Decàleg bones pràctiques en Violència Masclista a l'Atenció Primària

APUNTS CAMFiC

bllç 06

Coordinació Apunts CAMFiC

Dr. Jordi Mestres Lucero
Metge de Família, vocal de comunicació de la CAMFiC

Vocals d'enllaç amb els Grups de Treball

Dra Laura Conangla Ferrín
Metgessa de Família, vocal primera de la CAMFiC

Dr Xavier Bayona Huget
Metge de Família, vocal segon de la CAMFiC

ISBN: 978-84-09-95374-5

Alguns drets reservats
(C) 2026, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercialSenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

AUTORES

Autores Apunts CAMFiC 06
Decàleg bones pràctiques en Violència Masclista a l'Atenció Primària

Núria Querol Viñas (1)(2)(8)
Carolina Calero Blázquez (1)(2)(3)
Pilar Babi Rourera (1)(2)
Mª Isabel Fernández Delgado (1)(4)
Zoe Herreras Pérez (1)(2)(5)
Marta Vanrell Nicolau (1)(2)(6)
Anna Pujol Flores (1)(2)(7)

(1) Grup de Treball en Violències Masclistes i Atenció Primària de Salut de la CAMFiC
(2) Metgessa de Família
(3) Consultori Olot Nord, Olot
(4) Psicóloga clínica
(5) CAP Comte Borrell, Barcelona
(6) EAP Son Gotleu (Palma, Balears)
(7) Coordinadora de les Comissions de Salut i Gènere del Departament de Salut en Sistema de Salut de Catalunya
(8) Prof. Profiling & Crime Behaviour Analysis Group, Law School, University of Barcelona

Correspondència: informans@camfic.org

continguts

1/ Sentit de la proposta 06

2/ L'itinerari de consulta 07

3/ Decàleg VIOLÈNCIES 08

4/ Desenvolupament dels ítems 09

Veure-la en privat, validar i creure — V 09

Identificar activament — I 10

Observar i orientar clínicament sense medicalitzar — O 11

Lligam terapèutic, continuïtat i derivació segura — L 12

Ètica de l'autonomia, confidencialitat i decisions informades — È 13

No revictimitzar — N 14

Contextualitzar formes, àmbits i impactes — C 15

Indagar risc i elaborar un pla de seguretat — I 16

Escriure, codificar i protegir la història clínica — E 18

Seguiment, xarxa i autocura professional — S 19

5/ Frases breus per reforçar el decàleg 20

1/ Sentit de la proposta

L'atenció primària ocupa una posició privilegiada en la prevenció, detecció, atenció i acompanyament de les dones que pateixen o han patit violències masclistes. Aquesta posició deriva de la seva accessibilitat, proximitat, longitudinalitat, capacitat de generar vincle terapèutic i possibilitat de treballar de manera coordinada amb altres recursos sanitaris, socials i comunitaris.

Sovint, el primer contacte amb el sistema sanitari no es produeix a través d'una revelació explícita de violència, sinó mitjançant símptomes físics, malestars emocionals, consultes repetides, lesions inespecífiques, problemes sexuals o reproductius, ansietat, insomni, dolor crònic, aïllament, por o dificultats per acudir sola a la consulta.

Per això, el decàleg no hauria de ser només una llista de recomanacions, sinó una guia breu per orientar l'acte clínic. Proposem estructurar-lo com un itinerari de consulta: una seqüència que ajudi les professionals a saber què fer des del primer indici o revelació fins al seguiment posterior.

L'objectiu és garantir una atenció segura, respectuosa, no revictimitzadora i clínicament útil, que preservi el vincle amb l'atenció primària i faciliti que la dona percebi la consulta i l'atenció urgent com espais segurs als quals pot tornar.

2/ L'itinerari de consulta

L'abordatge de les violències masclistes en atenció primària és un procés. Pot començar amb una sospita clínica, amb una pregunta prudent, amb una revelació inesperada o amb una situació d'urgència. En qualsevol cas, la resposta professional ha d'evitar dues formes de fragmentació: reduir el malestar a un diagnòstic aïllat o derivar de manera precipitada sense preservar el vincle assistencial.

