituir una categoría específica del maltrato. Es probable que, de constituir una categoría concreta, hubiera representado un porcentaje significativo del maltrato.

En el estudio de Akmatov (2011) [110] el abuso o maltrato psicológico es el tipo de violencia más frecuente, seguido del maltrato físico moderado y lo menos frecuente es el maltrato físico grave. En otras investigaciones [30], la violencia física es la más frecuente, seguida la psíquica y finalmente la sexual.

Las características de la propia Unidad condicionan los hallazgos del tipo de maltrato sufrido. Así, la violencia física está infradiagnosticada, hecho atribuible a la muestra del estudio, lo que no significa que exista una proporción tan baja de maltrato físico en la población de niños vistos por los médicos-forenses. La violencia física suele verse, de habitual, en funciones médico-forenses de guardia, contexto ajeno a la UVFI. Solo acceden a la Unidad una parte concreta de los niños que sufren maltrato. Por eso, los resultados de este estudio han de analizarse desde este contexto.

Se ha analizado la relación entre género y tipo de maltrato: en la variedad más frecuente: físico + psíquico es sufrido por 24 chicos y 16 chicas, mientras que la violencia sexual es sufrida por 24 chicas y 3 chicos, siendo una relación significativa χ^2 ($p < ,05$). Las diferencias de género en la violencia sexual es un hallazgo unánime en todas las investigaciones, pero sin olvidar que los chicos pueden ser más reacios a la revelación de la violencia, lo que trastoca los resultados.

No se han encontrado diferencias en el género de las víctimas relativas al maltrato físico, que ha sido repetidamente vinculado al género masculino en múltiples investigaciones como el estudio Unicef 2014 [41] y el estudio del Observatorio de la Infancia 2006 [19].

En relación a las secuelas del maltrato, no tiene diagnóstico clínico 39 menores, la mitad de la muestra. De los 41 niños con síntomas clínicos, el síndrome más frecuente es el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que afecta a 9 chicos y 2 chicas, seguidos de Síndrome depresivo y Trastorno de ansiedad, con una asociación significativa χ^2 ($p < ,05$).

En la muestra de 14 menores que son identificados como maltratadores, el TDAH es diagnosticado en cuatro casos, 1 chica y tres chicos.

De la totalidad de la muestra de menores (agresores y víctimas) el TDAH se distribuye por grupos de edad: 4 casos entre 0-7 años, 5 entre 8-12 años y 6 casos (13-18 años).

El síndrome clínico distribuido de forma más marcada por grupos de edad es el síndrome depresivo, con 8 casos identificados, de los cuales, 6 casos corresponden al intervalo de mayor edad (13-18 años).

Es también de destacar, que las patologías diagnosticadas aumentan con la edad del niño. A más edad más síntomas y síndromes diagnosticados. Así, no hay diagnóstico solo en 7 menores en el tramo de los 13-18 años, en 14 niños entre los 8 y 12 años y en 18 niños entre 0-7 años.

La baja incidencia de diagnósticos debe ser valorado con precaución dada la limitación temporal en las exploraciones periciales y los cambios vitales sufridos por los

niños, que pueden enmascarar verdaderas patologías, entre otros. Los cambios vitales en los niños, como el alejamiento de un padre violento o la salida del menor de una familia disfuncional, puede provocar una rápida mejoría, dada la naturaleza flexible del niño, si bien persiste el riesgo de síntomas o alteraciones futuras

La muestra de los menores es compleja dada que agrupa a todos los menores de 18 años, agrupando diferencias marcadas de desarrollo en un todo lo que limita los resultados. La base de datos es de tipo inclusivo, con categorías diagnósticas amplias pero no adaptadas a la complejidad de los menores, especialmente para los niños más pequeños.

En los niños pequeños el malestar, frecuentemente, se manifiesta a través de síntomas somáticos o a través de formas simbólicas, difíciles de sistematizar en una investigación general, pero que sí son variables vistas y valoradas a nivel pericial.

Por otro lado, la violencia en los niños, no provoca, necesariamente, secuelas psíquicas, ni siempre son inmediatas al propio trauma. La violencia, como ya ha sido dicho, admite muchas trayectorias, evidenciables en el corto-largo plazo.

No se han encontrado relaciones significativas entre otras variables, lo que no implica que no haya relaciones entre variables sino que no han sido detectadas en este estudio.

Quizás, unas de las conclusiones de este estudio es que los menores poseen unas características propias que los alejan de los modelos de estudios generales.

Solo a través de análisis específico con variables adaptadas a su complejidad es posible acceder a su conocimiento. Esta misma reflexión debería transmitirse al contexto judicial, insuficientemente adaptado a la realidad del niño, lo que limita la aplicación efectiva de la legislación protectora del menor.

Violencia de hijos e hijas a progenitores

A. Moreno

Introducción

Recientemente, algunos expertos han alertado de un aumento significativo y exponencial en las denuncias emitidas en la última década últimos años por violencia filioparental. Sin embargo, y a tenor de los datos emitidos por la Fiscalía General del Estado (2014) [121] en su memoria anual, arrojando un número total de 4.659 asuntos incoados en el año 2013 frente a los 4.936 de 2012 (Fiscalía General del Estado, 2013) [122] y los 5.377 procedimientos del año 2011 (Fiscalía General del Estado, 2012) [123], se puede afirmar que no sólo no han aumentado los casos, sino que han ido disminuyendo de forma paulatina.

En la Comunidad Autónoma Vasca el número total de denuncias en el año 2013 fue de 388, siendo 223 en Vizcaya, 121 en Guipúzcoa y 44 en Álava (*Deia*, 02/09/2014) [124]. Por otro lado, desde 2010 se han producido un total de 1.541 denuncias por este tipo de agresiones, 377 por parte de menores y 1.164 por parte de mayores de edad, según los datos recogidos por el Departamento de Seguridad del Gobierno vasco. Además, según datos ofrecidos por la Ertzaintza, no se han producido grandes aumentos en los últimos cuatro años (Noticias de Guipúzcoa, 02/09/2014) [125].

Aun así, como en el resto de delitos que concurren en la invisibilidad e intimidad del medio familiar (violencia de género, abuso de menores...), resulta realmente difícil cuantificar y abordar la realidad de los casos. Por ello, es innegable la existencia de una “cifra negra” que no aparece en modo alguno recogida en las estadísticas, que supera con creces al número de denuncias que, por esta causa, se reciben en la fiscalía y los Juzgados de Menores (Agustina y Romero, 2013) [126], interfiriendo en la prevalencia real de la violencia de hijos e hijas hacia sus progenitores. De nuevo, y como en otros casos de violencia familiar, se afirma que el porcentaje de denuncias tramitadas sólo abarca la “punta del iceberg”, pues, recordemos, normalmente los casos denunciados son los más graves y en los que los progenitores han decidido tomar medidas legales contra sus propios hijos e hijas.

Además de por su invisibilidad, la prevalencia real de la violencia filioparental es realmente difícil de cuantificar debido a las discrepancias conceptuales y metodológicas de los estudios que la abordan. Un ejemplo de ello lo encontramos en la enorme diferencia de los datos de prevalencia internacionales analizados por González (2012)

[127], donde oscilan entre un 2-3% (Malone et al., 1989; Van Langenhove, 2005) y un 95% (Sears et al., 1957)

Finalmente, destacar que el medio familiar, en principio considerado el lugar más seguro y el agente socializador más importante para los y las menores, resulta ser un lugar muy peligroso en el que es altamente probable ser víctima y/o testigo de la violencia. Tal y como señalaban Giddens (1993 y 2006) y otros autores (Aroca-Montolio, Bellver-Moreno y Alba-Robles, 2012) [128], la familia es el lugar más peligroso en la sociedad moderna: “es más probable que una persona sea asesinada, atacada físicamente, golpeada, abofeteada o azotada en su propio hogar, por otro miembro de la familia, que en cualquier otro lugar o por cualquier otra persona en nuestra sociedad” (Gelles y Cornell 1985).

Definición de violencia filioparental

Cottrell (2001) [129] define la violencia filioparental como cualquier acto de los hijos o hijas que provoque miedo en los progenitores para obtener poder y control causando daño físico, psicológico o financiero en el proceso.

Aun siendo esta definición la más empleada en la literatura científica al hablar de la intencionalidad instrumental de la violencia, parece más acertada la propuesta por Aroca-Montolío (2010) que abarca conceptos como la reiteración o tipo de conducta ya mencionados en otras definiciones propuestas como la de Cottrell y Monk (2004). [130]

La violencia filioparental es aquella donde el hijo/a actúa intencional y conscientemente con el deseo de causar daño, perjuicio y/o sufrimiento a sus progenitores, de forma reiterada a lo largo del tiempo y con el fin inmediato de obtener poder, control y dominio sobre sus víctimas para conseguir lo que desea por medio de la violencia psicológica, económica y/o física (Aroca-Montolío, 2010, citado por Aroca-Montolío, Bellver-Moreno y Alba-Robles, 2012 [128]; y Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez, 2014 [131]).

Finalmente, cabe destacar, tal y como afirman Agustina y Romero (2013) [126]:

- Que estamos ante un fenómeno complejo y multicausal, donde confluyen múltiples factores relacionados: biológicos, psicológicos, sociales y contextuales;
- Que la violencia es un acto voluntario e intencionado y la responsabilidad es de quien la ejerce, exceptuando aquellos casos en que exista una merma transitoria o permanente en la capacidad de discernir (por enfermedad mental, intoxicación de sustancias o deficiencia mental);

—Y que se trata de una conducta aprehendida y, como tal, requiere necesariamente la exposición a modelos violentos, ya sea en el ámbito familiar, escolar o social, en algún momento del periodo evolutivo del niño o del adolescente (Romero, Melero, Cánovas y Antolín, 2005). [132]

Tipos de maltrato

Ibabe, Jaureguizar y Díaz (2007) [133] distinguen varios tipos de maltrato:

1. *Maltrato físico*: pegar, dar puñetazos, empujar, romper y lanzar objetos, golpear paredes, escupir... En definitiva, cualquier conducta que pueda producir daño corporal causando heridas por medio de objetos, armas o partes del cuerpo para propinar patadas, bofetones, golpes y empujones (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez, 2014). [131]
2. *Maltrato psicológico*: intimidar y atemorizar a los padres. Implica conductas que atentan contra los sentimientos y las necesidades afectivas de una persona, causándole conflictos personales, frustraciones y traumas de origen emocional que pueden llegar a ser permanentes (Aroca y Garrido, 2005 citados por Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez, 2014). [131]
3. *Maltrato emocional*: engañar maliciosamente a los padres, haciéndoles creer que se están volviendo locos; realizar demandas irrealistas, mentir, fugarse de casa, chantajes emocionales amenazando con suicidarse o con marcharse de casa sin tener realmente la intención de hacerlo...
4. *Maltrato financiero/económico*: robar dinero y pertenencias a los padres, venderlos, destruir la casa o los bienes de los padres, incurrir en deudas que los padres deben cubrir, comprar cosas que no se pueden permitir... Conductas que restringen las posibilidades de ingresos/ahorro de los progenitores (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez, 2014). [131]

Tal como recoge el estudio realizado por González (2012) [127] en la investigaciones realizadas sobre este fenómeno, dentro y fuera de nuestro país suelen operativizar comportamientos de violencia de tipo físico o de tipo económico, siendo 5% lanzamiento de objetos en Evans y Warren-Sohlberg (1988), 57% abuso financiero y 57% destrucción de bienes en Haw (2010), 3% violencia material (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2009) 35,3% violencia económica (Rechea y Cuervo (2009), entre otros.

En lo que respecta al resto de tipos de maltrato, Ibabe (2014) [137] determinó que el 21% de adolescentes había ejercido algún tipo de violencia física hacia sus progenitores, el 33% violencia psicológica, y el 46% violencia emocional.

Modelos explicativos de la violencia ascendente

Modelo de Ulman y Straus

Entre las teorías que han intentado dar una respuesta a este fenómeno destaca la propuesta por Ulman y Straus (2003) [134], que explica la violencia filioparental desde la convergencia de la teoría de la coerción recíproca, la teoría del aprendizaje social y la teoría feminista. Los autores consideran que los procesos identificados por estas teorías que conducen a la violencia filioparental son complementarios.

La *teoría del aprendizaje social* de Bandura (1971; Bandura y Walters, 1959; citados por Ulman y Straus (2003) [134], la consideran parte del proceso porque los y las menores que crecen en hogares violentos son testigos de la violencia entre sus progenitores.

La *teoría de la coerción recíproca* la consideran asimismo parte del proceso porque los y las menores que crecen en hogares en los que son víctimas de las agresiones de sus progenitores tienden a volverse violentos contra éstos por medio de una escalada de resentimiento, hostilidad y coerción.

Finalmente, la *teoría feminista* interviene en el proceso debido a la estructuración de las identidades sociales de mujeres y hombres, que fomenta la violencia principalmente de estos últimos y que perpetúa la división desigual del trabajo doméstico, inclusive el cuidado de hijos e hijas, poniendo en mayor riesgo a las mujeres en tanto que pasan mayor tiempo con sus hijos e hijas.

Modelo ecológico de Cottrell y Monk

El modelo anidado propuesto por estos autores tiene su origen en el modelo ecológico, que define la violencia como un fenómeno relacional en el que convergen variables de distinto orden de repercusión (Bronfenbrenner, 1987; citado por González, 2012) [127] y en las teorías ecológicas del maltrato doméstico.

Cottrell y Monk (2004, citados por Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Pérez, 2014) [131] establecen que es más probable que el maltrato filioparental ocurra cuando se dan múltiples factores de riesgo (que interactúan de manera recíproca), existiendo una mayor influencia del nivel más amplio -macrosistema- en los otros niveles de forma constante y profunda.

Modelo Ecológico Anidado para progenitores maltratados	
Nivel de Análisis	Resultados de la Investigación
Macrosistema (creencias culturales)	Modelado de los medios de comunicación sobre el poder del hombre; procesos de modelado directo para los chicos; procesos de modelado paradójico para las chicas; madres como víctimas primarias.
Exosistema (factores sociales)	Pobreza y estresores relacionados; aislamiento familiar; modelado de delincuencia; ausencia de apoyos comunitarios; intervenciones profesionales inadecuadas.
Microsistema (dinámica familiar)	Dinámicas de poder (control, permisividad, estilos parentales conflictivos); reforzamiento (negación, lealtad, vergüenza); trastornos de salud mental en los padres.
Ontogénicos (factores del victimario)	Historia de abuso; modelado en violencia; apego parental limitado; dificultades de salud mental; abuso de sustancias; historia de problemas escolares.

Modelo intergeneracional de la violencia

En la última década, las investigaciones encaminadas a determinar una explicación causal del problema se han visto inmersas en la teoría del aprendizaje social, donde el modelado de las conductas violentas previsiblemente ocasionadas en la “seguridad” del hogar destaca considerablemente.

Patterson, Luntz, Perlesz y Cotton (2002) [135] recogen de otros autores que la exposición previa a violencia familiar, recibir una crianza inefectiva y pobre (principalmente si es de la figura materna), mantener relaciones conflictivas familiares, ser testigo de violencia familiar o de género (Carlson, 1990; Cornell y Gelles, 1982; Kratcoski, 1985; Livingston, 1986; O’Keefe, 1996), recibir maltrato, negligencia o abuso en la infancia (Browne y Hamilton, 1998; Wells, 1987), pueden ser predictores que lleven a hijos e hijas a maltratar a sus progenitores.

Las autoras añaden que los hijos e hijas que ven este tipo de comportamientos aprenden, mediante modelos de relación basados en la violencia, que la manera de resolver los conflictos es mediante las conductas violentas que han visto anteriormente (Cornell y Gelles, 1982; O’Keefe, 1996). Por ello, la exposición a la violencia familiar puede ser un factor de riesgo importante que explique la violencia de hijos e hijas hacia sus progenitores.

Esta causalidad ha sido abordada y demostrada en varias investigaciones (Aroca-Montolió, Bellver-Moreno y Alba-Robles, 2012 [128]; Gámez-Guadiz y Calvete, 2012 [136]; Ibabe, 2014 [137] ; Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007 [133]; Ibabe y Jaureguizar, 2011 [138];

Lozano, Estévez y Carballo, 2013 [139]; Rechea, Fernández y Cuervo, 2008 [140]; Romero, Melero, Cánovas y Antolín, 2005 [132]; Ulman y Straus, 2003 [134]), donde se sugiere la bidireccionalidad de la violencia familiar apuntando a que los hijos e hijas que, o bien sufren violencia paterno filial o son testigos de violencia de género entre sus **progenitores**, son más propensos a presentar comportamientos agresivos hacia los **mismos**.

Ulman y Straus (2003) [134] encontraron que más del 60% de los victimarios testigos de la violencia entre sus progenitores ejercieron violencia filio-parental contra la figura materna. En esta línea, según Ibabe y Jaureguizar (2011) [138] y teniendo en cuenta la teoría del aprendizaje social, una explicación al hecho de que las mujeres sean las víctimas más frecuentes de la violencia de sus hijos e hijas puede ser el modelado que recibe el hijo de su padre cuando este último maltrata o infravalora a su madre.

En el estudio realizado por Romero, Melero, Cánovas y Antolín (2005) [132], el 13,8% de los victimarios han sido maltratados por el progenitor masculino y el 16,4% de las madres víctimas informa haber sido objeto de maltrato por parte de su pareja. Analizando ambos tipos de maltrato -paterno-filial y entre progenitores- determinaron que en un 55,6% de los casos se daba violencia paterno-filial a la vez que violencia entre progenitores, y en un 44% violencia paterno-filial pero no violencia entre progenitores.

Rechea, Fernández y Cuervo (2008) [140] determinaron que en el 52,1% de los casos existe una historia de violencia familiar, siendo los victimarios a su vez víctimas en el 46,3% de los casos y testigos en el 18,7%. Sin embargo, los porcentajes decaen bastante si se analizaban conjuntamente ambos tipos de violencia: en un 3,5% de los casos el padre ha maltratado a la madre y ésta, a su vez, lo ha hecho sobre el hijo; y el 9% de los padres o compañeros de la madre la han maltratado a ella y al menor objeto de estudio.

A pesar de ello hay que recordar que no todos los hijos e hijas que se ven expuestos a la violencia en el núcleo familiar desarrollan irremediabilmente comportamientos violentos, por lo que será necesario analizar otras variables que puedan estar influyendo en el desarrollo de la violencia filio-parental.

Caracterización de la violencia ascendente

Los progenitores víctimas

1. *Sexo:*

La mayoría de estudios refleja que las víctimas principales de las agresiones en la violencia filio-parental son las madres (Cornell y Gelles, 1982 citados por Ulman

y Straus 2003 [134]; Gallagher, 2004 [141]; Gallagher, 2008 [142]; González-Álvarez, Gesteira, Fernández Arias y García-Vera, 2010 [143]; Harbin y Madden, 1979 citados por Perera, 2006 [144]; Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007 [133]; Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2009 [145]; Kennair y Mellor, 2007 citados por Ibabe y Jaureguizar 2011 [138]; Nock y Kazdin, 2002 [146]; Pagani, Larocque, Vitaro y Tremblay, 2003 citados por Ibabe y Jaureguizar 2011 [138]; Pelletier y Coutu, 1992, citados por Paterston et al., 2002 [135]; Walsh y Krienert, 2007 [147]), especialmente en los casos de agresiones severas (Agnew y Huguley, 1989 citados por Demo, 1992 [148]).

Una explicación a este fenómeno se deriva de la cultura patriarcal y machista imperante en nuestra sociedad que, además de hacer que se perciba una debilidad mayor en las mujeres, hace que recaiga en estas los hábitos educativos y de crianza. Con lo cual, las madres pasan mucho más tiempo con los hijos e hijas que los padres, haciéndolas más vulnerables y accesibles por su rol de cuidadoras primarias frente a las agresiones (Alonso y Castellanos, 2006 [149]; Cottrell, 2001 [129]; Cottrell y Monk, 2004 [130]; Ibabe y Jaureguizar, 2011 [138]; Ulman y Straus, 2003 [134]).

Por otro lado, González-Álvarez, Gesteira, Fernández Arias y García-Vera, (2010) [143] expusieron que, aunque las madres fueran las mayores receptoras de la violencia (41,5%), el mayor porcentaje de agresiones es dirigida a ambos padres (44,7%), siendo la cifra de padres como únicas víctimas muy inferior (4,2%).

Por su parte, Ibabe y Jaureguizar (2011) [138] determinaron que las diferencias en cuanto al sexo de la víctima venían definidas por el tipo de abuso y la edad de los victimarios. Mientras que la violencia física es ejercida hacia ambos progenitores por igual, en función de la edad de los hijos e hijas la violencia psicológica (14-16 años) y emocional (16-18 años) es enfocada hacia la madre en mayor medida que hacia el padre.

2. *Edad*

En lo que respecta a la edad, los pocos estudios que analizan esta cuestión la establecen en una media de 40 años para ambos progenitores sin establecer diferencias significativas en cuanto al sexo de las víctimas (Walsh y Krienert, 2007 [147]; González-Álvarez, Gesteira, Fernández Arias y García-Vera, 2010 [143]; González-Álvarez, Morán, Gesteira y García-Vera, 2011 [150]; Romero, Melero, Cánovas y Antolín, 2005), pero sí cuando se diferencia el sexo de los victimarios, ya que cuando los victimarios son las hijas las víctimas son significativamente más jóvenes que cuando los victimarios son los hijos (Walsh y Krienert, 2007). [147]

Por otro lado, otros autores como Gallagher (2004) [141] e Ibabe, Jaureguizar y Díaz (2007) [133] establecen una parentalidad tardía, con una edad media de 54 años (Pérez y Pereira, 2006) [151].

3. Patología y consumo de tóxicos

La existencia de problemática en los progenitores ha sido considerada en la literatura especializada como factor precipitante de estilos parentales no adecuados que promueven relaciones familiares difíciles, probablemente agresivas y que derivan en situaciones conflictivas como la violencia filiofamiliar.

Se ha relacionado la existencia de problemas de salud mental en los progenitores con un nivel superior de conflicto familiar a consecuencia del resentimiento que sufren los hijos e hijas al verse posicionados en el rol de cuidadores (Cottrell y Monk, 2004) [130]. Igualmente, algunos autores han señalado que la presencia de consumo de sustancias en los progenitores puede contribuir a la aparición de la violencia ascendente (González, 2012) [127], y el abuso de las mismas o la presencia de sintomatología depresiva ha mostrado también su influencia (Patterson, 1986; citada por González, 2012). [127]

Ibabe, Jaureguizar y Díaz (2007) [133] comprobaron que el 77,9% de los progenitores no tenía problemas derivados de la drogadicción frente al 22,1% que sí los tenía; y el 8,4% tenía algún problema físico-mentales frente al 91,6% que no los tenía.

Rechea, Fernández y Cuervo (2008) [140] detectaron que un 43,2% de los progenitores presentaban algún tipo de problemática. Los padres, en su mayoría, presentaban problemas de adicciones, mientras que los problemas psicológicos de las madres pueden estar acompañados o no de adicciones. En esta línea, Romero, Melero, Cánovas y Antolín (2005) [132] encontraron que el 8,6% de los progenitores presentaba adicciones, con una mayor incidencia de alcoholismo en la figura paterna. Por otro lado, el 13,8% de los progenitores presentaba problemas de salud, principalmente problemas de salud mental en la madre.

4. Nivel académico y situación laboral

El 27,6% de los padres y el 32,2% de las madres tiene un grado de formación básica y el 6% de padres y madres tienen formación universitaria (Romero, Melero, Cánovas y Antolín, 2005). [132]

No existen prácticamente datos sobre la situación laboral de las víctimas en estos casos ni de la posible influencia que tiene en la violencia filiofamiliar recibida. Es importante resaltar la relación entre la cantidad y la calidad de tiempo que los progenitores pasan con sus hijos e hijas. Algunos estudios como el de Gelles (1987), citado por Demo (1992) [148], que analizan la influencia de la variable laboral en el maltrato paternofamiliar (no filiofamiliar), establecen que las mujeres que trabajan son menos propensas a ser violentas con sus hijos que las madres que trabajan a

tiempo parcial y que las que no trabajan. Es decir, cuanto menos tiempo pasen progenitores e hijos e hijas, mayor probabilidad habrá de que no se produzca violencia de cualquier tipo, por lo que habría que determinar si es mayor la proporción de progenitores que recibe violencia y que no trabaja que los que sí trabajan.

Por otro lado, Agustina y Romero (2013) [126] establecen, por el contrario, que cuanto mayor es el tiempo que se pasa con hijos e hijas mejor resulta la atención que se les proporciona y, por consiguiente, este factor constituye una garantía de que el proceso evolutivo de los hijos será más favorable (y por tanto será más probable que no se ejerza violencia).

5. Estructura familiar

Aunque la mayoría de las familias en las que existe violencia filio-parental están compuestas por *ambos progenitores*, el 36% pertenece a un núcleo familiar tradicional (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007) [133]; 44% (Romero, Melero, Cánovas y Antolin, 2005) [132]; 59,8% (González-Álvarez, Gesteira, Fernández Arias y García-Vera, 2010) [143]; 84,4% (Perera, 2006) [144]; que además *son biológicos* ((Walsh y Krienert, 2007) [147]; es innegable el gran porcentaje de victimarios que pertenecen a una *familia monoparental*: 33% (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007) [133]; 29,3%, de los cuales un 26,7% convive con la madre y un 2,6% con el padre (Romero, Melero, Cánovas y Antolin, 2005) [132]; el 27,8% de los casos, de los cuales el 22,7% convive solo con la madre y 5,2% con el padre (González-Álvarez, Gesteira, Fernández Arias y García-Vera, 2010) [143]; 15,6% convive con la madre a causa de la separación o divorcio de los progenitores, o porque el progenitor masculino trabaja en el extranjero (Perera, 2006). [144]

Destaca en el estudio de Ibabe, Jaureguizar y Díaz (2007) [133] que el mayor porcentaje (55%) de familias monoparentales corresponde al grupo Violencia Filio-parental. En el grupo que ejerce violencia filio-parental y además de otros delitos, el porcentaje de individuos que pertenecen a una familia monoparental se reduce a la mitad (27%); y en el grupo que no ejerce violencia filio-parental pero que sí presenta otro tipo de delitos solamente un 18% pertenece a una familia monoparental.

Desgranando un poco los datos, en la investigación de Romero, Melero, Cánovas y Antolin (2005) [132], el 44% de los victimarios convive con la familia tradicional o núcleo familiar originario frente al restante 66% del cual: el 26,7% convive en una familia monoparental (madre), el 2,6% en una monoparental (padre), el 11,2% en una familia reconstituida (madre), el 12,1% vive con su familia extensa y el 3,4% en un centro de la Administración o solo. Por su parte Rechea, Fernández y Cuervo (2008) [140] obtienen datos muy similares: un 42,5% convive con ambos progenitores mientras que un 34,9% convive en una familia monoparental (madre) y un 0,7% en una monoparental (padre).

Por otro lado, hay autores que defienden que la violencia filio-parental es más frecuente en familias monoparentales que en familias donde los y las menores conviven con ambos progenitores (Gallagher, 2004; Ibabe, 2007; citados por Pereira y Bertino, 2009 [152]; Pagani, Tremblay, Nagin, Zoccolillo, Vitaro, McDuff, 2004; citados por Ibabe, 2007). [153].

Los hijos e hijas victimarios

1. *Sexo:*

La mayoría de los estudios internacionales determinan que la violencia filio-parental es ejercida con mayor frecuencia (entre un 63 y un 97%) por los hijos que por las hijas (Cottrell y Monk, 2004 [130]; González-Álvarez, Gesteira, Fernández Arias y García-Vera, 2010 [143]; Nock y Kazdin, 2012 [146]; Ibabe y Jaureguizar 2011 [138]; Marcelli, 2002 [154]; Pagani et al., 2004; citado por Walsh y Krienert, 2007 [147]; Romero, Melero, Cánovas y Antolin 2005 [132]; Ulman y Straus, 2003 [134]).

Otros estudios establecen que son las hijas las que en mayor frecuencia agreden a sus progenitores (Agnew y Huguley, 1989 citados por Demo, 1992 [148]). Nock y Kazdin (2002 [146]) encontraron que el 14,6% de las mujeres ejercían violencia filio-parental frente al 11,4% de los hombres y Walsh y Krienert (2007 [147]) determinaron que el 82,5% de las mujeres atacaban a su madre o a su madrastra frente al 65,5% de los hombres.

Autoras como Bobic (2002) [155] o McCloskey y Lichter (2003) [156] no encontraron diferencias significativas en función del sexo, mientras que en otras investigaciones determinaron que esas diferencias influían en el tipo de maltrato ejercido (Archer, 2004 [157]; Bobic, 2004 [158]; Nock y Kazdin, 2002 [146]; Ulman y Straus 2003). [134]

Tradicionalmente se ha considerado que los hombres son más agresivos que las mujeres (Archer, 2004 y Paulson et al., 1990, citados por Ibabe, Arnos y Elorriaga, 2014) [159], por lo que la hipótesis que se investiga en los últimos años es que si la agresora es la hija el tipo de maltrato predominante es la violencia psicológica, emocional o verbal (o de naturaleza más “leve”), mientras que si el perpetrador es el hijo este ejerce en mayor medida violencia de tipo físico (o de naturaleza más “severa”), y es que según la Organización Mundial de la salud (2000; citada por Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007) [133], es más probable el uso de la agresión física por parte de los chicos y de la violencia emocional por parte de las chicas.

Por su parte, Ibabe Arnos y Elorriaga (2014b) [160] encontraron diferencias en la violencia emocional o los problemas conductuales en función del sexo del victi-

mario pero no en cuanto a la violencia psicológica, mientras que en otros estudios como el de Cottrell (2003) citado por González-Álvarez, Gesteira, Fernández-Arias y García-Vera (2010) [143] o el de Ibabe y Jaureguizar (2011) [138] no se encontraron diferencias significativas en la tipología de la violencia según el sexo.

2. *Edad*

En lo que respecta a la edad de los hijos e hijas que maltratan a sus progenitores, existen amplias diferencias en función de los rangos de edad entre los que se realiza cada estudio, oscilando entre 9 y 13 años (muestra clínica, servicios sociales y de salud) o entre 14 y 17 años (Fiscalía del Menor) y variando según la metodología empleada, los parámetros de inclusión de la muestra y los criterios usados para determinar la edad de los hijos (la edad de mayor incidencia, de inicio de la violencia -en su mayoría física- o de denuncia judicial) (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez, 2014). [131]

Algunas investigaciones establecen la incidencia *entre los 10 y 15 años* Chinchilla, Gascón, García y Otero, 2005 [160]; Cottrell y Monk, 2004 [130]; Nock y Kazdin, 2002 [146]; Rechea y Cuervo, 2009 [161]); *entre los 10 y los 18 años* (Agnew y Huggley 1989 citado por Ulman y Straus 2003 [134]; Gallagher, 2008 [142]; González-Álvarez, Gesteira, Fernández Arias y García-Vera, 2010 [143]; Marcelli, 2002 [153]; Walsh y Krienert, 2007 [147]); o *amplía la edad hasta los 24 años* (Harbin y Madden, 1979, citados por Walsh y Krienert, 2008 [162]).

En los últimos años, las investigaciones han conseguido correlacionar la edad de los hijos e hijas victimarios con la tasa de violencia filio-parental, mientras que algunos autores estiman que a mayor edad en los victimarios se da una mayor prevalencia de violencia (Evans y Warrem-Sohlberg, 1988; citados por Nock y Kazdin, 2002 [146]; Kennair y Mellor, 2007, citados por Ibabe y Jaureguizar, 2011 [138]). Otros indican que es todo lo contrario: cuanto mayor es la edad menor resulta la tasa de violencia (Ibabe y Jaureguizar, 2011 [138]; Nock y Kazdin, 2002 [146]; Peek, 1985; citado por Pérez y Pereira, 2006 [151] y Ulman y Straus, 2003 [134]).

Cornell y Gelles (1982; citado por Ulman y Straus, 2003 [134]), analizando esta cuestión en función del sexo, determinaron que las conductas más severas incrementaron su frecuencia al aumentar la edad de los hijos únicamente, no de las hijas. En esta línea, Walsh y Krienert (2007) [147] encontraron que las hijas que agredían de forma severa a sus progenitores eran considerablemente más jóvenes que los hijos.

Por su parte, Gottfredson & Hirschi (1990) y Hirschi & Gottfredson (1994), citados por Agustina y Romero (2013) [126], explicaron que las conductas delictivas se incrementan rápidamente entre los 10 y los 20 años; que en torno a esa edad (20 años) se verifica un repunte y, posteriormente, conforme se va entrando en la edad adulta, va decreciendo el índice de delitos.

Lo cierto es que, tal como apunta Gallagher (2004) [141], la mayoría de los estudios sobre la violencia filioparental han sido enfocados en los victimarios menores de edad, por lo que las conclusiones en cuanto a si aumenta o disminuye la tasa de violencia con la edad no pueden resultar bajo ningún concepto concluyentes o significativos.

3. Psicopatología

Aún no estando demostrada la relación causal entre la presencia de un trastorno mental y la ocurrencia o no de maltrato filioparental, la literatura establece la presencia de cierta patología psiquiátrica que incrementa la probabilidad de ocurrencia y que empeora su pronóstico.

Cottrell y Monk (2004) [130], Ibabe y Jaureguizar (2011) [138] y Marcelli (2002) [153] identifican problemas en el autocontrol, en la impulsividad, la regulación afectiva y la falta de habilidades sociales (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez, 2014 [131]). Los estudios españoles coinciden en la presencia de: baja tolerancia a la frustración, TDAH, distancia interpersonal, no demora del refuerzo, ausencia de empatía, impulsividad, ira, no asumen su responsabilidad, justifican y/o minimizan el maltrato (distorsiones cognitivas), bajo autocontrol, apatía, aislamiento social, bajos niveles de frustración y autoestima, irritabilidad, egocentrismo y prepotencia (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez, 2014 [131]).

Algunos autores han apuntado que, en algunos casos de violencia filioparental, se puede dar la presencia de: 1) un *trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, caracterizado por impulsividad, poca tolerancia a la frustración y consumo de tóxicos, siendo importante, no obstante, comprobar si las características del trastorno también están presentes en otros espacios de interacción (escolar o social), o solamente en la familia; 2) un *trastorno antisocial de la personalidad*, que (brevemente definido) comprende frialdad afectiva, falta de empatía y consecución de los objetivos sin importar los medios, y a partir del cual no es infrecuente que exista en estos jóvenes una conducta delictiva más amplia; 3) un *trastorno histriónico de la personalidad*, por el que se padece una necesidad patológica de atención y la utilización de cualquier medio para conseguirlo; 4) un *trastorno límite de la personalidad*, caracterizado por una conducta inestable, imprevisible; y 5) un *trastorno narcisista de la personalidad*, mediante el que el menor se ve imbuido de grandiosidad y ausencia de empatía, considerando al resto de las personas como seres inferiores que no se pueden interponer a los propios objetivos, aunque se deba utilizar la violencia para conseguirlo (Agustina y Romero, 2013). [126]

González-Álvarez, Gesteira, Fernández Arias y García-Vera (2010) [143], al analizar la prevalencia de las patologías en las investigaciones anteriores, determinaron una elevada inconsistencia en los datos, con unos porcentajes muy dispares entre

sí. Determinaron como diagnóstico más frecuente el Trastorno Negativista desafiante (32%), seguido de los problemas paterno-filiales (16,6%), el Trastorno Explosivo-intermitente (7,2%), el Trastorno Disocial (4,1%), y por último el TDAH (2,1%).

Perera (2006) [144], sin embargo, establece una prevalencia del Trastorno Negativista desafiante en un 81,3% de los casos, del estado de ánimo deprimido en un 50%, de los Trastornos de ansiedad y obsesivos en el 55% y de TDAH en el 12,5% (cifra muy superior a la estimada por otros estudios).

Gallagher (2004) [141], señala que algunos victimarios presentan una discapacidad, como por ejemplo, a consecuencia del síndrome de Asperger, o de un trastorno del aprendizaje, o de un TDAH (el 20% de la muestra presenta este trastorno).

Por su parte, Garrido (2005; citado por Agustina y Romero, 2013 [126]) establece la existencia del síndrome del emperador, el cual recogería todo el entramado de conductas derivadas de la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad o psicopatía, cierta tendencia a la manipulación del otro con fines egoístas en las relaciones interpersonales, así como ausencia de culpa y empatía.

Este presunto síndrome no puede etiquetarse como tal en tanto que no se recoge en ninguno de los manuales diagnósticos (al igual que el síndrome de los padres maltratados, el síndrome de la mujer maltratada o el famoso síndrome de alienación parental) y, tal y como indican Agustina y Romero (2013) [126] por la diversidad de factores que pueden desembocar en violencia filio-parental, difícilmente se puede circunscribir este fenómeno como un constructo uniforme al que podamos dar un tratamiento homogéneo.

4. *Consumo de tóxicos*

Muchos autores han encontrado que el consumo de tóxicos resulta ser algo común entre los hijos e hijas que agreden a sus progenitores (Bertino, Calvete, Pereira, Orue, Montes y González, 2011; citados por Lozano, Estévez y Carballo, 2013 [139]; Cotrell, 2001 [129]; Ibabe, Arnosó y Elorriaga, 2014 [159]; Ibabe y Jaureguizar, 2011 [138]), evidenciando una relación positiva entre el abuso de alcohol o drogas por parte de los y las adolescentes y el comportamiento violento hacia los progenitores (Charles 1986; Ellickson and McGuigan 2000; Jackson 2003, citados por Walsh y Krienert, 2007 [147]; Ibabe y Jaureguizar, 2011 [138]).

Por su parte, Bobic (2004) [157] sugiere que el abuso del alcohol o los tóxicos no causa la violencia sino que incrementa su severidad, al igual que Price (1996) y Pantoja (2005), citados por Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez, (2014) [131], que concluyen que el uso de alcohol y drogas es una complicación más que una causa, la consecuencia de problemas graves en la vida del adolescente.

Estos autores, analizando las investigaciones que relacionan el consumo de alcohol y drogas con la violencia filiofamiliar, encontraron que: (a) aumentaba el riesgo de violencia verbal a la madre en un 60% de las veces ; (b) la escalada de la violencia aparecía en los hijos/as cuando estaban “colocados”; (c) la mitad de los progenitores identificaron el abuso de sustancias como problema coexistente con el maltrato; y (d) la violencia filial surgía con más frecuencia debido a una discusión entre los jóvenes y sus progenitores acerca de cuestiones relacionadas con el abuso de sustancias (Cottrell y Monk, 2004; Ellickson y McGuigan, 2000; Jackson, 2003; Pagani et al., 2004).

Ibabe, Jaureguizar y Díaz, (2009) [145], comparando varios grupos de adolescentes, encontraron que los que ejercían violencia contra sus progenitores eran más propensos a usar cocaína y hachís.

5. Nivel académico y situación laboral

La importancia de analizar estos datos deriva del hecho de que el medio escolar y laboral son factores de protección de la delincuencia y la violencia, mientras que las actividades académicas pobres o el abandono escolar prematuro se conciben como factores de riesgo (Rechea y Cuervo, 2009) [161] que pueden reproducir conductas antisociales debido a que los grupos de adolescentes con consumo de drogas, absentismo y fracaso escolar y pequeños delitos, obtienen puntuaciones más bajas en pruebas que miden el Coeficiente Intelectual que el grupo de adolescentes no problemáticos y sin dificultades importantes en el aprendizaje, adaptación y nivel académico adquirido (Henggeler, 1989; citado por Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez, 2014) [131].

Las investigaciones demuestran que el rendimiento académico de los hijos e hijas que agreden a sus progenitores suele ser bastante bajo (Rechea y Cuervo, 2009 [161]; Romero, Melero, Cánovas y Antolin, 2005 [132]) y el 54% presenta dificultades adaptativas al entorno escolar (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2009) [145].

Ibabe, Jaureguizar y Díaz (2007) [133] encontraron diferencias significativas en las dificultades de aprendizaje escolar entre jóvenes que ejercían violencia filiofamiliar (41% con dificultades frente a 24% sin dificultades), jóvenes que ejercían violencia filiofamiliar y cometían además otros delitos (54% con dificultades frente a 21% sin dificultades) y jóvenes que cometen otros delitos y que no ejercen violencia filiofamiliar (5% con dificultades frente a 55% sin dificultades).

Por su parte, González-Álvarez, Morán, Gesteira y García-Vera (2011) [150] no encontraron datos significativos del rendimiento académico (88,4% de menores suspenden alguna asignatura sistemáticamente: Estadístico Exacto de Fisher, $p= 0,79$).

De acuerdo con Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Perez (2014) [131], existe una disparidad enorme en los porcentajes de prevalencia de los datos académicos: *la prevalencia de fracaso escolar* (no obtienen el Graduado Escolar), varía entre el 67,2% del trabajo de Romero, Melero, Cánovas y Antolín (2007) [132], y el 32,7% de Rechea, Fernández y Cuervo (2008) [140]; mientras que *la prevalencia en las dificultades académicas* varía entre el 93% encontrado en el estudio de Ibabe Jaureguizar y Díaz (2007) [133] y el 53% informado por Rechea, Fernández y Cuervo (2008) [140].

Se trata de una disparidad que vuelve a encontrarse cuando se analizan los datos laborales debido a que la muestra de agresores en las investigaciones que analizan este fenómeno no supera la mayoría de edad. Los datos reflejan que la gran mayoría no trabaja: 66% en el estudio de Ibabe Jaureguizar y Díaz (2007) [133]; 51,3% de menores de 16 años (13,5% ha trabajado anteriormente y un 37,8% no ha trabajado nunca) y un 58,2% de menores de 17 años (15,2% ha trabajado anteriormente y un 43,5% no ha trabajado nunca) en el estudio de Romero, Melero, Cánovas y Antolín (2005) [132], (donde clarifican que la mayoría de los casos de paro se han producido por causas ajenas al agresor); y un 60% en el estudio de Rechea y Cuervo (2009). [161].

5. Uso de armas

Nock y Kazdin (2002) [146] no encontraron en su estudio ningún victimario que empleara una pistola o un cuchillo para amenazar o lesionar a sus progenitores, mientras que Romero, Melero, Cánovas y Antolín (2005) encontraron que en el 13,8% de los casos estudiados se utilizó un cuchillo como elemento intimidador. [132].

Resultados

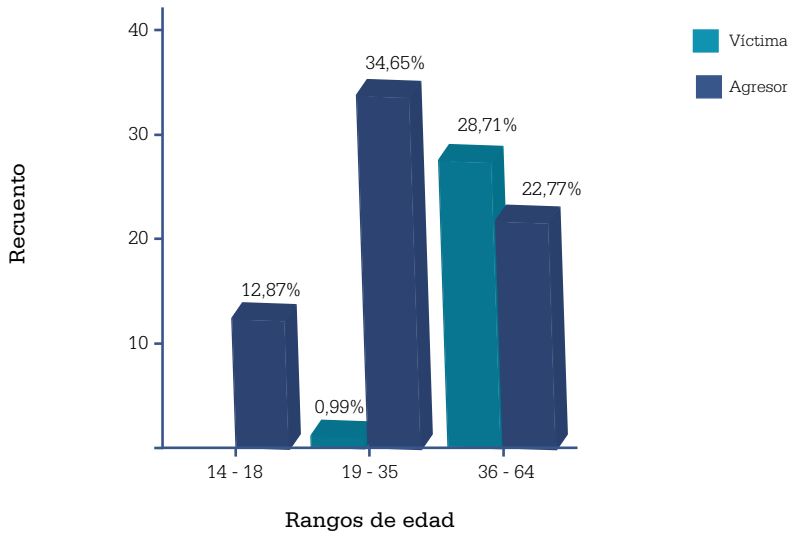
La muestra analizada consta de 101 personas. El total de casos objeto de nuestro estudio global (todos los casos de violencia intrafamiliar, excluida la relativa entre la pareja) abarca a 270 lo que supone que la violencia filioparental representa el 37,4% del total de casos que llegan a la UVFI, datos algo elevados y alarmantes si se tiene en cuenta que no todos los casos judicializados llegan a la UVFI, ni todos los casos existentes se judicializan.

