



7

# Violencia contra personas en situación de vulnerabilidad



Guías para el abordaje de temas  
de Salud Pública en el ámbito local



# 7

## Violencia contra personas en situación de vulnerabilidad

Diciembre 2017



## Autoría

- Isidoro Durán Cortes. Técnico de Acción Local en Salud. Huelva.
- Francisco Javier Dolz López. Técnico de Promoción de salud Laboral en el entorno del Trabajo. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano.

## Edición de contenido

- Dolores Rodríguez Ruz. Coordinadora de relaciones intersectoriales. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla.
- María J. Escudero Carretero. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

## Grupo de revisión y validación de contenidos

- Agustín Gómez Jiménez. Técnico de Acción Local en Salud. Granada.
- Antonio García Moreno. Técnico de Acción Local en Salud.
- Blas Hermoso Rico. Técnico de Acción Local en Salud. Jaén.
- Cecilia Escudero Espinosa. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Covadonga Monte Vázquez. Subdirectora de Promoción, participación y planes de salud. Consejería de Salud. Sevilla.
- Dolores Rodríguez Ruz. Coordinadora de relaciones intersectoriales. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla.
- Leticia García Mochón. Técnica de proyectos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Leticia Reyes Alarcón. Técnica. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla.
- Luna Rodríguez Pérez. Técnica de Acción Local en Salud. Sevilla.
- Nicole Palacio. Técnica de Acción Local en Salud. Córdoba.
- Miguel Ángel Cuesta Guerrero. Técnico de Acción Local en Salud. Cádiz.
- Sonia Jiménez Palenzuela. Técnica de Acción Local en Salud. Almería.

## Coordinación de la serie

- M<sup>ª</sup> Dolores Fernández Pérez. Jefa del Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla
- Dolores Rodríguez Ruz. Coordinadora de relaciones intersectoriales. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla
- Leticia Reyes Alarcón. Técnica. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla
- María J. Escudero Carretero. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

## Edita

Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Red Local de Acción en Salud

[www.redlocalsalud.es](http://www.redlocalsalud.es)



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional





## Presentación

Desde la coordinación de la Red Local en Salud de Andalucía (RELAS) se trabaja para facilitar que los municipios andaluces elaboren e implementen sus Planes Locales de Salud desde un enfoque participativo, intersectorial, en red y basado en la gobernanza. Se trata de Promover la Salud de la ciudadanía andaluza desde las prioridades y necesidades de cada población y potenciando sus recursos y riquezas.

Para impulsar este trabajo, una de las herramientas que la Consejería de Salud pone a disposición de los municipios son distintas publicaciones, guías metodológicas e informes.

Este documento forma parte de una serie de informes sobre Salud Pública que hemos llamado “Guías para el abordaje de temas de Salud Pública en el ámbito local”. Todos ellos están elaborados por el equipo RELAS y han sido revisados por personas expertas en cada uno de los temas. Están basados en la mejor y más actualizada “evidencia” y en las recomendaciones de las instituciones públicas más relevantes. Se ha pretendido que sean documentos de lectura fácil y lo más breves posible.

Su finalidad es orientar a los municipios –en cada uno de los temas priorizados- sobre: aspectos clave a considerar para maximizar su impacto, recomendaciones para implementar las acciones más efectivas en el ámbito local, orientación sobre posibles objetivos a desarrollar y sus indicadores de evaluación. Todos incluyen recomendaciones bibliográficas fiables y actualizadas.

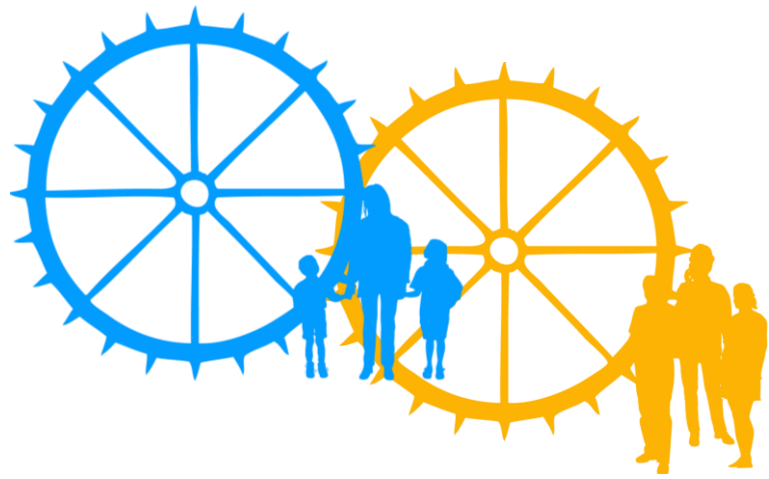
El número 7 de esta serie trata sobre Violencia contra personas en situación de vulnerabilidad (personas mayores y/o personas en situación de dependencia).