Proposem aquest itinerari: Detectar → Acollir → Validar → Comprendre → Valorar risc → Planificar seguretat → Registrar → Coordinar → Fer seguiment → Cuidar l'equip

Aquest recorregut permet ordenar l'actuació clínica sense convertir-la en un protocol rígid. La dona pot no estar preparada per parlar, denunciar, marxar o prendre decisions immediates. Tot i així, cada contacte amb l'atenció primària pot obrir una porta segura, reforçar el vincle, reduir el risc i facilitar un proper pas.

Una idea central és que la continuïtat en AP no vol dir que qualsevol professional que detecti la situació hagi d'assumir tot el seguiment, sinó que s'ha de preservar sempre el vincle amb l'atenció primària.

Si la dona forma part del nostre contingent assignat, el seguiment longitudinal s'hauria de fer des del seu equip de medicina i infermeria de família, amb la coordinació necessària amb treball social sanitari i altres recursos.

Si la dona és atesa en una consulta d'urgències, atenció continuada o per una professional que no és la seva referent habitual, això no eximeix de fer una primera resposta segura: acollir, validar, valorar risc immediat, oferir recursos, registrar adequadament i assegurar un traspàs segur al seu equip de referència.

Frase clau:

No sempre serem qui farà tot el seguiment, però sempre som responsables de fer una primera resposta segura i de garantir que el vincle amb l'atenció primària no es trenqui.

3/ Decàleg VIOLÈNCIES

	concepte	Missatge clau i acció
V	Veure-la en privat, validar i creure.	Atendre en espai segur i privat. Escoltar amb empatia, creure el relat, validar emocions i oferir suport sense judici.
I	Identificar activament	Mantenir una sospita clínica activa. Preguntar de manera segura i respectuosa, especialment davant indicadors de risc.
O	Observar i orientar clínicament sense medicalitzar.	Reconèixer símptomes relacionats amb la violència (físics, psicològics, socials). Evitar diagnòstics parcials i medicalització innecessària.
L	Lligam terapèutic, continuïtat i traspàs segur.	Acompanyar des de la longitudinalitat d'AP, respectant el ritme. Garantir el seguiment des de l'equip de referència o assegurar un traspàs adequat.
È	Ètica de l'autonomia, confidencialitat i decisions informades.	Facilitar informació clara sobre drets i recursos. Respectar l'autonomia sense imposar. Explicar la confidencialitat i els seus límits.
N	No revictimitzar	Evitar judicis, pressions per denunciar o demandes de repetir el relat. Mai proposar teràpia de parella ni mediació.
C	Contextualitzar formes, àmbits i impactes	Reconèixer totes les formes de violència (psicològica, econòmica, digital, etc.). Considerar l'impacte en fills, dependents i condicions materials.
I	Indagar risc i elaborar un pla de seguretat	Preguntar per la por, l'escalada (estrangulació, armes) i el control coercitiu. Pactar un pla de seguretat realista i adaptat.
E	Escriure, codificar i protegir el registre clínic	Registrar de manera clara, objectiva i prudent. Codificar segons protocol i protegir la confidencialitat, evitant exposició indirecta.
S	Seguiment, xarxa i autocura professional	Mantenir el seguiment, reforçar el vincle i coordinar-se amb la xarxa especialitzada. L'autocura i la supervisió dels equips són essencials.

V — Veure-la en privat, validar i creure

El primer gest clínic és crear seguretat. No es pot explorar una situació de violència si la dona no pot parlar amb llibertat. Per això és imprescindible garantir una entrevista a soles i en un espai que preservi la intimitat.

Validar no vol dir deixar de valorar clínicament; vol dir no convertir l'atenció en u judici. Creure el relat no implica renunciar al rigor professional, sinó oferir una resposta inicial que no qüestioni, no culpabilitzi i no tanqui la porta a futures consultes.

Formulacions útils:

- "Gràcies per explicar-m'ho"
- "No és culpa teva"
- "El que expliques és important"
- "No estàs sola"
- "Podem pensar juntes quin és el proper pas més segur"

Cal evitar:

- "Segur que va ser així?"
- "Però per què continues amb ell?"
- "Això són coses de parella"
- "Potser ho has malinterpretat"

La primera resposta pot condicionar si la dona tornarà a consultar. L'objectiu no és que ho expliqui tot en aquell moment, sinó que percebi que la consulta és un espai segur.