Estadísticos descriptivos					
	N.º	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	101	14	62	36,39	13,785
N.º válido (por lista)	101				

Caracterización en función de la identificación (Agresor/a vs. Víctima)

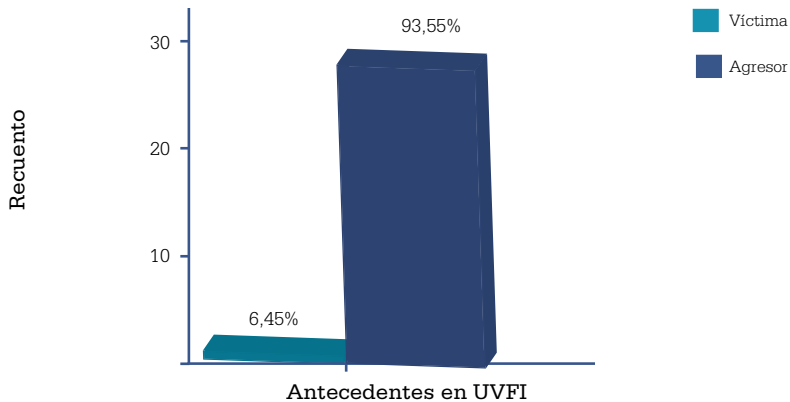
1. Identificación por edad

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable edad (por rangos) resulta significativa $\chi^2 (2) = 34,913$ $p \leq 0,000$. En la distribución del gráfico siguiente se puede observar que la mayoría de los victimarios tiene entre 19 y 35 años de edad. Por otro lado, casi todas las víctimas tienen entre 36 y 64 años.



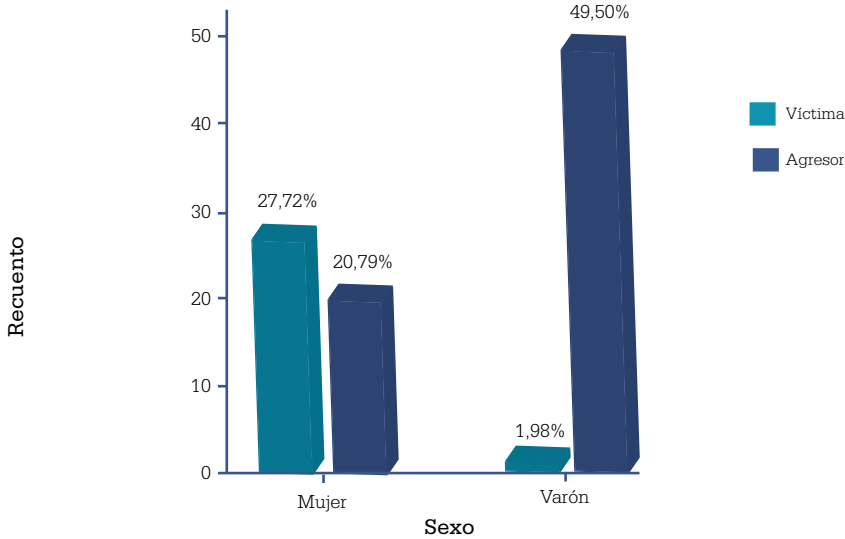
2. Identificación por antecedentes en la Unidad de Valoración Forense Integral

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable antecedentes en la Unidad de Valoración Forense Integral (UVFI) resulta significativa $\chi^2 (2) = 13,479$ $p \leq 0,001$. En la distribución del gráfico siguiente se puede observar que el porcentaje de agresores con antecedentes (93,55%) es mucho mayor que el de víctimas (6,45%).



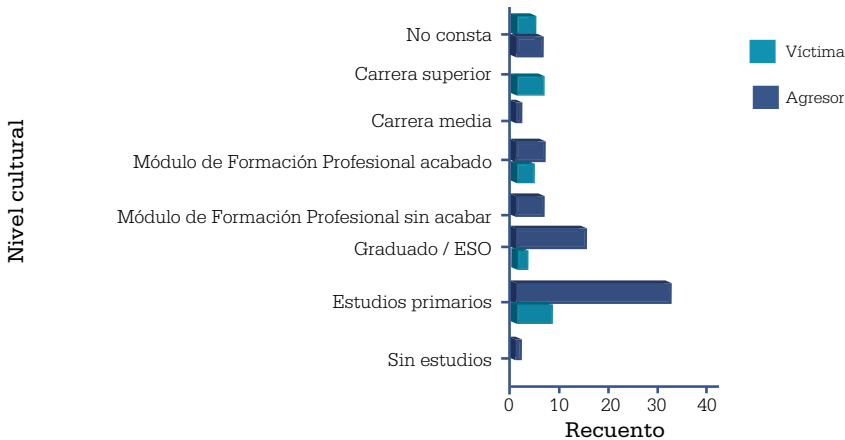
3. Identificación por sexo

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable sexo resulta significativa $\chi^2 (1) = 34,320 p \leq 0,000$. Las mujeres son mayoritariamente víctimas mientras que los hombres son agresores. Aun así, destaca el elevado porcentaje de mujeres agresoras (20,79%) y el reducido porcentaje de hombres víctimas (1,98%).



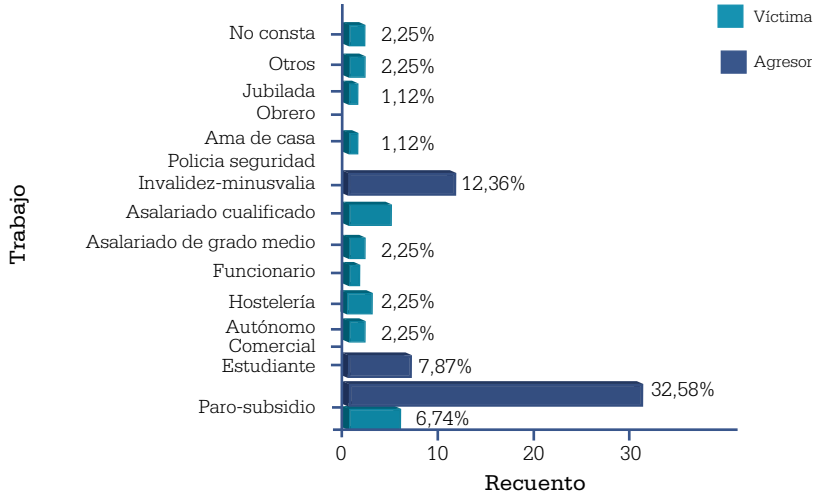
4. Identificación por nivel cultural

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable nivel cultural resulta significativa $\chi^2 (7) = 25,484 p \leq 0,001$. En la distribución del gráfico siguiente se puede observar que los agresores en su mayoría o tienen estudios primarios o tienen graduados en ESO. Estos datos no se explican relacionándolos con la edad de los agresores, ya que, tal como se ha comprobado, la mayor parte tienen edades comprendidas entre los 19 y los 35 años.



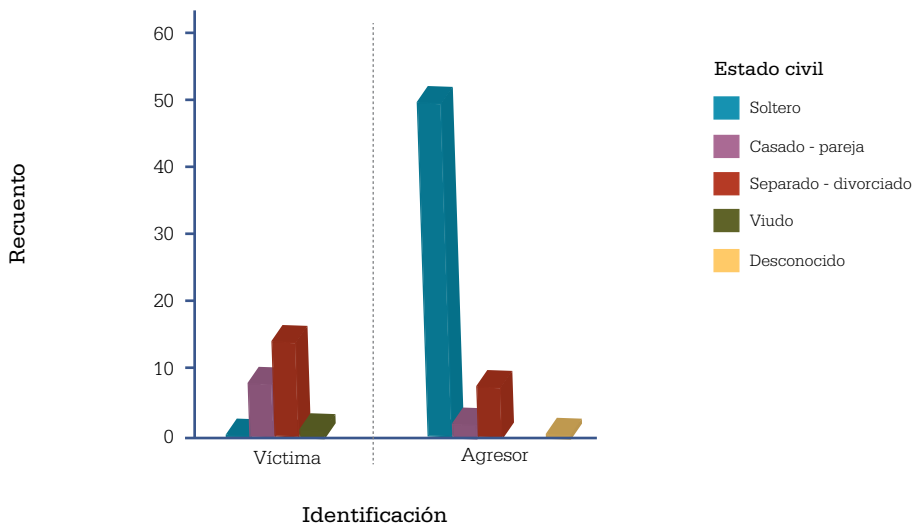
5. Identificación por trabajo

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable trabajo resulta significativa $\chi^2 (14) = 41,387 p \leq 0,000$. La mayor parte de los agresores o bien se encuentra en paro, es estudiante, o tiene una discapacidad reconocida.



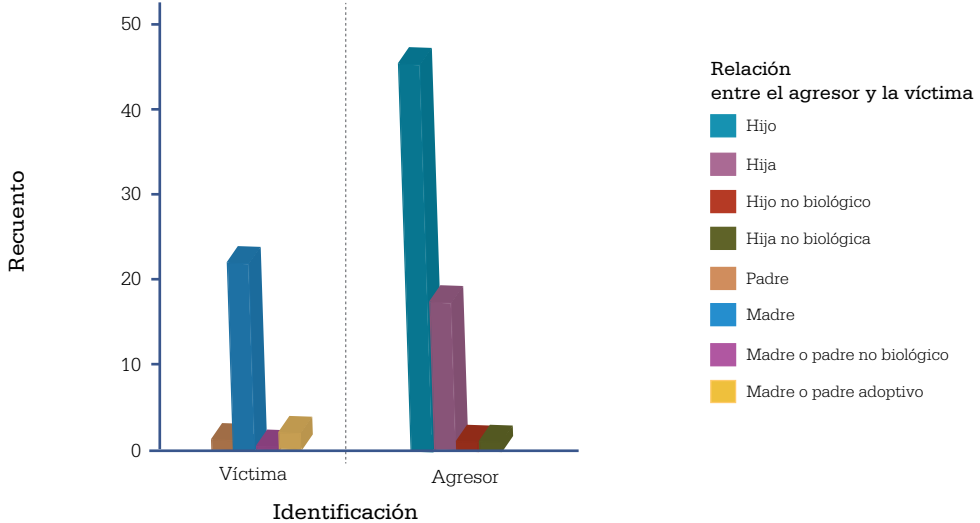
6. Identificación por estado civil

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable estado civil resulta significativa $\chi^2 (4) = 50,959 p \leq 0,000$. El 76,5% de los agresores son solteros, mientras que en el caso de las víctimas en su mayoría (53,3%) se encuentran en situación de separación o divorcio.



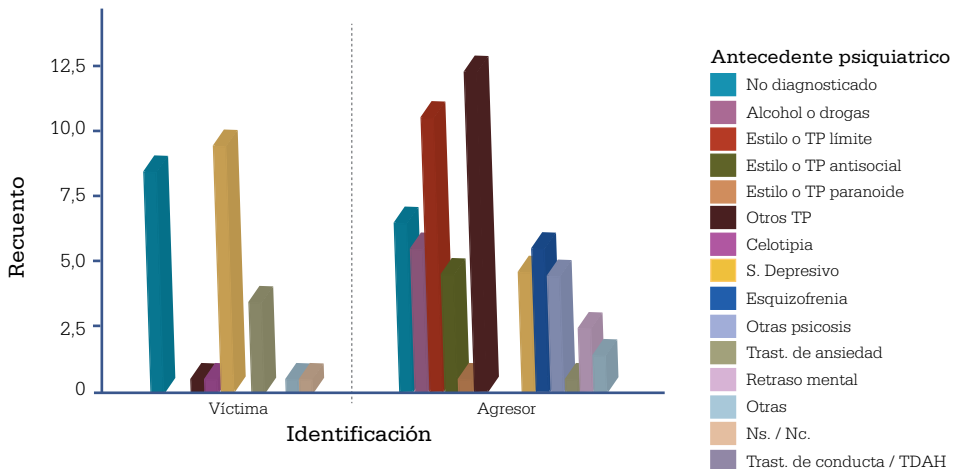
7.-Identificación por relación (agresor-victima)

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable relación agresor víctima resulta significativa $\chi^2 (7) = 101,000 p \leq 0,000$. El 67,6% de los agresores son hijos biológicos mientras que el 80% de las víctimas son madres.



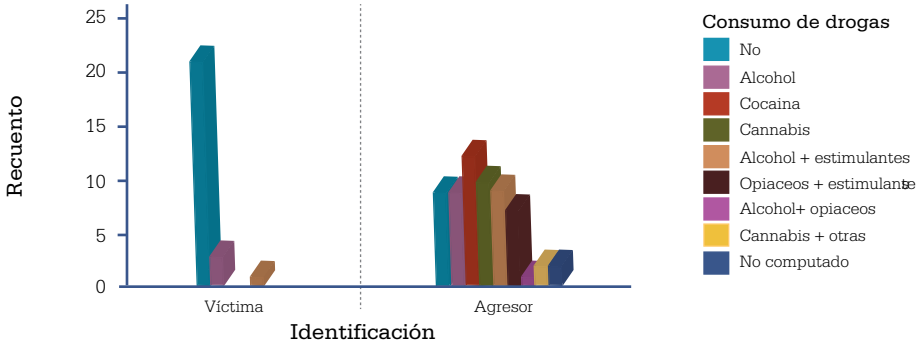
8. Identificación por antecedente psiquiátrico

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable antecedente psiquiátrico resulta significativa $\chi^2 (14) = 48,879 p \leq 0,000$. Gran parte de las víctimas presenta como antecedente o un síndrome depresivo (37%) o no tiene diagnóstico (33,3%) o presenta un trastorno de ansiedad (14,8%). Por su parte, los agresores, en su mayoría, presentan un trastorno de personalidad diferente al anti-social o al límite en el 18,6% de los casos, o no presentan diagnóstico (10%).



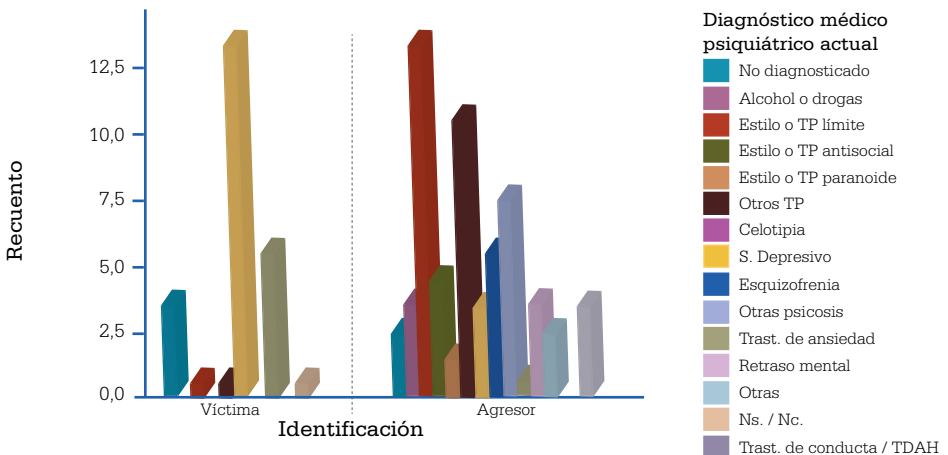
9. Identificación por antecedente de consumo de drogas

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable consumo de drogas (antecedente) resulta significativa $\chi^2 (8) = 43,359$ $p \leq 0,000$. El 81,5% de las víctimas no ha consumido nunca tóxicos y, cuando lo ha hecho, se trata de alcohol (14,8%) o de éste sumado a estimulantes (3,7%). Por otro lado, la gran mayoría de agresores ha consumido algún tipo de droga en algún momento de su vida, siendo la cocaína el principal tóxico empleado (18,8%), seguido del cannabis (15,9%) y del alcohol (14,5%) o del alcohol combinado con estimulantes (14,5%).



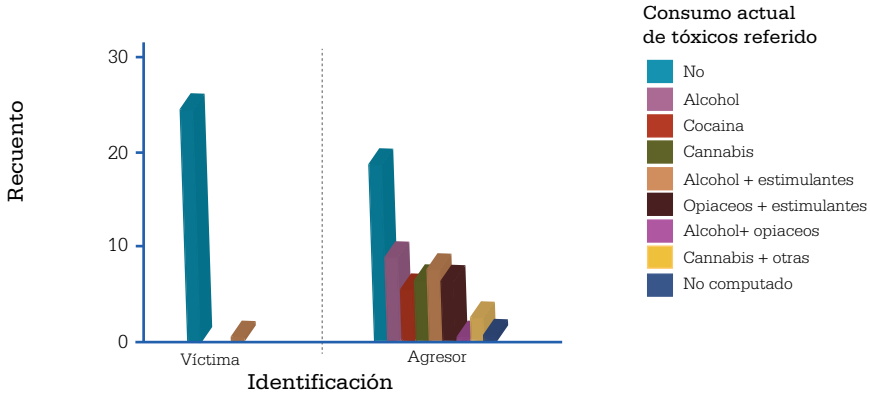
10. Identificación por diagnóstico psiquiátrico actual

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable diagnóstico actual psiquiátrico resulta significativa $\chi^2 (13) = 50,738$ $p \leq 0,000$. Al igual que en el caso de los antecedentes diagnósticos, la gran mayoría de las víctimas presenta actualmente un síndrome depresivo (51,9%) o presenta un trastorno de ansiedad (22,2%) o no tiene diagnóstico (14,8%). Los agresores presentan en su mayoría un trastorno límite de la personalidad en el 20,3% de los casos, seguido de otros trastornos diferentes al anterior, al antisocial o al paranoide en el 15,9% de los casos, o presentan una psicosis diferente a la esquizofrenia en el 11,6% de los casos.

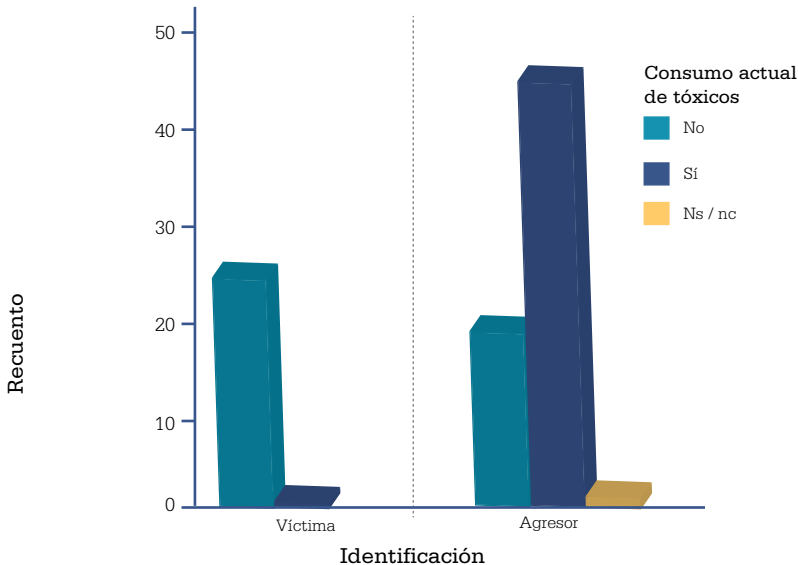


11. Identificación por consumo actual de tóxicos referido

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable consumo actual de tóxicos referido resulta significativa $\chi^2(8) = 35,627$ $p \leq 0,000$. Destaca que el 96,3% de las víctimas no consume ningún tipo de tóxico y que el restante 3,7% consume alcohol en combinación con estimulantes. Respecto a los victimarios, el 68,1% consume algún tipo de tóxico: el 14,5% consume alcohol, el 13% alcohol en combinación con estimulantes, el 11,6% cannabis, otro 11,6% opiáceos y estimulantes y un 10% cocaína. Un 29% de los agresores no consume ningún tóxico.



Al dicotomizar la variable consumo actual de tóxicos (sí vs. no) y analizarla en función de la identificación (víctima o agresor), se observa el siguiente gráfico donde se aprecia más detalladamente que hay más agresores que consumen que los que no.



12. Identificación por tratamiento actual

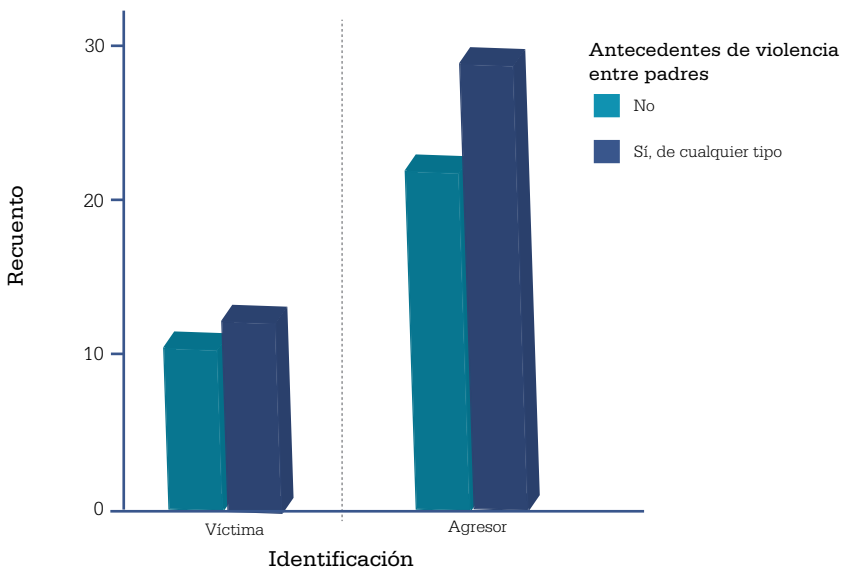
La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable tratamiento actual resulta significativa $\chi^2 (5) = 16,182 p \leq 0,006$.

13. Identificación por ideas suicidas

La relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable ideas suicidas resulta significativa $\chi^2 (2) = 6,467 p \leq 0,039$. Destaca el hecho de que el 20,6% de los agresores presenta ideas suicidas mientras que en las víctimas el porcentaje se reduce a la mitad (7,7%).

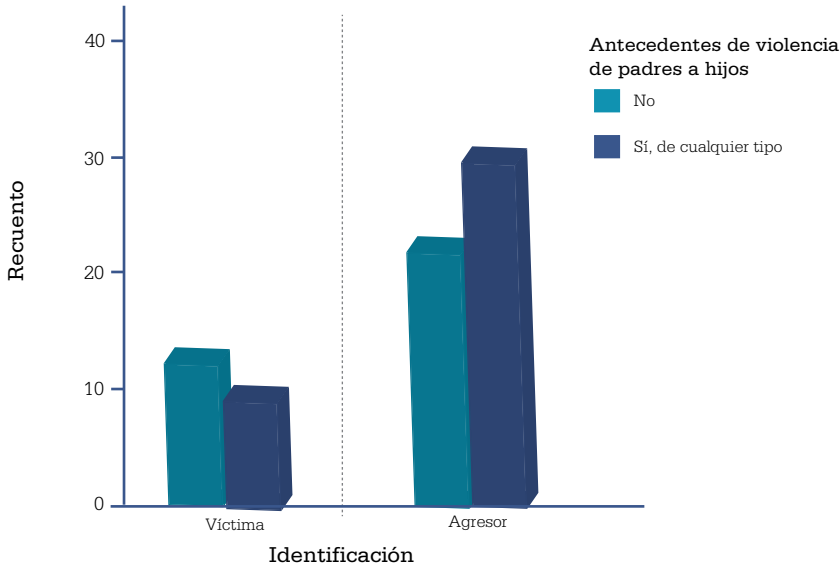
14. Identificación por antecedentes de violencia entre progenitores

Aún no resultando significativa la relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable antecedentes de violencia entre los progenitores $\chi^2 (3) = 4,155 p \leq 0,245$, destaca que, al comparar las distribuciones de víctimas y agresores, estos últimos fuesen testigos de la violencia entre sus progenitores en mayor proporción que los que no. En el caso de las víctimas, un 45,8% no fue testigo frente a un 54,2% que sí lo fue; y en el caso de los agresores, un 43,4% no fue testigo mientras que un 56,6% que si lo fue.



15. Identificación por antecedentes familiares de violencia paterno-filial

De nuevo, aún no resultando significativa la relación entre la variable identificación (agresor/a o víctima) y la variable antecedentes familiares de violencia de padres a hijos $\chi^2 (3) = 1,690$ $p \leq 0,639$, se observa que la mayor parte de las víctimas no sufrieron violencia paterno filial (56,5% que no frente a un 43,5% que sí), mientras que en el caso de los agresores los porcentajes se invierten (42,6% que no frente a un 57,4% que sí).



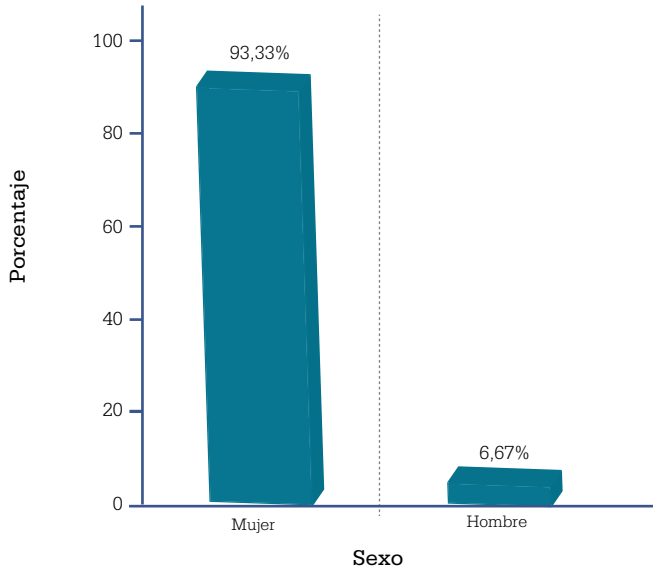
Caracterización de los progenitores víctimas

1. Características sociodemográficas, clínicas y familiares

La muestra analizada consta de 30 personas, un 96,7% de ellas de *nacionalidad española* cuya *edad* sigue la siguiente distribución:

Estadísticos descriptivos					
	N.º	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	30	23	62	50,27	7,768
N.º válido (por lista)	30				

En cuanto a la distribución de la muestra según su sexo, se observa que en un 93,3% de los casos la víctima es mujer. Por otro lado, el hombre resulta ser la víctima únicamente en el 6,7 % de los casos.



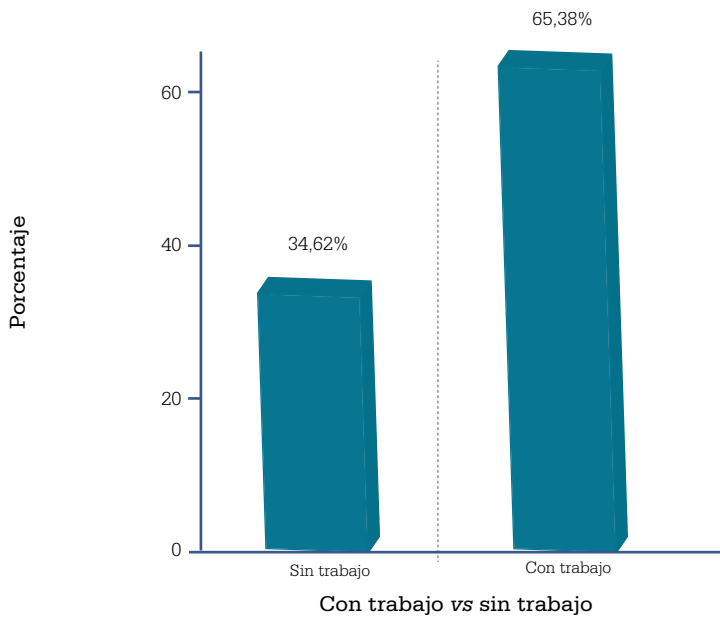
Al hablar de violencia filio-parental, las víctimas aquí son siempre los progenitores. Desprendiéndose de los resultados anteriores y analizando los datos se observa que en un 80% de los casos la víctima resulta ser la madre biológica y se mantiene el mismo porcentaje observado en el caso de que sea el padre biológico 6,7%. Por lo que se determina que los progenitores no biológicos (3,3%) o adoptivos (10%) resultan ser todos ellos mujeres.

La relación entre la variable sexo y la variable de relación víctima – agresor resulta significativa $\chi^2 (3) = 11,250 p \leq 0,010$.

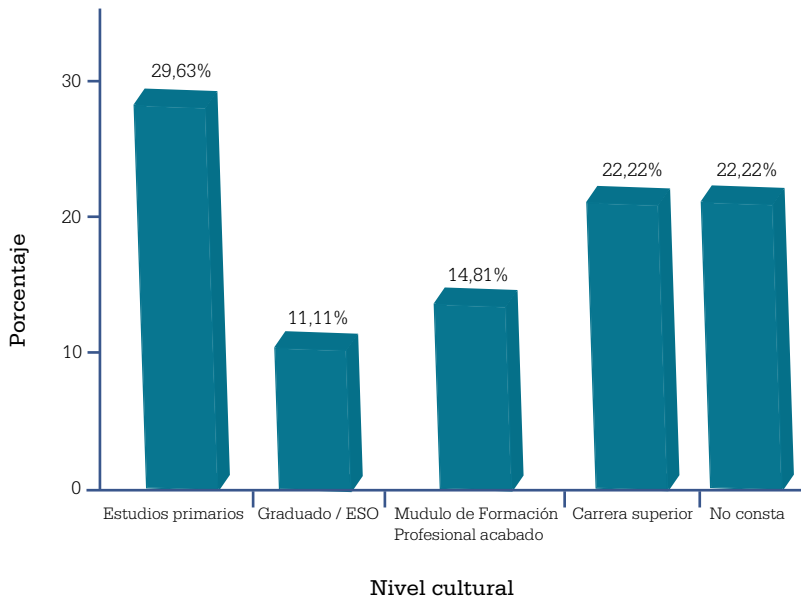
En relación al *estado civil* de las víctimas, estas se encuentran mayoritariamente “separadas - divorciadas” (53,3%), seguido de casadas - con pareja (33,3%), viudas (10%) y en minoría en situación de soltería (3,3%).

Proceden (*estructura familiar* de origen) en un 66,7% de los casos de familias tradicionales, seguido en frecuencia por las familias monoparentales en un 26,7%. Finalmente un 6,7% proceden de un hogar institucional.

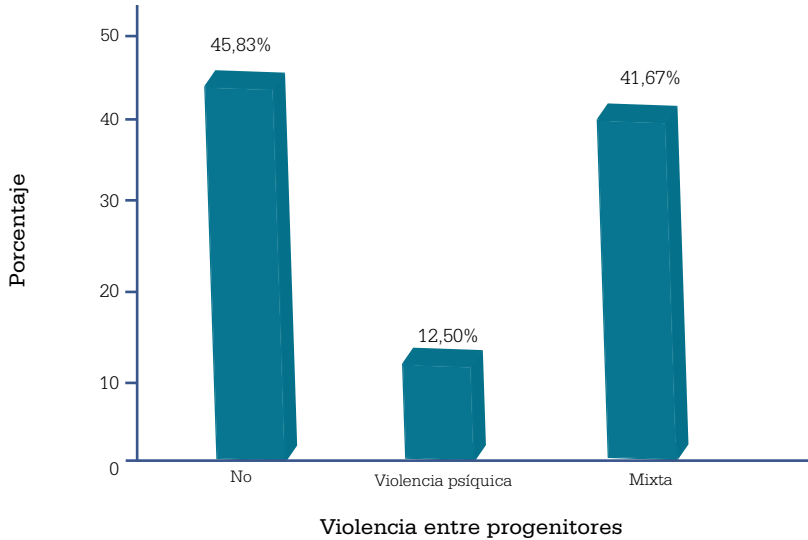
En cuanto a su *situación laboral*, si recodificamos la variable trabajo y la dicotomizamos (con trabajo vs. sin trabajo), se observa que un 34,6% de las víctimas no tiene trabajo (ya sea en situación de paro, jubilación, trabajo en el hogar...), mientras que un 65,4% sí que lo tendría.



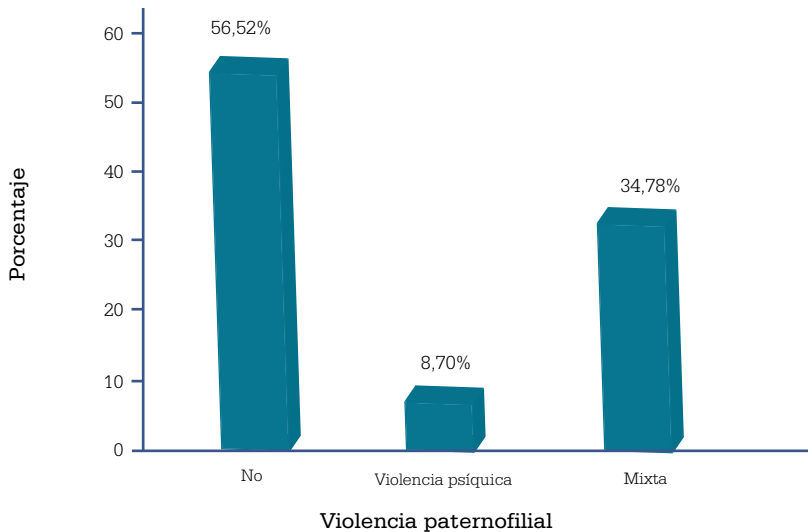
En cuanto al *nivel cultural* de las víctimas, destaca que la gran mayoría (29,6%) tiene estudios primarios.



En lo que respecta a los *antecedentes de violencia*, más de la mitad de las víctimas (n=24) (un 54,2%) refieren haber observado violencia entre sus propios progenitores, siendo un 12,5% únicamente psíquica y un 41,67% mixta (conformada por violencia física y violencia psíquica). Finalmente, un 45,8% refiere no tener antecedentes de violencia entre sus progenitores.



Por otro lado, casi la mitad las víctimas (un 43,5%) refieren haber sido víctima de la violencia ejercida por sus propios progenitores (violencia paterno filial), siendo un 8,7% únicamente psíquica y un 34,78% mixta (conformada por violencia física y violencia psíquica). Finalmente, un 56,5% refiere no haber sido víctima de violencia paterno-filial.



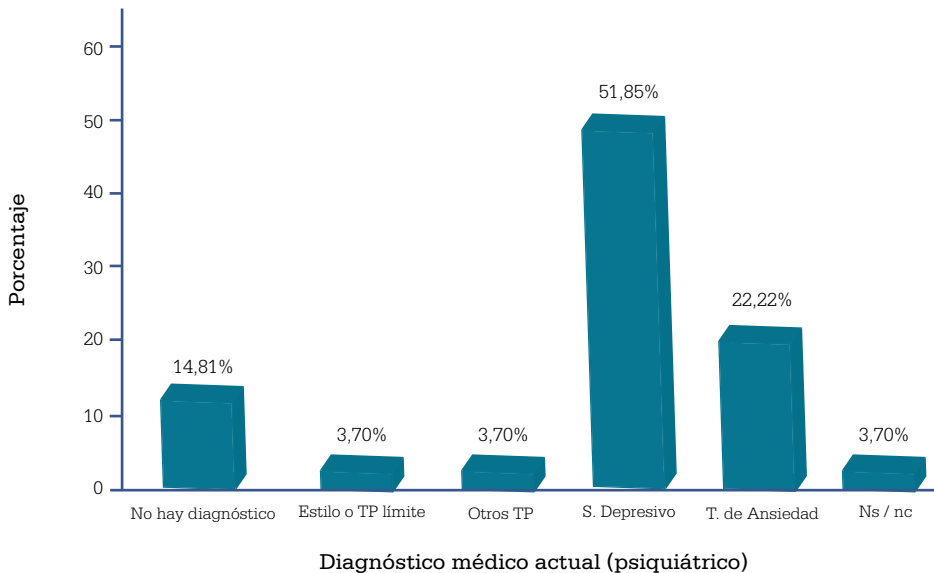
En cuanto a la *patología en progenitores de las víctimas*, únicamente el 18,5% presentaban una patología, siendo un síndrome clínico o trastorno en el 14,8% de los casos y un abuso/consumo de tóxicos en el 3,7% restante. El 37% no presentan ninguna patología, mientras que no se tienen datos del 44,4% restante.

Por otro lado, el 81,5% de los y las progenitores víctimas afirma no haber consumido ningún tipo de *tóxico* con anterioridad, y cuando lo ha consumido resulta ser alcohol (14,8%) o alcohol en combinación con estimulantes (3,7%).

En la actualidad, el 96,3% de las víctimas niega cualquier consumo de tóxicos. El 3,7% restante refiere consumir alcohol en conjunción con estimulantes, todas ellas mujeres.

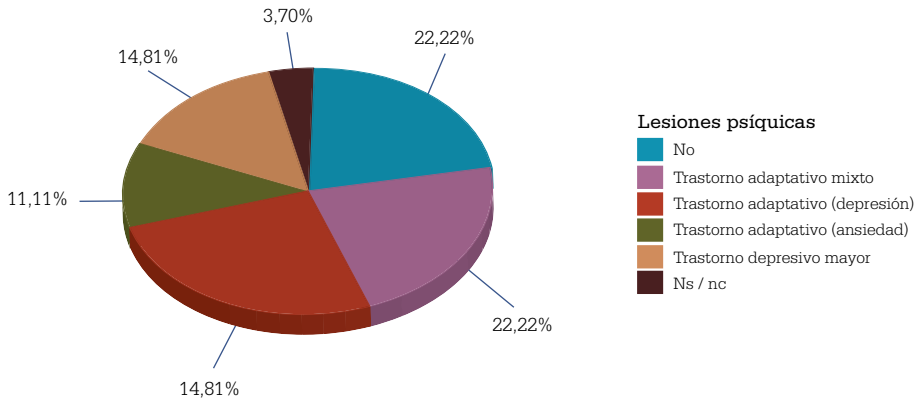
En cuanto a las *patologías*, el 37% de las víctimas ha sufrido en algún momento de su vida un síndrome depresivo y un 14,8% un trastorno de tipo ansioso. El 33,3% no presenta ningún antecedente patológico.

En la actualidad, las víctimas de violencia filio-parental presentan un síndrome depresivo en el 51,9% de los casos, seguido de un trastorno de ansiedad en un 22,2%, mientras que un 14,8% no presenta ninguna patología. Destacar que todos los progenitores masculinos presentan un síndrome depresivo.



En lo que respecta a las *lesiones* derivadas de la violencia filio-parental, se observa que la gran mayoría son de tipo psíquico y no físico. Un 85,2% de las víctimas no

ha sufrido ninguna lesión de tipo físico. Por otro lado, cuando se ha ocasionado una lesión psíquica, en un 25,9% de los casos ha resultado ser un síndrome depresivo, seguido de un trastorno adaptativo mixto en el 22,2% de las víctimas, un 14,8% un síndrome depresivo mayor, un 11,1% un trastorno de ansiedad.



Destacar que el 7,7% de las víctimas ha presentado *ideas suicidas*, siendo todas ellas en el sexo femenino, sin llegar a ser significativa la relación $\chi^2 (2) = 1,147 p \leq 0,564$.

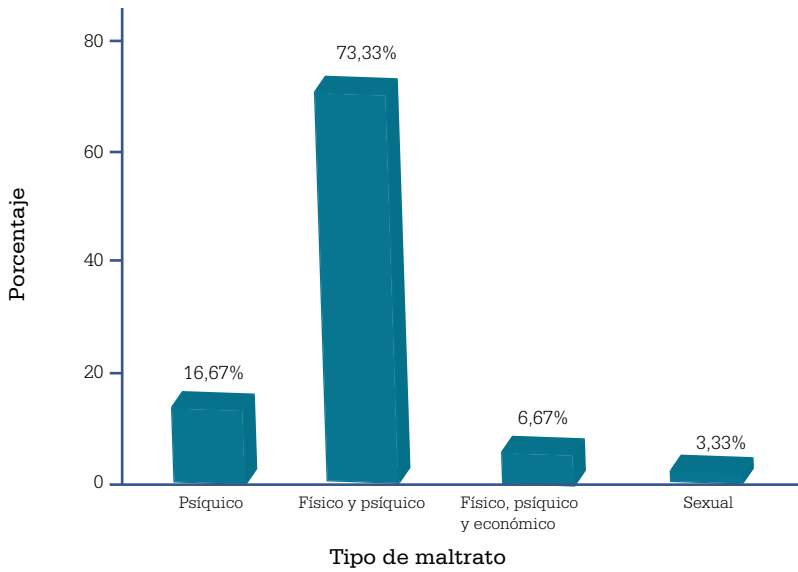
Finalmente, un 72,7% de las víctimas se encuentran recibiendo un *tratamiento* en la actualidad, frente a un 27,3% que no lo reciben. Destaca en su mayoría el de tipo público en un 36,4% de los casos frente a un 4,5% en el caso del privado.

Si se analizan los datos *según el sexo de las víctimas*, destaca que el 100% de los hombres, aún presentando síndrome depresivo como se ha recogido anteriormente, no recibían ningún tipo de tratamiento, sin llegar a ser esta relación significativa $\chi^2 (4) = 5,867 p \leq 0,209$.

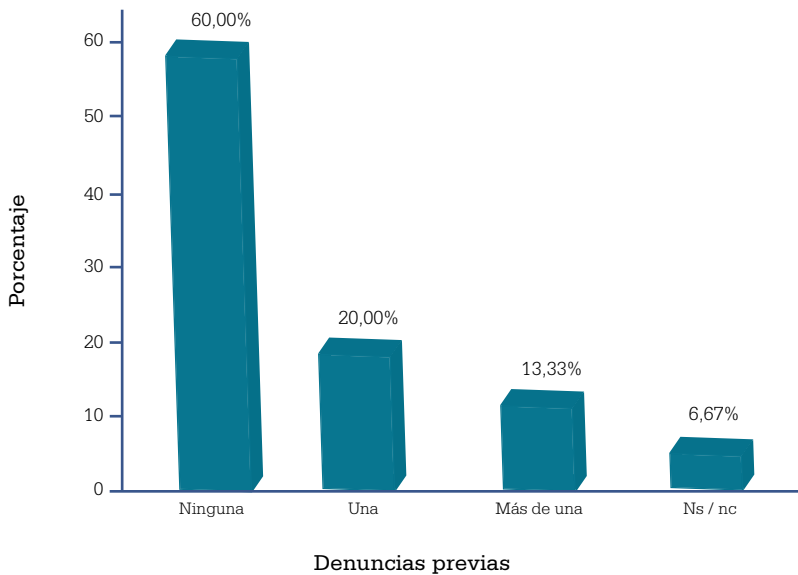
2. Características propias de la relación violenta

En un 73,3% de los casos, el maltrato recibido combina violencia física y violencia psicológica (violencia mixta). Únicamente en un 6,7% de los casos incluye además de estas dos la combinación con violencia de tipo económico. La violencia psíquica se presenta en el 16,7% de los casos y la de tipo sexual en el 3,3%.

El maltrato se considera crónico (años de duración) en el 73,3% de los casos. En el 3,3% de los casos la violencia filioparental lleva meses ejerciéndose mientras que resulta indeterminada en el restante 23,3%.

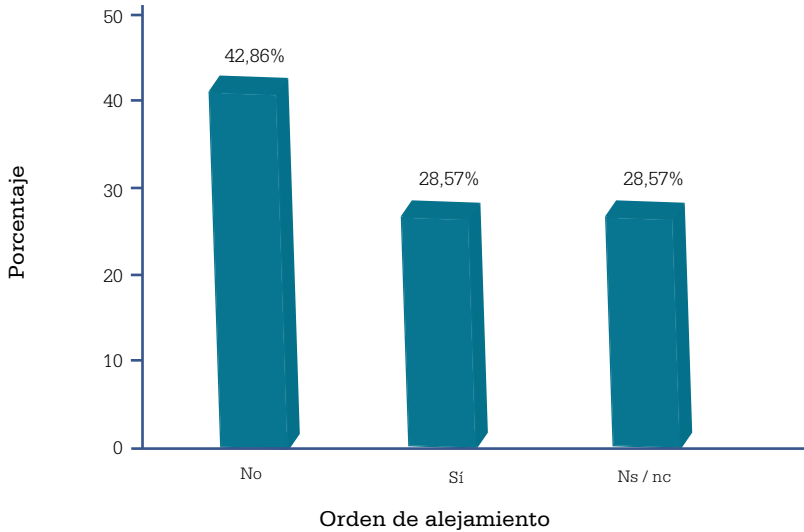


Un 60% no presenta *denuncias previas* frente a un 33,3% que sí, siendo un 20% sólo una denuncia previa y 13,3% más de una.

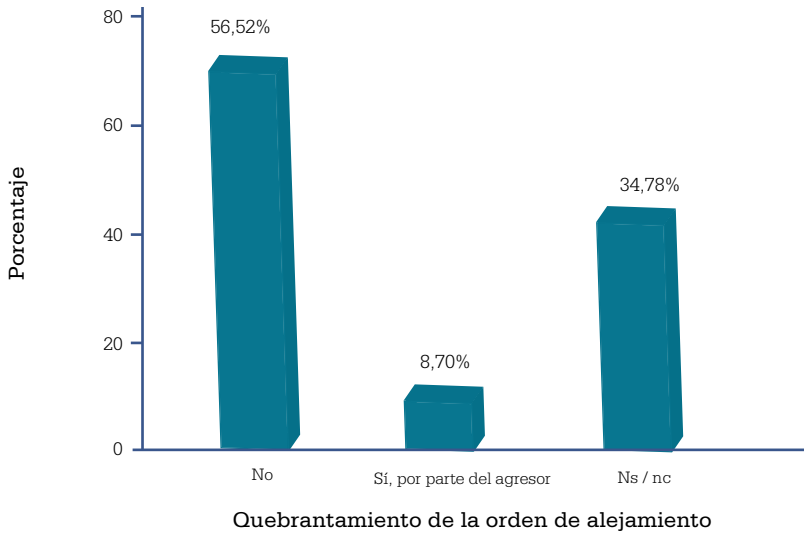


La *retirada de la denuncia* no se realiza en la gran mayoría de las ocasiones (80%), únicamente se tiene constancia de un caso en el que se realizara. Por otro lado, no se tienen datos del 16,7% de los casos.