## Índice

Presentación .....	4
Índice .....	5
1. Introducción .....	6
2. Claves de la estrategia .....	7
3. Recomendaciones para el ámbito local .....	13
5. Indicadores sobre Violencia contra personas en situación de vulnerabilidad priorizados para monitorizar Planes Locales de Salud .....	19
6. Referencias bibliográficas .....	24





## 1. Introducción

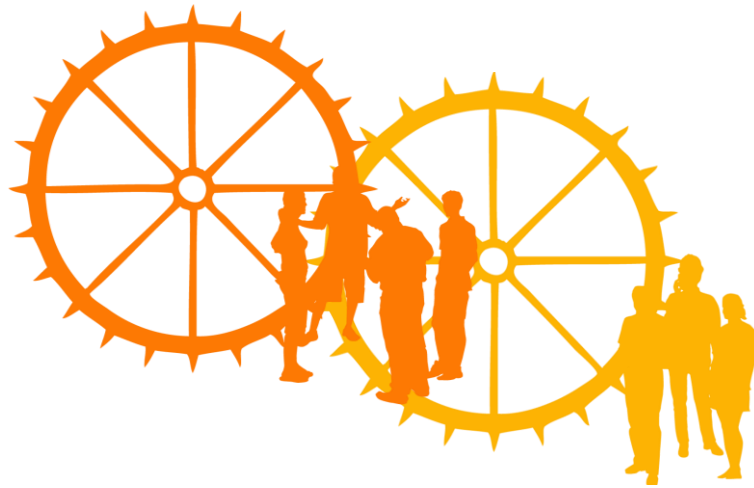
La primera circunstancia que debemos considerar a la hora de analizar este problema desde el punto de vista de la salud pública y de los planes locales de salud es su opacidad social. Su escasa entidad epidemiológica cuantitativa, va a suponer que difícilmente sea un problema de salud pública que aparezca cuando se identifican líneas de acción para la intervención comunitaria, lo que, en la práctica supone la invisibilidad del problema.

En este informe se considera personas en situación de vulnerabilidad, a las personas mayores y las personas con dependencia o/y discapacidad. Otros colectivos que pudieran formar parte de esta guía, como los menores y las mujeres víctimas de violencia de género cuentan con circunstancias diferenciales con estos colectivos, y se abordan de manera específica en una guía propia.

Precisamente, la condición de vulnerabilidad de estos colectivos les debería hacer sujetos de un afán de protección mucho mayor por parte de los poderes públicos. Uno de los problemas más importantes es la transversalidad de la vulnerabilidad, que afecta en la mayoría de las ocasiones a casi todas las esferas de la persona, suelen coincidir simultáneamente problemática familiar, pobreza, falta de salud, dependencia, discapacidad, etc., lo que genera una situación de fragilidad en la que la persona está expuesta a elementos vitales conflictivos.

En muchas ocasiones, abundando en ese contexto de vulnerabilidad aparecen conflictos relacionales que pueden derivar en situaciones de abuso y maltrato.





## 2. Claves de la estrategia

### 2.1. Definición de conceptos clave

Entendemos el maltrato, en general, como el trato indebido o negligente a una persona vulnerable por otra persona, que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes.

De forma más específica, el maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Según este concepto podríamos encontrarnos con varias clases de maltrato: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión (García Alonso & Rojo Moreno, 2014).

### Tipos de maltrato

De forma general, cuando hablamos de Personas vulnerables, podríamos distinguir los siguientes: (Fernández Alonso & Herrero Velázquez, 2006):

- **Negligencia:** acto de omisión, descuido o falta de cuidados esenciales para cubrir las necesidades de la persona, de modo que se produzca daño físico, angustia o daño mental.

Tipos:

- **Física:** no satisfacer las necesidades básicas (negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos).