I — Identificar activament

La violència masclista pot aparèixer de manera explícita, però sovint es manifesta a través de consultes repetides, malestar emocional, ansietat, insomni, dolor crònic, símptomes digestius, cefalea, lesions inespecífiques, dificultats sexuals, problemes reproductius, consum de fàrmacs, aïllament o hiperfreqüentació.

La detecció no hauria de dependre només que la dona ho expliqui espontàniament. Cal una actitud clínica activa, prudent i segura.

Preguntes possibles:

- “Com van les coses a casa?”
- “Hi ha algú que et faci sentir por?”
- “Algú controla el que fas, amb qui parles o on vas?”
- “Algú t’ha insultat, humiliat, amenaçat o pressionat”
- “Et sents lliure per prendre decisions sobre la teva salut, els diners, les relacions o el teu cos?”

La pregunta ha d’obrir una porta, no forçar una resposta. Si la dona no vol parlar-ne en aquell moment, convé deixar oberta la possibilitat de tornar-hi:

“No cal que m’ho expliquis ara si no vols. Però si algun dia ho necessites, aquest és un espai on en podem parlar”

O — Observar i orientar clínicament sense medicalitzar

Una de les aportacions més importants de l'atenció primària és poder relacionar malestars aparentment dispersos amb el context vital de la dona. La violència pot generar símptomes físics, psicològics, sexuals, reproductius i socials que fàcilment es poden interpretar de manera fragmentada.

Això no significa negar diagnòstics mèdics o psicològics, sinó evitar que el tractament farmacològic o la derivació a salut mental substitueixin l'exploració de la causa de malestar.

Idea clau:

No tot és ansietat: pot ser violència.

Cal compartir aquesta hipòtesi amb cura, sense imposar-la:

> "Algunes dones que viuen situacions de control, por o violència poden tenir símptomes semblants als que expliques. No sé si és el teu cas, però t'ho pregunto perquè em preocupa la teva seguretat."

Aquesta mirada ajuda a evitar diagnòstics parcials i medicalització innecessària, especialment quan el malestar es tracta només com ansietat, insomni, depressió, somatització o dolor crònic sense explorar el context.

L — Lligam terapèutic, continuïtat i derivació segura

L'atenció primària no només detecta: acompanya. El procés de presa de consciència, revelació, protecció o sortida d'una situació de violència pot ser llarg, amb dubtes ambivalència, retrocessos i moments de risc.

Per això és important evitar una resposta del tipus "et derivo i ja està". La derivació pot ser necessària, però el vincle amb AP ha de continuar existint.

Si la dona forma part del nostre contingent assignat, el seguiment s'hauria de garantir des del seu equip de referència, amb medicina de família, infermeria i treball social sanitari, segons el cas.

Si la dona és atesa en un dispositiu d'AP que no és el seu equip habitual —per exemple, urgències, atenció continuada o consulta d'una altra professional— cal fer igualment una primera resposta segura i assegurar un traspàs adequat al seu equip de referència.

Proposta de formulació:

"Et puc oferir recursos especialitzats, però l'atenció primària continuarà sent un espai on pots tornar. No has de decidir-ho tot avui."

Cada contacte clínic hauria d'acabar amb un proper pas segur: una nova visita, una trucada segura, una derivació pactada, informació escrita només si és segur tenir-la, o un pla mínim de protecció.

È — Ètica de l'autonomia, confidencialitat i decisions informades

La dona ha de poder fer-se càrrec de la seva vida el màxim possible. La nostra funció no és decidir per ella, sinó ajudar-la a entendre opcions, riscos i recursos.

És preferible parlar d'autonomia i presa de decisions informades més que d'"empoderament" com a exigència. Sortir d'una situació de violència no depèn només de la voluntat individual: hi intervenen el risc, la dependència econòmica, els fills i filles, l'habitatge, la situació administrativa, la xarxa social, la salut mental, les amenaces i molts altres factors.

Cal facilitar informació clara sobre drets, recursos, opcions sanitàries, socials i jurídiques, sense pressionar la dona perquè denunciï o prengui decisions immediates.

També cal explicar la confidencialitat i els seus límits de manera clara, especialment si hi ha risc greu, infants o adolescents en perill, persones dependents o obligacions derivades del protocol vigent.