El 42,9% de las víctimas no tiene una *orden de alejamiento* contra sus victimarios frente a un 28,6% que sí la tiene. Destacar que no se tiene constancia de si el 28,6% restante tiene o no tiene una.



Destaca el no quebrantamiento de la *orden de alejamiento* en el 71,43% de los casos frente a un 14,29% de los casos en los que el victimario ha sido quien la ha quebrantado.



Finalmente, resaltar el no *uso de las armas* en el 78,3% de los casos. Cuando se ha utilizado ha sido un arma blanca y la víctima contra la que se ha utilizado es una mujer.

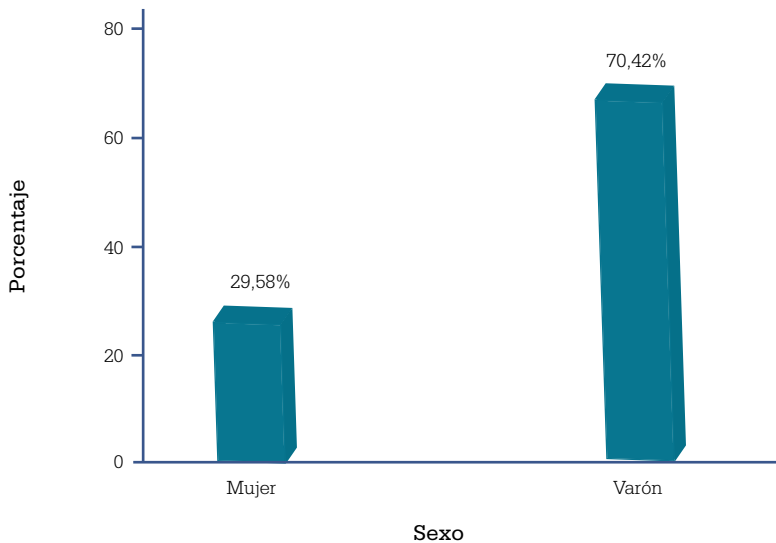
Caracterización de los hijos e hijas victimarios

1. Características sociodemográficas, clínicas y familiares

La muestra analizada consta de 71 personas, de las cuales el 94,3% es de *nacionalidad* española. La edad de las mismas sigue la siguiente distribución:

Estadísticos descriptivos					
	N.º	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	71	14	53	30,52	11,385
N.º válido (por lista)	71				

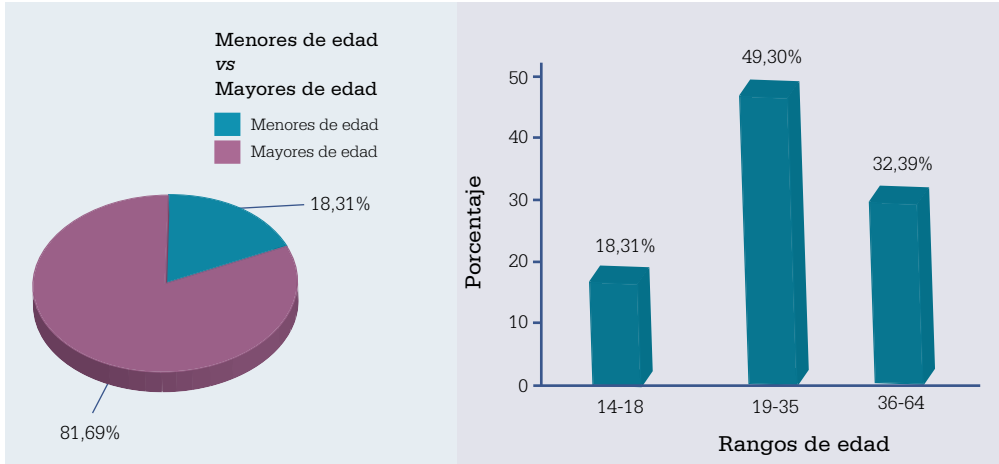
En cuanto a la distribución de la muestra según su *sexo*, se observa que en su mayoría, los victimarios son hombres (76,6%).



Si se analiza en profundidad, relacionando la variable sexo con la variable de *relación entre víctima y agresor*, se observa que la mayoría de victimarios son hijos (n=48) e hijas (n=19) biológicos frente a los hijos (n=2) e hijas (n=2) no biológicos.

Si recodificamos la variable edad en dos intervalos, el primero que corresponda a menores de edad (rango 14 -18) y el segundo a victimarios mayores de edad

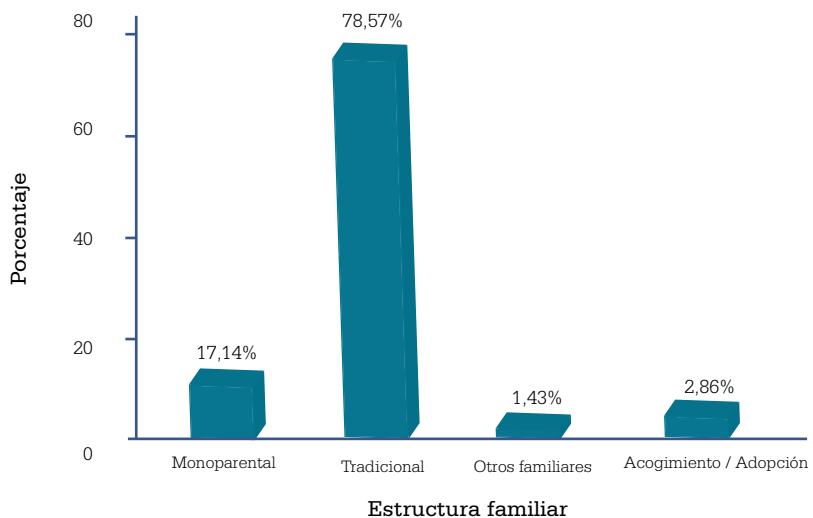
(19 - 64), observamos que el 18,3% son menores de edad frente al 81,69% restante que son mayores de edad: un 49,3% con edades entre 19 y 35; y un 32,39% con edades de entre 36 y 64 años.



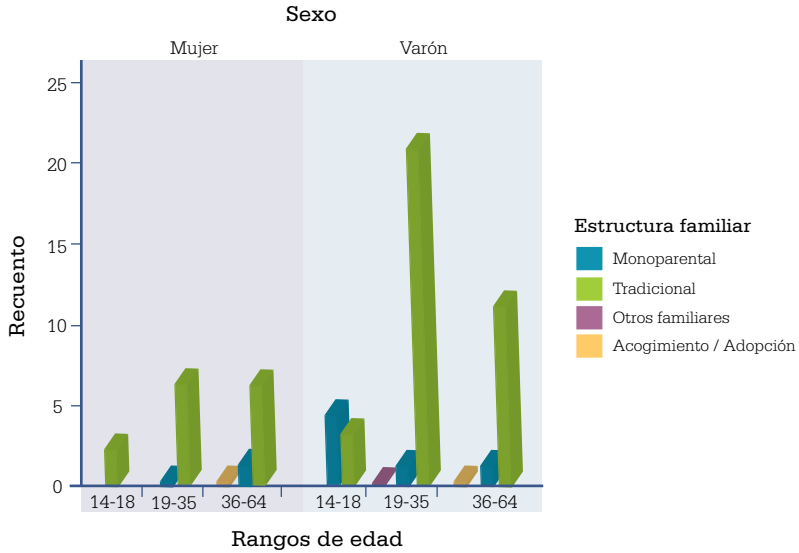
En cuanto al *estado civil*, la gran mayoría es soltero/a (76,5%), seguido de separado/a o divorciado/a (14,7%) y de casado/a o con pareja (5,9%).

a) Estructura Familiar

Proceden (estructura familiar de origen) en un 78,6% de los casos de familias tradicionales, seguido en frecuencia por las familias monoparentales en un 17,1%; un 2,8% proceden de un hogar de acogida y un 1,4% de los casos conviven en la actualidad con otros familiares.



Analizando de nuevo estos datos en conjunción con las variables sexo y grupos de edad obtenemos el siguiente gráfico:



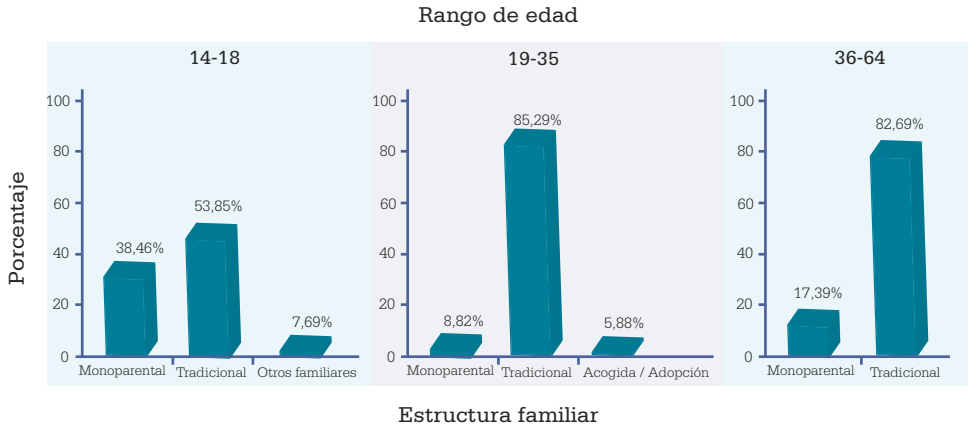
La relación entre la variable sexo y la variable de estructura familiar no resulta significativa $\chi^2 (3) = 0,974$ $p \leq 0,808$. A destacar que las mujeres agresoras de entre 14 y 18 años únicamente pertenecen a una estructura familiar tradicional, mientras que los hombres agresores pertenecientes al mismo grupo de edad (menores) pertenecen en su gran mayoría a una unidad familiar monoparental.

Por otro lado, la relación entre la variable menores de edad vs. mayores de edad y la variable estructura familiar si resulta significativa $\chi^2 (3) = 10,316$ $p \leq 0,016$; al igual que la relación entre la variable rangos de edad y estructura familiar $\chi^2 (6) = 12,557$ $p \leq 0,050$.

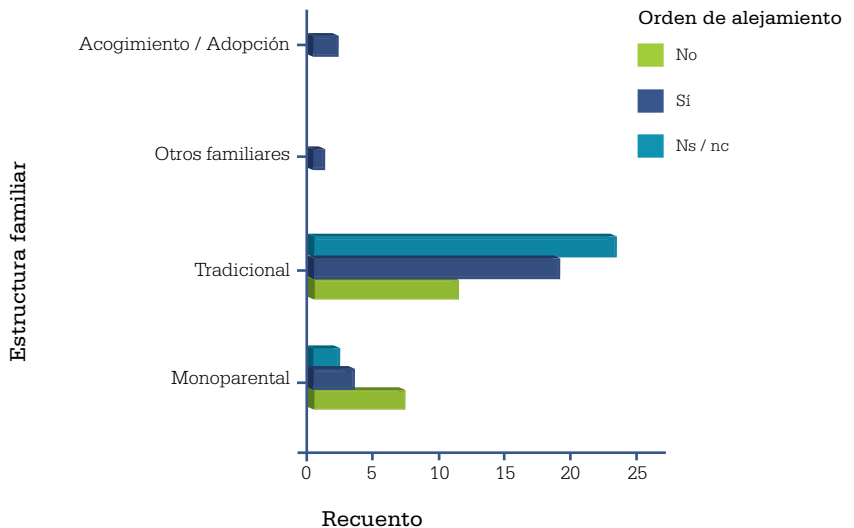
Analizando en profundidad la estructura familiar en función del *rango de edad*, observamos que, aunque en *el grupo de menores de edad* (14 – 18) un 53,8% proviene de una familia tradicional en la que convive con ambos progenitores, un elevado 38,5% de los casos proviene de una familia monoparental. El restante 7,7% de los casos convive con otros familiares que no son sus propios progenitores.

En lo que respecta al *grupo de mayores de edad de entre 19 y 35 años*, predomina claramente la estructura familiar tradicional (85,3%) frente a un 8,8% de victimarios que proceden de una familia monoparental y un 5,9% que son hijos adoptivos. Claramente, en este rango de edad el porcentaje de victimarios procedentes de una familia monoparental disminuye.

Finalmente, el 82,6% de los individuos del grupo de *mayores de edad* de entre 36 y 64 años procede de una familia tradicional frente a un 17,4% que procede de una familia monoparental.

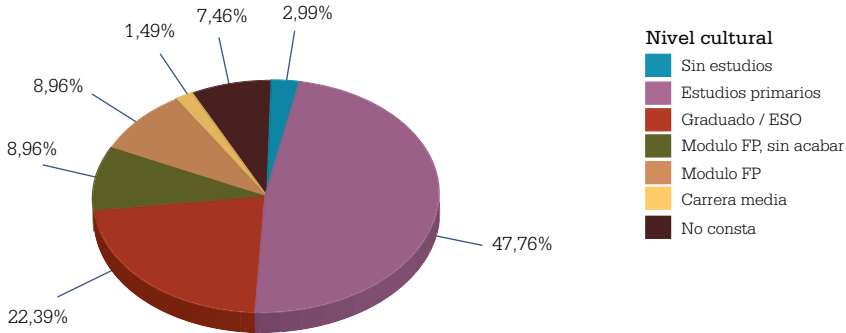


La relación entre la *variable orden de alejamiento* y la variable de estructura familiar resulta significativa $\chi^2(6) = 12,833$ $p \leq 0,046$. Destaca el elevado número de casos sin orden de alejamiento que provienen de familias monoparentales, así como el alto porcentaje de casos pertenecientes a una familia tradicional en los que no se tiene constancia de la misma. Por otro lado, en todos los casos en los que el victimario procede de una familia de acogida o se encuentra conviviendo con otros familiares se tiene constancia de la existencia de una orden de protección.



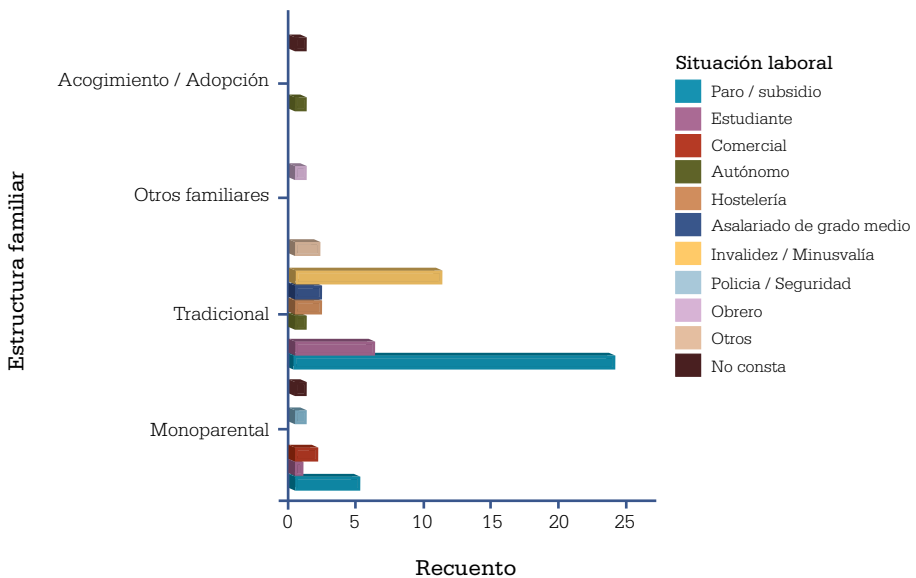
b) Nivel académico y situación laboral

En relación al *nivel cultural* de los agresores, destaca que la gran mayoría (47,8%) tiene estudios primarios, seguido del Graduado de E.S.O (22,4%).

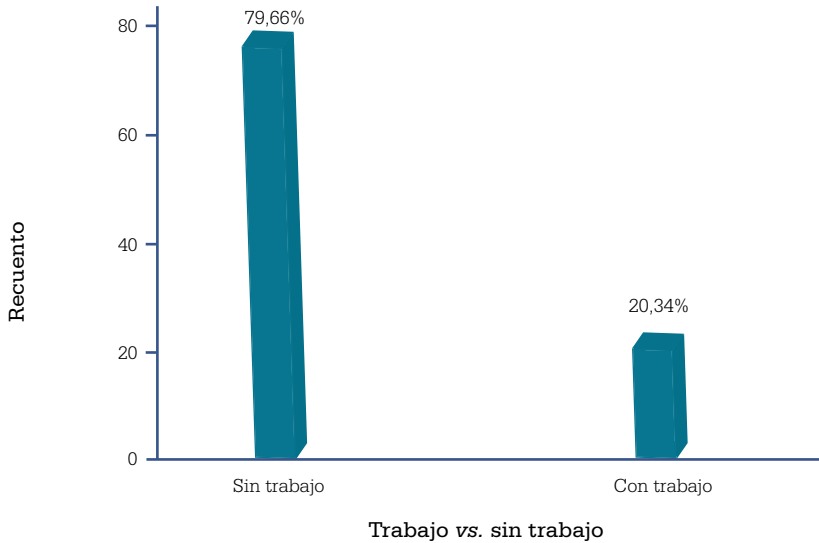


La *situación laboral* refleja que la gran mayoría de victimarios se encuentra en situación de desempleo (47,5%), seguido de en situación de invalidez o minusvalía (18%) y como estudiante (11,5%).

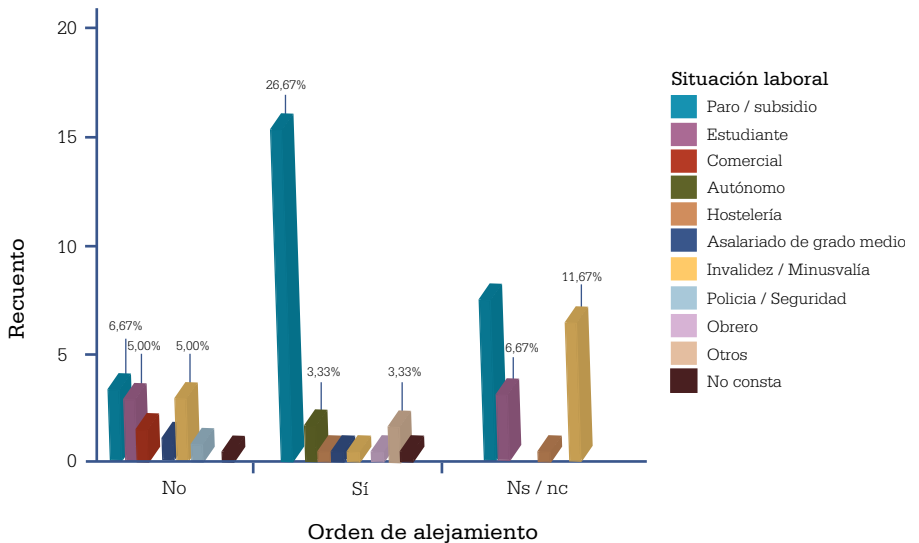
Resulta significativa la relación entre la variable trabajo y la variable estructura familiar $\chi^2(30) = 111,997$ $p \leq 0,000$, destacando en el gráfico siguiente que todos los victimarios con invalidez o minusvalía reconocida provienen de una familia tradicional.



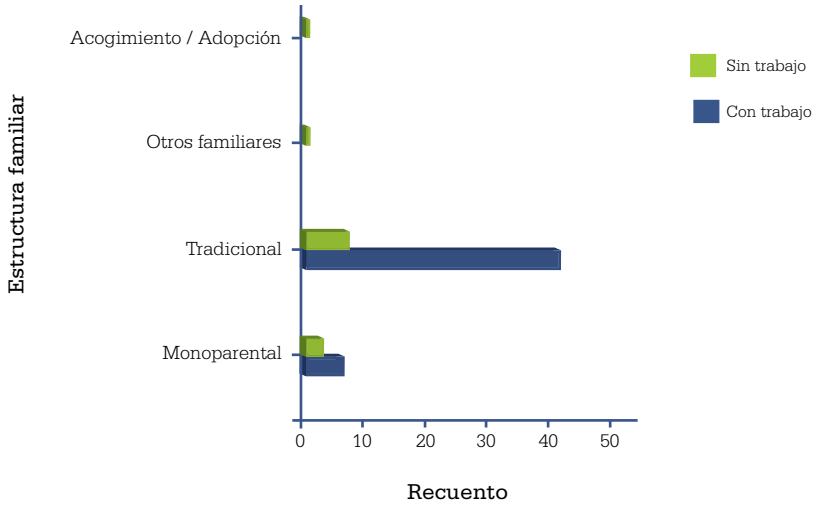
Si recodificamos la variable trabajo y la dicotomizamos (sin trabajo vs. Con trabajo), se observa que un 79,7% no tiene trabajo mientras que únicamente un 20,3% sí que lo tendría.



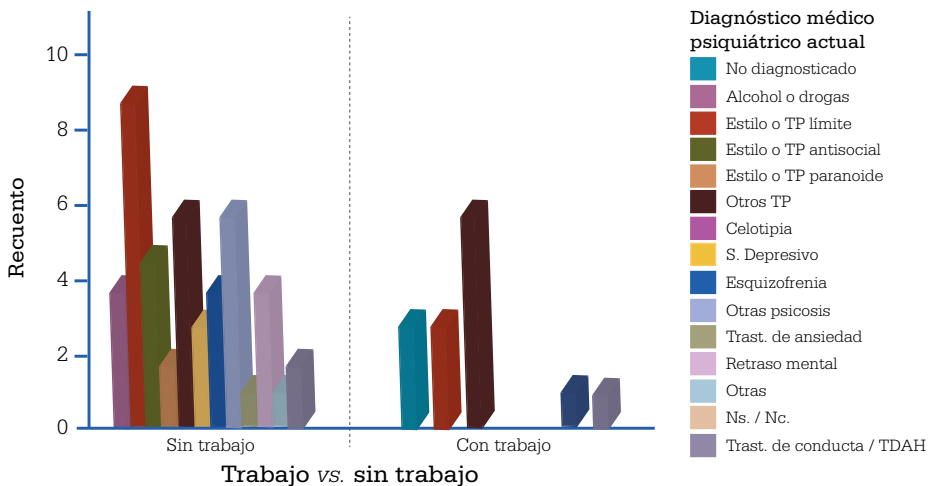
La relación entre la variable trabajo sin categorizar y la *variable orden de alejamiento* resulta significativa $\chi^2(20) = 33,040$ $p \leq 0,033$. Se puede observar que las órdenes de alejamiento no se adjudican en el caso de que el victimario sea o estudiante, o tenga una discapacidad reconocida o se encuentre en situación de paro o subsidio.



La relación entre la variable trabajo vs. sin trabajo y la *variable estructura familiar* resulta significativa $\chi^2(3) = 9,753$ $p \leq 0,021$. El 85,4% de los individuos que proceden de una estructura familiar tradicional y el 66,7% de los que proceden de una estructura monoparental se encuentran sin trabajo. Por otro lado, todos los individuos que, o bien provienen de una familia de acogida, o que en la actualidad conviven con otros familiares se encuentran trabajando.



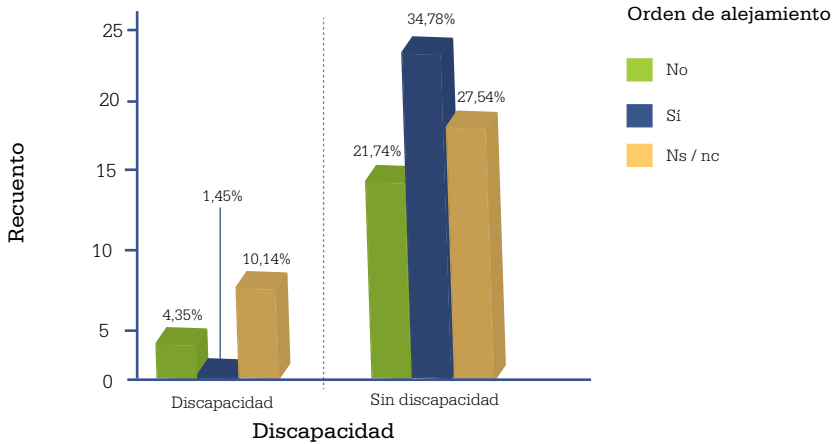
La relación entre la variable trabajo vs. sin trabajo y la *variable diagnóstico actual médico/psiquiátrico* resulta significativa $\chi^2(12) = 21,248$ $p \leq 0,047$. Destaca que todos los individuos sin diagnóstico se encuentran trabajando, mientras que no hay ningún individuo que consuma alcohol o drogas, o con un trastorno antisocial de la personalidad, o con un trastorno paranoide de la personalidad, o con un síndrome depresivo, o con un trastorno de ansiedad, o con un retraso mental que se encuentre trabajando.



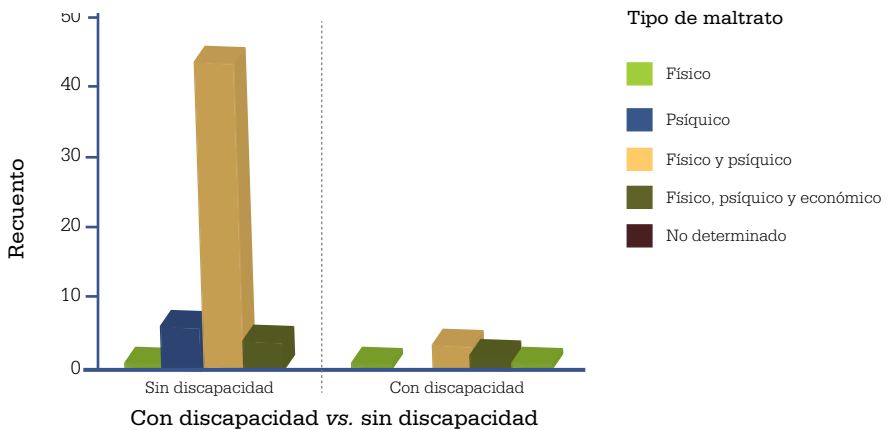
A la vista de los resultados obtenidos se ha decidido transformar la variable de trabajo (sin categorizar) y dicotomizarla con el fin de diferenciar los individuos con minusvalía o invalidez de los individuos que no tienen ninguna discapacidad reconocida.

c) Discapacidad

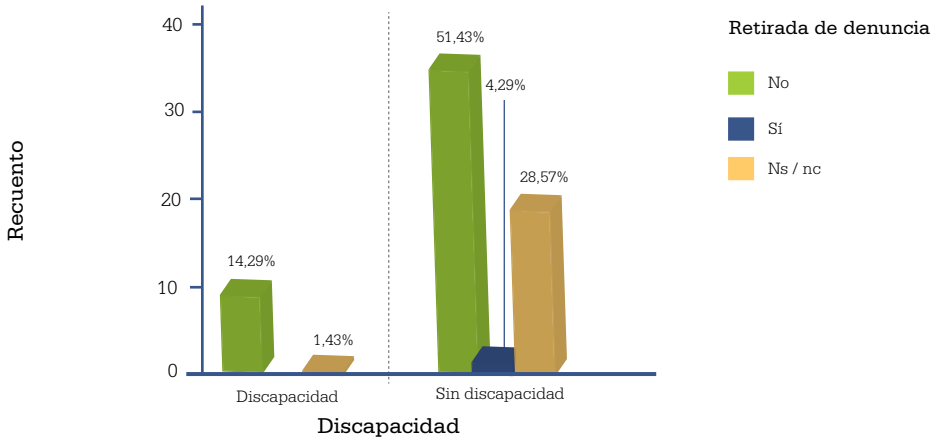
Aún no resultando significativa la relación entre la variable discapacidad y la *variable orden de alejamiento* $\chi^2 (2) = 5,007 p \leq 0,082$, destaca que la mayoría de individuos con discapacidad no tienen una orden de alejamiento.



La relación entre la variable discapacidad y la *variable tipo de maltrato* resulta significativa $\chi^2 (4) = 14,405 p \leq 0,006$. En ningún caso los individuos con discapacidad reconocida emplearon únicamente la violencia de tipo psíquico. Siempre es en conjunción con la violencia física, o con esta y el maltrato económico o solamente mediante violencia física.

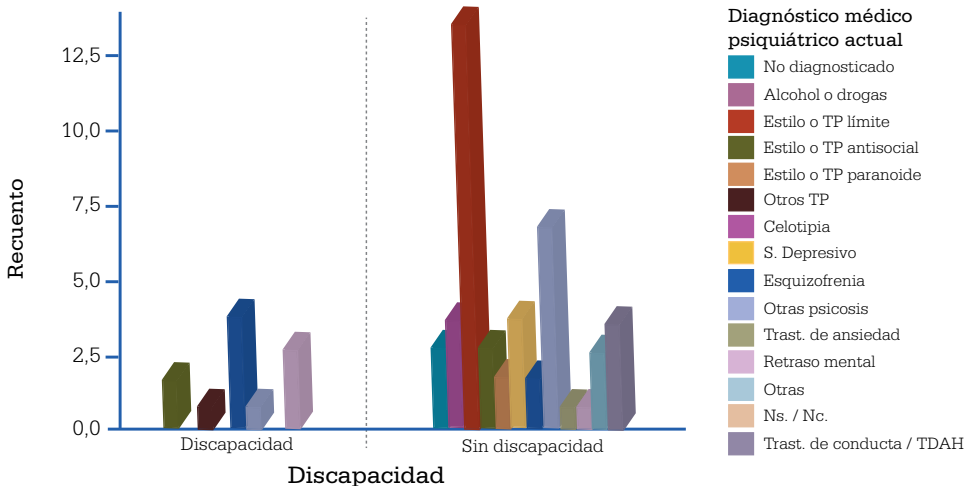


Aún no resultando significativa la relación entre la variable discapacidad y la *variable retirada de denuncia* $\chi^2 (2) = 3,722$ $p \leq 0,156$, destaca el hecho de que en ningún caso se ha retirado la denuncia sobre un individuo agresor con discapacidad.

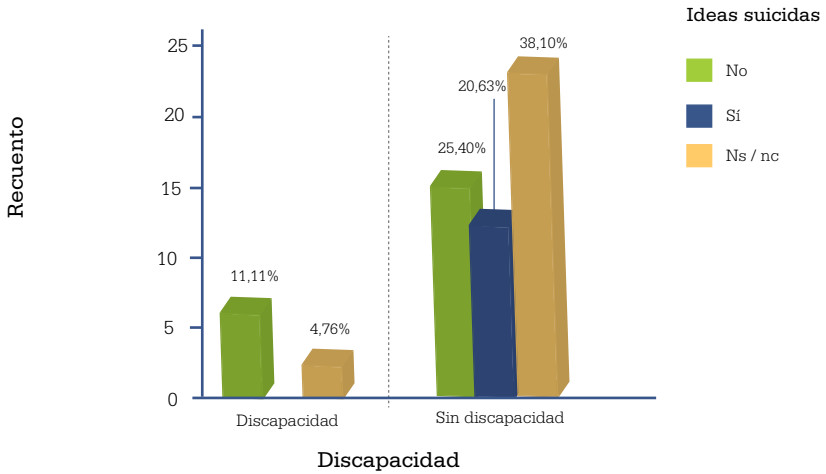


La relación entre la variable discapacidad y la *variable antecedente psiquiátrico* de los agresores resulta significativa $\chi^2 (12) = 38,096$ $p \leq 0,000$. Todos los individuos con discapacidad presentan como antecedente psiquiátrico un estilo o trastorno de personalidad antisocial; o un trastorno de personalidad diferente al antisocial, al límite o al paranoide; una esquizofrenia o un retraso mental.

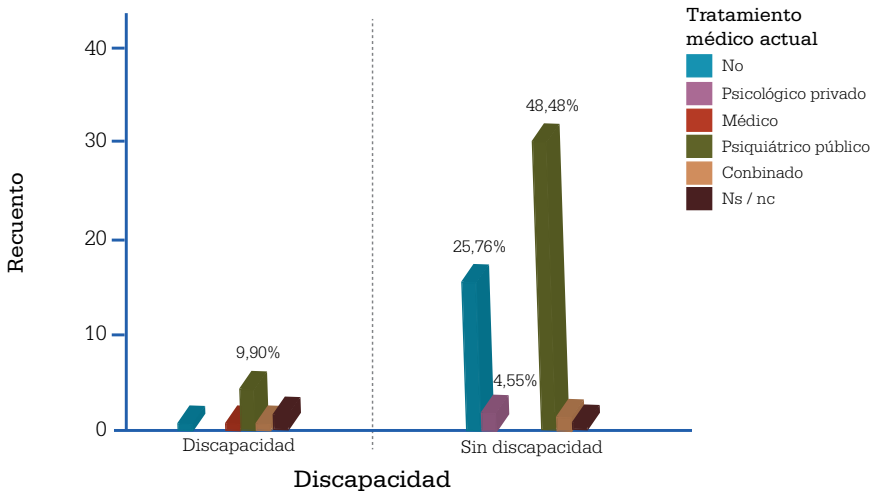
La relación entre la variable discapacidad y la *variable diagnóstico actual psiquiátrico* de los agresores resulta significativa $\chi^2 (12) = 31,185$ $p \leq 0,002$. Destaca que todos los individuos con discapacidad presentan como diagnóstico psiquiátrico actual un estilo o trastorno de personalidad antisocial; o un trastorno de personalidad diferente al antisocial, al límite o al paranoide; una esquizofrenia; una psicosis diferente a la esquizofrenia o un retraso mental.



La relación entre la variable discapacidad y la *variable ideas suicidas* resulta significativa $\chi^2 (2) = 6,564 p \leq 0,038$. Resulta de interés señalar que ningún individuo con discapacidad presentó ideas suicidas.



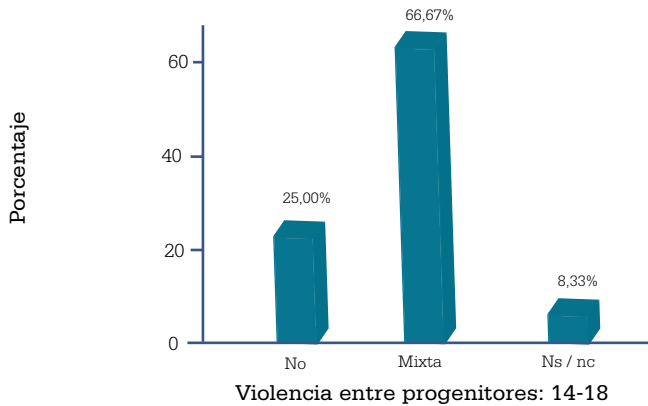
La relación entre la variable discapacidad y la *variable tratamiento actual* resulta significativa $\chi^2 (5) = 13,2219 p \leq 0,021$. Destacar que prácticamente todos los individuos con discapacidad reconocida reciben actualmente tratamiento, en su mayoría psiquiátrico público.



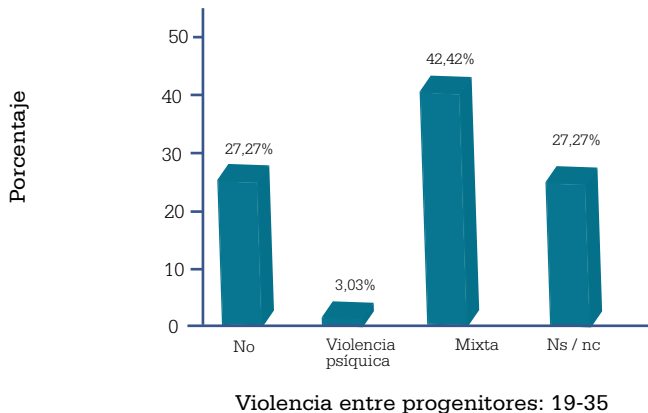
d) Antecedentes de violencia familiares

Más de la mitad de los agresores (un 56,6%) refieren haber sido testigos de *violencia entre sus propios progenitores*, siendo un 44% mixta (conformada por violencia física y violencia psíquica). Finalmente, un 43,4% refiere no tener antecedentes de violencia entre sus progenitores.

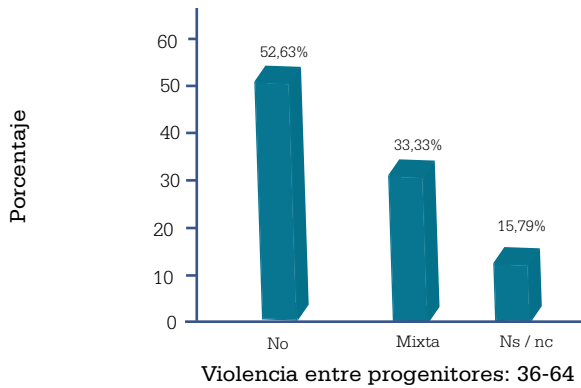
Si se analizan estos datos en función del rango de edad, se observa que un 66,7% de los individuos *menores de edad (14 – 18 años)* ha sido testigo de la violencia mixta (combinación de violencia física y psíquica) entre sus progenitores frente a un 25% que no ha sido testigo.



En lo que respecta al *grupo de mayores de edad de entre 19 y 35 años*, un 42,4% afirma haber sido testigo de violencia mixta entre sus progenitores frente a un 27,3% que no lo ha sido. Destacar que un 3% afirma haber sido testigo únicamente de violencia psíquica, mientras que no se tienen datos del 23,3% restante.

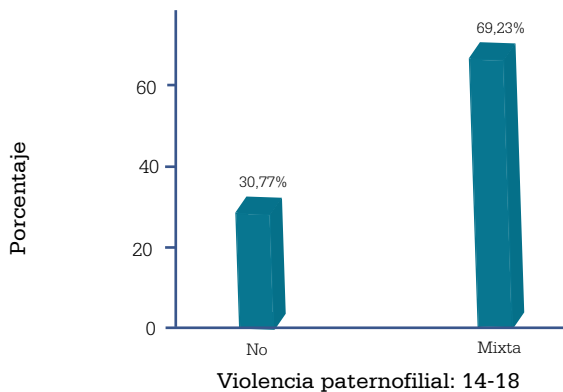


Finalmente, más de la mitad (52,4%) de los individuos pertenecientes al *grupo de mayores de edad de entre 36 y 64 años* afirma no haber sido testigo de violencia frente a un 33,3% que sí.

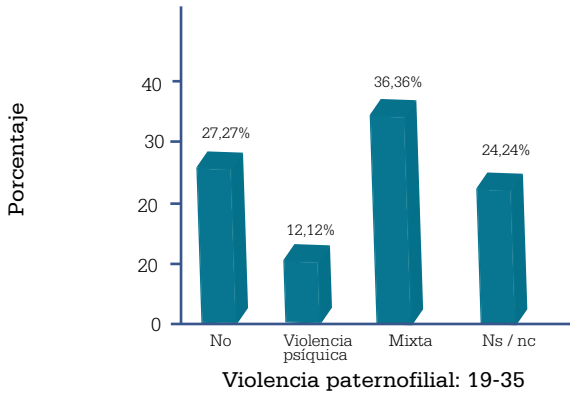


En lo que respecta a la *violencia paterno-filial*, más de la mitad los victimarios (un 57,4%) refieren haber sido víctima de la violencia ejercida por sus propios progenitores, siendo un 41,54% mixta (conformada por violencia física y violencia psíquica). Finalmente, un 43% refiere no haber sido víctima de violencia paterno-filial.

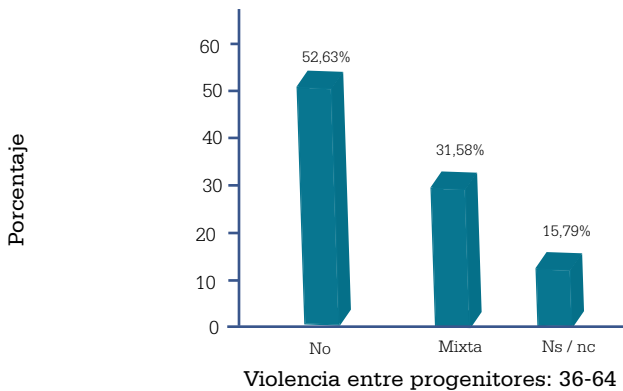
Si de nuevo se analizan estos datos en función de los rangos de edad, observamos que un 69,2% de los individuos *menores de edad (14 – 18 años)* ha sido víctima de la violencia paterno-filial, siempre mixta (combinación de violencia física y de violencia psíquica), frente a un 30,8% que no ha sido víctima.



En lo que respecta al grupo de *mayores de edad de entre 19 y 35 años*, casi la mitad, un 48,5%, afirma haber sido víctima de la violencia paterno-filial: un 36,4% de violencia mixta y un 12,1% de violencia psíquica. Solamente un 27,3% afirma no haber sido víctima de violencia paterno-filial. No se tienen datos del 24,2% restante.



Finalmente, más de la mitad (52,6%) de los individuos pertenecientes al *grupo de mayores de edad de entre 36 y 64 años* afirma no haber sido víctima de violencia paterno-filial frente a un 31,6% que sí lo ha sido, siempre de tipo mixta.

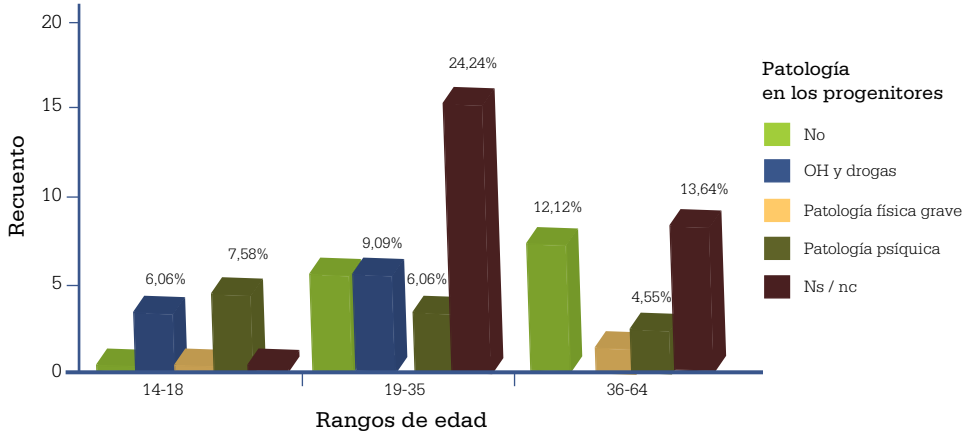


La relación entre la variable sexo y la variable de violencia paterno-filial no resulta significativa $\chi^2 (3) = 2,305$ $p \leq 0,512$ Tampoco resulta significativa la relación entre la variable sexo y la variable violencia entre los progenitores $\chi^2 (3) = 2,870$ $p \leq 0,412$.

En cuanto a la *patología en progenitores*, únicamente el 22,7% de los progenitores víctimas no presentaban una patología. La mayoría de patologías son de tipo psíquico (18,2%) o por consumo o abuso de tóxicos (15%), seguido de un 4,5% que presentan una patología de tipo físico. Del 39,4% restante no se conocen datos.

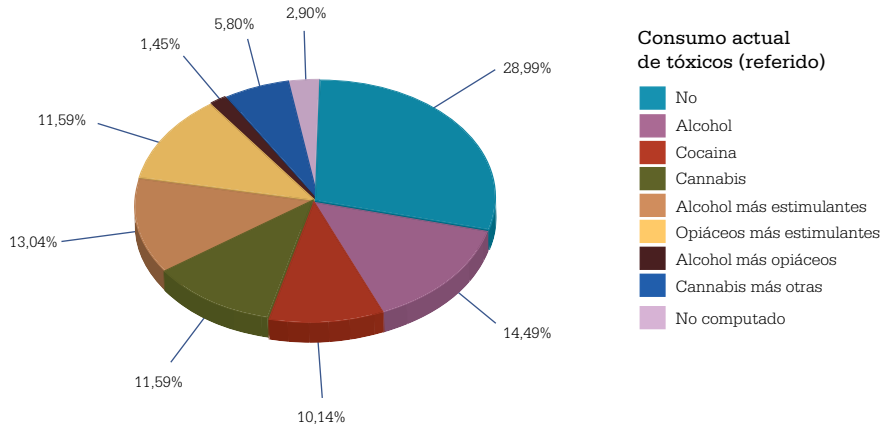
La relación entre la variable patología en los progenitores y la variable de rangos de edad resulta significativa $\chi^2 (8) = 20,499$ $p \leq 0,009$. Se puede observar que

la patología relacionada con alcohol u otros tóxicos no aparece en progenitores de victimarios cuyas edades están comprendidas entre 36 y 64 años. Por otro lado, aún siendo pequeño el número de casos de victimarios de edades entre 14 y 18 años, resulta llamativo el elevado porcentaje de progenitores de estos menores con una patología psíquica, que supera con creces al resto de grupos.