- **Emocional:** negación de afecto, desprecio, aislamiento y/o incomunicación. Las personas en situación de vulnerabilidad que presentan un mayor nivel de dependencia para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, pueden sufrir un tipo de negligencia más grave: no recibir comida, alojamiento, ropa, atención médica, higiene, cuidado personal, medicación. El aspecto afectivo tiene mayor importancia en la medida en que la persona mantiene sus funciones psíquicas y es consciente de su soledad y de la falta de afecto y apoyo social.
- **Terapéutica o diagnóstica:** es la falta de cuidados por parte de los y las profesionales sanitarios que omitirían medios diagnósticos o terapéuticos eficaces y proporcionados al estado de salud y bienestar del sujeto.
- **Autoabandono o actitud de negación:** en este caso, es el propio vulnerable quién rechaza la ayuda porque niega ante sí mismo y ante los demás que la necesite poniendo en peligro su salud y su seguridad (insiste en vivir solo cuando sus enfermedades no lo aconsejan, lo que puede conllevar riesgo de incendio, olvido de medicación, mala alimentación, falta de limpieza, o aislamiento familiar y social). En esta forma de negligencia la persona no tiene conciencia de víctima ni sentimiento de sentirse abandonado, pero puede alcanzar un nivel de riesgo para sí que obligue a los responsables a intervenir para evitar el daño para sí mismo o para terceros.
- **Psicológica:** No proporcionar estímulos sociales a una persona en situación de vulnerabilidad (dejarle solo durante períodos largos de tiempo, ignorarle o no proporcionarle información o silencios ofensivos).
- **Abandono:** cuando el responsable de atender y custodiar a un anciano o dependiente le desampara de manera voluntaria. Se produce un acto de omisión que puede no identificarse como tal si el lugar en que se produce el abandono es un centro hospitalario, no asumiendo que, llegado el momento del alta, se deberían volver a asumir sus cuidados y que mientras dure el ingreso, se debe mantener una presencia continuada que favorezca el apoyo de la persona mayor en la toma de decisiones, actuando en beneficio del enfermo que se encuentra en una situación que puede ser especialmente delicada.





- **Maltrato físico:** golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.
- **Maltrato psicológico:** manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.
- **Maltrato institucional:** la persona responsable del abuso puede ser un familiar, amigo, otros residentes, los/as profesionales y la propia institución debido a malas instalaciones, masificación, barreras arquitectónicas. Los tipos de maltratos que pueden darse son los mismos que en ancianos que están en la comunidad. Algunos ejemplos serían: discriminación por la edad, fármacos caros que no se administran en según qué niveles asistenciales, trato infantil, humillaciones o insultos larvados, falta de intimidad, falta de información, restricciones físicas, aislamiento.
- **Abuso económico:** impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.
- **Abuso sexual:** cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.
- **Automaltrato** comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio –también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos países– y suicidio consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación. El automaltrato puede ser la forma más evidente de un estado de deterioro mental, que requiere intervenciones profesionales urgentes.

## 2.2. Colectivos protagonistas del estudio

Como hemos mencionado en la introducción, los colectivos en los que hemos centrado la atención en este informe son: las personas mayores y las personas con dependencia o/y discapacidad.

En muchas ocasiones, resulta complicado separar unos colectivos de otros, puesto que, por ejemplo, las personas mayores, tienen, en muchas ocasiones una discapacidad y/o dependencia. También existe una agrupación importante cuando



hablamos de maltrato que son los menores o jóvenes con algún tipo de discapacidad, con una incidencia relativa muy considerable.

El interés por los malos tratos hacia las personas mayores o dependientes es bastante reciente, aunque, en los últimos años se viene trabajando, cada vez con mayor intensidad, en la violencia hacia este grupo de población. Y, a pesar de que queda mucho por hacer, es importante resaltar los avances, que en este tema en cuestión se están realizando especialmente en nuestro país.

### Maltrato a personas mayores

Alrededor de un 8-10 % de la población mayor de 65 años es maltratada. Sin embargo, el dato más escalofriante constituye es que más del 20% de los mayores no sólo son maltratados en sus hogares, sino también en diversas instituciones destinadas a su cuidado y en centros de asistencia sociosanitaria.

Las primeras publicaciones acerca del maltrato, abuso y victimización de personas mayores en el ámbito médico aparecieron en el año 1975, cuando se describió en el Reino Unido el síndrome del “zamarreo del anciano” (“granny battering”), demostrándose además que era un problema substancial e invisibilizado. Más del 10% de la población actual del mundo supera los 60 años

Los principales agresores de las personas mayores son sus propios hijos/as adultos (44,4%), los cónyuges (14,6%), pareja actual (afectivo y/o sexual) (9,7%), u otros familiares (nuera, yerno, etc.) (17%). En definitiva, la persona que “le cuida” o vive a su lado. Puede ser un miembro de la familia, un/a vecino/a, amigo/a o el/la responsable de una institución. Para la persona mayor lo más doloroso es que las agresiones provengan de sus hijos/as o nietos/as, a quienes ha contribuido a formar y en quienes ha depositado toda su esperanza de tener una vejez grata y equilibrada.