Frase possible:

> "El que m'expliques és confidencial, però si detectem un risc greu per a tu, per als teus fills o filles o per una persona dependent, haurem de pensar com protegir-vos de la manera més segura possible."

N — No revictimitzar

La victimització secundària pot aparèixer quan la resposta professional fa que la dona se senti qüestionada, culpable, pressionada o exposada. També pot passar quan ha de repetir el relat diverses vegades, quan es minimitza el risc o quan s'actua sense tenir en compte la seva seguretat.

Cal evitar:

- preguntar "per què no marxes?"
- pressionar per denunciar;
- fer preguntes morboses o innecessàries;
- minimitzar la violència psicològica, sexual, econòmica o digital;
- proposar teràpia de parella o mediació;
- culpabilitzar-la per no voler prendre decisions immediates;
- donar informació escrita o enviar comunicacions sense comprovar abans si és segur.

La teràpia de parella o la mediació no són adequades quan hi ha violència, por, control coercitiu o asimetria de poder, perquè poden augmentar el risc i reforçar la posició de l'agressor.

Idea clau:

L'entrevista clínica no és un interrogatori: és una intervenció de cura.

C — Contextualitzar formes, àmbits i impactes

La violència masclista no és només agressió física. Pot adoptar formes psicològiques, sexuals, econòmiques, digitals, reproductives, vicàries, institucionals o socials. Pot aparèixer en la parella, l'exparella, l'àmbit familiar, laboral, comunitari o digital.

Cal considerar especialment:

- fills i filles com a víctimes directes de la violència;
- persones dependents a càrrec;
- dones grans;
- adolescents;
- dones amb discapacitat;
- dones migrades o en situació administrativa vulnerable;
- dones amb barreres idiomàtiques;
- dones trans;
- dones amb consum problemàtic o problemes de salut mental;
- dones en situació de prostitució o tràfic;
- dones amb animals de família;
- dones amb dependència econòmica, precarietat habitacional o manca de xarxa.

La violència econòmica ha d'anomenar-se de manera explícita perquè pot ser una de les principals barreres per demanar ajuda, protegir-se o sortir de la situació. Pot incloure control dels diners, prohibició o sabotatge de la feina, endeutament forçat, control de targetes o comptes, negació d'accés a recursos bàsics, apropiació d'ingressos o amenaça de deixar la dona i les persones a càrrec sense recursos.

La violència digital també ha de formar part de l'abordatge: control del mòbil, geolocalització, accés a contrasenyes, revisió de missatges, amenaça de difusió d'imatges íntimes, suplantació, ciberassetjament, spyware o control mitjançant dispositius.

Els animals de família poden ser amenaçats, agredits o utilitzats com a mecanisme de control coercitiu, i la preocupació per la seva seguretat pot condicionar la decisió de sortir o demanar ajuda. Per això convé preguntar si hi ha animals de família i incorporar-los al pla de seguretat quan sigui necessari.

Idea clau:

La seguretat no és només física: també és emocional, digital, econòmica, habitacional, administrativa i relacional.

I — Indagar risc i elaborar un pla de seguretat

La valoració del risc no pot quedar fora del decàleg. Preguntar si ha sentit por és una de les preguntes més importants. També cal explorar senyals d'escalada i perill greu.

Factors a explorar:

- por actual o recent;
- amenaces de mort o suïcidi;
- estrangulació o intents d'ofegar-la;
- armes o accés a armes;
- violència sexual;
- augment recent de la freqüència o intensitat;
- separació recent o anunciada;
- gelosia extrema o control coercitiu;
- assetjament presencial o digital;
- control del mòbil, diners, medicació o cites mèdiques;
- violència econòmica;
- consum problemàtic de substàncies per part de l'agressor;
- risc per a fills, filles, persones dependents o animals de família.

Preguntes sobre violència econòmica:

- "Pots disposar dels teus diners?"
- "Algú controla el teu compte, la targeta o el que gastes?"
- "Has de demanar permís per comprar coses bàsiques?"
- "T'ha impedit treballar, estudiar o anar a entrevistes de feina?"
- "T'ha fet endeutar-te o signar documents que no volies?"
- "Tens accés a documentació, targetes, medicació, claus i telèfon?"
- "Et preocupa no tenir on anar o com mantenir els fills i filles, persones dependents o animals de família?"