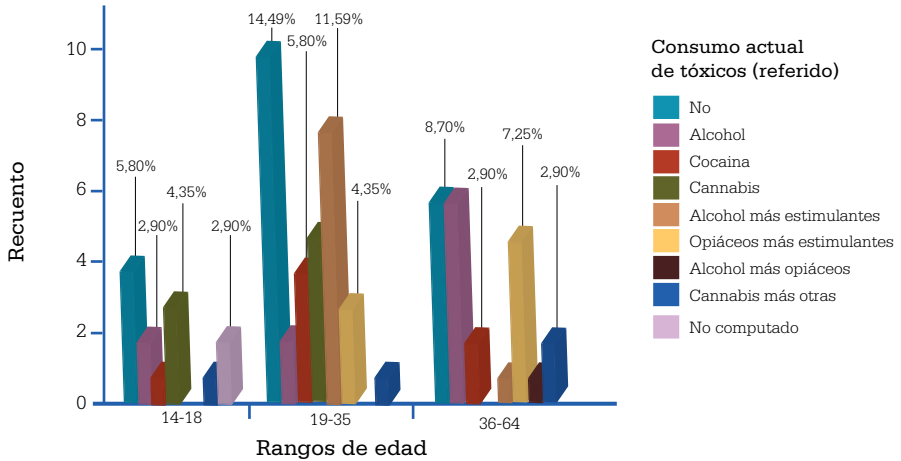
e) Consumo de tóxicos

El 14,5% de los y las victimarios afirma no haber consumido ningún tipo de tóxico, y cuando lo ha consumido resulta ser cocaína (18,8%) cannabis (16%), alcohol en combinación con estimulantes (14,5%), alcohol (14,5%), seguido por opiáceos y estimulantes (11,6%) y cannabis en combinación con otras sustancias (4,3%). Del 4,3% restante no se tienen datos.

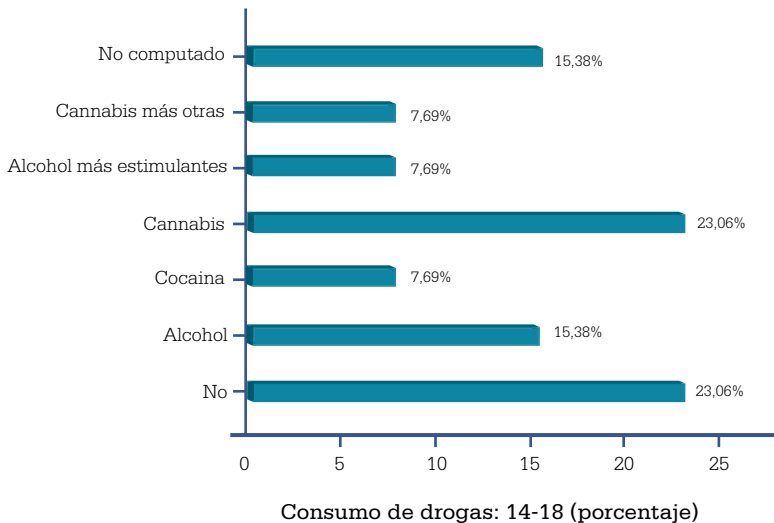


En relación al *consumo actual* de tóxicos, los porcentajes disminuyen un poco. Destacar que un 29% afirma no consumir ningún tipo de tóxico.

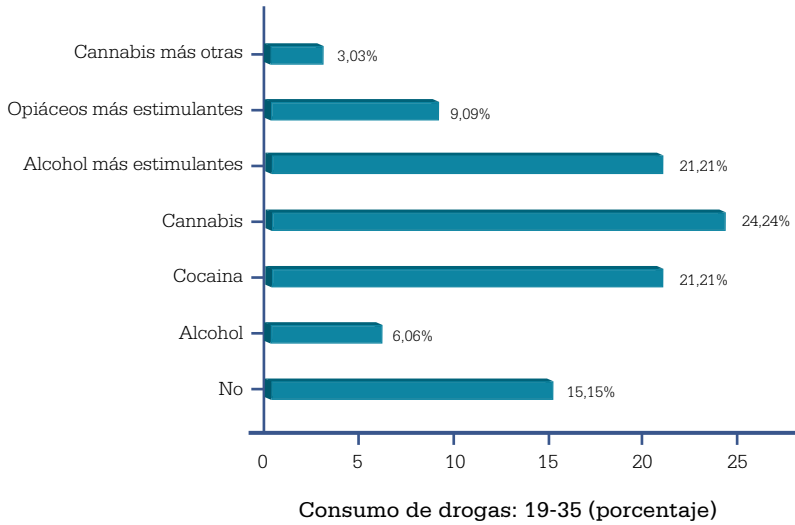
La relación entre la variable rangos de edad y la variable de antecedente en los consumos no resulta significativa $\chi^2 (16) = 24,777 p \leq 0,074$. Al contrario, la relación entre la variable rangos de edad y la variable de consumo actual de tóxicos resulta significativa $\chi^2 (16) = 30,011 p \leq 0,018$.



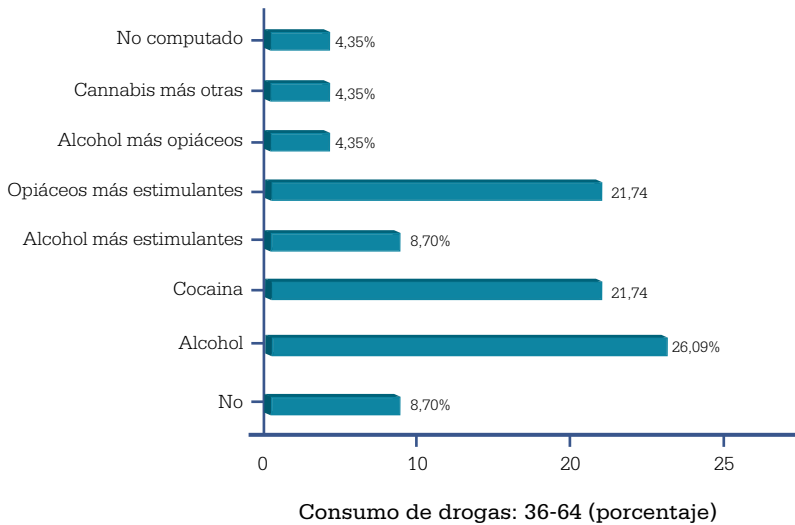
Si se analizan los consumos de tóxicos en la actualidad en función del rango de edad, se observa que en el grupo de *menores de edad (14 – 18 años)* el consumo se centra en el cannabis (23%), mientras que un porcentaje menor de individuos consumen alcohol (15,4%). Un 23% afirma no consumir ningún tipo de tóxico. No se tienen datos de 15,4% restante.



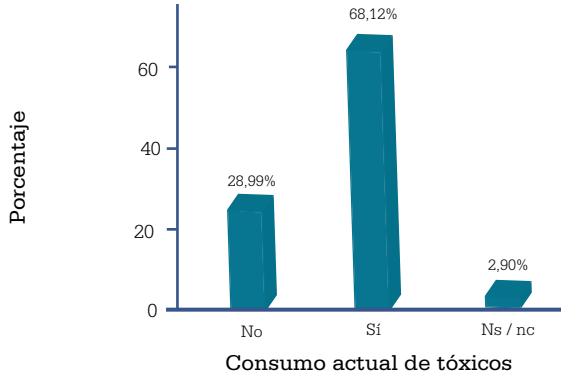
En el grupo de *mayores de edad de entre 19 y 35 años* se observa que la mayoría consume cannabis (24,2%), seguido de cocaína (21,2%) y alcohol en combinación con estimulantes (21,2%). Un 15% afirma no consumir ningún tóxico.



En el grupo de *mayores de edad con edades de entre los 36 y los 64 años* se observa que un 26,1% de los individuos consume alcohol, un 21,7% consume opiáceos en combinación con estimulantes y un 21,7% consume cocaína. Únicamente el 8,7% no consume ningún tipo de tóxico.



Si se dicotomiza la variable consumo actual de tóxicos referidos, diferenciando entre aquellos que consumen y aquellos que no se observa que un 68,1% de los victimarios consume algún tipo de tóxico, mientras que el 28,9% no consume en la actualidad ningún tóxico.

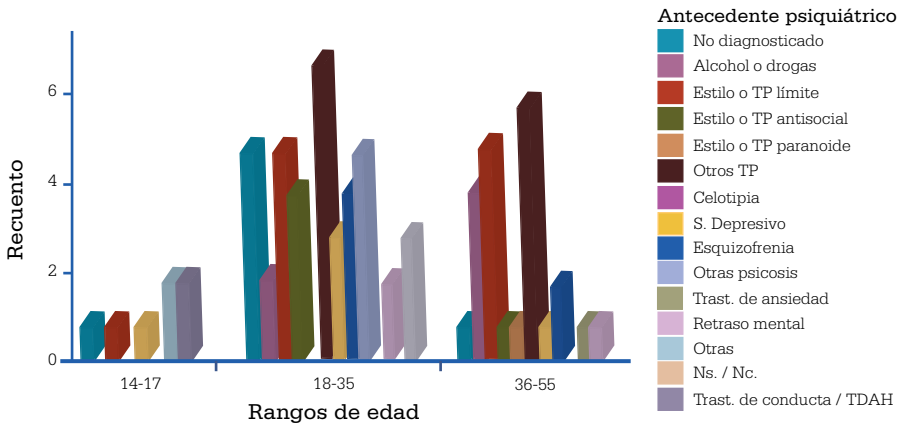


La relación entre la variable sexo y la variable de antecedente en los consumos no resulta significativa $\chi^2 (8) = 11,823 p \leq 0,159$. De igual manera, la relación entre la variable sexo y la variable consumo actual de tóxicos tampoco resulta ser significativa $\chi^2 (8) = 9,995 p \leq 0,265$

f) Psicopatología

Antecedente psiquiátrico

A pesar de la distribución casi igualitaria, se puede observar que predominan como antecedente psiquiátrico los trastornos de personalidad y las psicosis.



La relación entre el *antecedente psiquiátrico* según el sexo del victimario resulta ser significativa $\chi^2 (12) = 27,425$ $p \leq 0,007$. Los resultados reflejan una distribución muy similar al grafico anterior

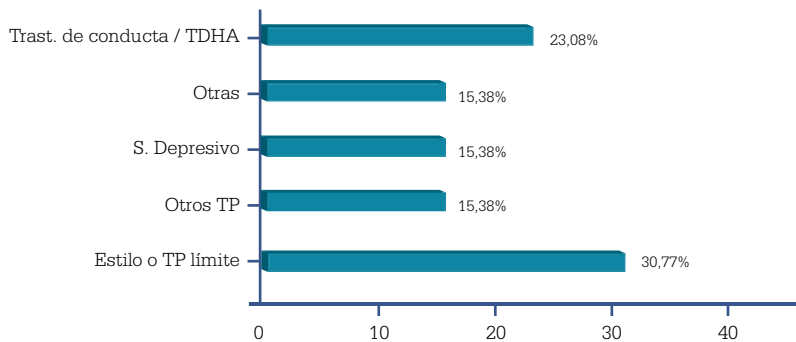
Si se analiza la relación entre la variable antecedente psiquiátrico y la variable *rangos de edad* esta resulta ser igualmente significativa $\chi^2 (24) = 43,917$ $p \leq 0,008$.

Diagnóstico actual psiquiátrico

Analizando los datos en función de cada *grupo de edad* podemos observar lo siguiente:

En el grupo de *menores de edad (14 a 18 años)* un 30,8% presenta estilo o trastorno límite de la personalidad, un 23% un trastorno de conducta/TDAH, un 15,4% un síndrome depresivo, un 15,4% otros trastornos de personalidad diferentes al límite y un 15,4% presenta otros trastornos.

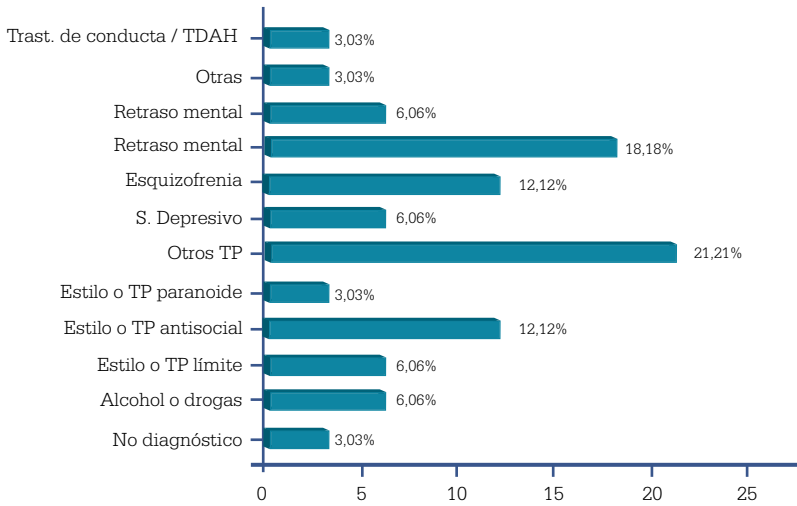
En el grupo de *mayores de edad de 19 a 35 años* predomina la presencia de los trastornos de personalidad: un 21,2% presenta un trastorno de personalidad



Diagnóstico psiquiátrico actual: 14-18 (porcentaje)

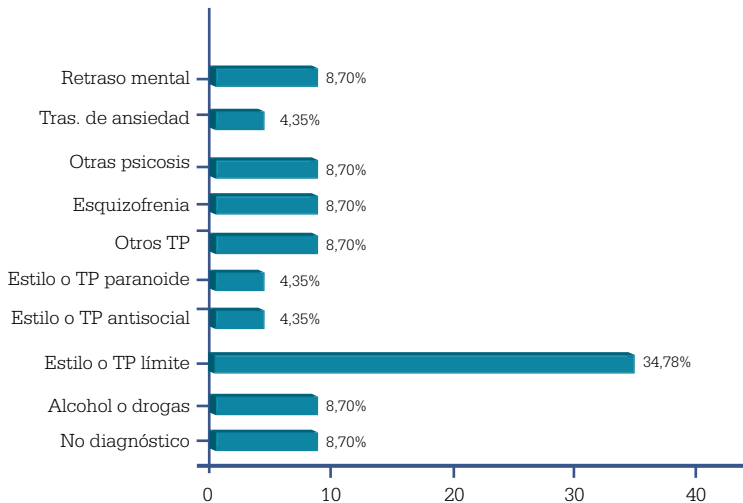
diferente al antisocial (que aparece en un 12,1% de los individuos), al límite (un 6% de los individuos) o al paranoide (un 3% de los individuos). Un 18,2% presenta una psicosis que no es la esquizofrenia (que aparece en un 12,1%).

En el grupo de *mayores de edad de 36 a 55 años* predomina la presencia del trastorno límite de la personalidad en un 34,78% de los individuos.



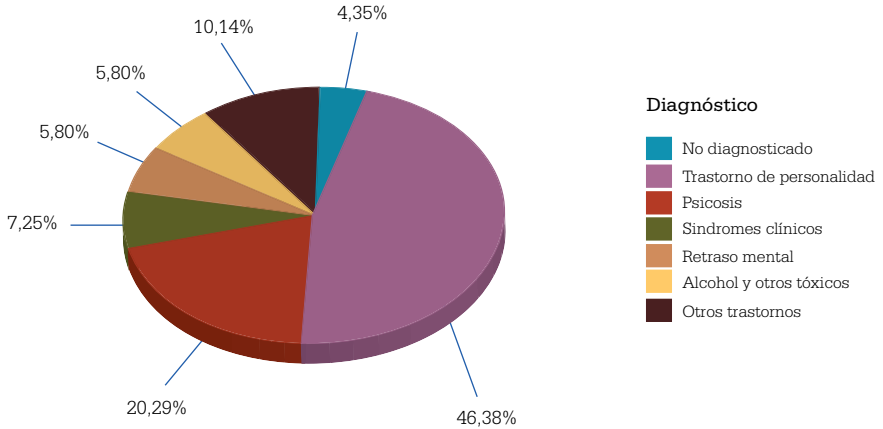
Diagnóstico psiquiátrico actual: 19-35 (porcentaje)

Finalmente, si *recodificamos la variable diagnostico actual* agrupando los trastornos de personalidad en un solo valor, al igual que las psicosis y los síndromes clínicos, obtenemos la siguiente distribución:



Diagnóstico psiquiátrico actual: 36-64 (porcentaje)

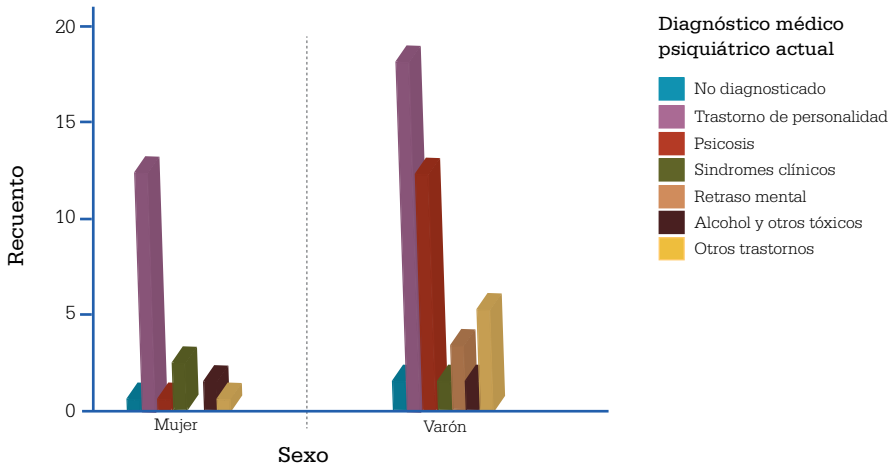
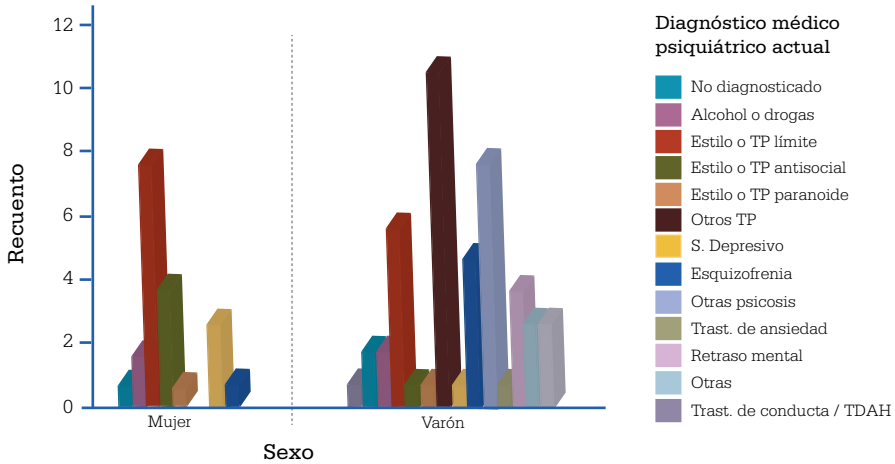
La relación entre la variable diagnóstico actual y la *variable rangos de edad* resulta significativa $\chi^2 (24) = 37,550 p \leq 0,039$, al igual que la relación entre la variable diagnóstico actual recodificada y la variable rangos de edad $\chi^2 (12) = 23,190 p \leq 0,026$.



La relación entre el diagnóstico actual psiquiátrico *según el sexo del victimario* resulta ser significativa $\chi^2 (12) = 27,773 p \leq 0,006$. Tal como se observa en el gráfico adjunto los hombres presentan una patología más variada que las mujeres. Resulta de interés destacar que no hay ninguna mujer que presente retraso mental. Un 38,1% de las mujeres presenta un trastorno límite de la personalidad y un 19% un trastorno antisocial de la personalidad; un 22,9% de los hombres presenta un trastorno de personalidad diferente al antisocial, al límite (un 12,5%) o al paranoide y un 16,7% presenta una psicosis diferente a la esquizofrenia.

Aún no resultando significativa la relación entre la *variable diagnóstico actual* recodificada junto con la *variable sexo* $\chi^2 (6) = 10,568 p \leq 0,103$, se puede apreciar en el siguiente gráfico que la gran mayoría de victimarios presenta un trastorno de personalidad, un 61,9% de las mujeres y un 39,6% de los hombres. Por otro lado, destaca que un 27,1% de los hombres presenta una psicosis.

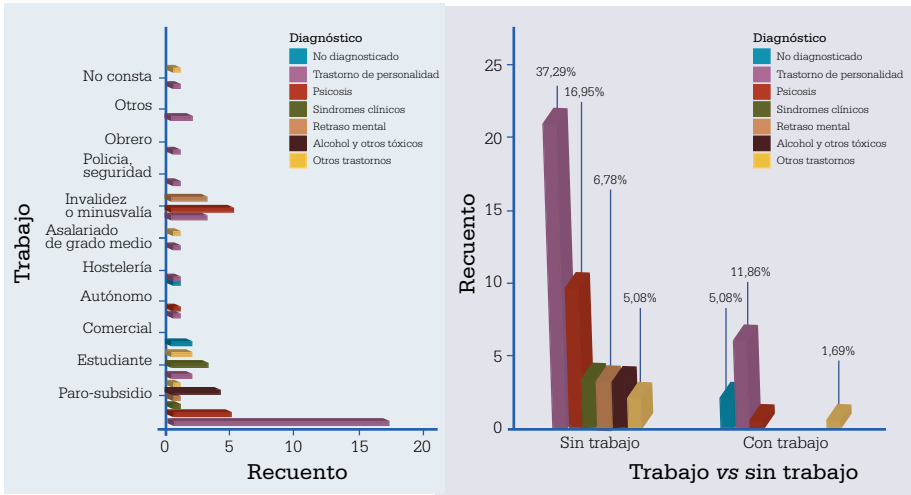
La relación entre la variable diagnóstico actual y la *variable trabajo* ya resultaba significativa antes de categorizarla $\chi^2 (120) = 172,534 p \leq 0,001$, hecho que se mantiene con posterioridad, siendo $\chi^2 (12) = 21,248 p \leq 0,047$. Los casos de invalidez o minusvalía se dan en individuos que presentan o un retraso mental o una psicosis o un trastorno de la personalidad. Destaca el hecho de que todos los individuos con un trastorno relacionado con alcohol u otros tóxicos se encuentran en situación de paro o subsidio.



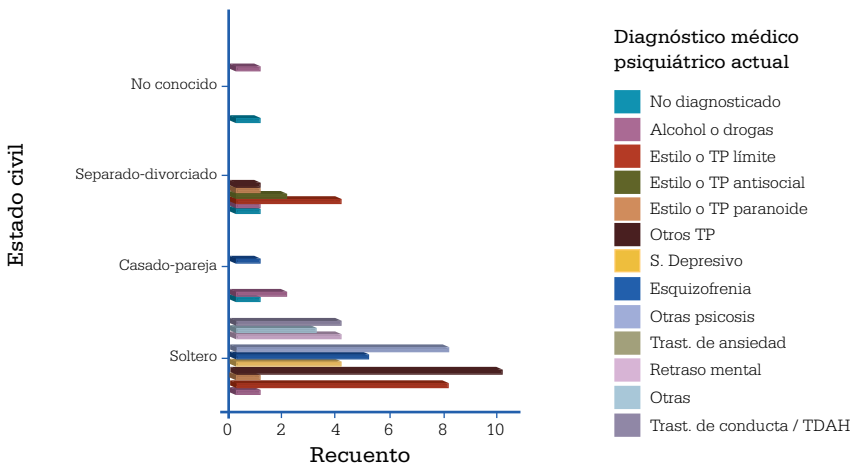
La relación entre la variable trabajo y la variable diagnóstico categorizada resulta igualmente significativa $\chi^2 (60) = 106,421 p \leq 0,000$; al igual que la variable diagnóstico categorizada y la situación laboral (sin trabajo vs. con trabajo) $\chi^2 (6) = 15,985 p \leq 0,014$.

La relación entre la variable diagnóstico actual y la *variable estado civil* resultaba igualmente significativa antes de categorizarla $\chi^2 (36) = 82,941 p \leq 0,000$, que después de categorizarla $\chi^2 (18) = 48,635 p \leq 0,000$. El gráfico que sigue pertenece a la variable antes de categorizarla, puesto que aporta mayor información. Como puede verse, la gran mayoría de individuos con un diagnóstico se encuentra soltero o separado/divorciado.

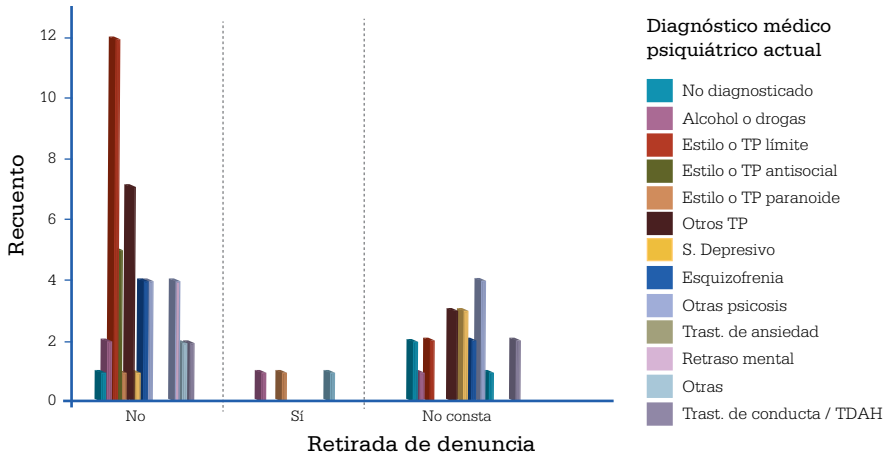
Destacar que todos los individuos solteros presentan un diagnóstico.



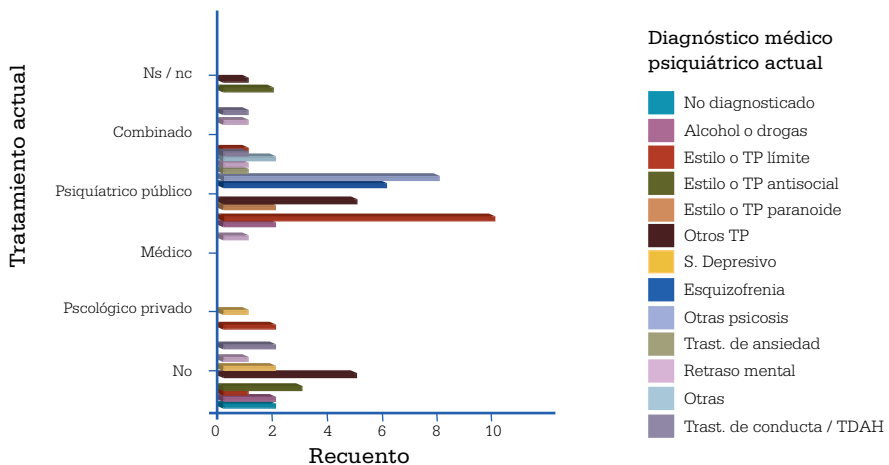
Resulta significativa la relación entre la variable diagnóstico actual y la *variable retirada de la denuncia* $\chi^2(24) = 39,760 p \leq 0,023$. Sin embargo, al categorizarla obtenemos una relación no significativa entre las variables $\chi^2(12) = 20,516 p \leq 0,058$. El siguiente gráfico se corresponde con la información aportada por la variable sin categorizar. Se observa que los casos en los que se ha retirado la denuncia se han dado cuando los victimarios presentaban un trastorno por alcohol u otros tóxicos, un estilo o trastorno de personalidad paranoide u otros trastornos.



Resulta significativa la relación entre la variable diagnóstico actual y la *variable tratamiento actual*, antes $\chi^2(60) = 83,917 p \leq 0,022$ y después de categorizarla $\chi^2(30) = 47,313 p \leq 0,023$. Se presenta el gráfico de la variable sin categorizar por aportar más información. Se observa que la mayoría de individuos recibe un tratamiento de tipo psiquiátrico público.

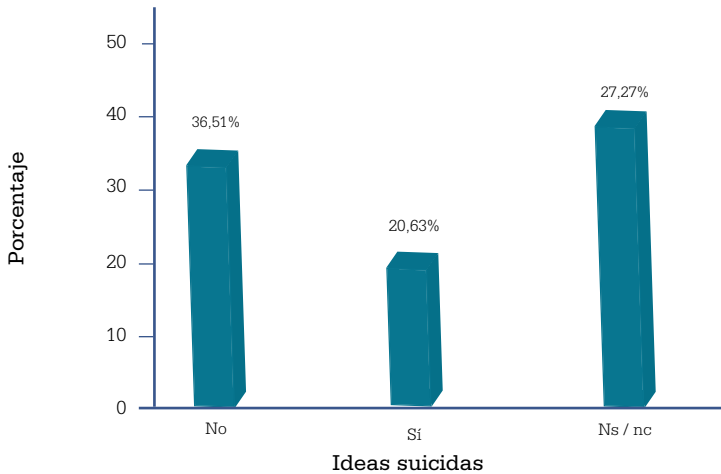


Destacar que, de los individuos que presentan un trastorno antisocial, la mitad no recibe ningún tratamiento y de la otra mitad se desconoce por falta de datos si lo recibe o no. Por otro lado, todos los individuos que presentan un trastorno de personalidad paranoide, una esquizofrenia u otras psicosis, o un trastorno de ansiedad u otros no recogidos en estas categorías, reciben un tratamiento psiquiátrico público.



g) Ideas suicidas

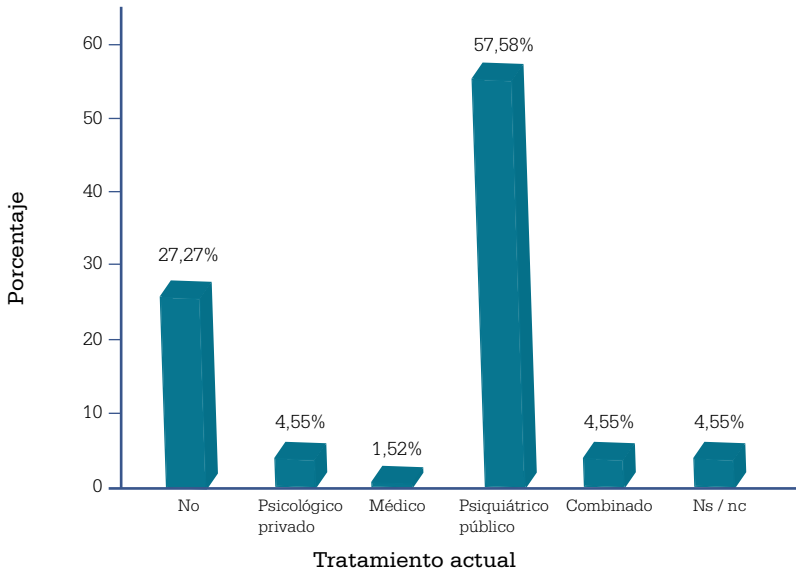
El 20,63% de los y las victimarios ha presentado ideas suicidas frente a un 36,51% que no. Del restante 42,86 % de los casos no se conocen datos. No resulta significativa la relación entre la variable ideas suicidas y la variable sexo $\chi^2 (2) = 4,004 p \leq 0,135$; ni con la variable rangos de edad $\chi^2 (4) = 2,054 p \leq 0,726$.



h) Tratamiento actual

Finalmente, un 57,58% de los victimarios se encuentran recibiendo un tratamiento en la actualidad frente a un 27,27% que no lo reciben. Destaca en su mayoría el de tipo público, en un 57,58% de los casos, frente a un 4,55% en el caso del privado.

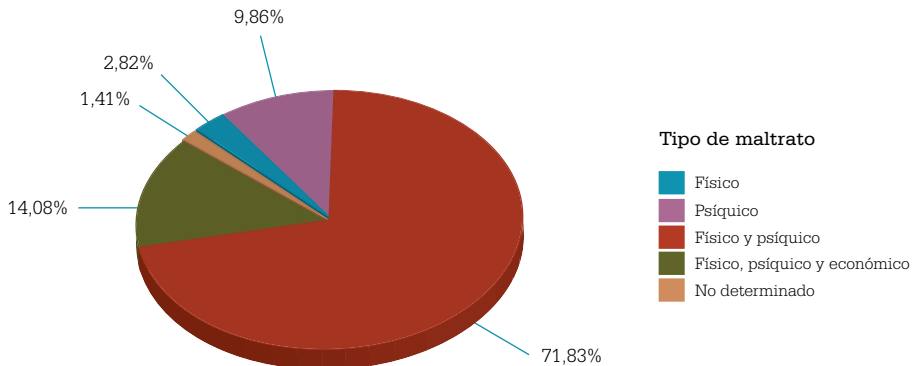
No se encuentran diferencias significativas respecto al sexo $\chi^2 (5) = 6,683 p \leq 0,245$, ni a los rangos de edad $\chi^2 (10) = 12,259 p \leq 0,268$.



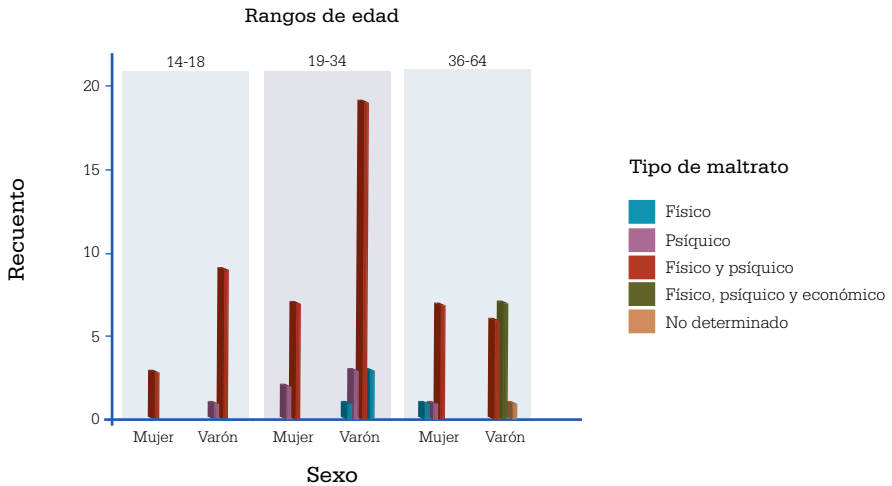
2. Características propias de la relación violenta

a) Tipo de maltrato

En un 71,83% de los casos el maltrato ejercido combina violencia física y violencia psicológica. Únicamente en un 14,08% de los casos incluye además de estas dos, la violencia de tipo económico. La violencia psíquica se presenta en el 9,86% de los casos, y la física en el 2,82%. No se ha detectado violencia sexual.



Si se combinan estos datos tanto con la variable sexo como con el rango de edad observamos que la mujer agresora no ejerce violencia de tipo psíquico si es menor de edad, pero sí cuando cumple más de 19 años. Por otro lado, la violencia conjunta de forms psíquica, física y económica sólo se da en varones mayores de edad, principalmente en los que tienen más de 36 años. De hecho, se trata del tipo de violencia que más se ejerce en esta franja de edad. Respecto a la violencia física, sólo se ejerce por varones de entre 19 y 35 años y por mujeres de entre 36 y 64 años. No resulta significativa la relación entre el tipo de maltrato ejercido y la edad por rangos $\chi^2(8) = 12,601 p \leq 0,126$, ni el sexo de los victimarios $\chi^2(4) = 5,959 p \leq 0,202$.

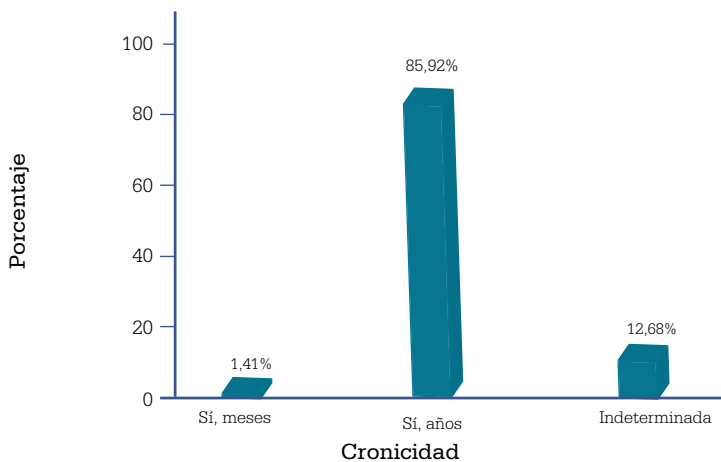


Si se analizan en profundidad el tipo de maltrato ejercido con respecto al rango de edad, se observa que aunque en todos los grupos de edad predomina la violencia mixta (combinación de violencia física con psíquica). Destaca un elevado porcentaje de violencia de tipo psíquico en el grupo de 19 – 35 años (14,29%), así como un elevado porcentaje de violencia de tipo combinado (física + psíquica + económica) en el grupo de 36 – 64 años (30,43%).

Tipo de maltrato	Rango de edad		
	14-18	19-35	36-64
Psíquica	7,69%	14,29%	4,35%
Física		2,86%	4,35%
Mixta (física + psíquica)	92,31	74,29%	56,52%
Combinada (física + psíquica + económica)		8,57%	30,43%
No determinado			4,35%

b) Cronicidad

El maltrato se considera crónico (años de duración) en el 86% de los casos. En el 1,4% de los casos la violencia filioparental lleva meses ejerciéndose mientras que resulta indeterminada en el 12,68% restante.

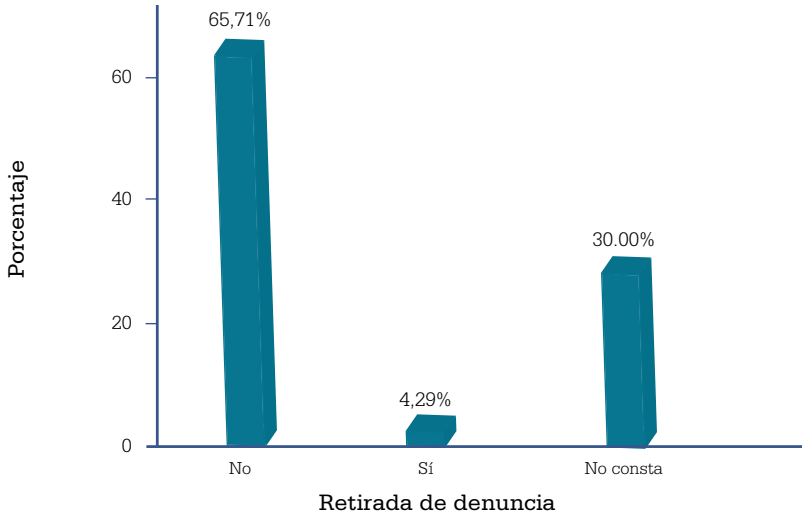


c) Denuncias previas

Por otro lado, más de la mitad (61,43%) presenta denuncias previas, en el caso de una única denuncia hablamos del 41,43%, mientras que un 20% presenta más de una. En un 31,43% de los casos no se ha detectado denuncia previa y en el restante 7,14% no se tiene constancia de los datos.

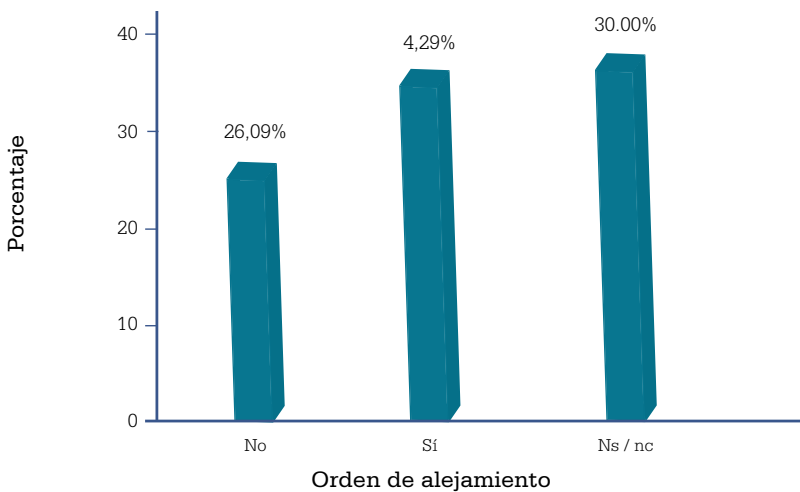
d) Retirada de denuncia

La retirada de la denuncia no se realiza en el 65,71% de los casos frente a un 4,29% en los que los progenitores deciden retirarla. Por otro lado, no se tienen datos del 30% de los casos.



e) Orden de alejamiento

El 26,09% de los victimarios no tiene una orden de alejamiento frente a un 36,23% que sí la tiene. Destacar que no se tiene constancia de si el 37,68% restante tiene o no tiene orden de alejamiento.

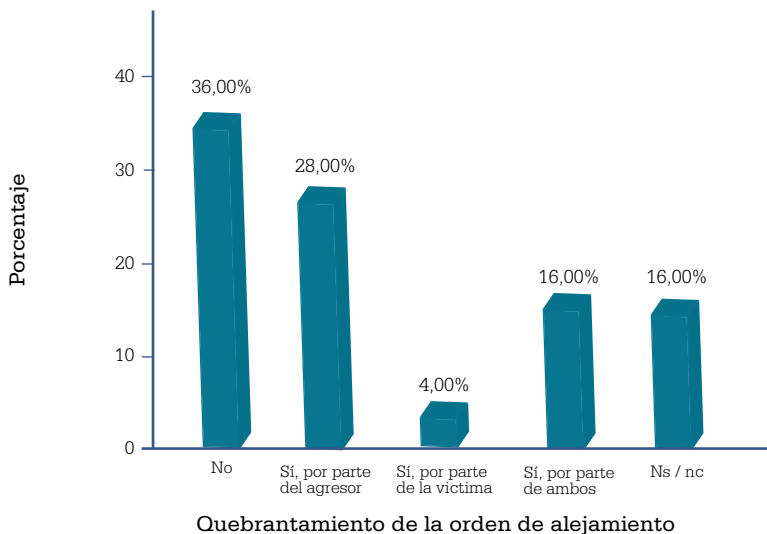


Si analizamos estos datos en función del *rango de edad*, se observa que la mayoría de victimarios con edades comprendidas entre los 14 y 18 años (33,33%) y con edades comprendidas entre los 19 y 35 años (32,35%) no tiene orden de alejamiento. Sin embargo, la mayoría (60,87%) de victimarios de entre 36 y 64 años sí presenta una orden de alejamiento frente al 13,04% que no la presental.

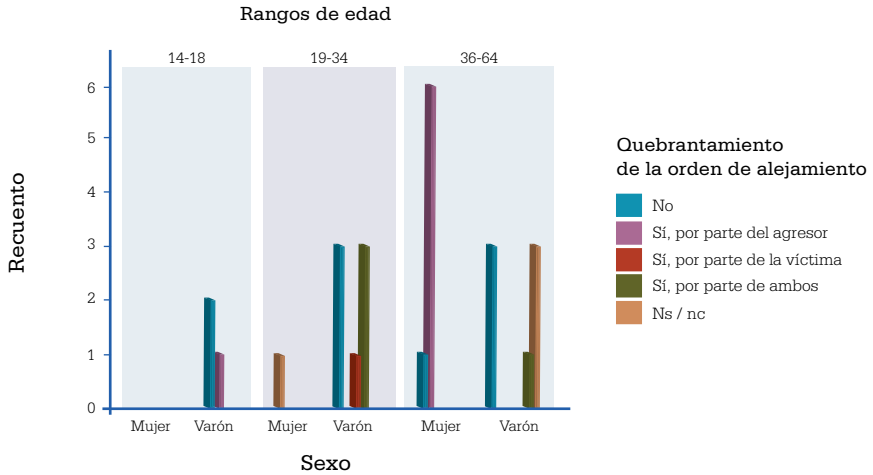
Orden de alejamiento	Rango de edad		
	14-18	19-35	36-64
Sí	25,00%	23,53%	60,87%
No	33,33%	32,35%	13,04%
Ns / nc	41,67%	44,12%	26,09%

f) Quebrantamiento de la orden de alejamiento

En el 36% de los casos, cuando existe una orden de alejamiento, no se quebranta. Por otro lado, cuando se quebranta, el 28% de las veces lo hace el victimario, el 16% la quebrantan víctima y victimario, mientras que en un 4% de los casos la orden la ha quebrantado sólo la víctima.