Es necesario destacar que las edades de hijos/as que agreden fluctúan entre 26 y 45 años, siendo en un 68% varones. En el ámbito familiar, el tipo de violencia que mayoritariamente se ejerce contra las personas mayores es el maltrato psicológico, hasta en un 95%, siendo la agresión más frecuente los insultos (85%), humillación y desvalorización (66,3%), amenazas de muerte (40%), y rechazo, si bien no están



exentos de la violencia física. Las bofetadas, empujones, puntapiés y puñetazos son las formas de agresión más frecuentes. La violencia familiar y sexual tiene como principal víctima a las mujeres<sup>1</sup>.

El maltrato de las personas mayores incluye, abuso físico, psicológico, sexual, el abandono y la explotación económica. Sólo una pequeña fracción de los casos es denunciada o referida a las agencias de servicios sociales.

Otro dato importante para los objetivos de este trabajo es que el abuso de personas mayores se asocia con una morbilidad significativa y mortalidad prematura (Baker, 2016).

### Maltrato a personas con discapacidad

Las personas con discapacidad frecuentemente experimentan situaciones de discriminación, rechazo o, incluso, en algunas ocasiones pueden llegar al maltrato.

En España existen 3,85 millones de personas con discapacidad (fuente INE) que se ven diariamente expuestas a algún tipo de maltrato. No obstante, quizás habría que llamar atención sobre el maltrato por omisión, ya que la indiferencia hacia la persona con discapacidad, actuando como si ésta fuera invisible, es una forma de maltrato muy frecuente. Al ignorar las necesidades especiales que tiene una persona con discapacidad, incurrimos inconscientemente en el maltrato (Soroa Sainz, 2014).

Mención aparte merecería el caso de las personas menores con discapacidad, su detección supone una dificultad añadida tanto por los factores que lo fomentan como por la especial vulnerabilidad al tratarse de menores con discapacidad.

En las personas con discapacidad, además de lo apuntado para las personas mayores acerca del entorno familiar, cabría señalar también un tipo de maltrato que algunos autores ha denominado Maltrato institucional (Martinez, 1988).

Entendido como cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual de profesionales que

---

<sup>1</sup> Consultado el 07/04/2017 a las 13:52 h en <http://www.aimdigital.com.ar/2016/06/14/15-de-junio-dia-mundial-de-toma-de-conciencia-del-abuso-y-maltrato-en-la-vejez-2/>



comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del menor y/o la infancia (Cortés Moreno & Sotomayor Morales, 2014).

La mayoría de los estudios sobre maltrato a personas con discapacidad se han centrado en el análisis de tres aspectos básicos (Verdugo & Bermejo, 1995):

- La discapacidad como causa del maltrato, es decir como factor explicativo y de riesgo.
- La discapacidad como consecuencia del maltrato, o lo que es lo mismo, consecuencia de comportamientos violentos que provocan daños importantes.
- La discapacidad de los padres como riesgo de maltrato (Verdugo, Acedo, Bermejo, & Aguado, 2002).

Existe cierto consenso entre quiénes han publicado sobre este tema en la escasez de conocimientos e investigaciones al respecto (Verdugo, Acedo, Bermejo, & Aguado, 2002).

El problema es complicado, pues, además de todo lo esgrimido anteriormente en relación con el resto de colectivos en situación de vulnerabilidad, nos encontramos ante actitudes que están basadas en unas ideas preconcebidas (unos prejuicios) fuertemente arraigadas en nuestra sociedad. Cambiarlos exige un esfuerzo muy considerable que no siempre se está dispuesto a realizar.





### 3. Recomendaciones para el ámbito local

#### Violencia a personas mayores y a personas con discapacidad y/o dependencia

La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, (CDPD en adelante), ratificada por España el 23 de noviembre de 2007 y en vigor desde el día 3 de mayo de 2008, forma parte, a todos los efectos, del Ordenamiento jurídico español en virtud de lo dispuesto en el Art. 96.1 de la CE.