Preguntes sobre seguretat digital i comunicació segura:

- “És segur que et truquem a aquest número?”
- “Podem deixar missatge?”
- “Algú revisa el teu mòbil o La Meva Salut?”
- “Algú coneix les teves contrasenyes?”
- “Algú pot veure la teva ubicació?”
- “Com vols que consti aquesta visita?”

El pla de seguretat ha de ser concret, realista i adaptat al moment de la dona. Pot incloure, si és possible i segur: telèfon segur, manera segura de contactar amb AP, paraula clau amb algú de confiança, documentació, medicació, diners, targetes, claus, roba, accés a transport, lloc segur, recursos especialitzats, protecció digital i previsió per a fills i filles, persones dependents i animals de família.

Frase possible:

> “No cal que decideixis avui què faràs, però podem pensar què necessitaries si en algun moment haguessis de sortir de pressa o si la situació empitjora.

E — Escriure, codificar i protegir la història clínica

La història clínica cal que sigui rigorosa, objectiva i prudent. Cal documentar allò clínicament rellevant, sense afegir judicis ni informació íntima innecessària.

Convé registrar:

- relat referit per la dona;
- símptomes físics, psicològics, sexuals, reproductius o socials;
- lesions observades, si n'hi ha
- impacte emocional i estat observat;
- valoració de risc;
- fills, filles, persones dependents o animals de família en risc;
- recursos oferts;
- pla de seguretat acordat;
- derivacions o coordinacions realitzades;
- seguiment previst;
- codificació segons protocol vigent.

Formulacions recomanables:

- "La dona refereix..."
- "S'observa..."
- "Les lesions són compatibles amb..."
- "S'orienta com a situació compatible amb violència masclista..."
- "S'acorda pla de seguretat i seguiment..."

Cal evitar expressions com "suposadament", "conflicte de parella" o "relat poc clar perquè poden qüestionar la dona i tenir conseqüències negatives si el registre és consultat en altres contextos.

També cal tenir en compte que l'agressor pot tenir accés indirecte a informació sanitària, notificacions, cites, informes o aplicacions digitals. Per això, el registre ha de ser útil i protector, i la comunicació amb la dona ha de ser segura.

S — Seguiment, xarxa i autocura professional

L'abordatge no acaba amb la detecció. Cal mantenir seguiment, revisar risc, reforçar el vincle i coordinar-se amb altres recursos quan sigui necessari.

La xarxa pot incloure treball social sanitari, ASSIR, salut mental, pediatria, urgències, serveis socials, SIAD, SIE, serveis especialitzats en violència sexual, recursos jurídics, cossos de seguretat i entitats comunitàries. El treball en xarxa és una condició per evitar la fragmentació i reduir la victimització secundària.

En AP, el seguiment s'ha d'organitzar preservant el vincle amb l'equip de referència. Quan la dona és del nostre contingent assignat, el seguiment longitudinal s'hauria de fer des del nostre equip. Quan no ho és, cal garantir una primera resposta segura i un traspàs adequat al seu equip habitual.

La cura dels equips no és un element accessori. La formació, la supervisió, els espais de coordinació, els protocols actualitzats i el suport institucional són necessaris per prevenir la fatiga per compassió, el burnout i la resposta improvisada.

Idea clau:

La cura dels equips no és un luxe ni una responsabilitat individual: és una condició de qualitat assistencial.

5/ Frases breus per reforçar el decàleg

- Preguntar no és envair: és obrir una porta segura.
- Creure no vol dir deixar de valorar; vol dir no convertir l'atenció en un judici
- La denúncia és un dret, no una condició per rebre atenció.
- L'absència de lesions no descarta violència.
- No repetir el relat també és una intervenció terapèutica.
- Cada contacte clínic ha d'acabar amb un proper pas segur.
- Registrar bé és cuidar: pot protegir avui i servir demà.
- La violència digital també és violència masclista i també té impacte en salut.
- La violència econòmica pot ser una barrera directa per protegir-se.
- La seguretat no és només física: també és emocional, digital, econòmica, habitacional, administrativa i relacional.
- No sempre serem qui farà tot el seguiment, però sempre hem de garantir una primera resposta segura