La relación entre la *variable sexo* y el quebrantamiento o no de la orden de alejamiento resulta significativa $\chi^2(4) = 13,529 p \leq 0,009$. Cabe destacar que la mayoría de los quebrantamientos se produjeron por parte de mujeres de entre 36 y 55 años y que ninguna mujer de entre 14 y 18 años presenta una orden de alejamiento. Por otro lado, los agresores, tanto de 19 a 35 años como de 36 a 64, cuando quebrantaron la orden de alejamiento fue quebrantada a su vez por las víctimas, en ningún caso los victimarios la quebrantaron sin el “consentimiento” de estas.



g) Uso de armas

Finalmente, resaltar el no uso de las armas en el 74,24% de los casos. Cuando se ha utilizado ha sido un arma blanca (6,06). Aunque la relación entre el uso del arma y el sexo de la víctima no es significativa $\chi^2(2) = 2,147 p \leq 0,342$, resulta de interés destacar que todos los victimarios que emplearon un arma blanca en el maltrato filiofamiliar fueron hombres.

3. Discusión

La muestra analizada procede del contexto judicial, concretamente de los casos que llegan a la Unidad de Valoración Forense Integral (UVFI) de Bizkaia. Por ello, los resultados de la presente investigación no deberían generalizarse extrapolándolos a la población normal o clínica, cuyos datos, como se ha podido comprobar en el apartado teórico, difieren significativamente entre sí.

Un ejemplo de esto es la edad mínima o máxima de la muestra analizada. Cualquier denuncia emitida por violencia filiofamiliar se efectúa contra hijos e hijas

cuya edad sea ≥ 14 años, por lo que en ningún caso una investigación cuya muestra proceda del ámbito judicial contemplará a menores de 14 años. Por otro lado, muchas de las investigaciones se efectúan sobre población normal o clínica, caracterizando a victimarios con edades inferiores a esta.

A colación de esto último, cabe resaltar que la violencia filiofamiliar se caracteriza y define principalmente por ser una violencia que hijos e hijas, con independencia de la edad que estos tengan, ejercen contra sus progenitores. Aunque es cierto que normalmente los estudios se suelen centrar principalmente en población adolescente, por su mayor incidencia demostrada y problemática particular, este tipo de violencia también es ejercida por hijos e hijas mayores de edad.

El objetivo de la presente investigación es, además de caracterizar la muestra que llega a la UVFI, analizar y comparar las características de los victimarios sean menores o mayores de edad. Resaltar que no se han localizado investigaciones que contemplen esta población en concreto (victimarios mayores de 19 años), por lo que resultará de interés para cualquiera que realice investigaciones futuras sobre este grupo tan invisibilizado.

En el caso concreto de la violencia filiofamiliar, es necesario señalar que no todos los casos que se judicializan son derivados a la UVFI, por lo que los resultados obtenidos son única y exclusivamente representativos de los casos que aquí llegan, en ningún caso de todos los casos judicializados. Se ha podido comprobar en el apartado de resultados que la muestra de menores de edad que agreden a su progenitores es mucho menor en comparación con los casos de agresores mayores de edad. Esto no significa que existan muchos más casos de agresores mayores de edad que de menores. Sencillamente, gran parte de los casos que se judicializan, o bien se considera que no es necesario emitir un informe y por tanto no se envían (ya sea a la UVFI, a la Clínica Medicoforense, a los Equipos Psicosociales...), o bien son derivados a los Equipos Psicosociales, por poner un ejemplo.

A continuación se comentan brevemente los *resultados más significativos*:

—La *víctima* principal de la agresión es la madre en el 93,3% de los casos, cuya edad media es de 50 años. Su estado civil predominante es el de casada o divorciada (53,3% de los casos). En cuanto al nivel académico, el mayor porcentaje (un 26,6%) tiene estudios primarios, seguido de una carrera superior en el 22,2% de los casos. Un 65,4% trabaja frente a un 34,6% que no lo hace. El 51,9% presenta un síndrome depresivo y un 22,2% un trastorno de ansiedad. El 96,3% no consume ningún tóxico y el 3,7% restante consume alcohol en combinación con estimulantes. El 73,3% ha recibido violencia mixta (combinación de violencia física y psicológica). No se han empleado armas en el 78,3% de los casos. El maltrato lleva años ejerciéndose en el 73,3% de los casos. Un 33,3% presenta

denuncias previas y un 42,9% no tiene orden de alejamiento que no se ha quebrantado en un 71,43% de los casos. En lo que respecta a los antecedentes de violencia en los progenitores víctimas, destaca que más de la mitad, un 54,2%, afirma haber observado violencia entre sus progenitores (siendo un 12,5% únicamente psíquica y un 41,67% mixta); y casi la mitad, un 43,5%, afirma haber sido víctima de violencia paterno-filial (siendo un 8,7% únicamente psíquica y un 34,78% mixta).

—En cuanto a la *población agresora*, el porcentaje de hijos agresores es mayor que el de hijas agresoras, 70,4% frente a 29,6% respectivamente. La edad media es de 31 años. Los victimarios mayores de edad representan el 81,7% de la muestra (49,3% de entre 19 y 35 años; y 32,4% de entre 36 y 64 años) frente al 18,3% restante que son menores de edad. Un 76,5% se encuentra soltero frente a un 14,7% divorciado. En cuanto al nivel académico, el mayor porcentaje (un 47,8%) tiene estudios primarios, seguido de graduado en E.S.O. en el 22,2% de los casos. La gran mayoría, un 79,6%, se encuentra en situación de desempleo frente a un 20,3% que se encuentra trabajando.

—Un 29% afirma no consumir ningún tipo de tóxico. Si se analiza el consumo de tóxicos en función de los rangos de edad se observa que:

- Un 23% de *los menores de edad de entre 14 y 18 años* consumen cannabis, seguido de alcohol en un 15,4% de los casos.
- Un 24,2% de los *mayores de edad de entre 19 y 35 años* consume cannabis, seguido de cocaína en un 21,2% y de alcohol en combinación con estimulantes en un 21,2%.
- Un 26,1% de los *mayores de edad de entre 36 y 64 años* consume alcohol, seguido de un 21,7% que consume cocaína y un 21,7% que consume opiáceos en combinación con estimulantes.

—En lo que respecta al diagnóstico actual:

- Un 31% de *los menores de edad de entre 14 y 18 años* presenta un trastorno límite de la personalidad, seguido de un TDAH en un 23% de los casos.
- Un 42% de los *mayores de edad de entre 19 y 35 años* presenta un trastorno de personalidad, siendo un 12,1% antisocial, un 6% límite, un 3% paranoide y un 21,2% un trastorno diferente a los anteriores. Un 30% presenta una psicosis.
- Un 34,8% de los *mayores de edad de entre 36 y 64 años* presenta un trastorno límite de la personalidad.

Pertenece a una *estructura familiar tradicional* en la que conviven junto con ambos progenitores en el 78,6% de los casos. Analizando en función del rango de edad: un 53,8% de individuos en el grupo de menores de edad de entre 14 y 18 años; un 85,3% en el grupo de mayores de edad de entre 19 y 35 años; y en el 82,6% del grupo de mayores de edad de entre 36 y 64 años. El porcentaje de victimarios procedente de una *estructura familiar monoparental* es del 17,1%. Analizando de nuevo en función del rango de edad: un 38,5% de individuos en el grupo de menores de edad de entre 14 y 18 años; un 8,8% en el grupo de mayores de edad de entre 19 y 35 años; y un 17,4% en el grupo de mayores de edad de entre 36 y 64 años.

En relación a los *antecedentes de violencia*, más de la mitad, un 56,6%, afirma haber observado *violencia entre sus progenitores* (siendo un 44% mixta). Analizando en función del rango de edad, un 66,7% de individuos en el grupo de menores de edad de entre 14 y 18 años ha sido testigo de violencia; un 45,4% en el grupo de mayores de edad de entre 19 y 35 años; y un 33,3% del grupo de mayores de edad de entre 36 y 64 años.

En lo que respecta a la *violencia paterno-filial*, más de la mitad los victimarios (un 57,4%) refieren haber sido víctima de la violencia ejercida por sus propios progenitores, siendo un 41,5% mixta. Analizando de nuevo en función del rango de edad, un 69,2% de individuos en el grupo de menores de edad de entre 14 y 18 años ha sido testigo de violencia; un 48,5% en el grupo de mayores de edad de entre 19 y 35 años; y un 31,6% del grupo de mayores de edad de entre 36 y 64 años.

Como puede verse, los porcentajes en ambos casos decrecen a medida que aumenta la edad de los victimarios. Sería interesante analizar el porqué de esta cuestión, ya que los datos dan a entender que la sociedad es cada vez "más violenta", pero lo cierto es que podría deberse al marco temporal. En el grupo de 36 a 64 años puede que la violencia haya ocurrido hace bastante tiempo, por lo que será más difícil que la recuerde en comparación con un individuo perteneciente a cualquiera de los otros grupos.

Aún no pudiendo establecer una relación significativa entre los antecedentes de violencia y la violencia filio-parental (puesto que no se comparan los datos de la población agresora con los datos de población normal), se puede comprobar el elevado porcentaje de casos en los que se ha sido testigo o víctima de la violencia en el medio familiar (tanto en el caso de las víctimas como en el de progenitores). Por ello, cobra fuerza la explicación de la transmisión intergeneracional de la violencia: los hijos e hijas que se desarrollan en un medio familiar violento aprenden a solucionar los problemas mediante comportamientos violentos.

En cuanto a la *caracterización de la relación violenta*, un 72% de la violencia ejercida es de tipo mixta (combinación de violencia física y psíquica), seguido de un

14% en el que además de esta, se ejerce la violencia económica. El maltrato llevan ejerciéndolo años en el 86% de los casos. Más de la mitad (61,4%) presenta denuncias previas. El 36,2% presenta una orden de alejamiento, que es quebrantada en el 48% de los casos: un 28% por parte del agresor; un 4% por parte de la víctima; y un 16% por parte de ambos.

Violencia intrafamiliar en personas mayores

M. L. de Francisco

Introducción

Los malos tratos a personas mayores son una realidad, si bien se desconoce la magnitud exacta de este fenómeno. Detectarlo resulta complicado y las denuncias raramente llegan de las propias víctimas. No es de extrañar, por tanto, que las estadísticas escaseen y su fiabilidad sea cuestionable. Con todo, los estudios revisados apuntan a que las personas mayores constituyen uno de los grupos sociales más afectados por el maltrato en sus diversas formas.

El maltrato hacia las personas mayores puede tener lugar en diferentes ámbitos: comunitario, institucional, sociedad, etc. Si ocurre en el ámbito comunitario, una de las categorías en las que se puede incluir es en la de violencia doméstica o familiar, en la que también se incluye el maltrato infantil y la violencia de pareja (Papadopoulos y La Fontaine, 2000) [164]. Estas categorías tienen aspectos comunes entre sí (como, por ejemplo, que las posibles víctimas dependen generalmente del posible responsable del maltrato), así como cuestiones específicas para cada una de ellas (por ejemplo, el hecho de que la violencia tienen lugar en distintos niveles sociales e individuales).

Las primeras publicaciones respecto al maltrato a mayores surgen a partir de la segunda mitad de los años setenta y principios de los ochenta, con los artículos elaborados por Baker (1975) y Burston (1975), (Recogido por Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2011) [165]. Estos primeros documentos encuadraban el maltrato a mayores dentro únicamente del contexto familiar, dirigido exclusivamente hacia mujeres mayores y haciendo referencia sólo al maltrato físico. Con el paso del tiempo, y tras la realización de diferentes investigaciones en relación al tema, se puede concluir que el maltrato hacia personas mayores se produce en cualquier ámbito, se presenta de diversas formas y su ocurrencia es independiente del sexo de la persona mayor.

En los últimos años se han producido una serie de cambios en la sociedad, como, por ejemplo, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la reducción del tamaño de las familias y del número de potenciales cuidadores de personas mayores que pueden influir negativamente en el cuidado directo a estas personas. Otro de los cambios acaecidos en los últimos años ha sido el aumento de la esperanza de vida, teniendo entre sus consecuencias el rápido aumento, tanto en términos absolutos como relativos, del número de personas mayores, especialmente del grupo de personas de 75 o más años (Reay y Browne, 2002) [166]. Estos cambios y otros muchos han podido influir en el incremento del

interés por parte de los expertos por el tema del maltrato hacia las personas mayores ya que pueden estar relacionados con un posible aumento del número de personas mayores maltratadas. La concienciación y sensibilización de los profesionales que trabajan con personas mayores pueden ayudar a identificar tanto a las personas mayores en riesgo de maltrato como a aquellas que ya están siendo maltratadas o están sufriendo algún tipo de negligencia.

El maltrato a mayores en el ámbito doméstico es difícil de identificar debido a la presencia de algunas barreras que pueden estar presentes en la persona mayor, en el cuidador, en los profesionales y en la sociedad en general. Por ejemplo, el aislamiento social de las posibles víctimas, la negación de la situación tanto por parte de las posibles víctimas como por parte del posible responsable del maltrato, la falta de concienciación en el tema por parte de los profesionales, la discriminación de las personas mayores simplemente por su edad, teniendo una visión negativa de la vejez y percibiéndolas como personas indefensas, dependientes, y necesitadas de ayuda y apoyo constante por parte de la sociedad en general.

Las conclusiones de la Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado, celebrada en Almería en 1995, resumen así la situación actual del problema en España:

- 1) Desconocemos la prevalencia.
- 2) El maltrato no es privativo de clase social desfavorecida. Puede darse en la familia o en instituciones y los principales implicados son los familiares y cuidadores.
- 3) El desconocimiento y la negación del problema dificultan la prevención y la intervención.
- 4) No disponemos de una legislación específica de protección de las personas ancianas frente a los abusos, pero se deben notificar los casos de sospecha.
- 5) Todo profesional en relación con el anciano debe estar alerta respecto a signos y síntomas de maltrato.
- 6) Los propios ancianos deben conocer los problemas del maltrato y los recursos sociales existentes para evitar reincidencias o secuelas.
- 7) Determinados factores de riesgo aumentan la probabilidad de maltrato.
- 8) Se necesita realizar más esfuerzo en investigación sobre el maltrato al anciano.

Marco Jurídico

Desde una perspectiva jurídica (Consejo General del Poder Judicial, 2009 y 2010) [167] y [168], se podría definir el maltrato como “las acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a una persona mayor de 65 años, y que se basan en una relación de proximidad o confianza, ya sea esta familiar o de otro tipo”.

El principal y primer maltrato es aquel que no respeta los derechos fundamentales de la persona mayor. Esto es algo que está recogido en todo tipo de declaraciones internacionales y pactos, firmados por la mayor parte de estados occidentales (Martínez Maroto, 2005) [169].

El Código Penal (1995) [170], es un conjunto de normas que aprobadas por el Parlamento y en vigor, que castigan los hechos constitutivos de delito o falta, mediante la aplicación de una pena o de una medida de seguridad. El Código Penal protege los bienes jurídicos esenciales, derivados generalmente de derechos constitucionales. Así se hablará de delitos contra la vida, contra el honor, contra la intimidad, contra la libertad y otros.

Legislación vigente española aplicable a la situación de maltrato de ancianos en el contexto familiar

Constitución Española (1978)

—Título Preliminar: Art.9.

—Título I: de los derechos y deberes fundamentales: Art. 10.

—Sección 1.^a: de los derechos fundamentales y de las libertades públicas: Art. 15, 17, 18, 24.

Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre)

—Título III: de las lesiones: Art. 147, 148, 153.

—Título III: de las detenciones ilegales y secuestro: Art. 163.

—Título III: de las amenazas: Art. 169.

—Título IV: de las agresiones sexuales: Art. 178.

—Título IX: de la omisión del deber de socorro: Art. 195, 196.

—Título IX: de los delitos contra los derechos y deberes familiares: Art. 226, 229, 230.

—Título XIII: de los delitos contra el patrimonio y contra el orden socio-económico: Art. 252.

Código Civil (Real Decreto de 14 de Julio de 1889)

—Título IV: de los alimentos entre parientes: Art. 142, 143, 144, 145, 146.

—Título IX: de la incapacitación: Art. 199, 200.

—Título X: de la tutela: Art. 222, 223, 269, 270.

Ley General de Sanidad

—Art. 10.

Ley de Enjuiciamiento Criminal

— Título I: de la denuncia: Art. 259, 262.

Otras leyes en relación al maltrato y al abuso

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

—Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.

—Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección de víctimas de malos tratos y la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

—Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica.

—Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.

- Ley 42/2003, de 21 de noviembre, de modificación del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de relaciones familiares de los nietos con los abuelos.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad de las personas con discapacidad.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos con carácter personal.
- Ley Orgánica 31/1995, de prevención de riesgos laborales.

La tipificación de algunos delitos de maltrato de ancianos en el contexto familiar

Un primer grupo de conductas graves, que tienen que ver especialmente con el maltrato son los actos relacionados con los malos tratos físicos, concretamente: las lesiones.

Delitos contra la vida e integridad física

Bajo este título 1º del libro II del Código Penal existen una serie de formas delictivas que, algunas más que otras, tienen que ver con los malos tratos. Así entre los delitos contra la vida, que por la gravedad del hecho en sí da al mismo una configuración especial, se encuentran el homicidio, el asesinato y la cooperación al suicidio, por su relación con algún tipo de eutanasia, no aceptada por el ordenamiento jurídico español.

Entre los delitos contra la integridad física, las lesiones están directamente relacionadas con los malos tratos, y suelen ser la forma más normal de malos tratos, al menos la que más ostensible se hace. Dice el art. 147 del C. P. :

1.- El que por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

Se nos habla del ejercicio de la violencia física, con independencia del resultado que la misma cause, que se ejerza frente a una persona mayor.

Indirectamente relacionado se encuentra también el artículo 143. 4, que recoge el supuesto de cooperación para el suicidio.:

El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

En este artículo se recoge el auxilio para el suicidio, tema que tiene que ver directamente con las personas mayores, aunque no solamente con ellos. Hay que advertir que en este delito la acción es coadyuvante y que se une al proyecto que el propio sujeto tiene de acabar con su propia vida. Tienen que darse estas dos circunstancias. Por lo tanto es algo bien diferente de la eutanasia o de cualquiera de sus variables.

Análisis especial del artículo 153:

El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este código, o golpeara o maltratara de obra a otro sin causarle lesión, o amenazara a otro de modo leve con armas y otros instrumentos peligrosos, cuando en todos estos casos el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el artículo 173,2. será castigado...

Este artículo se hace referencia a la violencia de género, regulada en el artículo 173 y supone una amplia apertura a cualquier tipo de agresión o maltrato de obra o de otro tipo, que no tenga cabida en el articulado anterior, basado fundamentalmente en la importancia de la agresión y en el tiempo que tardan en curar las heridas.

Delitos contra la libertad

Entre los delitos contra la libertad se encuentran la privación de libertad, las amenazas y las coacciones (artículos 163, 169 y 172 respectivamente del código penal). Se podría hablar aquí genéricamente de Detenciones ilegales.

La privación de libertad del artículo 163 es importante, basta observar las inmovilizaciones o confinamientos paliativos. El artículo 163, en su primera parte señala:

El particular que encerrare o detuviere a otro, privándole de libertad, será castigado con la pena de prisión de cuatro a seis años...

Las amenazas y coacciones están más directamente relacionadas, por frecuentes, con los malos tratos, aunque la falta de consumación y la verdadera intención del amenazante junto con la gravedad de la misma hacen que estemos hablando en muchas ocasiones de una falta y no de un delito. Conviene no olvidar que son muchas las personas mayores que sufren amenazas, a veces graves, y que quedan sin respuesta punitiva.

De las torturas y otros delitos contra la integridad moral

Otro grupo importante de derechos constitucionales vulnerados son todos los relacionados con el trato denigrante y las torturas.

Dice el art. 173 del Código Penal que el que infligiere a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con pena de prisión de seis meses a dos años. Este artículo trata de evitar el trato vejatorio a las personas, y en concreto a las personas mayores. Es de aplicación relativamente frecuente a las personas mayores y busca proteger la dignidad de la persona.

Omisión del deber de socorro

Dice el artículo 195: “El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave. Cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con...”

Aunque la concordancia de este delito tiene que ver con el tráfico y circulación de vehículos a motor y con la seguridad vial, no podemos dejar pasar por alto que la denegación de ayuda ante un peligro grave y manifiesto está muy relacionado con la denegación de asistencia sanitaria y con la necesidad de denunciar los casos de maltrato que se conocen, como consecuencia de la profesión sanitaria, en personas incapaces o de extrema fragilidad. Asimismo afecta a los responsables del cuidado de personas mayores, carentes de autonomía personal.

Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad de domicilio

Puede constituir este grupo de delitos una forma muy común de malos tratos, son todos los relacionados con lo que en bioética se denomina confidencialidad; vulnerar y no respetar la intimidad, descubrir secretos, apoderarse de cartas y mensajes, escu-

chas telefónicas, etc... son conductas que vulneran los derechos de las personas mayores. Es más, es una forma muy común de maltrato a los mayores. Las penas pueden ser de uno a cuatro años de prisión y multa de doce a veinticuatro meses.

Delitos contra el honor

La calumnia y la injuria son los delitos típicos del título XI, que habla de los delitos contra el honor. Mucho más relacionado está el segundo que el primero con los malos tratos. La injuria es la acción o expresión que lesiona la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación. Sólo se considerarán delito las injurias graves. El menoscabo de la autoestima de las personas mayores es relativamente frecuente. Este delito está muy relacionado con el derecho a la dignidad de la persona que recoge el art. 10.1 de la Constitución. Para denunciar debe existir el “animus injuriandi” y se debe haber causado realmente un daño objetivable a la dignidad de la persona.

Delitos contra las relaciones familiares

Bajo este epígrafe se incluyen los posibles delitos tipificables que más relación tienen con el maltrato. La sección 2ª de este título XII nos habla del delito de abandono de familia, menores o incapaces:

El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherente a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados, será castigado con la pena de arresto de ocho a veinte fines de semana.

Es un delito perseguible a instancia de parte, razón por la que no hay excesivos casos en los tribunales, ya que el número de personas mayores dispuestas a reclamar es lógicamente poco significativo.

Delitos contra el patrimonio

El robo y el hurto son los dos típicos delitos de este título XIII del Código Penal, ambos de especial relevancia y aplicación al tema que nos ocupa. La diferencia entre el robo y el hurto se basa en el empleo de la “fuerza en las cosas” o “la violencia e intimidación

en las personas”, que caracteriza al primero a diferencia del segundo. Los dos tienen importancia y son recurrentes en el tema de los malos tratos a personas mayores, así como la apropiación indebida y el robo de uso.

El artículo 235.4 dice: “Cuando el hurto se haya realizado abusando de las circunstancias de la víctima”. Especiales suelen ser las circunstancias de las personas mayores, que ponen a las mismas en situación de clara desventaja, extrema necesidad, abuso de confianza, amenazas, etc. Un gran porcentaje de los malos tratos hace referencia al grave quebranto económico causado por agresor, que se ha valido del robo, el hurto o de otras argucias para perpetrarlos.

Especial referencia al delito de violencia doméstica

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre que modifica el Código Penal en materia de protección a las víctimas de malos tratos y la Ley de Enjuiciamiento Criminal ha traído como resultado la tipificación del delito de violencia doméstica, que se recoge en el artículo 153 del código penal, antes mencionado.

Por otro lado el “ejercicio de la violencia psíquica” también está recogido en el Código Penal, así el artículo 173.2 dice:

El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

Todas las lesiones en el ámbito familiar son delito y aunque se asocie necesariamente con la relación de pareja, la redacción del artículo no deja lugar a dudas, habla también de ascendientes que convivan con el presunto agresor.

El daño psicológico tiene mucho que ver con delitos como las amenazas, coacciones, calumnias, injurias como ya se ha recogido anteriormente. En un nivel menos técnico, se suele hablar de delitos o faltas de carácter psicológico, cuando existen insultos graves, vejaciones, gritos humillantes, amenazas de todo tipo, prohibiciones que atenten abiertamente contra la dignidad que es propia a todo ser humano, exclusión social reiterada y grave, aislamiento y soledad provocadas, y un largo etcétera.

Definición de maltrato

Una de las definiciones más aceptadas ha sido la acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las personas mayores (INPEA, 1995) [171] y [172], y apoyada en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid en el año 2002. La declaración de Toronto (OMS 2002) dice así: *“el maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”*. En esta definición habría que incluir tres aspectos adicionales. El primero de ellos es que para ser considerado como malos tratos hacia las personas mayores tiene que haber tenido lugar a partir de que la persona mayor tenga 65 o más años. En segundo lugar, que se consideran malos tratos tanto si la acción u omisión es intencional como si no lo es y, finalmente, que puede tener lugar en diferentes ámbitos como la familia, las instituciones o la sociedad.

En España, en el año 1995 se celebró la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado, surgiendo como resultado de la misma la Declaración de Almería, según la cual, «maltrato a mayores sería todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones) que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”.

Tipos de maltrato

Existen diferentes clasificaciones de los tipos de maltrato. Es conveniente que existan tipologías universales, por un lado, porque en función del tipo de maltrato que esté presente se pondrían en marcha unas determinadas estrategias de intervención u otras, y, por otro lado, si existe una clasificación bien definida de los tipos de maltrato, los profesionales conocerán de forma exacta cuáles son los indicadores de cada tipo

específico, facilitándoles la tarea de la detección e identificación de los posibles casos de maltrato (Perez-Rojo, 2004) [173].

También es preciso tener en cuenta que es probable que estén presentes de forma simultánea varios tipos de maltrato. Por ejemplo, una persona mayor puede estar siendo maltratada económica, física y psicológicamente al mismo tiempo por un familiar.

Es muy común utilizar el término “maltrato a personas mayores” como una categoría que incluye todos los tipos de maltrato o de comportamiento abusivo hacia las personas mayores. Este maltrato puede ser una acción u omisión, intencional o no intencional, de uno o más tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, económico, negligencia, autonegligencia, abandono y violación de los derechos, que provoca un sufrimiento innecesario, lesiones, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y una disminución en la calidad de vida (Hudson, 1991) [174]. Que un comportamiento sea etiquetado como abusivo, negligente o de explotación podría depender de su frecuencia, duración, intensidad, gravedad, consecuencias y contexto cultural en el que tenga lugar.

Tras la revisión de la literatura sobre diferentes tipologías existentes de malos tratos hacia las personas mayores, compartimos la de Pérez Rojo (2004) [175]. Los tipos de maltrato podrían clasificarse de la siguiente forma, tal y como se muestra en la *tabla 1*.

Entre los tipos de malos tratos a las personas mayores se pueden incluir los siguientes:

- *Maltrato físico*. Se define como el uso intencionado de la fuerza física o violencia que puede dar lugar a lesión corporal, dolor físico o perjuicio. Como por ejemplo heridas, quemaduras, fracturas, uso inapropiado de fármacos, alimentación forzada o falta de ella, castigo físico, incluyendo medidas de contención (ataduras...), etc.
- *Maltrato psicológico*. Supone causar intencionadamente angustia, pena, sentimiento de indignidad, miedo o aflicción por medio de actos verbales o conducta no verbal (amenazas, insultos, intimidación, humillación, ridiculización, infantilización, privación de seguridad y/o afecto, invalidación, objetivización, etc.).
- *Maltrato económico*. Se define como el uso ilegal o inapropiado de fondos, propiedades y otros recursos del anciano o negarle el control directo sobre su patrimonio. Incluye el obtener dinero, sin autorización o permiso, falsificación u obligación a firmar algún documento y uso inapropiado de tutela o curatela.
- *Abuso sexual*. Se considera al comportamiento (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, consumado o no, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento (violación, tocamiento, acoso sexual, hacer fotografías, etc.).

Tabla 1: tipos de maltrato hacia los ancianos en el ámbito familiar

Tipo	Definición y conductas de maltrato	Indicadores: consecuencias para el anciano
Físico	Uso de fuerza física que ocasiona daño corporal, dolor o deterioro físico: - Golpear - Empujar - Abofetear - Quemar - Encerrar en una habitación - Usar contención física - Usar contención química	- Moratones - Fracturas - Quemaduras - Marcas de ataduras en las mulecas - Dolor al ser tocado - Heridas - Desprendimiento de retina - Ausencia de pelo - Sangre en el cuero cabelludo
Psicológico	Causar intencionadamente angustia, pena, sentimiento de indignidad, miedo o aflicción: - Amenazas - Aislamiento - Ignorar y menosprecio - Impedir tomar propias decisiones - Maltrato verbal - Infravaloración - Descalificación	- Cambios repentinos de conducta - Miedo inexplicable - Ansiedad - Depresión - Impotencia o indefensión - Indecisión para hablar abiertamente - Poco comunicativo - Falta de contacto visual - Agitación
Económico	Uso ilegal o inapropiado de fondos, propiedades y otros recursos del anciano: - Obtener dinero sin autorización o consentimiento del anciano - Falsificación - Obligar a firmar algún documento	- Patrón irregular en gastos y/o retirada de dinero - Cambios repentinos en el testamento - Falta de utensilios-objetos que el anciano podría permitirse - Inclusión de nombres adicionales en la cuenta bancaria - Firmas falsificadas - Desaparición inexplicable de propiedades - Facturas no pagadas sin razón
Sexual	Cualquier acto sexual sin consentimiento del anciano: - Tocamientos - Fotografías impúdicas - Asalto sexual - Sodomización - Violación - Desnudez forzada	- Moratones alrededor del las mamas y/o genitales - Enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación racional - Hemorragias vaginales y/o anales sin explicación - Ropa interior rasgada, manchada o con sangre

Tabla 1: tipos de maltrato hacia los ancianos en el ámbito familiar
(continuación)

Tipo	Definición y conductas de maltrato	Indicadores: consecuencias para el anciano
Violación de derechos	<p>Negar o no tener en cuenta los derechos fundamentales del anciano:</p> <ul style="list-style-type: none"> -A la igualdad plena ante la ley -A la vida -A la libertad -Al honor, la intimidad personal y a la propia imagen -A la libertad de residencia -A recibir información veraz -A la participación activa en los asuntos públicos -A la tutela de los jueces 	<ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la autoestima del anciano -Pérdida de confianza del anciano
Espiritual	<ul style="list-style-type: none"> -Impedir asistir y/o recibir servicios religiosos -Impedir rezar y/o tener símbolos religiosos 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - No acudir a los servicios religiosos
Negligencia	<ul style="list-style-type: none"> -No cubrir sus necesidades básicas -Abandono -Falta de privacidad -Malas condiciones ambientales y de asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> -Carencia de cuidado personal -Úlceras por presión -Malnutrición /Deshidratación -Vestimenta inadecuada -Suciedad, falta de higiene

—*Negligencia*. Se considera como trato negligente al rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar cualquier parte de las obligaciones o deberes a un anciano, de forma voluntaria o involuntaria. Incluye no aportar medidas económicas o cuidados básicos como alimentación, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, medidas de confort, seguridad personal; incluidos en una responsabilidad implícita o acordada.

—*Abandono*. Supone la deserción o abandono por un individuo que ha asumido el papel del cuidador o por la persona que tiene la custodia física. Algunos autores incluyen el abandono como una forma de negligencia del cuidador.

—*Violación de los derechos básicos*. Este tipo de malos tratos se relaciona a menudo con los malos tratos psicológicos. Consiste en privar a la persona mayor de los derechos

básicos que le corresponden legalmente (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa). Los indicadores podrían ser: ocultarle o abrirle el correo, que no se le permita ir a la iglesia, que no se le permita tener la puerta de su habitación abierta o cerrada.

Epidemiología

La prevalencia del maltrato y la negligencia hacia personas mayores es muy difícil de estimar. Cifras reales sobre el maltrato a ancianos son difíciles de obtener, por un lado debido al aislamiento en que se encuentran las víctimas, o por la negativa de la víctima a denunciar por temor a las potenciales represalias, y por otro, porque los actos ocurren, mayoritariamente, dentro del seno familiar lo cual hace que sea más difícil detectar los casos de maltrato.

El mayor porcentaje de maltrato a mayores se produce con mayor frecuencia en el ámbito familiar y ocurre dentro del contexto de una relación ya existente, ya sea con familiares, en relaciones estrechas o dentro del contexto del cuidado profesional. Las estimaciones globales, incluyendo maltrato psicológico, verbal y económico, indica unas tasas de prevalencia entre el 1 y el 10% según diferentes estudios aunque este porcentaje debe ser tomado únicamente como un dato orientativo ya que la mayoría de los casos no son informados y/o detectados; por otro lado, en los últimos años distintos estudios sugieren que la negligencia es el tipo más frecuente de maltrato (National Center on Elder Abuse, 1998) [176].

Los datos más aceptados en la bibliografía internacional establecen la prevalencia global de maltrato de personas en el ámbito familiar entre el 3% y el 12% de los mayores de 60 años, correspondiendo los porcentajes más altos a las personas más ancianas y con mayores grados de dependencia. En nuestro país, se han publicado cifras que oscilan entre el 4,7% y el 12% de los ancianos españoles han experimentado una o más formas de maltrato y/o negligencia en algún momento de su vida desde los 65 años, recogiéndose más de una forma o tipo de malos tratos en el 26-50% de los casos. Los hijos aparecen como los principales responsables de los malos tratos en este contexto: 50-60% de los casos [165]. Estas cifras concuerdan con los resultados obtenidos en un estudio realizado en el ámbito legal: 55,7% el agresor es el hijo (De Francisco ML y Solano M, 2012) [166].

Bazo (2001) [167], a través de una entrevista realizada a personal de servicio de ayuda a domicilio, obtuvo los siguientes datos: del total de 111 ancianos, un 4,7%, eran víctimas de maltrato familiar. La negligencia en el cuidado físico estaba presente en más del 70% de los casos, seguido por la negligencia en el cuidado psicoafectivo (alrededor del 50%) y el maltrato psicológico-emocional (entre 15% para los hombres y el 36% para las mujeres). También había casos de abuso material y maltrato físico.

Según la OMS y la INPEA (2008) [179], en 2008 entre un 3 y un 5% de los ancianos de 60 o más años que vivían en la comunidad eran víctimas de maltrato, de los cuales, el 75% se realizaba en el contexto familiar, y más de un 30% de ellos experimentaban más de un tipo de maltrato. Finalmente, Iborra (2008) [180] en su estudio detectó que los datos de prevalencia eran bastante diferentes si la fuente de información era el anciano o era el cuidador. En función de las respuestas de los ancianos, el 1.5% decía haber experimentado maltrato, pero si el cuidador era quien informaba, el porcentaje aumentaba hasta un 4.6%. Y también el tipo de maltrato difería según la fuente de información: un 1,7% de los cuidadores aceptaron haber realizado abuso económico, maltrato psicológico y/o maltrato físico, mientras que los ancianos denunciaban haber sido víctimas de abuso económico en el 0,8% de los casos, 0,5% de negligencia, 0,5 de maltrato psicológico y 0,3% de maltrato físico.

Ambos tipos de discrepancia interestudio e intraestudio pueden deberse a diferentes factores: sustantivos (por no utilizar la misma delimitación conceptual), metodológicos (todavía no hay un instrumento validado y aceptado por la comunidad científica para evaluar el maltrato a ancianos) y muestrales (se utilizan distintas fuentes de información).

Los resultados del estudio de prevalencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco son poco concluyentes [165] según los investigadores, buena muestra de ello es que la prevalencia encontrada en diversos estudios oscila entre 0,8% y 52,6%. La prevalencia de sospecha de malos tratos percibida por la propia persona fue mayor del 0,9%, en tanto que los entrevistadores percibieron sospecha de malos tratos, aunque el entrevistado no lo haya declarado en un 1,5% de los casos. El tipo de malos tratos percibido con mayor frecuencia por parte de la persona mayor son los malos tratos psicológicos, seguido de la negligencia y malos tratos físicos y sexuales. No encontraron casos de malos tratos económicos.

Los estudios sobre prevalencia de sospecha de malos tratos a ancianos obtienen prevalencias altas, de 11,9 %. Detectar los malos tratos precisa un elevado índice de sospecha, ya que sólo se diagnostica aquello en lo que se piensa. Entre los factores asociados a la sospecha de malos tratos presentes en la persona mayor destacan: ser mujer, tener entre 60 y 74 años, bajo nivel económico y de instrucción, estar separado/a o divorciado/a, tener una mala salud percibida, ser dependiente tanto para las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, presentar puntuaciones altas en ansiedad y depresión, tener una baja calidad de vida, no tener apoyo social, estar sobrecargados, presentar riesgo de malos tratos hacia la persona que cuidan, presencia de estereotipos negativos asociados al envejecimiento y preocupación por la vejez. Mantener esta alerta implica la necesidad de formación en la valoración de situaciones de riesgo, indicadores, etc., pero la sospecha por sí misma no define los malos tratos.

Instrumentos para valorar la sospecha de maltrato al anciano

Ante la sospecha de que el anciano sea víctima de maltrato en el ambiente familiar, la Asociación Médica Americana sugirió que el médico debe realizar cinco preguntas al anciano (Aravanis, Adelman, Breckman, 1993) [181]. Son las siguientes:

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

En 1994 la Canadian Task Force, [182], propuso añadir las siguientes:

- ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
- ¿Alguien toma cosas que le pertenecen sin su permiso?
- ¿Está solo a menudo?

Las respuestas que un anciano víctima de maltrato puede dar a estas diferentes preguntas van a estar muy sesgadas tanto por lo que el propio anciano considera que es maltrato como por el resto de barreras que posteriormente describiremos. Sin embargo, ya se cuenta con instrumentos de screening consensuados y validados a nivel nacional e internacional

Los instrumentos que se utilizan para la detección de situaciones de malos tratos son sobre todo instrumentos de cribado, aunque también se recomienda el uso de protocolos o pautas para identificar y responder ante situaciones de malos tratos. El cribado es un servicio de salud público y la valoración de los instrumentos de screening se realiza con rigor científico (Perel-Levin, 2008) [183]. La OMS propuso elaborar un instrumento general aplicable en los diferentes países (Pérez-Rojo, G. e Izal, M. (2007) [184]. En 2008 la Unidad de Envejecimiento y Curso de vida de la OMS generó un grupo de trabajo para desarrollar y validar un instrumento fiable para distintos contextos geográficos y culturales. De aquí surgieron el EASI (Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores) y el SWEF (Formulario de Valoración para Trabajo Social),

cumplimentado por el médico, y el SWEF que consta de 53 preguntas a realizar al paciente, divididas en 8 secciones más 13 preguntas que ha de contestar el trabajador social para diagnosticar la sospecha de maltrato y/o negligencia hacia el anciano. Las ocho secciones son las siguientes:

1. Historia social
2. Dinámica familiar: cónyuge, hijos, nietos, otras relaciones estables, otros miembros de la familia
3. Actividades de la vida diaria
4. Estado físico y mental
5. Vivir con una persona a quien tiene que cuidar
6. Familia y actividades sociales
7. Dependencia económica del paciente, dependencia de alguien sobre el paciente
8. Preguntas directas sobre maltrato (¿se ha sentido amenazado o atemorizado?, ¿cree que alguien conocido le maltrata?, ¿alguien cercano le hace daño emocional, físico, sexual, económico, descuidando sus necesidades básicas, negligente?)

Los instrumentos de cribado y de evaluación de los malos tratos hacia las personas mayores tienen un papel importante en áreas clínicas y de investigación. El principio básico de los programas de cribado es que «hacen más bien que daño» [182]. El cribado es importante porque, esta forma de malos tratos, igual que los malos tratos domésticos en otros grupos de población, es con frecuencia un problema oculto e identificarlo es el primer paso para poder intervenir a fin de promover la seguridad y el bienestar de esas personas.

En la aplicación de instrumentos de detección, debe tenerse en cuenta que presentan limitaciones que pueden afectar a la interpretación de los resultados (Fulmer, 2008) [185]: diferencias culturales, deterioro cognitivo, miedo a falsas acusaciones, intencionalidad de los malos tratos, etc. Los malos tratos hacia las personas mayores tienen lugar en un entorno determinado, por lo que sin una evaluación global del contexto biopsicosocial de los malos tratos hacia las personas mayores, los instrumentos de cribado o evaluación tienen significativas limitaciones, como se ha señalado anteriormente.

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Sancho, M.T. y Grupo de Investigación Trátame Bien (2010) [186]. Este grupo trabajó en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de malos tratos hacia personas mayores, validando tanto

el (EASI), instrumento para la detección de sospecha de malos tratos a las personas mayores, como el formulario de evaluación de trabajo social (FETS) cuyo objetivo es la confirmación de casos de sospecha de maltrato.

Teorías sobre los malos tratos a mayores

Las explicaciones sobre las causas de los malos tratos son diversas. Algunas teorías son de carácter individual y contemplan las causas de la violencia basada en las características de las personas o en los efectos, por ejemplo, del abuso del alcohol u otras drogas y de la psicopatología. Otras teorías son socio-psicológicas y se fijan en la interacción de la persona y en el rol del aprendizaje en el desarrollo de la conducta violenta. Las teorías socio-culturales, por su parte, enfatizan la importancia de las estructuras sociales y las organizaciones institucionales en el desarrollo de la violencia. Por tanto, no parece que haya una sola explicación para cualquier forma de violencia doméstica, incluido los malos tratos a mayores, y diferentes teorías explican distintos aspectos de un problema complejo. La investigación sugiere que las explicaciones teóricas deben dirigirse no sólo a las características individuales de las posibles víctimas mayores y sus posibles responsables de malos tratos, sino también al contexto general dentro del que ocurren estas situaciones Schiamberg, L.B., & Gans, D. M. (2000) [187], cuestiones señaladas en el modelo ecológico.

Son varias las perspectivas que se han utilizado con este objetivo, exponiendo a continuación las más relevantes:

1. **Modelo situacional.** Es la primera teoría elaborada para explicar los malos tratos a mayores. Se asocia especialmente con el modelo explicativo del maltrato infantil y menos con otras formas de violencia intrafamiliar (Phillips, 1986) [188]. La premisa básica de este modelo consiste en que el aumento del estrés, es el posible responsable del maltrato, asociado a ciertos factores situacionales y/o estructurales, aumenta la probabilidad de que se produzca el maltrato hacia las personas mayores, percibidos como la fuente de estrés. Las variables situaciones que han sido asociadas con el maltrato a personas mayores incluyen:
 - Factores relacionados con la persona mayor, como la dependencia emocional y física, mala salud, estado mental deteriorado y personalidad “difícil”.
 - Factores estructurales: Como tensiones económicas, aislamiento social y problemas ambientales.
 - Factores relacionados con el cuidador: Crisis vitales, *burnout*, carga o agotamiento debido al cuidado de la persona mayor, problemas de abuso de sustancias y experiencias previas con la violencia.

2. **Modelo patológico.** Esta teoría se centra en ciertas características presentes en la persona responsable de los cuidados, por ejemplo problemas psiquiátricos y abuso de drogas y alcohol (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998) [189]. La disminución de la capacidad de una persona para tolerar la frustración y para controlar su conducta, debido por ejemplo, a la dependencia del alcohol, está asociada a las acciones violentas y abusivas hacia otra persona. Los malos tratos económicos también podrían ser resultado del abuso de sustancias, ya que el posible responsable de los malos tratos podría necesitar dinero para costear ese consumo.

Como manifestaciones más representativas estarían: dificultad para controlar los impulsos, estados de ansiedad altos, baja autoestima, escasa empatía con la persona que cuidan, afectividad negativa hacia la persona que cuidan, depresión y estrés.

3. **Teoría del intercambio social.** Esta teoría está basada en el principio de que una interacción social incluye el intercambio de recompensas y castigos entre al menos dos personas y todos los individuos implicados en la misma buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción, de forma que las interacciones sociales se mantienen siempre y cuando los beneficios sean mayores que los costes y, el nivel de satisfacción con la relación sea más alto que el nivel de comparación con las alternativas [186]. Esta teoría, puede ser utilizada para explicar los malos tratos a mayores bajo la presunción de que las personas mayores maltratadas están más indefensas, son más dependientes y vulnerables que las personas con las que interactúa y, como consecuencia, tienen menos alternativas para continuar la interacción.
4. **Perspectivas teóricas de la economía crítica y la economía política del envejecimiento.** Estas teorías hacen hincapié en el impacto de la sociedad sobre la vida de las personas mayores, marginados dentro de la sociedad, dentro del entorno familiar y fuera de él. Algunos autores consideran la construcción social de la pobreza y del estatus dependiente en la vejez, así como el menor valor de las personas mayores en nuestra sociedad como resultado, aunque no exclusivamente, de las diversas políticas sociales. En esta teoría se hace referencia al término «dependencia estructurada» que sugiere que los servicios sanitarios y sociales y las instituciones que gestionan las vidas de las personas mayores (por ejemplo, la obligación de la jubilación a una edad determinada, cobrar una pensión en lugar de un salario, la institucionalización y la restricción de los roles al ámbito doméstico) contribuyen a reforzar la dependencia y marginalización de las personas mayores. Desde esta perspectiva, los malos tratos surgirían debido a la marginación de las personas mayores por la sociedad.
5. **Demandas excesivas.** La teoría de las demandas excesivas o de la «persona cuidadora agotada» propone que el estrés al proporcionar cuidado a una persona ma-

yor aumenta el riesgo de que la persona que proporciona cuidados se comporte de forma abusiva (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002) [190]. Esta teoría ha llegado a ser bastante popular entre los profesionales de la salud mental y la población en general, posiblemente porque conduce en sí misma fácilmente a estrategias de intervención.