Su objetivo esencial es implantar el derecho de igualdad, en toda su extensión; haciendo hincapié en su carácter fundamental y transversal en la interrelación de derechos, y aplicándose a la universalidad, indivisibilidad e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Pero la Convención, no va dirigida únicamente a las personas con discapacidad y sus familiares, se extiende a todo el conjunto social que debe tomar conciencia de la realidad de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas. (Art. 8).

El mensaje de la Convención no va dirigido por tanto, a crear nuevos derechos, sino a desarrollarlos en cuanto a su promoción, protección y garantía, para que todas las personas con discapacidad específicamente consideradas, puedan ejercerlos en condiciones de total igualdad; ocupándose desde luego, de una de las mayores lacras sociales existente en el mundo, el abuso y maltrato de las personas con discapacidad y abordándola desde la perspectiva de la doble o múltiple vulnerabilidad a la que la persona se haya expuesta.

De este modo, se examinarán la situación de los afectados, incidiendo especialmente en los que tienen una enfermedad mental que les impiden tomar decisiones y poseen un apoyo en el ejercicio de sus derechos.



## Políticas del gobierno en materia de prevención del maltrato a las personas con discapacidad:

Las personas con discapacidad intelectual son la población más vulnerable a sufrir abuso sexual, maltrato y negligencia familiar y profesional. Los estudios internacionales nos alertan que el riesgo de una persona con discapacidad intelectual a ser víctima de abuso sexual es hasta diez veces mayor que el de las personas sin discapacidad. Se ha estimado que entre un 60% y un 80% de las mujeres con discapacidad intelectual y entre un 25% y 35% de los hombres con discapacidad intelectual, han sido víctimas de algún episodio de abuso a lo largo de su vida.

Entre las causas de esta mayor vulnerabilidad destacan las relaciones de poder desiguales a las que están acostumbrados, su dependencia hacia los cuidados de terceros, el ocultamiento o la indiferencia con que la sociedad responde muchas veces a las manifestaciones de violencia hacia ellos, su falta de información en educación sexual, y sus dificultades para saber detectar una situación potencialmente abusiva, para referirla, para oponerse a ella y para denunciarla.

Por ello, la protección frente a un abuso depende sobre todo de personas cercanas, (como familiares o profesionales de sus centros de referencia), que se hagan eco de esta problemática, sepan detectar las situaciones de abuso, y desplieguen los mecanismos de protección adecuados para frenarlas. En una gran mayoría de los casos, cuando estas terceras personas sospechan de un posible abuso, bien por desconocimiento, bien por los mitos asociados a las personas con discapacidad, bien por protección (por el temor a una victimización secundaria derivada de un proceso policial y judicial traumático), no suele interponerse denuncia. En los casos en los que sí hay denuncia, la profesionalidad y el acceso a un sistema legal justo no está asegurado, dependiendo en muchos casos de la sensibilidad concreta del profesional, de las fuerzas y cuerpos de seguridad o del sistema judicial. Independientemente de si se denuncia o no una situación de abuso, ésta deja unas secuelas psicológicas, emocionales y familiares evidentes en la víctima.

El miedo, la indefensión, la culpa, la desconfianza, la merma en la autoestima, la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático o los trastornos en la personalidad son consecuencias habituales del abuso sexual y el maltrato que deben ser tratados con unas técnicas terapéuticas adaptadas específicamente a cada persona y adaptada a la forma que esa sintomatología adopta en el colectivo en cuestión, y conforme a sus capacidades y limitaciones.

Un claro ejemplo de ello es el del equipo clínico de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce, que abre en 2010 una de las primeras unidades especializada en la atención



integral a víctimas con discapacidad intelectual, denominada UAVDI (Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual).

La colaboración con la Guardia Civil se ha materializado en el desarrollo del Primer protocolo para los Cuerpos y Fuerzas de seguridad de actuación policial con personas con discapacidad intelectual (Fundación Pardo Valcarce y Guardia Civil, 2012).

El protocolo, que parte de un riguroso trabajo de investigación para adaptar todos los procedimientos policiales cuando de personas con discapacidad intelectual se trata, ha permitido la implementación de los apoyos necesarios en las ruedas de reconocimiento, en las entrevistas de obtención del testimonio y en el análisis de la credibilidad del mismo.

En el año 2013, se suma el Cuerpo Nacional de Policía (CNP), gracias al interés mostrado por la Confederación Española de Policía por introducir en el CNP una versión de la guía policial desarrollada para la Guardia Civil, así como por formar a sus agentes de Policía Nacional en el trabajo policial con personas con discapacidad intelectual.

Fruto de la colaboración con la Guardia Civil y Policía Nacional, y gracias al apoyo prestado por el Foro Justicia y Discapacidad del Consejo General del Poder Judicial, la UAVDI ha podido introducir la figura del “facilitador” con víctimas con discapacidad intelectual durante el proceso policial y judicial.

Los “facilitadores” son expertos en Psicología del Testimonio y Discapacidad Intelectual que acompañan a la víctima durante el proceso, explicándole cada fase con detenimiento y de acuerdo a su nivel cognitivo, y velando por que sus derechos se cumplan, tal y como nos compromete la Convención. Al mismo tiempo, asesoran a los agentes policiales y judiciales acerca de los apoyos y adaptaciones que deben implementarse tras aplicar el Protocolo de Evaluación de las Capacidades que Afectan al Testimonio de la Persona con discapacidad intelectual (ECAT-discapacidad intelectual). Así, el facilitador se está convirtiendo en el principal apoyo del que puede servirse una víctima con discapacidad intelectual en su paso por el proceso penal, así como el principal apoyo para los agentes policiales y judiciales, que la mayoría de las veces desconocen la manera en la que tienen que entrevistarles sin que su testimonio sea contaminado y sin que ésta impacte emocionalmente a la víctima.





## 4. Propuesta de objetivos e indicadores

Pese a que es un tema que por su ocultación y por su poca entidad cuantitativa, es complicado que emerja como un problema de salud pública socialmente relevante, es importante que desde los grupos motores se le intente dar una mayor visibilización e incorporar cierto nivel de análisis en los Planes locales de salud desde ese prisma.

La evidencia no identifica de forma clara qué tipo de intervenciones pueden ayudar a prevenir el maltrato en estos colectivos vulnerables. Parecería lógico que programas dirigidos a disminuir la ansiedad y depresión de las personas cuidadoras, como los formativos, respiros familiares, reforzamiento de los apoyos sociales, etc., podrían tener ciertas expectativas de eficacia

Para ello será fundamental definir la población diana de las actuaciones, para tenerla en cuenta en los objetivos.

Por una parte señalaremos a las víctimas y los colectivos de riesgo de sufrir maltrato y la tarea será, además de la intervención intersectorial en aquellos casos detectados, la de prevención con programas formativos y de adquisición de habilidades sociales, y por otra es muy importante tener en cuenta los aspectos educativos, en menores, programas de educación en valores, como el respeto a la diversidad, el valor de la experiencia, la empatía, la resolución de conflictos dialogada, la formación cooperativa y no competitiva, la solidaridad con los más frágiles, etc.

La carencia de datos sobre los casos producidos, sin duda es un lastre para valorar la magnitud del problema, para poder paliarlo, será necesaria la creación de un órgano colectivo, conformado por los agentes clave en este campo: salud, educación, servicios sociales, asociaciones, fuerzas de orden público, etc., que pudiera compartir información y llevar un registro, dentro de los márgenes que permite la Ley de Protección de datos, sobre las situaciones que se atiendan.

Teniendo en cuenta estas consideraciones la propuesta sería la siguiente:





## Objetivo 1

Sensibilizar a la población del municipio a través de la realización de campañas informativas que favorezcan la erradicación de la violencia hacia personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad vulnerables.

### Indicadores

1.1. Número de campañas realizadas/número de campañas previstas\* 100.

## Objetivo 2

Promover la formación de profesionales que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad a través de intervenciones formativas.

### Indicadores

2.1. Número de intervenciones formativas a profesionales que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad/Número de intervenciones formativas planteadas \* 100.

2.2. Número de profesionales asistentes a las intervenciones formativas/Número total de profesionales que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad contactados del municipio \* 100.

## Objetivo 3

Crear Comisión Intersectorial Municipal de violencia a personas vulnerables, con las personas de referencia de cada una de las instituciones implicadas: Centro Salud, Servicios Sociales, Centros Escolares, Policía Local, Ayuntamiento, que revisara los casos producidos, y planteara posibles actuaciones preventivas o de sensibilización; y organizar su funcionamiento.

### Indicadores

3.1. Existencia de una Comisión intersectorial municipal de violencia a personas vulnerables (SI/NO)

3.2. Número de reuniones anuales de la Comisión/Número de reuniones mínimas previstas en el reglamento de funcionamiento de la Comisión\*100.