6. **Transmisión intergeneracional de la violencia.** Otra hipótesis señalaba la importancia de la «violencia aprendida» y la transmisión intergeneracional de violencia dentro de las familias (Gordon y Brill, 2001) [191]. Esta teoría hipotetiza que el comportamiento violento es un método aprendido como medio para expresar la ira y la frustración. El cambio de poder que acompaña al proceso de envejecimiento, donde los hijos adultos se convierten en cuidadores de sus padres mayores, proporciona a la persona que en el pasado fue maltratada, la oportunidad para llevar a cabo la venganza ya sea a través de los malos tratos o la negligencia hacia sus padres. En estas circunstancias se sugiere que la persona que comete los malos tratos está utilizando la violencia como una estrategia aprendida para afrontar conflictos o, como se ha sugerido anteriormente, para vengarse de malos tratos ocurridos en el pasado.
7. **Modelo ecológico.** Este modelo, inspirado en el planteamiento de Bronfenbrenner, 1995, [192], describe un sistema con distintos niveles interactivos que contribuyen al desarrollo del comportamiento abusivo. Concibe al individuo inmerso en una serie de sistemas cada vez más amplios: la familia (microsistema), la comunidad (mesosistema y exosistema) y la cultura y sociedad (macrosistema).

El modelo ecológico explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento:

- a) *El ámbito individual.* Este ámbito pretende identificar los factores biológicos y la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran como factores la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. Este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.
- b) *El ámbito de las relaciones.* Este ámbito indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas —por ejemplo, con los amigos, con la pareja y con los miembros de la familia— aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos.

c) *El ámbito de la comunidad.* Este ámbito examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos. Las investigaciones sobre la violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional.

d) *El ámbito social.* Este ámbito examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países. Entre los factores sociales más generales figuran:

- normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos,
- actitudes que consideran el suicidio como una opción personal más que como un acto de violencia evitable,
- normas que refuerzan el dominio masculino,
- normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial
- normas que apoyan los conflictos políticos.

Entre los factores más generales también cabe mencionar las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad.

El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico más amplios. En un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida.

Factores de riesgo y vulnerabilidad del maltrato a mayores

El maltrato, según el modelo etiológico ecológico se produce por la existencia de diversos factores de riesgo. Estos factores pueden estar presentes en la propia persona

mayor, en el responsable de los malos tratos y/o en el contexto de la situación. A pesar de la información disponible sobre los factores de riesgo del maltrato a personas mayores, existen muchas barreras que obstaculizan la identificación de una situación de maltrato a mayores. A continuación describimos los principales factores de riesgo y las barreras presentes en los diferentes ámbitos.

1. **Factores de riesgo presentes en la persona mayor** (186): Entre los factores de riesgo presentes en la persona mayor caben destacar los siguientes:

- el género, aunque existen resultados contradictorios, es decir, unos señalan que ser mujer es un factor de riesgo (Penhale, 1997) [193] y otros señalan que es ser hombre [186];
- la edad, a mayor edad mayor riesgo;
- el estado civil, siendo las personas casadas las que presentarían más riesgo [186];
- determinados rasgos de personalidad, como que se culpe de la situación (Quinn y Tomita, 1997) [194];
- que muestre lealtad excesiva hacia el responsable del maltrato o se resigne;
- la presencia de comportamientos provocadores y/o agresivos, presentes especialmente en personas con demencia;
- presencia de deterioro cognitivo; mala salud; problemas de comunicación; dependencia (física, económica, etc.).

1.1. *Barreras presentes en la persona mayor.* Barreras presentes en la posible víctima que dificultan la detección del maltrato, como:

- la negación (no admitir lo que está ocurriendo, querer 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 a dañar la relación familiar);
- dependencia (económica, alojamiento, emocional) del responsable del maltrato, vergüenza (a tener que contar que alguien le está maltratando, sobre todo si es un familiar el responsable del maltrato);

- culpa (se culpa a sí mismo de la situación);
- sistema de creencias (pensar que nadie puede ayudarle, creer que se lo merece, creer que es un problema familiar y por tanto se debe resolver de forma interna sin que se involucren “extraños”, pensar que no le van a creer, creer que el maltrato y/o la negligencia que está experimentando es un comportamiento familiar normal, creer que aunque se lo cuente a alguien nada va a cambiar la situación que está viviendo, creer que la situación acabará pronto, especialmente si el posible responsable del maltrato ha prometido que no va a volver a ocurrir, creer que no puede confiar en nadie);
- mal estado de salud;
- deterioro cognitivo (dificultades de comunicación, demencia);
- desconocimiento acerca de la situación, de los servicios que tiene a su disposición en la comunidad, de sus derechos, de la gravedad de la situación.

2. **Factores de riesgo presentes en el responsable de los malos tratos:** Entre los factores de riesgo presentes en el responsable de los malos tratos cabe señalar:

- el género está relacionado con el tipo de maltrato (hombres, maltrato físico, y mujeres negligencia);
- presencia de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, demencia);
- determinados factores de personalidad;
- abuso de tóxicos como el alcohol y/u otras drogas;
- la presencia de sentimientos negativos, como la ira y la hostilidad;
- que perciban carga asociada al cuidado;
- que sea dependiente económicamente o para el alojamiento de la persona mayor.

2.1. *Barreras presentes en el responsable de los malos tratos y/o negligencia hacia las personas mayores que pueden obstaculizar su reconocimiento como:*

- la negación (niegan la existencia del mismo por miedo a posibles consecuencias negativas para ellos);

- 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 en privado;
 - aislamiento social al que someten a la posible víctima para evitar que alguien pueda enterarse de lo que está ocurriendo.
3. **Factores de riesgo presentes en el contexto.** Entre los factores de riesgo presentes en la situación que pueden aumentar el riesgo de maltrato se encuentran:
- la cantidad de ayuda (formal e informal) recibida, siendo los cuidadores que menos ayuda reciben los que presentan mayor riesgo de maltrato;
 - la falta de contactos informales y/o formales, es decir, el aislamiento social, tanto en el cuidador como en la persona mayor aumenta la probabilidad de maltrato;
 - el desgaste de los vínculos intergeneracionales;
 - dificultades económicas;
 - que el cuidador y la persona mayor vivan juntos;
 - la calidad de la relación anterior y actual entre ambos.

3. 1. *Barreras presentes en el contexto:*

- *Barreras relativas a 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 revelar que el maltrato está ocurriendo y/o que ha ocurrido;
- *Barreras socioculturales* que pueden dificultar la detección del maltrato y/o la negligencia hacia personas mayores como:
 - el edadismo (actitudes negativas, desfavorables y de discriminación en función de la edad, considerando los derechos de las personas mayores

como menos importantes que otros miembros de la sociedad “más productivos” disminuyendo el valor que se les concede como personas);

-falta de concienciación sobre el tema de los malos tratos hacia las personas mayores;

-percepción de la situación como normal: una misma situación puede ser considerada bien como una forma de maltrato o como una forma de interacción habitual entre dos personas.

- *Barreras relativas a los profesionales* (del ámbito sanitario, servicios sociales, banqueros, etc.) que dificultan la detección del maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores como:

-falta de conocimiento general sobre el maltrato: prevalencia, señales de alerta, aspectos legales, etc.;

-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 a que provoque mayor daño en la persona mayor (por ejemplo, debido a que el cuidador tome represalias contra ella, a que, a pesar de que ellos informen de la situación, la persona mayor y/o el posible responsable del maltrato pueda negarlo);

-desorientación sobre pautas de actuación, ya que pueden no ser conscientes de que la situación que están presenciando es maltrato; de los servicios disponibles para esos casos; no saben a quién deben contárselo, etc.;

-nihilismo terapéutico (creen que nada de lo que hagan va a mejorar la situación), no quieren involucrarse en la situación para evitar interferir, por un lado, en las relaciones familiares entre la persona mayor y el cuidador y, por otro lado, en su relación profesional tanto con la persona mayor como con el posible responsable del maltrato; la persona mayor les pide que no informen del caso;

-falta de tiempo y de privacidad con la persona mayor durante las visitas al médico, los signos o síntomas del maltrato y/o la negligencia podrían ser difíciles de detectar ya que muchos de ellos, en ocasiones, son erróneamente atribuidos a cambios asociados con el envejecimiento o a enfermedad física y/o mental;

-carencia de protocolos para evaluar y responder ante el maltrato y/o la negligencia, carencia en la experiencia en la evaluación del maltrato y/o la

negligencia apropiadas, falta de coordinación entre los profesionales, la familia, el posible responsable del maltrato y/o la negligencia y/o la persona mayor se resisten a la intervención una vez que el maltrato es identificado.

- *Barreras estructurales* que dificultan la detección del maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores como falta de recursos (personales, económicos, servicios) y falta de concienciación.

En la gran mayoría de los estudios revisados tan sólo se hace referencia a factores asociados a los malos tratos, mientras que en el documento elaborado por el CGPJ ([167] y [168]) también se hace referencia a factores protectores que pueden estar presentes en diferentes niveles (persona mayor, responsable del cuidado, contexto de la situación, sociedad, profesionales, etc.). De acuerdo con el mencionado documento, el maltrato se produciría por la existencia de diversos factores de riesgo y la ausencia de factores de protección. Dentro de estos factores podemos considerar los del propio anciano, el entorno (cuidador responsable-principal, familia, residencia) y de la sociedad.

Por lo tanto, la prevención vendría determinada por eliminar/disminuir factores de riesgo y potenciar/desarrollar factores de protección.

1. Factores de riesgo y protección en el Anciano:

—*Factores de riesgo*: deterioro físico, mental o emocional que produce dependencia; aislamiento social; cohabitación con el agresor; deterioro rápido que no permite organizarse a la familia; historia previa de violencia familiar; cambio frecuente de domicilio y centro; desconocimiento de las personas mayores de sus propios derechos.

—*Factores de protección*: actividad física, ocio y tiempo libre favoreciendo la autonomía; apoyo psicológico/ psiquiátrico al anciano y al cuidador; valoración de factores sociales; dispositivos de valoración/atención en situaciones de rápida evolución; seguimiento de los “abuelos golondrina”; reconocimiento de experiencias de maltrato; estabilidad en su atención; respeto a los derechos de las personas mayores.

2. Factores de riesgo y protección en el cuidador principal:

—*Factores de riesgo*: cuidadores agotados /sobrecargados; cuidador único sin ayudas; cuidador poco preparado; cuidador con problemas personales, dependencia económica del anciano; mala relación previa entre cuidador y anciano; abuso de alcohol, fármacos, drogas.

—Factores de protección: disponibilidad de ayuda para el cuidador principal; formación en las necesidades de las personas mayores; estabilidad/independencia económica del cuidador; favorecer la empatía y relaciones sociales.

3. Factores de riesgo y protección familiar:

—*Factores de riesgo*: falta de respuesta a demandas realizadas; falta de soporte familiar y/o institucional; falta de espacio en la vivienda; dificultades económicas; mala relación familiar.

—*Factores de protección*: respiro familiar; atención domiciliaria: soporte y apoyo domiciliario; adaptación/viviendas adecuadas a las necesidades.

En el documento elaborado por el CGPJ también se incluyen factores presentes en la sociedad como la falta de tolerancia social, la falta de sensibilización, los recursos insuficientes para la atención a las personas mayores, las desigualdades sociales, la discriminación de los mayores por la edad (edadismo), las imágenes estereotipadas de la vejez como una carga, las relaciones intergeneracionales insuficientes, el incumplimiento de leyes y normas y la falta de coordinación de los servicios y profesionales de atención a las personas mayores.

La presencia de uno o varios de estos factores no es suficiente para directamente diagnosticar la presencia de una situación de malos tratos, sino tan sólo la sospecha de los mismos. Para la confirmación de un caso de malos tratos es necesaria una evaluación muy pormenorizada que abarque tanto a la persona mayor, como al posible responsable así como al contexto de la situación. En los últimos años, se ha centrado mucho el interés en identificar perfiles tanto de la víctima como del responsable de los malos tratos, pero es muy difícil predecir un perfil exacto, ya que se ha demostrado que los malos tratos hacia las personas mayores afecta a todas las edades y a todos los niveles socioeconómicos de la sociedad.

Consecuencias del maltrato a mayores

Los profesionales de la salud física y psíquica (médico, enfermero, trabajador social, etc.) deben estar atentos a la conducta y aspecto físico y psicológico del anciano y del cuidador para sospechar de una situación de maltrato, cuando estos acuden a los centros de atención primaria (o medicina privada) y/o a los servicios de asistencia social de los ayuntamientos.

Los indicadores de posible maltrato mostrados por el anciano son: muestras de ansiedad o depresión, presencia de deterioro cognitivo, parece tener miedo del cuidador,

es dependiente del cuidador, expresa declaraciones ambivalentes para describir una situación, y muestra poco o ningún contacto visual o comunicación.

Los indicios de posible conducta de maltrato por parte del cuidador incluyen: estrés o depresión, excesiva preocupación por los costes de la atención médica, dependencia económica de la persona mayor, no se permite al anciano hablar por sí mismo, hay actitudes de indiferencia y/o cólera hacia el anciano, el comportamiento es agresivo hacia el anciano, existen problemas de alcohol y/o consumo de drogas, y proporciona explicaciones contradictorias e inconsistentes de una situación.

Ante estos indicios, ha de administrarse el EASI y/o la SWEF.

Después de confirmar la sospecha de maltrato, debe iniciarse un proceso completo de evaluación del maltrato. Esta evaluación es múltiple, y debe incluir:

- Evaluación del anciano, específicamente de las *variables mediadoras del impacto del abuso*: tipo de maltrato e índices (gravedad, intensidad), características de la víctima (salud mental, capacidad de recuerdo, comprensión de la situación), estilo atribucional y formas de relación con el entorno.
- Evaluación *psicológica del maltratador*.
- Evaluación de la situación y/o contexto familiar (recursos económicos y sociales, relaciones interpersonales, dinámica familiar, situación de emergencia según patrón).

Las entrevistas al cuidador y al anciano maltratado deben realizarse por separado, garantizando en todo momento la confidencialidad y proporcionando una atmósfera de total confianza.

- Evaluación física del anciano maltratado para realizar una valoración de los posibles daños físicos sufridos: lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras e intoxicaciones. Explorar cuidadosamente signos físicos como lesiones o hematomas; detectar incongruencias entre las lesiones y las explicaciones sobre cómo se produjeron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, caídas reiteradas, demora en la solicitud de atención, visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y el agresor.
- Evaluación psicopatológica del anciano maltratado para valorar el estado cognitivo, estado afectivo: Tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, estrés post-traumático, ideación suicida, inhibición, somatizaciones, pseudode-

mencias, comunicación, conducta regresiva, miedo a que maltrato y/o negligencia se repita, culpabilidad, sentimientos de cólera, problemas de concentración, etc. Explorar actitudes y estado emocional: miedo, inquietud, pasividad. Si diagnosticamos un trastorno depresivo, o por ansiedad, insomnio etc., tener especial cautela en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancias de las tomas.

—Evaluación social: aislamiento físico, psicológico o social. Investigar señales de alerta a través de indicios, actitudes, signos clínicos o síntomas de malos tratos.

Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios; el aumento de la frecuentación, y de las hospitalizaciones.

La situación de maltrato de ancianos en el contexto familiar puede abordarse desde la prevención social y la prevención centrada en el cuidador, así como desde la intervención directa una vez diagnosticado el maltrato. La prevención social debe actuar en los siguientes niveles (Caballero y Remolar, 2000) [195]:

1. Reconocimiento legal de la figura del cuidador familiar.
2. Legislación laboral para conciliación de vida laboral y tareas de cuidador.
3. Legislación económica para prestaciones según caso y problema.
4. Incorporación del hombre como cuidador informal.
5. Desarrollo de sistema de servicios sociales para ayudar al cuidador (unidades de respiro, centros de día, plazas residenciales, ayuda a domicilio).
6. Reducción del viejismo con intervención comunitaria.
7. Programas educativos para niños y adolescentes.
8. Reconocimiento social de la existencia de malos tratos a ancianos.
9. Estudios epidemiológicos y/o de casos en España.
10. Ánimo a la denuncia por parte de víctima y agentes sociales implicados.
11. Legislación específica para el maltrato y protección a ancianos.
12. Creación de fiscalías del anciano.

Todavía no hay una legislación específica para el maltrato a ancianos en España pero si existen diferentes leyes aplicables ([169] y [170]). Falta la creación de una Fiscalía especial para el maltrato de ancianos, similar a la actual dedicada a la violencia de género. Aunque se está avanzando en el campo de la intervención, aún queda mucho por hacer.

Resultados

Hemos llevado a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo, realizado mediante análisis de expedientes (VDO) de la UVFI.

Los criterios de inclusión de la muestra son:

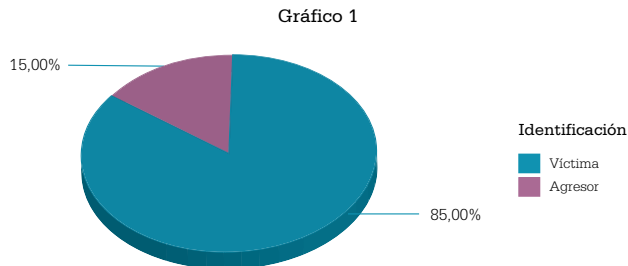
- Víctimas y victimarios de ambos sexos.
- Edad igual o superior a 65 años.
- Denuncia por maltrato intrafamiliar.
- Durante los años 2012, 2013, y primer semestre de 2014.

Se han excluido los casos de violencia de género en personas mayores.

Datos generales

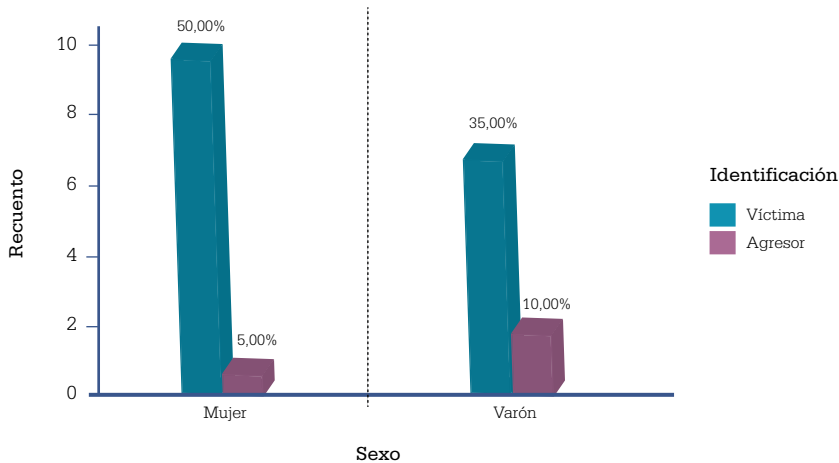
El estudio comprende todos los casos de violencia intrafamiliar cuyas víctimas o agresores sean mayores de 64 años. El número de casos contabilizados ha sido de 20, de los cuales 17 son víctimas y 3 son agresores.

El gráfico 1 muestra la distribución por identificación en la muestra.



El 55% de la muestra son mujeres de las cuales el 50% son víctimas de maltrato intrafamiliar. Los hombres son víctimas en el 35% de los casos, y agresores en el 10%. La distribución del sexo en relación con la identificación se muestra en el gráfico 2.

Gráfico 2



Respecto al estado civil, el 45% están casados/pareja, y otro 45% están viudos. Solo hemos registrado un soltero que corresponde a un anciano agresor.

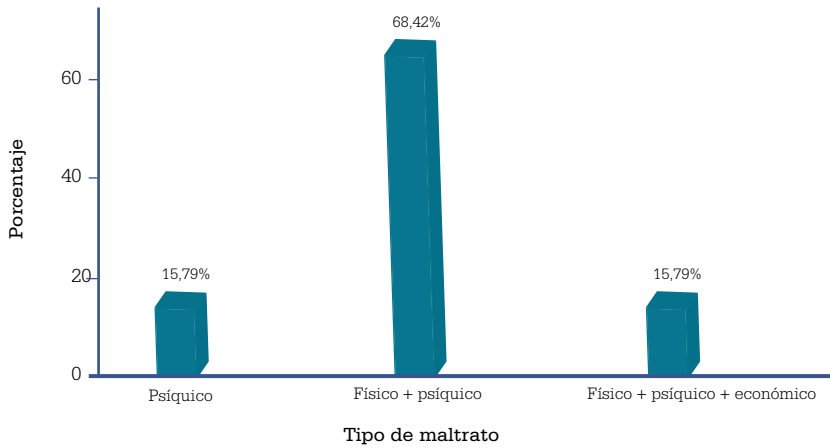
Todas las personas mayores de 65 años son de nacionalidad española. En la muestra analizada prevalece la estructura familiar tradicional.

Las víctimas en un 95% son los progenitores: 45% padre, 40% madre; el 10% abuela, y el 5% otros familiares.

Un 59% de las personas mayores reconocidas en la UVFI manifiestan no haber realizado denuncias previas, un 35% haber realizado una, y más de una en el 6% de los casos. El 88% de las víctimas no retira la denuncia. En el 67% de los casos valorados se interpuso orden de alejamiento. El 11% de las víctimas reconoce que ha existido quebrantamiento por parte del agresor.

El tipo de maltrato más frecuente es la combinación de físico y psíquico, con el 68%, a éste se asocia el económico en el 16% de los casos, en tanto que se denuncia maltrato psíquico aislado en el 16% de los casos. Los tipos de maltrato se muestran el gráfico 3.

Gráfico 3



Las órdenes de alejamiento se interponen más en viudos (35%), que en casados (23%). El estado civil viudo correlaciona con el quebrantamiento de la medida de alejamiento, de tal manera que es vulnerada por el agresor en el 22% de los casos.

La mitad de la muestra no refiere antecedentes psiquiátricos. El 39% refiere distintos diagnósticos, tal y como vemos en la tabla 1, entre los que destacan el Síndrome Depresivo y el Trastorno de Ansiedad.

Las personas mayores valoradas en la UVFI niegan el consumo de drogas, tanto previo como actual.

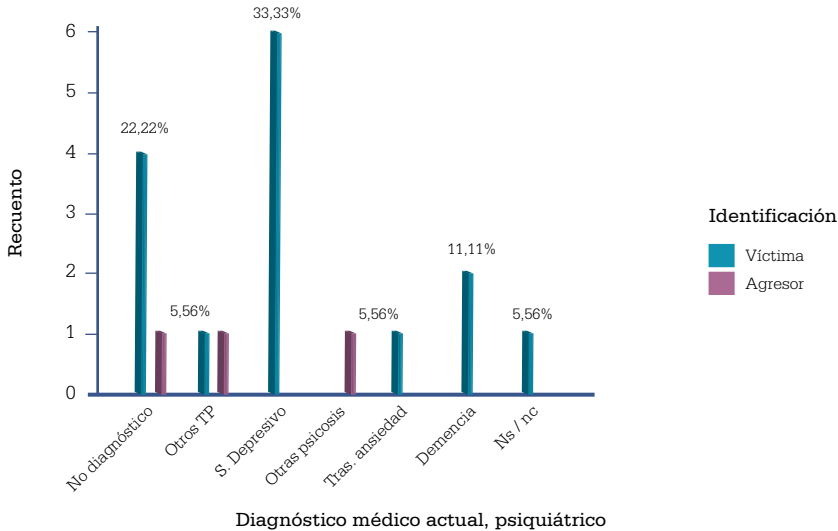
Tabla 1: antecedente psiquiátrico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No diagnostico	9	45,0	50,0	50,0
	Otros TP	1	5,0	5,6	55,6
	S. Depresivo	2	10,0	11,1	66,7
	Otras psicosis	1	5,0	5,6	72,2
	Tras. ansiedad	2	10,0	11,1	83,3
	Demencia	1	5,0	5,6	88,9
	Ns / nc	2	10,0	11,1	100,0
	Total	18	90,0	100,0	
Perdidos	Sistema	2	10,0		

Total	20	100,0		
-------	----	-------	--	--

El diagnóstico médico forense actual psiquiátrico más prevalente en las víctimas es el

Gráfico 4



de Síndrome Depresivo, como podemos observar en el gráfico 4.

Un 11 % están diagnosticados de Demencia. El Trastorno de Personalidad está presente en la misma proporción en víctimas y agresores (5,50%). El 22% de los ancianos no tiene diagnóstico psiquiátrico en el momento de la valoración.

Como vemos en la tabla 2, el 60% de víctimas mayores reconocidas no refiere las lesiones físicas, el 13% refiere haber presentado lesiones leves que precisaron una asistencia facultativa. En uno de los casos de la muestra, un anciano agresor utilizó arma blanca.

Tabla 2: relación identificación con lesiones físicas (% dentro de la identificación)

		Lesiones físicas				Total
		No	Leves: 1. ^a Asistencia	Ns /nc	99	
Identificación	Víctima	60,0%	13,3%	20,0%	6,7%	100,0%
	Agresor				100,0%	100,0%

Total	52,9%	11,8%	17,6%	17,6%	100,0%
--------------	-------	-------	-------	-------	--------

El 25% de los mayores valorados en la UVFI niega la existencia de lesión psíquica, un 25% presenta un Trastorno Depresivo Mayor, el 18,8% un Trastorno Adaptativo mixto, y un 6,3% un Trastorno Adaptativo Depresivo. El 20% niegan la existencia de lesiones psíquicas. En las víctimas, lesión psíquica más prevalente en los viudos son los trastornos adaptativos mixto y depresivo. En los casados es el trastorno depresivo mayor.

Análisis relacional

1. Relación sexo con otras variables

No hay diferencias significativas por razón de sexo en cuanto al nivel cultural. La mayoría de las personas mayores valoradas en la UVFI tienen estudios primarios, a excepción de un 14% de mujeres que no tiene estudios.

En la relación género y estado civil no existen diferencias significativas por razón de sexo. A favor del estado viudo, sobre la de casado/pareja, en mujeres los porcentajes son del 56 y 44% respectivamente, y en hombres del 57 y 43%.

El 59% de las víctimas son mujeres: madres el 53%, abuelas el 6%. El resto son hombres (padres el 41%). Los resultados se muestran en la tabla 3.

Identificación			Relación agresor-victima				Total
			Padre	Madre	Abuela	Otros familiares	
Víctima	Sexo	Mujer		90,0%	10,0%		100,0%
		Varón	100,0%				100,0%
	Total		41,2%	52,9%	5,9%		100,0%
Agresor	Sexo	Mujer			100,0%		100,0%
		Varón	50,0%			50,0%	100,0%
	Total		33,3%		33,3%	33,3%	100,0%

Total	Sexo	Mujer		81,8%	18,2%		100,0%
		Varón	88,9%			11,1%	100,0%
	Total		40,0%	45,0%	10,0%	5,0%	100,0%

No existen diferencias significativas por razón de sexo, en relación con el tipo de maltrato cuando se asocia el físico y el psíquico. Cuando a éstos se asocia el maltrato económico, es más frecuente en la mujer. En cuanto a la cronicidad del maltrato no existen diferencias en función del sexo.

En la muestra estudiada no hay diferencias por razón de género cuando NO se habían interpuesto denuncias previas: el 55% de las mujeres y el 57% de los hombres. En cambio SI existen diferencias significativas entre los que interpusieron una denuncia previa, a favor de las mujeres con el 44% eran mujeres, en tanto que sólo la habían interpuesto el 28% de los hombres.

Respecto a la orden de alejamiento es más frecuente que se interponga en la mujer: en la muestra analizada se interpuso orden de alejamiento en el 75% de las mujeres, y en el 57% de los hombres que denunciaron violencia doméstica. No existen diferencias respecto a la retirada de orden de alejamiento por razón de sexo. En cuanto al quebrantamiento de la OA por parte del agresor, es más frecuente en las víctimas del sexo masculino.

No hay diferencias en la presentación de lesiones físicas en cuanto al sexo, en ambos géneros predomina la ausencia.

Tampoco hemos encontrado diferencias significativas por razón de sexo en relación con la existencia de antecedentes psiquiátricos. En cuanto al diagnóstico médico forense actual, el diagnóstico de Demencia solo consta en las mujeres. Respecto al tratamiento, el 20% de mujeres se encuentran en tratamiento psiquiátrico, en tanto que sólo el 6% de los hombres.

Ambos sexos presentan lesiones psíquicas en la misma proporción, pero los diagnósticos son diferentes: en las mujeres predominan los trastornos depresivos, en tanto que en los hombres es el trastorno adaptativo mixto el más prevalente.

2. *Relación edad con otras variables*

No hay diferencias en relación con la interposición de denuncias previas por razón de edad. Tampoco las hemos objetivado en cuanto a la interposición de medidas de alejamiento.

En cuanto a antecedentes psiquiátricos, hasta los 68 años prevalece la ausencia de diagnóstico. Con 69 años hemos computado dos casos de síndrome depresivo, sin significación estadística. El resto se reparte regularmente. Tampoco hay diferencias en la necesidad de tratamiento en las distintas edades, ni con respecto a las lesiones físicas ni a las psíquicas.

3. Relación tipo de maltrato con otras variables (maltrato psíquico: MTP, maltrato físico: MTF, maltrato económico: MTE)

El 47% de las personas mayores viudas son víctimas de maltrato físico y psíquico asociado. Los casados son víctimas de todo tipo de maltrato, pero en proporciones de: 12% el psíquico, 18% el físico y psíquico asociado, y el 12% cuando a los anteriores se asocia también el económico.

Todos los malos tratos denunciados se asocian significativamente a cronicidad, es decir, años de duración. El 30% de las víctimas que denuncian MTF y P, han efectuado denuncias previas. El 94% de las víctimas no retira la denuncia. La orden de alejamiento se interpone tanto en el MTP como en el asociado F y P, en la tabla 4 observamos los porcentajes de la asociación entre éstas variables. El quebrantamiento se asocia al MTF y P aunque es poco frecuente.

Tabla 4: relación tipo maltrato con orden de alejamiento e identificación (% dentro del tipo de maltrato)						
Identificación			Relación agresor-victima			Total
			No	Sí	Ns / nc	
Víctima	Tipo de maltrato	Psíquico		100,0%		100,0%
		Físico + psíquico	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%
		Físico + psíquico + económico	66,7%	33,3%		100,0%
	Total		26,7%	66,7%	6,7%	100,0%
Agresor	Tipo de maltrato	Psíquico		100,0%		100,0%
		Físico + psíquico			100,0%	100,0%
	Total			50,0%	50,0%	100,0%

Total	Tipo de maltrato	Psíquico		100,0%		100,0%
		Físico + psíquico	18,2%	63,6%	18,2%	100,0%
		Físico + psíquico + económico	66,7%	33,3%		100,0%
	Total		23,5%	64,7%	11,8%	100,0%

No existen antecedentes psiquiátricos en el 53% de los MT. El MTP no correlaciona con la existencia de antecedentes psiquiátricos. En el MTF y P, y en el E asociado, existen antecedentes de la esfera afectiva pero no son significativos. En cuanto al diagnóstico médico forense, en el 20% no hay diagnóstico asociado al MT. El síndrome depresivo se asocia al MTF y P en el 27% de los casos, en el 6% cuando además se asocia el MTE, y en un 6% cuando se denuncia MTP. La mayoría de las víctimas no reciben tratamiento, sea cual sea el tipo de maltrato.

Las lesiones físicas se asocian, como cabía esperar, al MTP y F asociado, pero son poco frecuentes. La cuarta parte de las víctimas maltratadas no presenta lesiones psíquicas. Un cuarto presenta trastornos afectivos asociados al MTF y P. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor está presente en todos los tipos de MT siendo el doble de frecuente cuando están presentes todos los tipos de MT.

4. *Relación cronicidad con otras variables.*

En el 80% de los casos refieren años de cronicidad en el maltrato, en el 5% episodio único, e indeterminado en otro 5%. No hay diferencias en la cronicidad del maltrato por razón del estado civil (viudo o casado). No existe una correlación entre cronicidad y retirada de la denuncia (ésta es poco frecuente). En el 53% de MT de años de evolución (cronicidad) se interpone orden de alejamiento. No existe una correlación significativa entre cronicidad y quebrantamiento de la OA.

En el 53% de los casos en que existe cronicidad en el MT, no existen antecedentes psiquiátricos, no obstante un cuarto de las personas mayores presenta un trastorno adaptativo ansioso o depresivo. Respecto al diagnóstico médico forense el síndrome depresivo se relaciona de forma estadísticamente significativa con la cronicidad del maltrato, lo presentan el 40% de las víctimas. Más de la mitad de las víctimas no recibe tratamiento psiquiátrico. Solo el 24 % de las víctimas están en tratamiento.

Las lesiones psíquicas no están presentes en el 21% de los casos asociados a cronicidad. Un 21% padece un T. Adaptativo mixto, y un 29% un T. Depresivo mayor.

Tabla 5: relación denuncias previas con cronicidad e identificación (% dentro de denuncias previas)							
Identificación			Cronicidad				Total
			No, episodio único	Sí, meses	Sí, años	Indeterminada	
Víctima	Denuncias previas	Ninguna		11,1%	88,9%		100,0%
		Una			83,3%	16,7%	100,0%
		Más de una			100,0%		100,0%
	Total			6,3%	87,5%	6,3%	100,0%
Agresor	Denuncias previas	Ninguna	100,0%				100,0%
		Una			100,0%		100,0%
		Ns / nc			100,0%		100,0%
	Total		33,3%		66,7%		100,0%
Total	Denuncias previas	Ninguna	10,0%	10,0%	80,0%		100,0%
		Una			85,7%	14,3%	100,0%
		Más de una			100,0%		100,0%
		Ns / nc			100,0%		100,0%
	Total		5,3%	5,3%	84,2%	5,3%	100,0%

5. Relación denuncias previas con otras variables

La existencia de denuncias previas se asocia a años de evolución del maltrato en el 83% de las víctimas, como observamos en la tabla 5. No hay diferencias por razón del estado civil (viudo o casado), en la retirada de las denuncias. Se conceden el doble de OA si existe una denuncia previa. Al 35% de las víctimas que han realizado una denuncia previa, se les concede una orden de alejamiento, en tanto que en la primera denuncia se les concede en el 18% de los casos. Tienen antecedentes psiquiátricos el 20% de las víctimas que habían realizado una denuncia previa.

El diagnóstico de S. Depresivo está presente en el 30%, cuando ha existido una denuncia previa. La lesión psíquica y el tratamiento no se relacionan de forma significativa con esta variable.

6. *Relación antecedentes psiquiátricos con otras variables*

La mitad de las víctimas mayores de 65 años no tienen antecedentes psiquiátricos. Del cuarto que lo tiene se reparte por igual entre el diagnóstico de síndrome depresivo y trastorno de ansiedad. El 75% de los viudos no tienen antecedentes psiquiátricos, en tanto que los tienen un 25% de los casados. El 43% de las víctimas que no tienen antecedentes psiquiátricos, tiene un Síndrome Depresivo como diagnóstico en el momento de la valoración forense. Las que tienen entre sus antecedentes un diagnóstico de depresión o ansiedad, lo mantienen en el momento de la exploración.

7. *Relación diagnóstico médico-forense actual en víctimas con otras variables*

Están diagnosticados en el momento de la valoración de síndrome depresivo el doble de víctimas viudas que de casadas. La mayoría de víctimas no reciben tratamiento psiquiátrico, entre los que lo toman predominan los casados (el triple).

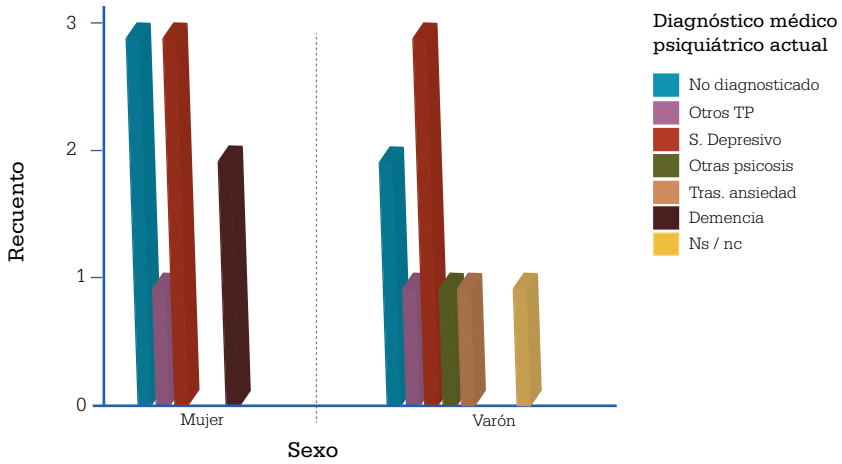
En cuanto al diagnóstico actual, el más prevalente en la víctima es el de Síndrome Depresivo (47%), en tanto que en el agresor no varía el diagnóstico, al tratarse, en los escasos casos analizados, de trastornos crónicos (no reactivos). El 26% de las víctimas reciben tratamiento psiquiátrico.

Como podemos observar en el gráfico 5, el diagnóstico más prevalente entre las víctimas es el S. Depresivo, que lo padecen por igual hombres y mujeres. El diagnóstico de Demencia solo está presente en las mujeres y el de T. de la Personalidad en un varón. En cuanto a los agresores constan los diagnósticos de T. de la personalidad en una mujer, y de psicosis en un hombre.

Así mismo el S. Depresivo se asocia significativamente con el MT físico y psíquico asociado, con la cronicidad del MT, con la existencia de denuncias previas, con la existencia de orden de alejamiento, con la existencia de lesiones psíquicas, con necesidad de tratamiento actual. El S depresivo es el trastorno más diagnosticado en las personas mayores reconocidas en la UVFI.

Observamos que de los casos analizados 1/3 de agresores no tiene diagnóstico, otro 1/3 está diagnosticado de T. de la Personalidad, y el otro tercio de psicosis.

En el gráfico posterior se describen las diferencias de diagnósticos médico forenses por razón de sexo:



8. Relación lesiones psíquicas con otras variables

En las víctimas mayores de 64 años la lesión psíquica más prevalente es el T. Depresivo mayor, seguido por el T. Adaptativo mixto. En las mujeres el diagnóstico de T. Depresivo mayor está presente en el 21% de los casos, y en el hombre el de T. Adaptativo mixto, en la misma proporción. El trastorno depresivo mayor es más prevalente en los casados, en los viudos son los trastornos adaptativos mixto y depresivo. Los T. Afectivos reactivos se relacionan significativamente con el MT F y P asociado. El T. Depresivo mayor y el TAMX se relacionan con la cronicidad del MT. El TD Mayor con la existencia de denuncias previas, con la existencia de antecedentes depresivos y con necesidad de tratamiento psiquiátrico (23%).

En la tabla 6 se exponen los resultados de la relación sexo con lesiones psíquicas:

Identificación			Lesiones psíquicas			
			No	Trastorno adaptativo mixto	Trastorno adaptativo depresión	Trastorno depresivo mayor
Víctima	Sexo	Mujer	42,9%		14,3%	42,9%
		Varón	14,3%	42,9%		14,3%
	Total		28,6%	21,4%	7,1%	28,6%
Total	Sexo	Mujer	37,5%		12,5%	37,5%
		Varón	12,5%	37,5%		12,5%
	Total		25,0%	18,8%	6,3%	25,0%

Discusión

No conocemos estudios sobre el maltrato intrafamiliar a personas mayores en el ámbito legal con los que podamos comparar los resultados obtenidos en nuestra investigación. Las cifras obtenidas en los estudios de prevalencia realizados en otros ámbitos, probablemente sean superiores a las obtenidas en nuestro estudio, debido a que pocos casos llegan a la denuncia.

La prevalencia del maltrato y la negligencia hacia personas mayores es muy difícil de estimar. Muchos casos continúan sin ser reconocidos o informados por el aislamiento en el que se encuentran las posibles víctimas. Además estas situaciones ocurren, mayoritariamente, dentro del seno familiar y esto hace que sea más difícil detectar los casos de maltrato.

Encuestas nacionales muestran una gran similitud con una prevalencia de malos tratos en personas mayores, de alrededor del 5%. Así Teresa Bazo encuentra una prevalencia del 4,7%, siendo las mujeres las víctimas más frecuentes de este tipo de violencia y los hijos/as aparecen como los responsables de malos tratos más frecuentes. Sin embargo en el estudio previo, realizado en la UVFI sobre maltrato intrafamiliar a ancianos, el agresor es el marido en el 45,7%, y el hijo en el 37%. No obstante hemos de considerar que en éste estudio se ha excluido la violencia de género en personas mayores, por lo que la violencia intrafamiliar se limita, en el caso de las víctimas, a la ejercida por hijos u otros familiares, y en el caso de los agresores mayores, a la ejercida por éstos sobre sus descendientes u otros familiares o cuidadores. En nuestra investigación sólo nos han solicitado la valoración de tres agresores ancianos, por lo que los resultados no son válidos. Por lo expuesto las víctimas de éste estudio representan el 85%. La proporción entre mujer y hombre, está muy igualada en favor de la mujer (55%), lo cual podemos interpretar como que no existen diferencias significativas por razón de sexo en la violencia intrafamiliar a ancianos, ejercida por hijos en el 95%.

Conclusiones

1. De las personas mayores reconocidas en la UVFI por violencia intrafamiliar, excluida la violencia de género, el 85% corresponde a víctimas, y un 15% a agresores.
2. No existen diferencias significativas por razón de sexo en la muestra analizada: 55% son mujeres, y el 45% hombres.
3. En la muestra existe la misma proporción de casados/pareja y viudos.

4. La mayoría de las personas mayores tienen estudios primarios.
5. Todas las personas mayores valoradas son de nacionalidad española, con prevalencia de familia tradicional.
6. En un 95% de los casos las víctimas son los progenitores: 53% madre, 41% el padre.
7. El maltrato más frecuente es el físico y psíquico combinado, ocurre en el 65% de las denuncias. En el 80% hay cronicidad en el maltrato.
8. El 50% de las personas mayores valoradas no habían efectuado denuncias previas. La mayoría no había retirado la denuncia (85%). En el 60% se interpuso orden de alejamiento, medida más frecuente interpuesta a favor de las víctimas del sexo femenino. Se conceden el doble cuando existe una denuncia previa.
9. No tienen antecedentes psiquiátricos el 45% de los mayores. Del cuarto que lo tienen la mitad corresponde al síndrome depresivo y la otra mitad al trastorno de ansiedad. En ningún caso reconocen el consumo pasado o actual de tóxicos.
10. El 45% de ancianos no refieren lesiones físicas. Cuando existen, en el 10%, son de carácter leve.
11. El Síndrome Depresivo es el diagnóstico médico forense más prevalente en las personas mayores reconocidas en la UVFI. No existen diferencias por razón de sexo. Lo presentan el doble de víctimas viudas que de casadas. Se asocia significativamente al maltrato físico y psíquico asociado, con la cronicidad, con la existencia de denuncias previas, de orden de alejamiento, con la presencia de lesiones psíquicas y con la necesidad de tratamiento.
12. En los agresores mayores la muestra no es representativa. Presentan trastornos no reactivos. De los casos analizados un tercio no tiene diagnóstico, otro tercio está diagnosticado de Trastorno de la Personalidad y otro tercio de Psicosis.
13. El Trastorno Depresivo Mayor es la lesión psíquica más prevalente. Es más frecuente en las mujeres. Se correlaciona significativamente con el estado civil casado, con la existencia de denuncias previas, con la cronicidad en el maltrato, con la existencia de antecedentes psiquiátricos y con la necesidad de tratamiento.
14. El Trastorno Adaptativo Mixto es más frecuente en hombres. Correlaciona significativamente con el maltrato físico y psíquico asociado y con la cronicidad.