- 3.3. Número de instituciones representadas/Número de instituciones convocadas \* 100.
- 3.4. Número de casos revisados.

#### Objetivo 4

Promover entre los menores escolares del municipio programas de educación en valores, como el respeto a la diversidad y la solidaridad con los más frágiles.

#### Indicadores

- 4.1 Número de programas formativos de educación en valores a menores escolares /Número de programas formativos planteados \* 100.





## 5. Indicadores sobre Violencia contra personas en situación de vulnerabilidad priorizados para monitorizar Planes Locales de Salud

Con objeto de poder evaluar los resultados de los planes locales de salud en los municipios andaluces se han seleccionado una serie de objetivos e indicadores que monitorizar a nivel autonómico y que los municipios que trabajen el tema de violencia contra personas en situación de vulnerabilidad (personas mayores y personas en situación de dependencia) en su Plan Local de Salud deben incluir. Son los siguientes:

### Objetivo:

Promover iniciativas para la prevención de la violencia contra las personas en situación de mayor vulnerabilidad (personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad).



### Identificación del indicador (Código 07.01.)

Porcentaje de iniciativas de información realizadas en los medios de comunicación para la difusión de mensajes sobre prevención de la violencia a personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad.

#### Definición de la forma de cálculo

Nº de \*iniciativas de información realizadas en los medios de comunicación que favorezcan la erradicación de la violencia hacia las personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad en el municipio /Nº total de iniciativas de información realizadas en el municipio dentro del plan local de salud x100

#### Objetivo específico con el que se vincula

Promover iniciativas para la prevención de la violencia contra las personas vulnerables a través de la realización de campañas informativas que favorezcan la erradicación de la violencia hacia personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad.

#### Identificación de la/s fuente/s de información

- Agenda anual del Plan Local de Salud
- Grupo de trabajo de personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad

#### Periodicidad del seguimiento

- Anual

#### Definición de responsabilidades

- Responsable de la recolección de datos: Técnico/a Referente del PLS a solicitud de los técnicos/as de las otras aéreas.
- Responsable del Cálculo: Técnico/a Referente del PLS.
- Seguimiento del indicador: Miembro del GM responsable del área de conocimiento determinada.

#### Nivel de referencia (estándar)

Incorporar elementos de detección y seguimiento en todas las instituciones relacionadas.

#### Nivel objetivo

Realizar al menos una iniciativa de información al año.



## Identificación del indicador (Código 07.02.)

Porcentaje de iniciativas formativas diseñadas y desarrolladas sobre la prevención de la violencia a personas mayores y/ personas con discapacidad y/o en situación de dependencia del municipio a los/as profesionales que trabajan con estos colectivos.

### Definición de la forma de cálculo

Número de iniciativas de formación diseñadas y desarrolladas sobre la prevención de la violencia a personas mayores y/o personas con discapacidad o en situación de dependencia y dirigidas a los/as profesionales que trabajan con estos colectivos/Número total de iniciativas formativas ejecutadas en el municipio dentro del plan local de salud x 100.

### Objetivo específico con el que se vincula

Promover la formación de profesionales que trabajan con estos colectivos a través de intervenciones formativas.

### Identificación de la/s fuente/s de información

- Agenda anual del Plan Local de Salud
- Grupo de trabajo de personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad.

### Periodicidad del seguimiento

- Anual

### Definición de responsabilidades

- Responsable de la recolección de datos: Técnico/a Referente del PLS a solicitud de los técnicos/as de las otras áreas.
- Responsable del Cálculo: Técnico/a Referente del PLS.
- Seguimiento del indicador: Miembro del GM responsable del área de conocimiento determinada.

### Nivel de referencia (estándar)

Incorporar elementos de detección y seguimiento sobre violencia ejercida sobre el colectivo diana.

### Nivel objetivo

Realizar al menos una sesión formativa dirigida a los profesionales que trabajan con estos colectivos.



## Identificación del indicador (Código 07.03.)

Porcentaje de iniciativas ejecutadas intersectorialmente para la prevención de la violencia a personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad.

### Definición de la forma de cálculo

Número de iniciativas ejecutadas intersectorialmente que favorezcan la prevención de la violencia a personas mayores y personas dependientes y/o en situación de discapacidad realizadas en el municipio/Número total de iniciativas ejecutadas desde el municipio dentro del plan local de salud x 100.

### Objetivo específico con el que se vincula

Poner en marcha iniciativas intersectoriales dirigidas a los colectivos priorizados.

### Identificación de la/s fuente/s de información

- Agenda anual del Plan Local de Salud
- Grupo de trabajo de personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad.

### Periodicidad del seguimiento

- Anual

### Definición de responsabilidades

- Responsable de la recolección de datos: Técnico/a Referente del PLS a solicitud de los técnicos/as de las otras áreas.
- Responsable del Cálculo: Técnico/a Referente del PLS.
- Seguimiento del indicador: Miembro del GM responsable del área de conocimiento determinada.

### Nivel de referencia (estándar)

Incorporar elementos de detección y seguimiento sobre violencia ejercida sobre el colectivo diana.

### Nivel objetivo

Realizar al menos una iniciativa intersectorial que favorezca la prevención de la violencia en los colectivos diana.



## Identificación del indicador (Código 07.04)

Porcentaje de iniciativas ejecutadas de educación en valores, como el respeto a la diversidad y la solidaridad con los más frágiles para la prevención de la violencia a personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad entre los menores escolares del municipio

Promover.

### Definición de la forma de cálculo

Número de iniciativas ejecutadas de educación en valores, como el respeto a la diversidad y la solidaridad con los más frágiles para la prevención de la violencia a personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad entre los menores escolares del municipio /Número total de iniciativas ejecutadas desde el municipio dentro del plan local de salud x 100.

### Objetivo específico con el que se vincula

Poner en marcha iniciativas de educación en valores dirigidas a los menores escolares

### Identificación de la/s fuente/s de información

- Agenda anual del Plan Local de Salud
- Grupos de trabajo de personas mayores y personas dependientes y/o con discapacidad y menores

### Periodicidad del seguimiento

- Anual

### Definición de responsabilidades

- Responsable de la recolección de datos: Técnico/a Referente del PLS a solicitud de los técnicos/as de las otras aéreas.
- Responsable del Cálculo: Técnico/a Referente del PLS.
- Seguimiento del indicador: Miembro del GM responsable del área de conocimiento determinada.

### Nivel de referencia (estándar)

Incorporar elementos de detección y seguimiento sobre violencia ejercida sobre el colectivo diana.

### Nivel objetivo

Realizar al menos una iniciativa de educación en valores que favorezca la prevención de la violencia en los colectivos diana.





## 6. Referencias bibliográficas

Baker, A. F. (2016). Intervenciones para la prevención del abuso en las personas en situación de vulnerabilidad. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas.

Cortés Moreno, J., & Sotomayor Morales, E. (2014). La vulnerabilidad de los/as menores con trastorno de espectro autista en los centros educativos. 1ª Jornadas sobre Maltrato a las Personas con Discapacidad (págs. 81-90). Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía.

Fernández Alonso, M. C., & Herrero Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la Atención Primaria. *Atención Primaria* (37), 56-59.

Fundación Pardo Valcarce y Guardia Civil. (2012). Guía de Intervención policial con personas con discapacidad intelectual. Recuperado el 30 de mayo de 2017, de <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Justicia-y-Discapacidad/Documentos-de-interes/Guias-y-Protocolos/Guia-de-Intervencion-policial-con-personas-con-discapacidad-intelectual--Fundacion-Carmen-Pardo-Valcarce>.

García Alonso, A., & Rojo Moreno, R. (2014). Maltrato a la personas de la tercera edad con discapacidad previa o adquirida como factor de riesgo de conductas autolíticas. 1ª Jornadas sobre maltrato a las personas con discapacidad (págs. 91-99). Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía.

García Alonso, A., & Rojo Moreno, R. (2014). Maltrato en persona de Tercera Edad con discapacidad previa o adquirida como factores de riesgo en el desarrollo de conductas autolíticas. 1ª Jornada sobre el maltrato a personas con discapacidad (págs. 91-99). Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía.

Martinez, R. (1988). Malos tratos institucionales. *Revista de Treball social* (110), 202-206.





Soroa Sainz, P. (2014). La invisibilidad del maltrato de la discapacidad. 1ª Jornada sobre Maltrato a las personas con discapacidad, (págs. 57-61). Sevilla.

Verdugo, M., & Bermejo, B. (1995). El maltrato en personas con retraso mental. Madrid: Siglo Vientiuno.

Verdugo, M., Acedo, M., Bermejo, B., & Aguado, A. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. Psicothema. Revista anual de psicología , 14 Suplemento, 124-129.