Violencia entre hermanos

G. Portero

La violencia entre hermanos es considerada la forma más frecuente de violencia intrafamiliar (Steinmetz 1977, Straus et al 1980, Straus & Gelles 1990) recogido por Hoffman & Edwards 2004 [196], Eriksen & Jensen 2006 [197], incluso, por encima de la violencia sobre la mujer. Sin embargo, ha sido poco estudiada e ignorada. Históricamente no ha sido reconocida por el sistema judicial. Una de las razones es que los propios padres han minimizado este tipo de violencia considerando que era normal, incluso buena para el desarrollo de los hijos (Kettrey & Emery 2006), recogido por Tucker et al. 2013 [198].

Martín & Ross, 2005 [199] observan una mayor tolerancia de los padres/madres en los casos de violencia de intensidad media entre los hermanos del sexo masculino. En su estudio sobre 39 familias, en su segundo periodo de observación (cuando los niños/as tenían entre 4 ½ y 6 ½ años de edad, los padres eran más tolerantes cuando los implicados eran chicos. Sugieren que este mensaje de socialización podría influir en un mayor uso de la violencia física de los niños tanto dentro del hogar (entre hermanos) como fuera de él (entre pares).

Skinner & Kowalsky, 2014 [200] en su investigación encuentran más tasas de abusadores que de víctimas entre hermanos (contrariamente a lo hallado en otros estudios) lo que les lleva a hipotetizar que el abuso en las relaciones entre hermanos/as son vistas de forma “normal” por lo que los abusadores no tienen problemas para confesar sus conductas. Hardy et al. 2010 [201] encuentran que los chicos tienen una mayor aceptación de la violencia entre hermanos. Ser agresor aumenta la aceptación de estas conductas, sobre todo, cuando son mujeres. Para los hombres ser la víctima de la violencia entre hermanos aumenta su aceptación. Los autores apuntan a una posible explicación basándose en la teoría de la disonancia de Festinger (1957). Una forma para reducir la tensión derivada de la disonancia cognitiva, es cambiar la actitud. Así, por ejemplo, en el caso que nos ocupa podría ser que el niño tuviera la creencia que todos los miembros de la familia se quieren y al mismo tiempo experimentar violencia por un hermano/a. De este modo aparece la tensión y una forma de reducirla sería cambiar su actitud conceptualizando la agresión del hermano/a como “normal”.

Algunos autores como Kunter, 1990 recogido por Caffaro & Conn-Caffaro [202] consideran que conflictos moderados entre hermanos ayudan a su desarrollo social en función de varias razones: 1) los hermanos pueden asumir más riesgos con otro hermano porque no serán rechazados de la misma forma que lo fueran por los amigos. 2) las riñas pueden servir para ayudar a la diferenciación entre hermanos en la misma fami-

lia y 3) los conflictos pueden servir para liberar la ira y la frustración que los hermanos sienten hacia un adulto de la familia.

Las relaciones entre hermanos pueden ser muy variadas y tienen a su vez implicaciones distintas. La relación puede ser de hermanos/as biológicos (la más estudiada). Entre hermanastros/as, entre adoptados que, a su vez, pueden ser hermanos/as biológicos o no o entre niños/as unidos por un cuidador común. Un efecto reportado por Wiehe's, 1997 recogido por Hoffman & Edwards 2004 es el denominado efecto "cascada" en el que el hermano mayor victimiza al segundo y éste al siguiente y así sucesivamente.

Una característica de la relación entre hermanos/as es que es intensa y duradera. Muchos hermanos/as permanecen más tiempo entre sí que con sus padres/madres. Cuando la relación es positiva supone una importante fuente de adquisición de habilidades y aprendizajes que favorecen el desarrollo cognitivo y emocional. Así por ejemplo, los hermanos/as mayores con respecto a los más pequeños asumen papeles de cuidadores, protectores, "profesores", aportan soporte emocional y son asimismo compañeros de juegos. Pero las relaciones intensas y continuadas son también fuente de conflictos de intereses, de celos, de competitividad por adquirir el poder o por ganar la atención de los padres/madres y ello puede derivar en el empleo de violencia que, en muchas ocasiones, puede ser repetitiva o grave. Evidentemente las consecuencias entre un tipo y otro de relación son muy distintas. La relación positiva se relaciona con un aprendizaje de herramientas que posibilita un desarrollo adecuado social, cognitivo y emocional. La relación negativa se correlaciona con manifestaciones negativas a corto y a largo plazo tanto internalizantes (baja autoestima, ansiedad, depresión...) o externalizantes (conducta antisocial, abuso de sustancias, violencia entre pares...).

Otro problema a la hora de investigar la violencia entre hermanos/as es la frágil frontera entre el conflicto/rivalidad y la auténtica violencia. Dado que el conflicto es prácticamente inherente a la relación entre hermanos/as y que ello puede derivar en disputas, hay casos en los que no está clara esa diferencia. Algunos elementos que ayudarían a discernirlas serían, a favor de los comportamientos de abuso, en que siempre es el mismo ganador (el abusador) y siempre el mismo perdedor (la víctima) y ello se convierte en rutina. Cuando la víctima es humillada, derrotada, queda desprotegida, o cuando el agresor infringe el daño intencionalmente, violencia desproporcionada... serían datos a favor de la violencia. Sin embargo, en los trabajos de investigación se mezclan los términos y no se operativizan las conductas. Así, para referirse a la agresión entre hermanos/as se usan términos como abuso, asalto, acoso, conflicto, rivalidad, violencia... Tampoco se especifican, en muchos de ellos, la gravedad de las conductas calificándolas en leves o graves sin delimitar sus puntos de corte.

Wolke & Skew, 2012 [203] definen la "victimización Bullying" como a los niños/as que están expuestos repetidamente y a través del tiempo a acciones negativas por parte

de uno o más niños/as, que son o se perciben como más fuertes, a otros. Producen daño intencional y hay un abuso sistemático de poder. Incluye la agresión física, el abuso verbal, el chantaje, la destrucción de las pertenencias de los otros, etc.. Por otra parte, el “Bullying relacional” se refiere a la exclusión social de los niños/as con acciones como ignorarles, excluirles de los juegos o fiestas, extender bulos o chismes o humillar.

Felson, 1983 [204] incluso va más lejos y diferencia la rivalidad de la agresión entre hermanos/as no por la existencia de conductas agresivas, que pueden darse en ambos casos, sino por las causas y orígenes de ambos. La rivalidad derivaría de la envidia o los celos que el hermano/a mayor tiene cuando nace el hermano/a menor por considerarse desplazado pudiéndose volver agresivo contra este. Califica a la rivalidad como un “conflicto no realista” de carácter intrapersonal. La agresión entre hermanos/as, sin embargo, derivaría de un conflicto de interacción entre hermanos/as: hay intereses contrapuestos, valores u objetivos distintos. Se trataría de un “conflicto realista” y la agresión sería de tipo instrumental. Al contrastar ambos modelos (rivalidad-conflicto no realista frente a conflicto realista) encuentra, sobre una muestra de 309 estudiantes, apoyo al segundo modelo basado, sobre todo, en el interés para la consecución o propiedad de cosas tangibles y sobre la distribución de tareas domésticas rutinarias.

Cuando se trata de los abusos sexuales entre hermanos/as, también se encuentran dificultades para distinguir entre desarrollo de conductas sexuales normales, desarrollo de conductas sexuales inadecuadas y el auténtico abuso sexual. Las primeras van implícitas al desarrollo psicosexual del niño/a, como por ejemplo las conductas exploratorias. Sin embargo, entre estas conductas y las denominadas “inadecuadas” puede existir una frágil frontera y entre éstas últimas y el abuso también. Una muestra de desarrollo de conductas adecuadas e inadecuadas puede observarse en Pratt et al. 2010, McVeigh 2013... recogidos por Stathopoulos M., 2012 [205]. El desarrollo de conductas sexuales inadecuadas pueden ser el resultado de un ambiente familiar que permite la exposición a un lenguaje muy sexualizado en películas, vídeos... o, es extremadamente tolerante al contacto y actividad sexual. Por el contrario, “las conductas sexuales problemáticas” que se refieren a las abusivas implican coacción, intimidación y carencia de consentimiento.

Adler & Schutz (1995) [206] apuntan, en concordancia con estudios previos (Kaplan et al, 1990 y O’Brien, 1991) a la permisividad, negación o minimización de los padres respecto del incesto entre los hermanos/as quizás como resultado de sus propias historias de victimización.

Stathopoulos M. (2012) cuando aborda la definición del abuso sexual entre hermanos/as, contempla una serie de variables además de la anteriormente referida como “conducta problemática sexual” diferenciándola de las conductas inadecuadas (que en ocasiones pueden solaparse). Entre ellas están la diferencia de edad entre abu-

sador y víctima. No hay consenso. Finkelhor (1980) la cifró en cinco años, pero otros autores han reportado diferencias menores (Carlson et al. 2006, Monaham, 2010...). Sin embargo, la definición de abuso no puede descansar únicamente en la diferencia de edad, ya que el abuso también existe entre hermanos/as con edades prácticamente iguales. Otra variable es el empleo de coerción o violencia. Para algunos autores (Carlson et al. 2006, Hatch & Haymann-White, 2001) la forma más frecuente de coerción era la verbal, las amenazas, el engaño o los sobornos. Otra variable es la duración. Aunque no forma parte estrictamente de la definición es una característica que el abuso sexual sea continuado en el tiempo. Diversos estudios lo cifran en aproximadamente 5 años. Otra variable estudiada es la vulnerabilidad de la víctima. Así por ejemplo, son más vulnerables las víctimas con algún tipo de discapacidad física o mental. Por último, el género apunta que el abuso más frecuente es hermano-hermana, seguido (a distancia) por el de hermano-hermano.

Prevalencia

Como se ha comentado al inicio, todos los investigadores señalan que la violencia entre hermanos es la forma de violencia intrafamiliar más frecuente. Algunos, Goodwin & Roscoe, 1990, Roscoe et al. 1987..., recogido por Hoffman & Edward (2004), apuntan a una incidencia entre el 60% al 80% en población normativa medida con la CTS (Conflict Tactics Scale). Strauss et al. 1980 recogido por Krienert & Walsh 2011 [207] sobre una muestra de 733 familias, el 82% reportaron violencia entre hermanos, en un 16% había habido amenazas con arma blanca o de fuego. Finkelhor et al. 2006 encuentran que era más probable que los niños sean objetivo de violencia por parte de sus hermanos (35%) que por sus pares (20%). En una encuesta a nivel nacional sobre niños americanos de 3 a 17 años sobre una población de 36,3 millones, por encima de 29 millones, Strauss y Gelles consideraban que estaban implicados en uno o más actos de violencia hacia sus hermanos (Strauss et al. 1980 en Eriksen & Jensen).

En la investigación de Krienert & Walsh 2011 encuentran diferencias según el género entre víctimas y agresores y las características del episodio. Así, los chicos, en general, son más agresores que víctimas, pero las chicas sufren violencia más grave. Si se utilizan armas, las chicas usan más el arma blanca y los chicos el arma de fuego. Carvalho Relva et al. 2013 [208] también apuntan a que los chicos son frecuentemente mas agresores que las chicas. Ello podría deberse a la creación en nuestra sociedad de un estereotipo de género masculino que conduce a que los chicos se comporten más agresivos y competitivos que las chicas.

Rose et al., 1987 recogido por Hardy 2001 [209] tras entrevistar a 244 estudiantes encontraron que el 88% de los chicos y el 94% de las chicas habían sido víctimas en los últimos 12 meses. Además, el 85% de los chicos y el 96% de las chicas informaron que

habían cometido un acto de violencia contra sus hermanos en el mismo periodo de tiempo.

Tucker et al. 2014 [210] apuntan a que el número de niños/as que experimentaban victimización por sus hermanos/as era mayor (33%) que cuando son adolescentes (14%). Es decir; que la victimización disminuye desde la infancia a la adolescencia, pero aumentaba la gravedad, siendo más probable que en la adolescencia se empleen armas. Aunque algunos estudios apuntan a que la violencia física entre hermanos es la más frecuente entre los niños más jóvenes (Caspi, 2012, Martin & Ross 2005, recogido por Tucker et al. 2013) en los adolescentes la violencia psicológica puede tener una frecuencia aún mayor que la física debido a los cambios en la expresión de la agresión.

El abuso sexual entre hermanos/as es más prevalente que cualquier otro tipo de abuso sexual intrafamiliar. Caffaro & Conn-Caffaro (2005) recogido por Stathopoulos M. (2012) estiman que es de tres a cinco veces más frecuente que el abuso de padre a hija. También recoge el estudio de Shaw et al. (2000) que sobre una muestra de 51 niños abusados sexualmente, alrededor de la mitad lo fueron por un hermano. Por último, Stathopoulos M. (2012) apunta los resultados de un estudio empírico en los Estados Unidos llevado a cabo Krienert & Walsh 2011 sobre las denuncias recogidas por la policía nacional entre los años 2000 a 2007, sobre una muestra 13.013 casos de abuso sexual entre hermanos y que fueron los siguientes:

- el 82% de las víctimas eran menores de 13 años
- en el 71% de los casos están implicadas víctimas femeninas
- en el 13% de la muestra estaban implicadas múltiples víctimas
- el 92% de los abusadores eran masculinos
- el 95% de los abusadores eran mayores que sus víctimas
- la media de la diferencia entre abusador y víctima era de 5,5 años
- la diada más común era género masculino abusador género femenino víctima
- ¼ de la muestra correspondía a la diada género masculino-masculino

Hardy (2001) sobre una muestra de 203 estudiantes aun sin graduar cuya media de edad era de 21,21 años encontró que el 7,4% (15 casos) habían tenido algún tipo de relación sexual con un hermano. 12 de ellos (80%) reportaron que la conducta había sido consentida. La edad a la que se produjeron las conductas sexuales era 8,13 años de media.

En el estudio de Caffaro & Conn-Caffaro (2005) sobre una muestra de adultos de 73 adultos con media de edad de 38 años que habían sufrido abuso sexual, agresión o combinación de ambos entre hermanos encontraron abuso sexual en 29 casos, de los cuales, las mujeres abusadas por sus hermanos masculinos representaban el 63%. Los abusos entre hermanos del sexo masculino fue del 20%. El 10% correspondía a la díada hermana abusadora-hermano víctima y solo 2 mujeres (7%) reportaban una relación de abuso hermana-hermana. Cuando estudiaron la combinación de abuso sexual y agresión encontraron que el 61% las mujeres eran las víctimas de sus hermanos, el 30% correspondían a la díada hermano-hermano y el 9% era entre hermanas. No encontraron casos en la díada hermana abusadora sexual/agresora-hermano víctima

Tipos de violencia entre hermanos

Al igual que en otros tipos de violencia intrafamiliar, la violencia entre hermanos abarca diferentes formas, en muchos casos combinadas:

- Violencia psíquica. Button & Gealt 2010 [211] recogen la definición de Whipple & Finton 1995 quienes los hacen en términos de frecuencia e intensidad de interacciones potencialmente abusivas que incluyen ridiculizar con palabras o actos que expresan desprecio y degradación que disminuyen en la víctima su sentimiento de autoestima. El daño ocurre cuando un hermano consigue el control de la relación mediante la utilización del miedo reduciendo la autoestima de la víctima. Entre las conductas citadas están el menosprecio, desprecio, humillación... Es la conducta de abuso menos reconocida por los padres y la más considerada como normal (Wiehe, 1997, recogido por Kiselica & Morrill-Richards, 2007 [212])
- Violencia física. Incluye empujar, abofetear, patear, emplear objetos o armas.... pudiendo llegar, en los casos más graves al homicidio.
- Violencia contra la propiedad. Destrucción de juguetes u otros objetos de valor de la víctima. Maltrato y muerte de mascotas de la víctima.
- Violencia sexual que puede abarcar desde los tocamientos a la víctima, forzar los tocamientos al agresor, sexo oral, penetraciones...

Instrumentos de medida

Sin hacer una recopilación exhaustiva de los instrumentos de medida de la violencia entre hermanos haremos alusión a los más frecuentemente citados en la literatura

científica. Los instrumentos varían según sobre qué tipo de muestras versan los estudios: población general, muestras clínicas, escolares, niños preescolares, etc., el objeto concreto de estudio (medición del tipo de violencia, su intensidad, sus efectos..) Influuyendo, asimismo, la edad de los sujetos objeto de estudio ya que en las muestras de niños muy pequeños son necesarias las entrevistas a padres o cuidadores.

Una de las más referenciadas es la CTS (Conflicts Tactics Scale) realizada originalmente por Strauss en 1979 para identificar las tácticas empleadas en el manejo de los conflictos entre los miembros de la familia. Consta de 18 ítems y evalúa tres áreas: razonamiento, agresión verbal y violencia. Eriksen & Jensen (2006) la utilizan en su investigación aunque escogiendo solo los ítems que hacen referencia a la violencia más grave. Nowakowski Sims y et al. [213] utilizan en su estudio la Conflict Tactics Scale 2 (CTS2) que consta de 78 ítems y cinco subescalas: razonamiento/negociación, agresión psicológica, ataques físicos, coerción sexual y heridas físicas. En nuestro País ha sido adaptada por Montes-Berges [214]. Muñoz-Rivas et al. [215] han validado la versión modificada de la CTS (M-CTS) que pretende medir los comportamientos violentos de jóvenes y adolescentes añadiendo dos ítems a la originaria. Consta de 18 ítems bidireccionales para el agresor y para la víctima con formato de respuesta tipo likert, cuya estructura factorial y propiedades psicométricas ha sido demostrada en diversas muestras clínicas, comunitarias y de estudiantes universitarios.

Teicher & Vitaliano 2011[216] recogen en su estudio sobre ser testigo de violencia hacia los hermanos las referencias a los siguientes instrumentos: Conflict Tactics Scale versión Parents-Child, Adverse Childhood Experience Scale, Child Exposure to Domestic Violence, la Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ).

Kettrey & Emery, 2006 [217] utilizan además de la CTS aunque ciñéndose básicamente en la escala "violencia", una versión modificada de la Domestic Violence Self-Labeling Scale (DVSL) que evalúa las auto-etiquetas que las mujeres hacen cuando han sido objeto de, al menos, una violencia física en su última relación de pareja.

Wolke & Skew, 2012 en su análisis sobre cuatro estudios previos sobre la agresión entre hermanos alude a diversos instrumentos: Adapted Peer Relations Questionnaire, Adapted Bullying Questionnaire, Strength and Difficulties Questionnaire, Sibling Bullying Questionnaire, Peer Bullying Questionnaire, etc.

Simonelli et al. [218] utilizan The Scale Of Negative Interactions (SNFI) por ellos creados. La escala es una medida retrospectiva de victimización dentro de la familia de origen. La escala está dividida en subescalas: padres, hermanos, padre, madre, hermana mayor, hermana menor, hermano mayor y hermano menor. Cada subescala está compuesta por 34 ítems que miden varios tipos de agresión física, emocional y sexual recibida de los padres o hermanos.

Por último, Weber, 2008 [219] emplea un método de video en el que se visiona una interacción violenta que va in crescendo hasta llegar a la violencia física. Hay dos versiones según el género (masculino o femenino). Los participantes paran el video y tienen que apuntar como intervendrían ellos en los diferentes episodios violentos visionados. Esas respuestas y el número de paradas del vídeo son puntuadas. Los participantes al finalizar el vídeo utilizan una escala tipo Likert (de 1 a 5) para evaluar el grado de afectación emocional que han sufrido mientras observaban el vídeo.

Modelos explicativos de la violencia entre hermanos

Algunos autores (Krienert & Walsh, 2011) apuntan a variables específicas como el estar expuesto a violencia en el hogar. De este modo, los niños (tanto víctimas como agresores) aprenden que la violencia es una opción aceptable para la resolución de los conflictos. Esto genera una alta probabilidad de replicar las conductas violentas en el futuro.

Carvalho Relva et al. 2013 encuentran que mas de la mitad de los encuestados (590 universitarios) reportaron haber sido testigos de violencia psíquica y fueron víctimas de algún tipo de agresión física o psíquica por sus padres. Los modelos de regresión demostraron que la violencia de padres a hijos era un sustancial predictor de la violencia entre hermanos. Había una fuerte asociación entre la violencia entre hermanos y otras formas de violencia intrafamiliar.

Eriksen & Jensen (2006) encuentran una relación entre problemas conductuales en niños y problemas maritales. Noland et al. 2004, recogido por Krienert & Walsh, 2011, sugieren que la violencia entre hermanos puede ser el mejor predictor de violencia cuando se es adulto en mayor medida que la violencia entre los padres. Otros, hacen hincapié en las características del ambiente familiar. Así, cuando los padres no están disponibles para proveer las necesidades de los hijos y son incapaces de resolver los conflictos entre los hermanos de una manera beneficiosa para ellos, aumenta el riesgo de violencia entre hermanos. Algunas víctimas de abuso entre hermanos reportan que los ambientes familiares eran tóxicos. Describiéndolos como de “campo de batalla” (Wiehe 2000 en Kiselica & Morrill-Richards 2007).

Menesini et al. (2010) [220] se centran en el papel que las variables de personalidad juegan en la violencia tanto para agresores como para víctimas y tanto entre hermanos como entre pares en la escuela. Así, la agresión entre hermanos correlacionaba con altos niveles de conflicto y bajos niveles de empatía tanto para chicos como para chicas. Sin embargo, la alta energía correlacionaba solo para los chicos. La empatía es necesaria para la conducta prosocial y está inversamente asociada con la agresión. Cuando estudian los efectos directos de las variables de personalidad en la agresión/victimización en la escuela y los indirectos a través de la agresión/victimización entre

hermanos, encuentran que para la agresión en la escuela solo en los chicos tienen efectos significativos directos la baja amabilidad y la alta inestabilidad emocional y efectos indirectos la energía. Para la victimización en la escuela, para ambos géneros, había una correlación de los efectos directos de altos niveles de inestabilidad y ningún efecto indirecto.

Hardy 2001, recogiendo datos de otros investigadores, apunta algunas características de las familias donde se produce violencia, incluida la sexual, entre hermanos. A menudo hay una asociación de ausencia física y padre autoritario con madre emocionalmente ausente que carga sola con la responsabilidad de los hijos y un hijo, generalmente, masculino y mayor que asume el papel de cuidador de los hermanos más jóvenes. También se describen familias caracterizadas por el asilamiento con claros límites entre ellas y los de fuera pero con límites difusos entre los miembros de la propia familia. Otros, apuntan a la mayor probabilidad de violencia entre hermanos cuando los padres carecen de un sistema de valores estables o cuando las reglas internas de funcionamiento familiar son impuestas arbitrariamente. Otros sugieren que la socialización diferencial de chicos y chicas contribuye a la creencia de que los chicos deben ser superiores a las chicas debiéndose éstas someterse a ellos. Bank & Kahn, 1982, Leder 1993, recogido por Kiselica & Morrill-Richard 2007 apuntan que el desequilibrio en el poder, los papeles rígidos de género, el tratamiento diferencial hacia los hermanos, la carencia de supervisión parental, suponen un incremento para el abuso entre hermanos.

Hoffman y Edwards proponen un modelo teórico integrado para explicar la violencia y el abuso (violencia física y psíquica) entre hermanos (descartan la violencia sexual por entender que pueden existir variables distintas a las contempladas en el modelo). El modelo es congruente con la perspectiva sistémica asumiendo una interdependencia entre padres, de padres con hijos y de hijos entre sí (hermanos).

Las tres perspectivas integradas son la feminista, el conflicto y la teoría del aprendizaje social. La teoría feminista considera que el abuso de la esposa está conectada directamente con la organización patriarcal que se refleja en patrones de conducta y actitudes hacia las mujeres. Dos son los objetivos básicos de esta teoría: el deseo de dominación y control y para ello se puede llegar a la violencia física y psíquica. Estas bases son extendidas hacia las relaciones de los hijos. Los más mayores tenderían a ejercer el control sobre las hermanas menores. La teoría del conflicto descansa sobre la premisa que existen diferentes intereses entre los hermanos lo cual puede derivar en técnicas de agresión y violencia para resolver situaciones en favor del interés de uno frente al otro. Aquí la agresión sería fundamentalmente instrumental. Por último, la teoría del aprendizaje social sostiene que la conducta es aprendida en gran medida por imitación y reforzamiento. La conducta violenta sería adoptada bien por experiencias directas o indirectas donde la consecución de objetivos implican el refuerzo de la dicha conducta.

De modo similar aunque centrándose en las teorías feministas y en el aprendizaje social, Hoffman et al. 2004, 2005 recogido por Button & Gealt 2010 proponen su modelo explicativo.

Otros, tratan de buscar las variables que mediante análisis de regresión logística predecirían la existencia de violencia entre hermanos. Así, Eriksen y Jensen (2006) dividen las variables en tres grupos: 1) "sociodemográficas y composición familiar". La edad y el sexo son las variables relevantes. Mientras la edad aumenta la violencia disminuye, siendo el género masculino el que se vincula al agresor. La estructura familiar básica no era relevante. 2) "Recursos y de demandas en las familias". Encuentran como predictores: la separación y divorcio por un lado y por otro, cuanto más tiempo de matrimonio o de pareja en los padres menos probable es la violencia entre hermanos, relación inversa entre ingresos y violencia, relación inversa entre trabajo a tiempo completo en los padres y violencia y, de forma paradójica, cuanto mayor nivel educativo de las esposas más violencia entre hermanos. Al combinar los dos primeros grupos, observan que el nivel de ingresos mantiene la relación inversa con la violencia pero decrece su relevancia. Los años de matrimonio o de pareja dejan de ser significativos al igual que el nivel cultural de las esposas. Los cuatro predictores tras la combinación de los dos grupos son: los chicos mayores tienen menos probabilidades que los más jóvenes para la violencia física aunque se mantiene el género masculino vinculado a la figura del agresor y la separación o divorcio y el nivel de ingresos. Las cuatro variables explican el 16,1% de la varianza para la violencia entre hermanos. 3) El último grupo hace referencia a la categoría de "desorganización familiar". En este grupo incluyen variables como violencia entre los miembros de la familia, problemas maritales, abuso de drogas/alcohol, desequilibrio de poder entre maridos y esposas, creencias en el valor del castigo físico o creencias rígidas en los roles de género tradicionales. Se encontraron tres variables significativas: la cantidad de violencia de padres a hijos en el último año (curiosamente la violencia entre padres no era significativa). También fue significativo el castigo físico infringido por las esposas a sus hijos y, por último, las pérdidas de control por parte de los padres. La combinación de las tres variables explicaban el 34,6 de la varianza. La combinación con las variables de los otros dos grupos mantenía la relevancia de estas tres variables. De todos, el mejor predictor, considerado individualmente, eran los antecedentes de violencia de los padres a los hijos en el último año.

Una población especial es la de los niños que conviven con un cuidador común. Oriana Linares [221] propone un modelo integral y multidimensional para estudiar los factores de riesgo y protectores para la violencia entre estos niños. Aunque los niños en esta situación representan un pequeño porcentaje de la población total de niños, tienen tasas altas de problemas de salud mental, física y educacionales. Tienen asimismo un mayor riesgo para ser víctimas o autores de violencia entre ellos. El modelo que propone es que existen unos factores de riesgo como la exposición a violencia familiar pasada (negligencia, abuso o exposición a violencia doméstica...), trastornos

mentales en los niños (conductas disruptivas, depresión mayor u otros trastornos), características de su ubicación (cambios de lugares de acogida, hermanos divididos...) pueden determinar en conductas violentas entre hermanos cuyos resultados podrían derivar para los niños en problemas internalizantes (depresión, soledad, ansiedad..) externalizantes como los trastornos de conducta o disrupciones en la competencia escolar (educación, relación con los compañeros). Mediando entre los factores de riesgo y los resultados estarían los factores moderadores que ejercen un papel protector como los aspectos positivos en las relaciones entre ellos, la calidad del cuidado de los cuidadores, la menor o no diferencia en el cariño y calidez de los cuidadores.

Caffaro & Conn-Caffaro, 2005 estudiando el incesto entre hermanos describen las siguientes familias de riesgo:

1. Familias de padres periféricos: Un padre tiene un papel exterior a la familia. Cuando entra en la familia de una forma autoritaria o abusiva, la madre central puede no ser capaz de protegerse así misma y a los hijos. Esto puede crear reacciones adversas entre los hermanos que tratarían de encontrar sus necesidades en una familia con recursos limitados.
2. Familias con incestos pseudoconsentidos entre hermanos. Los hermanos sometidos a abusos o negligencias parentales pueden buscar entre sí aporte, apoyos, protección que normalmente debieron ser aplicados por los padres. Esto podría derivar en un aumento de la tensión sexual entre los hermanos y conducir al incesto que puede aparentar ser pseudoconsentido a no ser que sea intenso, frecuente y duradero. En estas familias tanto los abusadores como las víctimas sufren una gran carencia de control parental y altos niveles de negligencia.
3. Familias con hijos procedentes de otros padres. Aquí ni el padre está disponible de forma fiable ni el hijo se encuentra integrado completamente. En ocasiones cuando el hijo es mayor y en familias monoparentales asumen un rol distinto al de sus hermanos pudiendo llegar a invertir su papel haciendo de cuidador del adulto. En estas situaciones no es infrecuente el abuso.
4. Abuso entre hermanastros. En familias que han pasado por varios matrimonios, las reglas entre los hermanastros distan de ser homogéneas. Las relaciones entre hermanastros tienen las siguientes características:
 - Las relaciones se instauran de forma instantánea sin tiempo para adaptarse entre ellos.
 - Las historias previas de cada hermano son distintas en valores, costumbres, estilos de familia lo que requeriría acomodación y tolerancia. Así, los hermanastros tienen en común la pérdida de sus familias de origen y, a menudo, luchan con sentimientos del pasado reales o idealizados.

Consecuencias de la violencia entre hermanos

Prácticamente todos los investigadores apuntan a la diversidad de efectos negativos de la violencia entre hermanos. Button & Gealt, 2010, encuentran una relación con el abuso de sustancias, delincuencia y agresión. Sus resultados apuntan a una relación mas fuerte entre la violencia entre hermanos y agresión que la relación entre abuso entre hermanos y abuso de sustancias y delincuencia. Richman et al. 1982, recogido por Hoffman & Edwards 2004, encuentran que adultos clínicamente afectados relatan haber tenido relaciones negativas entre hermanos cuando eran niños o jóvenes. Se encontraban afectados en la autoestima, en la capacidad para confiar en los otros y acababan en depresión, abuso de sustancias y problemas en las relaciones íntimas. Krienert & Walsh, 2011 recogiendo estudios de varios autores (Eriksen and Jensen, 2008, Gully et al. 1981, Wiehe 1997 y otros, encuentran consecuencias negativas a corto y largo plazo de la violencia entre hermanos. Así, hay un aumento en la prevalencia de trastornos de la alimentación, abuso de alcohol y drogas, ansiedad, violencia doméstica, conducta antisocial. A corto plazo, hay problemas escolares, conductas agresivas con los pares y delincuencia. Hallazgos similares encuentran Eriksen & Jensen, 2006 en la recopilación de estudios previos de diversos autores: hay mas conductas violentas en edades adultas, problemas emocionales, abuso de drogas y alcohol.

Lo más dramático es lo aportado por Dawson and Langan 1994 que encuentran que en el 10% de los homicidios en la familia están implicados los hermanos/as. El Departamento Federal de Investigación de los Estados Unidos encontró en el año 2002 que el 6,1% de los homicidios familiares eran cometidos por los hermanos/as (Kiselica & Morrill-Richards 2007). Peck & Heide, 2012 [222] estudian los homicidios en USA durante un periodo de 12 años (1996-2007) en los que sobre una media de 14.320 al año, menos del 1% de los arrestados (0,796%) eran homicidios entre hermanos/as. De ellos, el 0,628% eran fratricidas que mataban hermanos y el 0,167% eran fratricidas que mataban hermanas. Cada año mas de 100 hermanos son asesinados por sus hermanos o hermanas en USA.. Estudios previos (Underwood and Patch, 1999, Michalsky et al, 2007...apuntan que por encima del 80% de los homicidios entre hermanos, tanto los homicidas como las víctimas son masculinos. El trabajo de Peck & Heide se centra en los fratricidas que matan a hermanos y a hermanas Los fratricidas a femeninas eran más jóvenes que los fratricidas a hermanos. Los masculinos usaban mas el arma de fuego y cuchillos y los que mataban a las féminas, objetos punzantes y armas personales. El perfil del fratricida que mata al hermano era típicamente masculino, blanco y entre 15 y 17 años de edad y sus víctimas eran de 13 años y mayores y usaban armas de fuego. Los que mataban a hermanas son masculinos, blancos, de 15 años de edad o más jóvenes y sus víctimas eran de 17 años o más jóvenes y usaban armas de fuego.

Otro aspecto interesante es que la violencia entre hermanos se relaciona con la violencia entre pares (no hermanos). Así, Tippet & Wolke [223] encuentran que la crianza

muestra una moderada asociación con la agresión entre hermanos/as. Las características demográficas y culturales estaban débilmente relacionadas pero había una fuerte asociación entre la violencia entre hermanos/as y la violencia entre pares. La victimización por un hermano estaba relacionada con ser a su vez victimizado por los pares y los chicos agresores hacia sus hermanos eran más frecuentemente agredidos por los otros en la escuela (bully y víctima de bully). Tucker et al. (2014) concluyen que la victimización entre hermanos predice la victimización entre pares en la infancia y la adolescencia y que las consecuencias sobre la salud es mayor cuando se dan ambos tipos de victimización. Establecen diferencias, no obstante, si se trata de niños/as o adolescentes. Así encuentran mayor afectación en los niños/as cuando la victimización es entre pares que por hermanos/as, quizás debido a que las relaciones entre pares en los niños/as son nuevas y se caracterizan por la inseguridad y el desconocimiento, mientras que en los adolescentes los efectos de la victimización entre hermanos/as y pares determinan efectos negativos en la salud mental similares.

Los abusos sexuales entre hermanos/as causan prácticamente los mismos efectos que los ocurridos en el incesto entre padre-hija (Alpert, 1991; Rudd & Herberger, 1999) recogido por Caffaro & Conn-Caffaro (2005). Son frecuentes los problemas emocionales y conductuales en esas víctimas. Uno de los efectos más consistentes en todas las investigaciones hace referencia a los efectos negativos en las relaciones adultas posteriores. Casi la mitad de las víctimas del incesto hermano-hermana por encima de los 25 años no se casan (en el estudio de Caffaro & Conn-Caffaro, 2005 son el 60%). También apuntan al alejamiento con la familia de origen. Las víctimas que mantienen una distancia emocional con su familia de origen tienden a repetir en sus matrimonios los mismos patrones de conducta problemáticos que los experimentados en su familia de origen. Finkelhor, 1980 en Hardy 2001 encontró que las mujeres que habían experimentado sexo con un hermano reportaban altos niveles de sexualidad pero baja satisfacción sexual si el abuso se produjo antes de los nueve años de edad por parte de un hermano mayor. Haskins, 2003, Whelan, 2003, Wiehe, 1997, recogido por Kiselica & Morrill-Richards 2007, dicen que muchos niños que han sido abusados sexualmente por sus hermanos aprenden a conectar victimización con sexo y tienen dificultades para separar el placer del dolor y el miedo del deseo en las relaciones sexuales cuando son adultos.

Stathopoulos M. apunta que cualquier tipo de víctima sexual suele tener síntomas de reexperimentación, aumento del arosal y disociación (Boyd, 2011, Herman, 1994); es decir síntomas postraumáticos. Además, en la edad adulta, las víctimas de abuso sexual entre hermanos, suelen presentar depresión, otros trastornos afectivos, baja autoestima, abuso de drogas, disfunciones sexuales y otros problemas de relación interpersonal. La explicación de este impacto interpersonal es explicado por algunos autores (Russell, 1986, Doyle 1996 y Caffaro & Conn-Caffaro) por la minimización del abuso que hacen el abusador, las familias y los profesionales, de ahí el hacer hincapié en abordar estos problemas y no minimizarlos ni ocultarlos.

Morrill, 2014 [224] divide las consecuencias del abuso sexual cuando las víctimas son todavía niños y cuando son adultas. Cuando son niños, durante el periodo de abuso, la energía que debieran emplear en tareas propias de su desarrollo se malgasta en los costos del abuso. Hay una disrupción del normal desarrollo y ello puede conllevar sexualización prematura, dificultades en la relación con los pares, confusión sobre la sexualidad, agresión o una distorsión del self. Cuando son adultos aparecen trastornos mentales como trastorno por estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión, autolesiones, quejas somáticas, ideación suicida, trastornos de la alimentación, etc.

Incluso ser testigo de violencia en la familia determina problemas en la salud mental. Sin embargo, parecen existir diferencias según entre quienes se dan las conductas violentas. Teicher & Vitaliano 2011 recogen algunos estudios previos, así Finkelhor et al. (2005) encuentran que ser testigos de violencia de padres a hermanos/as se asociaba con puntuaciones elevadas en depresión, ansiedad e ira en chicos jóvenes y más mayores. El estudio de Teicher & Vitaliano 2011 concluye que ser testigo de violencia hacia los hermanos/as determinaba efectos sobre la salud mental más importantes que ser testigos violencia hacia la madre o el padre y que los primeros son más directos mientras que los efectos de los segundos (violencia hacia la madre) son más indirectos y relacionados con cambios en la conducta de madre. Renner, 2012 [225] encuentra que los niños que son testigos de violencia entre los padres o de éstos a sus hijos obtienen puntuaciones más altas conductas externalizantes que los que experimentan maltrato directo.

Algunos autores (Bank et al. 1996, Milosh, 1992, recogido por Kettrey & Emery 2006) han distinguido los efectos de la violencia entre hermanos en función del género. Así, para los chicos hay una tendencia a relacionarlos con conductas agresivas y delincuencia y para las chicas con ajuste psicosocial. Los chicos tendrían en un futuro mayores probabilidades de ser arrestados cuando son adultos y las chicas con sentimientos de ansiedad.

Resultados

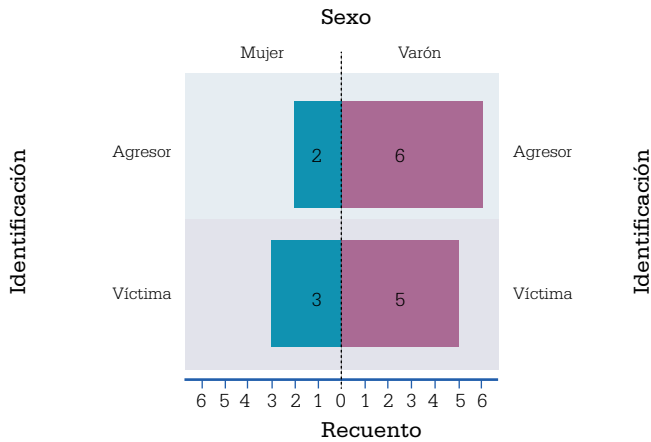
El número de casos contabilizados han sido 16 entre víctimas y agresores. El total de casos objeto de nuestro estudio global (todos los casos de violencia intrafamiliar, excluida la relativa entre la pareja) abarca a 270 lo que supone que este tipo de violencia representa el 2,96% del total, lo que corrobora la invisibilidad de este fenómeno. Al igual que lo encontrado para la muestra general el partido judicial con más casos es el de Baracaldo con el 43,8% seguido por el de Bilbao con 31, %.

La muestra se reparte entre 8 víctimas y 8 agresores. Su distribución por edad es como se muestra en la tabla siguiente. Como se puede apreciar, solo 6 casos corresponden a menores de edad, de los cuales 5 eran víctimas y uno era agresor.

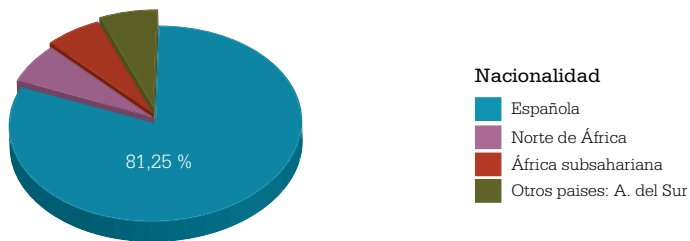
Tabla 1: tabla cruzada de identificación por edad
(recuento)

		Lesiones físicas				Total
		0-7	13-18	19-35	36-64	
Identificación	Víctima	1	4	2	1	8
	Agresor	0	1	4	3	8
Total		1	5	6	4	16

La distribución por sexo y por identificación (agresor versus víctima) se aprecia en el gráfico adjunto:

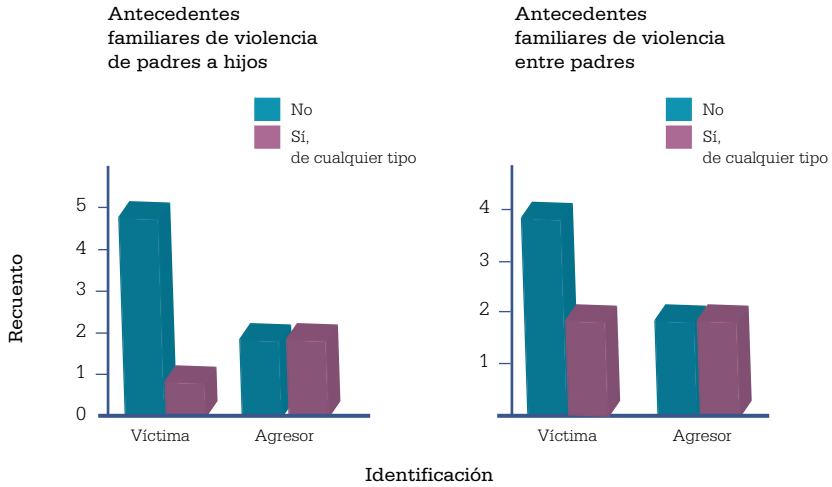


Por nacionalidades encontramos que la mayoría son nacionales (81,25%)



No hay diferencias significativas a nivel estadístico entre antecedentes de violencia entre padres/madres o de padres/madres a hijos/as tanto para víctimas como para agresores, si bien en las víctimas es más prevalente “los no antecedentes violentos”

(en ambos tipos de violencia) que “los antecedentes”. En los agresores se igualan los casos en los que hay antecedentes con los que no.



No hay diferencias significativas en la estructura familiar entre víctimas y agresores predominado la familia tradicional.

Tabla 2: tabla cruzada de identificación por estructura familiar (recuento)

		Estructura familiar		Total
		Monoparental	Tradicional	
Identificación	Víctima	2	6	8
	Agresor	1	7	8
Total		3	13	16

En cuanto a la cronicidad del maltrato podemos observar que en 11 casos el mismo se ha extendido durante años.

Tabla 3: tabla cruzada de identificación por cronicidad y por sexo
(recuento)

Identificación			Relación agresor-victima		Total
			Sí, años	Indeterminada	
Mujer	Identificación	Víctima	1	2	3
		Agresor	2	0	2
	Total		3	2	5
Varón	Identificación	Víctima	5	0	5
		Agresor	3	3	6
	Total		8	3	11
Total	Identificación	Víctima	6	2	8
		Agresor	5	3	8
	Total		11	5	16

Fijándonos en los diagnósticos psiquiátricos podemos comprobar, como era esperable, que en las víctimas prevalecen los trastornos internalizantes (depresión) y en los agresores los externalizantes (trastornos antisociales, límites y TDAH) y los trastornos psicóticos (esquizofrenia) y bipolar.

Tabla 4: tabla de contingencia del diagnóstico médico psiquiátrico actual

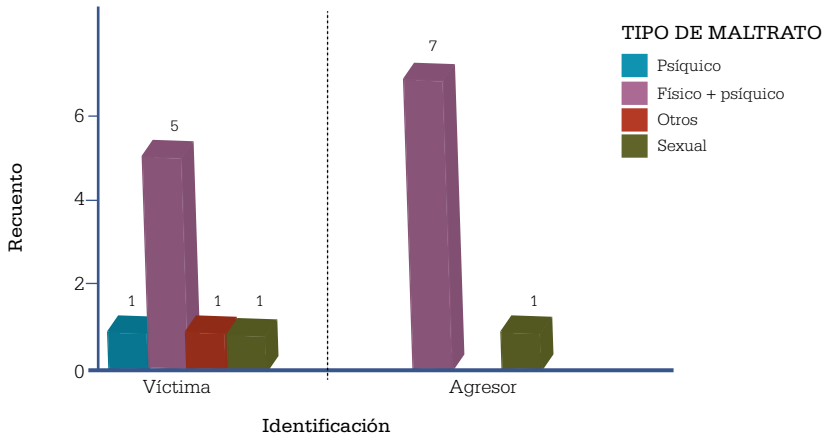
		Identificación		Total
		Víctima	Agresor	
Diagnóstico médico psiquiátrico actual	No diagnóstico	3	1	4
	Estilo o TP Límite	0	1	1
	Estilo o TP antisocial	0	3	3
	S. Depresivo	3	0	3
	T bipolar	0	1	1
	Esquizofrenia	0	1	1
	Trast. conducta / TDAH	0	1	1
Total		6	8	14

En cuanto al consumo de drogas, sí existen diferencias estadísticamente significativas entre víctimas y agresores (Prueba exacta de Fischer p 0.032):

**Tabla 5: tabla cruzada de identificación por consumo actual de drogas
(recuento)**

		Consumo actual de drogas		Total
		No	Sí, cualquier tipo de droga	
Identificación	Víctima	4	1	5
	Agresor	1	7	8
Total		5	8	13

El tipo de maltrato es predominantemente el combinado físico más psíquico tanto en víctimas como en agresores. Hay dos casos de agresiones/abusos sexuales (uno correspondiente a la categoría “víctima” y otro al de “agresor”).



En cuanto a la patología tanto psíquica como toxicológica referida en los padres encontramos la siguiente distribución:

Tabla 6: Patología de los padres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	6	37,5	40,0	40,0
	OH y drogas	2	12,5	13,3	53,3
	Patología psíquica	2	12,5	13,3	66,7
	Ns / nc	5	31,3	33,3	100,0
	Total	15	93,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	6,3		
Total		16	100,0		

Cuando cruzamos los datos de patología en los padres/madres con sexo o con identificación (víctima o agresor) no hay diferencias estadísticamente significativas.

Solamente en un caso se apreciaron lesiones leves (no hubo lesiones graves). En otro caso, medió en la agresión un arma blanca.

En relación a los abusos/agresiones sexuales hemos encontrado dos casos que representan el 16,5% de la muestra de violencia entre hermanos/as. Uno pertenece al sexo masculino y otro al femenino. El varón es el agresor y tiene 15 años, la fémina es la víctima y tiene 7 años. No se corresponden a una diada ya que cada uno procede de casos distintos. Ambos proceden de familias monoparentales. En el caso del agresor hay un consumo de alcohol, no así en la víctima. El agresor tiene un diagnóstico de trastorno de conducta/TDAH.

Discusión

Al igual que en el resto de casos estudiados (violencia filoparental, de padres/madres a hijos/as a ancianos/as) los casos relativos a la violencia entre hermanos/as no se corresponden a diadas. En el presente capítulo las 8 víctimas y los 8 agresores no tienen por qué estar emparejados. En unas ocasiones la pericial sólo se solicitaba para la víctima y, por lo tanto, el agresor quedaba fuera y, en otros, al contrario. Esto ha impedido obtener más información sobre la diada hermano agresor/hermano víctima.

Como se ha comentado, la violencia entre hermanos/as, a la luz de lo reportado por los investigadores es la forma más prevalente de violencia intrafamiliar pero a la vez es la más oculta, menos investigada y más infravalorada. Si los propios padres/madres tienden a no reconocerla o, incluso minimizarla, difícilmente otros operadores profesionales van a poder trabajar con ella. Esto afectaría a los clínicos: pediatras, médicos psiquiatras o generales, psicólogos, etc., a los trabajadores sociales, instituciones... Pero la dificultad es aún mayor en el medio judicial. Es muy raro que se judicialice este tipo de violencia. Esto es muy evidente en nuestro estudio cuando la muestra sólo alcanza al 2,96% del total de casos de violencia intrafamiliar. Ante una muestra tan pequeña sería impudente hacer generalizaciones o extrapolaciones por lo que únicamente pretendemos apuntar algunas características de los casos estudiados.

Otro aspecto que tenemos que comentar es que prácticamente todos los estudios de violencia entre hermanos/as se centran sobre menores de edad (< 18 años). Nuestro estudio incluye a todos los casos con independencia de la edad. Así, en nuestra muestra solo 6 casos tienen edades inferiores a los 18 años. Es llamativo, no obstante, que entre los abusos/agresiones sexuales los dos casos sean menores de edad tanto en la víctima como en el agresor lo que representa el 33,3% de la muestra de menores.

Se han encontrado tres personas (18,7%) con nacionalidades distintas a la española, correspondiendo a dos agresores y una víctima, todos ellos son varones.

El tipo de maltrato infringido o recibido, al igual que en la mayoría de casos, ha sido el de tipo físico y psíquico con 5 casos para las víctimas y 7 para los agresores. Hay dos casos de agresiones/abusos sexuales, lo que representa un 16,5% de la muestra de violencia entre hermanos/as, ambos son menores de edad, uno víctima y otro agresor, que no se corresponden a una diada (cada caso es independiente).

Un tema recurrente en los estudios centrados en este tipo de violencia son los referidos a los antecedentes de violencia entre los distintos miembros que componen la familia (violencia entre padres/madres, de padres/madres a hijos/as, entre los propios hermanos/as). No hemos encontrado diferencias significativas entre víctimas y agresores en cuanto a los antecedentes de violencia entre padres/madres o de padres/madres a hijos/as, si bien en las víctimas había más casos de no violencia que entre los agresores en ambos tipos de violencia. Entre los agresores se igualaban los casos de antecedentes de violencia con los de no violencia en ambos tipos. No hemos computado específicamente los antecedentes de violencia entre hermanos/as pero un parámetro relacionado que sí hemos estudiado es la cronicidad del maltrato encontrando que en 11 (68,75%) de los 16 casos, el maltrato se ha extendido durante años (hay que tener en cuenta que nuestra muestra incluye a un 62,5% de adultos)

En lo que se refiere al diagnóstico psiquiátrico establecido en víctimas y agresores se han obtenido resultados esperables predominando los trastornos internalizantes en las

víctimas (tres casos con depresión) y los externalizantes en los agresores (tres casos de estilo o trastorno antisocial, uno de estilo o trastorno límite, uno de TDAH) hay un trastorno psicótico y otro bipolar. En cualquier caso hay más patología entre los agresores (7 casos) que entre las víctimas (3 casos).

Un tema poco estudiado en la literatura científica es la correlación entre el uso de drogas y alcohol según se trate de víctimas o de agresores. Probablemente ello es debido a que las muestras que aparecen en los investigadores es, básicamente, sobre niños, mientras que en nuestro estudio los niños/as (menores de 18 años) solo representan el 37,5%, el resto son adultos. Con estas premisas, encontramos una mayor relación en el uso de drogas y alcohol en los agresores (7 casos) que en las víctimas (1 caso) siendo una diferencia estadísticamente significativa.

De las 8 víctimas solo en un caso se constató lesiones. Dado que había cinco casos que reportaron violencia física y psíquica los cuatro casos restantes no aparecen con lesiones porque no existían informes médicos que las acreditaran por no haber acudido a ningún centro médico, siendo, por lo tanto, únicamente referenciadas. Solo hubo un caso en que se empleó un arma blanca.

Bibliografía

1. Consenso Académico de Medicina Familiar (2005). "II. Conceptos básicos para el estudio de las familias". *Archivos en Medicina Familiar* 7(1):15-19. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf.
2. Sanmartin Esplugues J. (2007) ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Revista de Filosofía*, 42:9-21.
3. OMS (2002): *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
4. BOE nº 137 de 6 de Junio de 2014. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.
5. González Alvarez M. (2012). *Violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención*. Tesis doctoral. Disponible en: eprints.ucm.es/16421/1/T33906.pdf.
6. Tolan P., Gorman-Smith D., Henry D., (2006) "Family violence". *Annu Rev Psychol* 57:557-583.
7. Do Carmo C.J., Harada M.J. C.S. (2006). "Violencia física como práctica educativa". *Rev Latino-Am Enfermagem* 14(6):849-856
8. Alonso Varela J.M., Castellanos Delgado J.L. (2006). "Por un enfoque integral de la violencia familiar". *Intervención Psicosocial* 15(3):253-274
9. Patró Hernández R., Limiñana Gras R.M. (2005) "Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas". *Anales de psicología* 21(1):11-17
10. Consejo General del Poder Judicial (2008). Informe sobre víctimas mortales por violencia doméstica y violencia de género en el año 2008. Disponible en: www.observatorioviolencia.org/.../DOC1235984750_informe_muertas_2008.pdf.
11. Instituto Nacional de Estadística (2013) *Estadística de violencia doméstica y violencia de género. Año 2013*. Disponible en: www.ine.es/prensa/np842.pdf.

12. Anderson K.L. (2010). "Conflict, Power, and Violence in Families". *Journal of Marriage and family* 72(3): 726-742.
13. Markowitz F.E. (2001). "Attitudes and family violence: Linking intergenerational and cultural theories". *Journal of family violence* 16(2): 205-208.
14. Corvo K., Carpenter E.H. (2000). "Effects of parental substance abuse on current levels of domestic violence: a posible elaboration of intergenerational transmission processes". *Journal of familyviolence* 15(2):123-135.
15. OMS (1996). Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA49.25. Disponible en: www.who.int/violence_injury_prevention/.../en/WHA4925_spa.pdf.
16. Finkelhor David (2008). *Childhood Victimization. Violence, Crime and Abuse in the Lives of Young People*. Book: Oxford Universitu press.
17. Turner H.A., Finkelhor D. y Ormrod R. (2006). "The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents". *Social Science and Medicine* 62: 13-27.
- 18.- Centro Reina Sofia (2002). "Maltrato infantil en la familia. España (1997/1998)", Valencia, series *Documento* n° 4. Informe coordinado por Esteban Requena.
19. Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). *Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos*. Catálogo general de publicaciones oficiales <http://publicaciones.administracion.es>.
20. Departamento de Empleo y Acción Social del Gobierno Vasco (2011). "Balora, Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca". Departamento de Sanidad y Diputación Foral de Bizkaia, Departamento de Acción Social. <http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-observat/es/>.
21. Taussig HN, Clyman RB, Landsverk J. (2001). "Children Who Return Home from Foster Care: A 6-Year Prospective Study of Behavioral Health Outcomes in Adolescence". *Pediatrics*.108:E10.
22. Touza Garma (1996). *Las consecuencias del maltrato y el abandono en el desarrollo socioemocional de niños y adolescentes institucionalizados*. Tesis doctoral del departamento de Psicología evolutiva y de la educación de la Universidad Complutense de Madrid.

23. De la Vega Castelo Ariadna (2012). *Outcomes of Psychological Maltreatment in Children*. Doctoral Thesis en Psicología Clínica I de la Salud, de la Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología.
24. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud, disponible web [http:// www.who.int/violence_injury_prevention/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/).
25. ONU (2006). Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños. Disponible en castellano: http://www.crin.org/docs/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf.
26. Hamby Sherry, Finkelhor David, Turner Heather, Ormrod Richard (2011). *Children's Exposure to Intimate Partner Violence and Other Family Violence National Survey of Children Exposure to Violence*. Disponible en: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/232272.pdf>.
27. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Daciuk J, Felstiner C, Black T, Tonmyr L, Blackstock C, Barter K, Turcotte D, Cloutier R. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect—2003: Major Findings. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services; 2005.
28. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, Mayer M, Wright J, Barter K, Burford G, Hornick J, Sullivan R, McKenzie B. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect—Final Report. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services; 2001.
29. U.S. Department of Health and Human Services 1992–2005. Disponible en página web [webwww.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data](http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data).
30. EuserEvelineMarjanne (2009). *Child maltreatment: prevalence and risk factors*. Doctoral thesis, Leiden University. <http://hdl.handle.net/1887/14481>.
31. Kos L, Shwayder T. Cutaneous manifestations of child abuse (2006). *Pediatr Dermatol* 23:311-20.
32. Aller F Floreancig T y Gómez Pérez E. (2010). “Datos disponibles sobre maltrato infantil 2008”. *Cuadernos de Bienestar y Protección Social FAMPI*.
33. Fundación ANAR (2013). Informe Anual 2013, Teléfono ANAR. Disponible: <http://www.anar.org/wp-content/uploads/2014/05/Informe-Teléfono-ANAR-2013-definitivo-27-5-2014.pdf>.

34. Centro Reina Sofía (2002). "Maltrato infantil en la familia. España (1997/1998)", Valencia, series *Documento* n° 4. Informe coordinado por Esteban Requena.
35. Lysaker PH, Meyer P, Evans JD, Marks KA. (2001). Neurocognitive and symptom correlates of self-reported childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders.
36. WHO and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect Preventing child maltreatment (2006). A guide to taking action and generating evidence: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
37. Norman RE, Byambaa M. De R. Butchart A. Scott J., Vos T. (2012). "The long-Tea, Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect": A *Sytematic Review and Meta-Analysis*. Plos Medicine 9(11): e1001349 doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.
38. UNODC Organización de Naciones Unidas de lucha contra las drogas y el crimen (2014). Estudio Global del Homicidio 2013.
39. Williams Catherine (2007). "United Kingdom General Medical Council fails child protection". *Pediatrics* 119: 800-802.
40. Stephenson T. (2007). "Safeguarding children is everyone's responsibility: UK government statement on the duties of doctors". *Arch Dis Child* 2007; 92:833-834.
41. UNICEF (2014). *Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. NYHO 2012-2276/Markisz.
42. Finkelhor D & Asdigian N.L. (1996). "Risk factors for youth victimization: Beyond a lifestyle theoretical approach". *Violence & victims*, 11 (1) 3-20.
43. Centro Reina Sofía (2008). "Menores asesinados por sus padres. España (2004-2007)". Valencia, series *Documentos*, publicación interna.
44. Saez R. (2006). *Filicidio*, tesis doctoral de la Universidad Autónoma de Barcelona.
45. Spitz Werner U. (2006). *Investigation of Deaths in Childhood*, part 1 "Feticide and Neonaticide". Capitulo de Médico legal Investigation of Death de Spitz and Fisher's. Book, Fourth Edition. Ed Charles C. Thomas.
46. Sittig J.S, Uiterwaal C.SPM, Moons K.GM, Nieuwenhuis E.ES, and van de Putte EM (2011). "Child abuse inventory at emergency rooms": *CHAIN-ER rationale and design BMC Pediatr*; 11: 91.

47. American Academy of Pediatrics (2001). "Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities". *Pediatrics*, 107: 437-441.
48. Platt M.S., Spitz D.J. and Spitz W.U. (2006). *Investigation of Deaths in Childhood*, part 2: "The abuse child and adolescent". Capitulo de Medico legal Investigation of Death. Book, Fourth Edition. Ed Charles C. Thomas.
49. Newton Alice W. and Vandeven Andrea M (2008). "Update on child maltreatment Current" *Opinion in Pediatrics*, 20:205–212.
50. Spivack B. (2001). "Fatal pediatric head injuries caused by short distance falls: Letter to the editor". *Am. J. For Med. And Pathol* 22(3): 332-336.
51. Plunkett J. (2001). "Fatal Pediatric Head Injuries Caused by Short-Distance Falls" *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 22(1):1-12, 2001.
52. Case ME, Graham MA, Handy TC, Jentzen JM, Monteleone JA, (2001). National Association of Medical Examiners and Hoc Committee on Shaken Baby Syndrome Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. *AM J. Forensic Med Pathol* 22(2): 112-122
53. Petska H.W, Sheets L.K., and Knox B. L., (2014). "Facial Bruising as a Precursor to Abusive Head Trauma". *Clinical Pediatrics* 52(1) 86–88
54. Sheets L K., Leach M.E., Koszewski I.J., Lessmeier A.M, Nugent M. and Simpson P. (2013). "Sentinel Injuries in Infants Evaluated for Child Physical Abuse". *Pediatrics* 131;701; originally published online March 11, 2013.
55. Clément, M.-È., Bouchard, C., Jetté, M., & Laferrière, S. (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
56. Gershoff, E. T. (2002). "Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review". *Psychological Bulletin*, 128 (4), 539-579.
57. Jamal Farah (2009). *Lien entre la légitimité perçue de la violence subie dans l'enfance et les comportements violents à l'égard des enfants du point de vue de pères québécois* École de psychoéducation Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en psychoéducation Faculté des arts et des sciences. Disponible en: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/.../32>.

58. Paolucci, E. O., & Violato, C. (2004). "A meta-analysis of the published research on the affective, cognitive, and behavioral effects of corporal punishment". *Journal of Psychology*, 138 (3), 197-221.
59. Benjet, C. & Kazdin, A. E. (2003). "Spanking children: the controversies, findings, and new directions". *Clinical Psychology Review* 23 (2), 197-224.
60. Clément, M.-È., Chamberland, C., Côté, L., Dubeau, D., & Beauvais, B. (2005). La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004. Québec: Institut de la statistique du Québec.
61. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. (1998). "Children experiencing violence. I: parental use of corporal punishment". *Child Abuse Negl* 22:959-73
62. Straus, M. A., & Stewart, J.H. (1999). "Corporal punishment by American parents: National data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics". *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2): 55-70.
63. Pierce M.C. Kaczor K. Aldridge S. O'Flynn J., Lorenz D. J. (2009). Bruising Characteristics Discriminating Physical Child Abuse From Accidental Trauma Pediatrics; originally published online December 7. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2009/12/07/peds.2008-3632.citation>.
- 64.- Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. (1999) Analysis of missed cases of abusive head trauma [published correction appears in JAMA. 281:621–626
65. Sedlak A.J., Mettenburg J., Basena M. Petta I., Mcpherson K., Greene A. and Li S. (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect NIS-4. Report to Congress. US Department of Health and Human Services DHHS Disponible: www.acf.hhs.gov/sites/default/files/nis4_report_congress_full_pdf_jan2010.pdf.
66. Kellogg ND, and the Committee on Child Abuse and Neglect. (2007). "Evaluation of suspected child physical abuse". *Pediatrics*; 119:1232–1241.
67. Maguire S, Hunter B, Hunter L, et al. (2007). "Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries". *Arch Dis Child*; 92:1113–1117.
68. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW (1999). Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. Puget Sound Pediatric Research Network. *Arch. Pediatrics. Adolesc. Med*: Apr;153(4):399-403.
69. Ermertcan AT, Ertan P. (2010). Skin manifestations of child abuse Indian J Dermatol Venereol Leprol; 76(4):317-26.

70. Deans K.J, Thackeray J. Groner J.I, Cooper J. N and Minneci P.C (2014). "Risk factors for recurrent injuries in victims of suspected non-accidental trauma: a retrospective cohort study". *BMC Pediatrics* 14:217
71. Loder R, Feinberg J (2007). "Orthopaedic injuries in children with nonaccidental trauma". *J Pediatr Orthop*; 27:421–426.
72. Starling SP, Sirotnak AP, Heisler KW, Barnes-Eley ML. (2007). "Inflicted skeletal trauma: the relationship of perpetrators to their victims". *Child Abuse Neglect*; 31:993–999.
73. American Professional Society on The Abuse of Children (APSAC 1995). Disponible web: <http://www.apsac.org/practice-guidelines>.
74. Holden George W. (2003). "Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse". *Terminology and Taxonomy Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 6, No. 3.
75. Save The Children (2012). "En la Violencia de Género no hay una sola victima". InformeEuskadiDisponible web: <http://www.sevethechildren.es>.
76. Wolfe David A. Crooks, Claire V Lee, V. a McIntyre-Smith A. and Jaffe P. G. (2003). "The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence". A *Meta-Analysis and Critique Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 6, No. 3
77. Lopez Sánchez F. (2002). *Prevención de los abusos sexuales de menores y edición sexual*. 2ª edición, Amaru editores.
78. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, et al. (2008). "Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused". *J Pediatr Adolesc Gynecol*; 20:163–172.
79. Arata, C. M., et al., (2005). "Single Versus Multi-type Maltreatment: An examination of the long-term effects of child abuse", *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 11(4):29-52.
80. Andrews G., Corry J., Slade T., Issakidis C. and Swanston H. (2004). "Child sexual abuse" in *Comparative quantification of Health Risk: Global and Regional burden of disease* by M. Ezzati et al. Book edWold Health Organization. Geneve.
81. Howe D (2005) *Child Abuse and Neglect: Attachment, development and intervention*. Palgrave MacMillan, London

82. Widom C. (2000). Childhood victimization: Early adversity, later psychopathology. National Institute of Justice, Washington DC.
83. Wilson H.W. and Widom C.S. (2011). "The Role of Youth Problem Behaviors in the Path From Child Abuse and Neglect to Prostitution: A Prospective Examination". *J. Res Adolesc.* 20: 210-236.
84. Vizard E., Hickey N and McCrory E. (2007). "Developmental Trajectories Associated with Juvenile Sexually Abusive behaviour and Emerging Severe Personality Disorder in Childhood: 3-year study". *British Journal of Psychiatry* 190(49): 27-32.
85. Straus Murray A and Kantor Glenda Kaufman (2005). "Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines". *Child Abuse & Neglect* 29: 19-29.
86. United Nations Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 13 (2011): The right of the child to freedom from all forms of violence, UN document CRC/C/GC/13, Office of the High Commissioner for Human Rights, Geneva.
87. Slack K.S. Holl J, Altenbernd L., Bush Stevens A. (2003). "Improving the Measurement of Child Neglect for Survey Research: Issues and recommendations". *Child Maltreatment* 8(2): 98-111.
88. Knutson John F. De Garmo David Koeppel Gina Reid John B. (2005). "Care Neglect, Supervisory Neglect, and Harsh Parenting in the Development of Children's Aggression: A Replication and Extension". *Child Maltreatment*, 10(2):92-107.
89. Hamby S. Finkelhor D. Turner H. Ormrod R. (2002). "The overlap of witnessing partner with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth". *Child Abuse & Neglect* 34:734-741.
90. Finkelhor D. Ormrod R. Turner H. (2009). "Lifetime assessment of poly-victimization in a sample national of children and youth". *Children Abuse & Neglect* 33: 403-411.
91. Finkelhor D., Ormrod R, Turner H. Hamby S.L., (2005). "The victimization of children and Youth: A comprehensive, National Survey". *Child Maltreatment* 10 (1): 5-25.
92. Wolfe David A. Crooks, Claire V, Lee, V. McIntyre-Smith A. and Jaffe P. G. (2003). "The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique Clinical Child and Family". *Psychology Review*, Vol. 6, No.

93. Leiner, M., et al. (2012). "Children's Mental Health and Collective Violence: A binational study on the United States-Mexico border", *Pan American Journal of Public Health*, 31(5):411-416.
94. Guacimara Rodriguez, Juan Camacho, Rodrigo M.J., Martin J.C., Márquez M.L.(2006). "Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales". *Municipal Psicothema*, 18(2):200-206.
95. Cicchetti D, Toth SL. (1995). "A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 34:541-65.
96. Raine Adrian (2013). *The Anatomy of Violence*. Pantheon Book.
97. Streissguth A.P, Bookstein F.L., Barr H.M. Samoson P.D. O'Malley K. Young J.K. (2004). "Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects". *Developmental and Behavioral Pediatrics* 25, 228-38.
98. Sanmartín Espulgues J. (2011). Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato infantil en la familia. <http://publicacionesoficiales.boe.es>.
99. Emalee G. Flaherty, John Stirling, Jrand The Committee on Child Abuse and Neglect (2010). "The Pediatrician's Role in Child Maltreatment". *Prevention Pediatrics*; 126:833.
100. Hibbard R.A., Desch L.W. and the Committee on Child Abuse and Neglect, and Council on Children With Disabilities (2007). "Maltreatment of Children With Disabilities", *Pediatrics* 119(5):1018 -1025.
101. Cornella Canals y Juárez López (2014). "Síntomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su relación con el maltrato infantil: predictor y consecuencia". *Anales de pediatría* (in press)
102. Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Prinzie P, Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ. (2009). "Elevated risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive parents". *Child Maltreat*; 14:369-75.
103. Cohen JA, Mannarino AP, Murray LK, Igelman R. (2006). "Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children". *Journal of Social Issues*; 62:737-66.

104. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M.E.(2010). "Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood". *Journal of Psychiatric Research* 44:732–740.
105. Osofsky Joy D. (2003). "Prevalence of Children's Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention Clinical Child and Family". *Psychology Review*, 6(3).
106. Caspi A., McClay J., Moffitt T., Mill J. Martin J. et al (2002). "Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children". *Science* 297: 851-54.
107. Christian C.D. y Schwarz D.F. (2011). "Child Maltreatment and the Transition to Adult-Based Medical and Mental Health Care". *Pediatrics* 127 (1): 139 -145.
108. Conroy E, Degenhardt L, Mattick RP, Nelson EC. (2009). "Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group". *Child Abuse and Neglect*; 33(6):343-52.
109. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. (2009). "Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries". *The Lancet* 373 (9657):68-81.
110. Akmatov Manas K. (2011). "Child abuse in 28 developing and transitional countries—results from the Multiple Indicator Cluster Surveys Int". *J. Epidemiol*, 40 (1): 219-227.
111. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. "Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior". *British Journal of Psychiatry* 2010;197:20e7.
112. Affi T.O., Mather A Boman J. Fleisher W., Enns M.W MacMillan H., Sareen J. (2011). "Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study". *Journal of Psychiatric Research* 45:814-822.
113. Koenen KC, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Purcell S. (2003). "Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children". *Development and Psychopathology*; 15(2):297-311.
114. McCabe K. L. Maloney E. A. Stain H.J. Loughland C.M. Carr V. J. (2012). "Relationship between childhood adversity and clinical and cognitive features in schizophrenia". *Journal of Psychiatric Research*; 46: 600-607.

115. Allen B, Lauterbach D. (2007). "Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma". *Journal of Traumatic Stress* 20:587-95.
116. Jaffee SR, Caspi A Moffitt TE, Taylor A. (2004). "Physical Maltreatment victim to antisocial child: Evidence of an environmentally mediated process". *J. Abnorm Psychol* 113: 44-55.
117. Morgan C, Fisher H. (2007). "Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma critical review". *Schizophrenia Bulletin*; 33(1):3-10.
118. Lenzenweger MF (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*; 31:395-403.
119. Gil-González D., Vives-Vales C., Ruiz M.T., Carrasco-Portiño M., Alvarez Dardet C. (2008). "Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review". *Journal Of Public Health* 1(1):14-22.
120. Wright, Emily M, Fagan, Abigail A. Courtney A. Crittenden, M.S. (2011). *Exposure to Intimate Partner Violence: Gendered and Contextual Effects on Adolescent Interpersonal Violence, Drug Use, and Mental Health Outcomes*. Department of Criminology and Criminal Justice University of South Carolina Columbia, Final Report Prepared for the National Institute of Justice 2009-IJ-CX-0043.
121. Fiscalía General del Estado (2014). Memoria anual. Disponible online en https://www.fiscal.es/fiscal/publico/ciudadano/documentos/memorias_fiscalia_general_estado!/ut/p/a1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOI9HT0cDT2DDbws-gozNDBwtjNycnDx8jAawszIAKIPEVUPtYuBk4unsGO5l6eBhbBJkQp98AB3A0IKO_XD8KVYm_h68R0AWGvqEmli7GBu6G6AqwOBGsAI8bCnJDIwwyPRUByaZ9Ig!!/d15/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/?selAnio=2014.
122. Fiscalía General del Estado (2013). Memoria anual. Disponible online en https://www.fiscal.es/fiscal/publico/ciudadano/documentos/memorias_fiscalia_general_estado!/ut/p/a1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOI9HT0cDT2DDbws-gozNDBwtjNycnDx8jAawszIAKIPEVUPtYuBk4unsGO5l6eBhbBJkQp98AB3A0IKO_XD8KVYm_h68R0AWGvqEmli7GBu6G6AqwOBGsAI8bCnJDIwwyPRUByaZ9Ig!!/d15/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmlFL1o2X0lBSEExSVMwSjhSMzYwQTgyRk-JCSEwyMDg2/?selAnio=2013.
123. -Fiscalía General del Estado (2012). Memoria anual. Disponible online en https://www.fiscal.es/fiscal/publico/ciudadano/documentos/memorias_fiscalia_general_estado!/ut/p/a1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOI9HT0cDT2DDbws-gozNDBw-

tjNycnDx8jAwszIAKIPEVuPtYuBk4unsGO5l6eBhbBJkQp98AB3A0IKO_XD8K-VYm_h68R0AWGvqEmli7GBu6G6AqwOBGsAI8bCnJDIwvyPRUByaZ9Ig!!/dl5/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmlFL1o2X0lBSEExSVMwSjhSMzYwOTgyRk-JCSEwyMDg2/?selAnio=2012.

124. *Deia* (2/09/2014). "La CAV registró 388 casos de violencia de hijos a padres". Disponible online en <http://www.deia.com/2014/09/02/sociedad/euskadi/la-cav-registro-388-casos-de-violencia-de-hijos-a-padres>.
125. *Noticias de Guipúzcoa* (02/09/2014). "La ertzaintza registra en 4 años 1.541 agresiones de hijos a madres". Disponible online en <http://www.noticiasdegipuzkoa.com/2014/09/02/sociedad/la-ertzaintza-registra-en-4-anos-1541-agresiones-de-hijos-a-madres>.
126. Agustina, J. R., & Romero, F. (2013). "Análisis criminológico de la Violencia Filio-parental". *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 9.
127. González, M. (2012). *Violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención* (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid).
128. Aroca-Montolío, C., Bellver-Moreno, M. C., & Alba-Robles, J. L. (2012). "La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental". *Revista Complutense de Educación*, 23(2): 487-511.
129. Cottrell, B., & Canada. Family Violence Prevention Unit. (2001). Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children. Family Violence Prevention Unit, Health Canada.
130. Cottrell, B., & Monk, P. (2004). "Adolescent-to-Parent Abuse A Qualitative Overview of Common Themes". *Journal of Family issues*, 25(8): 1072-1095.
131. Aroca-Montolío, C., Lorenzo-Moledo, M., & Miró-Pérez, C. (2014). "La violencia filio-parental: un análisis de sus claves". *Anales de psicología*, 30(1): 157-170.
132. Romero, F., Melero, A., Cánovas, C., & Antolín, M. (2005). *La violencia de los jóvenes en la familia: una aproximación a los menores denunciados por sus padres*. CEJFE. Generalitat de Catalunya.
133. Ibabe, I., Jaureguizar, J., & Díaz, O (2007). *Violencia filio-parental: Conductas violentas de jóvenes hacia sus padres*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

134. Ulman, A., & Straus, M. A. (2003). "Violence by children against mothers in relation to violence between parents and corporal punishment by parents". *Journal of Comparative Family Studies*, 41-60.
135. Paterson, R., Luntz, H., Perlesz, A., & Cotton, S. (2002). "Adolescent violence towards parents: Maintaining family connections when the going gets tough". *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23(2): 90-100.
136. Gámez-Guadix, M., & Calvete, E. (2012). "Violencia filio-parental y su asociación con la exposición a la violencia marital y la agresión de padres a hijos". *Psicothema*, 24(2): 277-283.
137. Ibabe, I. (2014). "Direct and indirect effects of family violence on child-to-parent violence". *Estudios de Psicología*, 35(1): 137-167.
138. Ibabe, I., & Jaureguizar, J. (2011). "¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional". *Anales de psicología*, 27(2): 265-277.
139. Lozano, S., Estévez, E., & Carballo, J. L. (2013). "Factores Individuales y Familiares de Riesgo en casos de Violencia Filio-parental". *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (52): 239-254.
140. Rechea, C., Fernández, E., & Cuervo, A. L. (2008). Menores agresores en el ámbito familiar. Centro de Investigación en Criminología. Informe, (15).
141. Gallagher, E. (2004). "Youth who victimise their parents". *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25(2): 94-105.
142. Gallagher, E. (2008). "Children's violence to parents": *A critical literature review*. Tesis de Maestría, Monash University, Australia.
143. González-Álvarez, M., Gesteira, C., Fernández-Arias, I., & García-Vera, M. P. (2010). "Adolescentes que agreden a sus padres. Un análisis descriptivo de los menores agresores". *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10: 37-53.
144. Perera, H. (2006). "Parent battering and the psychiatric and family correlates in children and adolescents". *Sri Lanka Journal of Child Health*, 35(4): 128-132.
145. Ibabe, I., Jaureguizar, J., & Díaz, Ó. (2009). "Adolescent violence against parents: Is it a consequence of gender inequality?". *The European journal of psychology applied to legal context*, 1(1): 3-24.

- 146.- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2002). "Parent-directed physical aggression by clinic-referred youths". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2): 193-205.
147. Walsh, J. A., & Krienert, J. L. (2007). "Child-parent violence: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in a national sample of reported incidents". *Journal of family violence*, 22(7): 563-574.
148. Demo, D. H. (1992). "Parent-child relations: Assessing recent changes". *Journal of Marriage and the Family*, 104-117.
149. Alonso, J. M., & Castellanos, J. L. (2006). "Por un enfoque integral de la violencia familiar". *Psychosocial Intervention*, 15(3): 253-274.
150. González-Álvarez, M., Morán, N., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2011). "Caracterización de los Menores que Agreden a sus Padres". *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 11: 7-27.
151. Pérez, T., & Pereira, R. (2006). "Violencia filio-parental: revisión de la bibliografía". *Revista Mosaico*, 36: 10-17.
152. Pereira, R., & Bertino, L. (2009). "Una comprensión ecológica de la violencia filio-parental". *Redes*, 21: 69-90.
153. Ibabe, I. (2007). Perfil de los hijos adolescentes que agreden a sus padres. Investigación realizada en la CAV Gibarte Psikologia eta Portaera Zeintzien Metodología Saila. Victoria-Gasteiz, 23: 1-28.
154. Marcelli, D., Nordmann, R., Auquier, L., & Tubiana, M. (2002). "Enfants tyrans et violents". *Bull Acad Nat Méd*, 186(6): 991-8.
155. Bobic, N. (2002). Adolescent violence towards parents: Myths and realities. NSW: Rosemount Youth & Family Services.
156. McCloskey, L. A., & Lichter, E. L. (2003). "The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships". *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4): 390-412.
157. Archer, J. (2004). "Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review". *Review of general Psychology*, 8(4): 291.
158. Bobic, N. (2004). Adolescent violence towards parents [Topic paper]. Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse.

159. Ibabe, I., Arnosó, A., & Elgorriaga, E. (2014b). "Behavioral problems and depressive symptomatology as predictors of child-to-parent violence". *The European journal of psychology applied to legal context*, 6(2): 53-61.
160. Ibabe, I., Arnosó, A., & Elgorriaga, E. (2014a). "The Clinical Profile of Adolescent Offenders of Child-to-Parent Violence". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131: 377-381.
161. Chinchilla, M. J., Gascón, E., García, J., & Otero, M. (2005). Un fenómeno emergente: Cuando el menor descendiente es el agresor. Disponible online en http://www.unizar.es/sociologia_juridica/viointrafamiliar/magresor.pdf.
162. Rechea, C., & Cuervo, A. L. (2009). Menores agresores en el ámbito familiar (Estudio de casos). Centro de Investigación en Criminología. Informe, (17): 1-56.
163. Walsh, J. A., & Krienert, J. L. (2008). "A Decade of Child-Initiated Family Violence: Comparative Analysis of Child-Parent Violence and Parricide Examining Offender, Victim, and Event Characteristics in a National Sample of Reported Incidents, 1995-2005". *Journal of interpersonal violence*, 24 (9): 1450-1477.
164. Papadopoulos, A., y La Fontaine, J. (2000). *Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*. United Kingdom: Winslow Press Ltd.
165. CAPV. (2011). "Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco". *Documentos de Bienestar Social*. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gazteiz 2011.
166. Reay, A. M., y Browne, K. D. (2002). "The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents". *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (4): 416-431.
167. Consejo General del Poder Judicial (2009). Foro de Justicia y Discapacidad. Personas Mayores Vulnerables: Maltrato y Abuso.
168. Consejo General del Poder Judicial (2010). Observatorio contra la Violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial [citado 30 Jun 2010]. Disponible en: www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpj/cgpj/principal.htm.
169. Martínez Maroto, A (2005). "El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 40 [Fecha de publicación: 30/08/2005].

170. Código Penal (LO 10/1995, de 23 de noviembre). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>.
171. INPEA (2007): www.inpea.net.
172. Organización Mundial de la Salud; INPEA; Universidad de Toronto y Ryerson: "Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2002; 37(6):332-333.
173. Pérez, G. (2004): Dificultades para definir el malos tratos a personas mayores. Madrid. Portal Mayores [<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>].
174. Hudson, M.F. (1991). "Elder Mistreatment: A Taxonomy with Definitions by Delphi". *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 3(2): 1-20.
175. Pérez Rojo, G. (2004). "Tipos de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 15. [Fecha de publicación: 31/05/2004].
176. National Center on Elder Abuse (1998): The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report. Available at <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>.
177. De Francisco M. L., Solano M. A. "Valoración médico forense del maltrato intrafamiliar a ancianos en la subdirección de Bizkaia del Instituto Vasco de Medicina Legal durante el trienio 2009-2011". *Cuadernos de Medicina Forense*, 2012; 18 (3-4): 119-126.
178. Bazo, M.T. (2001). "Negligencia y malos tratos a las personas ancianas en España". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(1): 8-14.
179. OMS (2008). A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. Universidad de Ginebra.
180. Iborra, I. (2008): Malos tratos de personas mayores en la familia en España. Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia (Centro Reina Sofía).
181. Aravanis, S.C., Adelman, R.D., Breckman, R., Fulner, T.T., Holder, E., Lachs, M., et al. (1993). "Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect". *Archives of Family Medicine*, 2(4): 371-388

-
182. Perel-Levin S. (2008). Discussing screening for Elder abuse at primary health care level. World Health Organization.
183. 20 Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1994). 4. "Secondary prevention of elder abuse and mistreatment". *Canadian Medical Association Journal*, 151: 1413-1420.
184. Pérez-Rojo, G. e Izal, M. (2007): Marco conceptual. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y Organización Mundial de la Salud (OMS). 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 malos tratos hacia personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
185. Fulmer, T. (2008). "How to try this. Screening for Mistreatment of Older Adults". *American Journal of Nursing*, 108(12): 52-59.
186. Pérez-Rojo, G., Izal, M., Sancho, M.T. y Grupo de Investigación Trátame Bien (2010). "Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45: 213-218.
187. Schiamberg, L.B., & Gans, D. M. (2000). "Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life". *International Journal of Aging & Human Development*, 50 (4): 329-59.
188. Phillips, L. R. (1986). "Theoretical Explanations of Elder Abuse: Competing Hypotheses and Unresolved Issues" en K. A. Pillemer y R. S. Wolf. Elder Abuse. *Conflict in the Family*. Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company.
189. Adelman, R., Siddiqui, H., y Foldi, N. (1998). "Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect" en: M. Hersen y V.B. Van Hasselt. *Handbook of Clinical Geropsychology*. New York: Plenum Publishing Company.
190. Henderson, D.; Buchanan, J. A., y Fisher, J. E. (2002). "Violence and the elderly population: Issues for prevention" en P. A. Schewe (Ed). *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
191. Gordon, R. M., y Brill, D. (2001). "The abuse and neglect of the elderly. International". *Journal of Law and Psychiatry*, 24: 183-197.

192. Bonfenbrenner, U. (1995). "The bioecological model from a life course perspective-Reflections of a participant observer" en P. Moen, G. Elder y K. Luscher. *Examining lives in context. Perspectives on the ecology of human development*. APA: Washington, DC.
193. Penhale, B., y Kingston, P. (1997). "Elder abuse, mental health and later life: steps towards an understanding". *Aging and Mental Health*, 1(4): 296-304.
194. Quinn, M., y Tomita, S. (1997). *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis, and Intervention Strategies*. New York: Springer Publishing.
195. Caballero, J.C. y Remolar, M.L. (2000). "Consideraciones sobre el maltrato al anciano". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10: 177-188.
196. Hoffman K., Edwards J.N. (2004). "An integrated Theoretical Model of Sibling Violence and abuse". *J Fam Viol* 19(3): 185-200
197. Eriksen S., Jensen V. (2006). "All in the family? Family Environment Factors in Sibling Violence". *J. Fam Viol* 21:497-507.
198. Tucker C.J, Finkelhor D., Shattuck A., Turner H. (2013). "Prevalence and correlates of sibling victimization types". *Child Abuse & Neglect* 37:213-223.
199. Martin, J.L., Ross H.S. (2005). "Sibling aggression: sex differences and parents' reactions". *International Journal of Behavioral Development* 29(2):129-138.
200. Skinner J.A., Kowalski R.M., (2014). "Profiles of sibling bullying". *Journal of Interpersonal Violence* 28(8):1726-1736.
201. Hardy M., Beers B., Burges Ch., Taylor A. (2010). "Personal experience and perceived acceptability of sibling aggression". *J Fam Viol* 25:65-71.
202. Caffaro J.V., Conn-Caffaro A. (2005). "Treating sibling abuse families". *Aggression and Violent Behavior* 10:604-623.
203. Wolke D., Skew A.J. (2012). Bullying among sibling. *Int J Adolesc Med Health* 24:1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/ijamh.2012.004>.
204. Felson R. B. (1983). "Aggression and Violence Between Sibling". *Social Psychology Quarterly* 46(4): 271-285.
205. Stathopoulos M (2012). Sibling sexual abuse. Australian centre for the study of sexual assault. En <http://aifs.gov.au/acssa/pubs/researchsummary/ressum3/ressum3.pdf>.

-
206. Adler N.A., Schutz J, (1995). "Sibling incest offenders". *Child Abuse & Neglect* 19 (7): 811-819.
207. Krienert J.L., Walsh J.A. (2011). "My Brother's Keeper: A Contemporary Examination of Reported Sibling Violence Using National Level Data, 2000-2005". *J Fam Viol* 26:331-342.
208. Carvalho Relva I., Monteiro Fernandes O., Pinheiro Mota C. (2013). "An exploration of sibling violence predictors". *Journal of Aggression Conflict and Peace Research* 5(1): 47-61.
209. Hardy M.S. (2001). "Physical Aggression and Sexual Behavior Among Siblings: A Retrospective Study". *Journal of Family Violence* 16(3): 255-267.
210. Tucker C. J., Finkelhor D., Turner H. (2014). "Sibling and peer victimization in childhood and adolescence". *Child Abuse & Neglect* 1-8
211. Button D.M., Gealt R. (2010). "High Risk Behaviors Among Victims of Sibling Violence". *J Fam Viol* 25; 131-140.
212. Kiselica M.S., Morrill-Richards M. (2007). "Sibling Maltreatment: The forgotten abuse". *Journal of Counseling & Development* 85:148-160.
213. Nowakowski Sims E. Noland Dodd V.J., Tejeda M.J. (2008). "The relationship between severity of violence in the home and dating violence". *Journal of Forensic Nursing* 4:166-173.
214. Montes-Berges B. (2014) "Tácticas para la resolución de conflictos y celos románticos en relaciones íntimas: adaptación y análisis de las escalas CTS2 y CR". *Estudios de Psicología*, 29 (2):221-234.
215. Muñoz-Rivas M. J., Andreu Rodríguez J.M., Graña Gómez J.L., O'Leary D.K., González M.P.(2007). "Validación de la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS) en población juvenil española". *Psicothema* 19(4):693-698. Disponible en: www.psicothema.com.
216. Teicher M.H., Vitaliano G.D. (2011). "Witnessing Violence Toward Siblings: An Understudied but Potent Form of Early Adversity". *PLoS ONE* 6(12): e28852. doi:10.1371/journal.pone.0028852
217. Kettrey H.H., Emery B.C: (2006). "The Discourse of Sibling Violence". *J. Fam Viol* 21:406-416

218. Simonelli C.J., MullsT., Rohde C.. (2005). "Scale of Negative Family Interactions: A Measure of Parental and Sibling Aggression". *J Interpers Violence* 20:792-803.
219. Weber M.R. (2008). "A new experimental method assessing attitudes toward adolescent dating and sibling violence using observations of violent interactions". *Journal of Adolescence* 31:857-876.
220. Menesini E., Camodeca M., Nocentini A. (2010). "Bullying among sibling. The role of personality and relational variables". *British Journal of Developmental Psychology* 28:921-939.
221. Oriana Linares L. (2006). "An understudied form of intra-family violence: sibling-to-sibling aggression among foster children". *Aggression and Violent Behavior* 11:95-109.
222. Peck J.,H., Heide K.M. (2012). "Juvenile Involvement in fratricide and sororicide: an empirical analysis of 32 years of U.S. arrest data". *J Fam Viol* 27:749-760.
- 223.-Tippett N., Wolke D., (2014). "Aggression between sibling: associations with the Home Environment and peer bullying". *Aggressive Behavior* 1-11.
224. Morrill M. (2014). "Sibling Sexual Abuse: an exploratory study of long-term consequences for self-esteem and counseling consideration". *J Fam Viol* 29:205-213.
225. Renner L.M. (2012). "Single types of family violence victimization and externalizing behaviors among children and adolescent". *J Fam Viol* 27; 177-186.
226. MacMillan et al. (2007). Development of a policy-relevant child maltreatment strategy. *The Milbank Quarterly*, 85(2):337-74.
227. UNICEF (2013). Estado Mundial de la Infancia. Niños y niñas con discapacidad. Disponible Web.
228. Schenkel et al. (2005). Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*;76(2e3):273-86