

Quadern



Violència de gènere i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

© 2012 Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
Diputació, 316
08009 Barcelona

Tots els drets reservats. Cap part d'aquesta publicació no pot ser reproduïda, emmagatzemada en sistema de recuperació d'informació ni transmesa de cap forma o per cap mitjà, bé sigui electrònic, mecànic, en fotocòpia, per registre o qualsevol altre tipus, sense el permís previ per escrit del propietari del *copyright*.

EdiDe, S.L.: Direcció, coordinació, producció editorial i disseny de coberta
Casanova, 191, 3r 1a
08036 Barcelona

ISBN: 978-84-96684-18-8
Dipòsit legal: B-22718-2012

A U T O R E S I A U T O R S

- **Pilar Babi Rourera**
Metgessa de Família
- **Aurora Rovira Fontanals**
Metgessa de Família
- **Francesca Peñas López**
Metgessa de Família
- **Cristina Muñoz López**
Metgessa de Família
- **Esperanza Díez Fuentes**
Infermera
- **Noemí de Miguel Llorente**
Metgessa de Família
- **Hubert Foulon**
Metge de Família
- **Belén Benito Badorrey**
Metgessa de Família
- **Isabel Fernández Delgado**
Psicòloga Clínica
- **Anna Roig Campo**
Trebballadora Social
- **Meritxell Sánchez-Amat**
Metgessa de Família

**Grup «Violència de gènere i Atenció Primària»
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)**



Í N D E X

1. INTRODUCCIÓ	9
2. ABANS DE COMENÇAR... ..	11
■ Maltractament a la dona en la parella	11
■ Violència familiar	12
■ La violència masclista és una violència estructural: model ecològic	12
■ L'expressió clínica del maltractament a la dona.	13
■ Els anomenats perfils clínics.	13
■ La dona maltractada	13
■ L'home que maltracta	14
■ El procés de la violència	14
■ El cicle de la violència	15
■ Victimització secundària	16
■ Formes de maltractament a la dona dins la parella	17
■ Bibliografia	18
3. RELLEVÀNCIA CLÍNICA	19
■ Conseqüències per a la salut de la dona	19
■ Conseqüències per a la salut de les filles i fills	21
■ Conseqüències socials i econòmiques	22
■ Bibliografia	22
4. MAGNITUD DEL PROBLEMA DINS L'ÀMBIT SANITARI	23
■ Dades poblacionals	23
■ Dades de l'àmbit sanitari	24
■ Dades referents a l'abús sexual	26
■ Bibliografia	26
5. FORMES DE PRESENTACIÓ DEL MALTRACTAMENT A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA	27
■ Presentació no explícita del maltractament	27
■ Característiques de la presentació clínica	28
■ Especificitats de l'Atenció Primària	29
■ Complexitat de l'atenció a la presentació no explícita	29
■ Presentació aguda del maltractament	30

■ Valoració del dany emocional en l'avaluació de una dona que ha patit una agressió	32
■ Bibliografia	33
6. DETECCIÓ DEL MALTRACTAMENT I ORIENTACIÓ INICIAL	34
■ Cribratge universal o detecció selectiva?	34
■ Bibliografia	37
7. HABILITATS DE COMUNICACIÓ PER A L'ABORDATGE DEL MALTRACTAMENT	39
■ Eines que poden ser d'ajut	40
■ Bibliografia	43
8. VALORACIÓ DEL RISC	44
■ Instruments per a la valoració del risc	45
■ Aspectes a considerar	46
■ Bibliografia	47
9. SEGUIMENT A LLARG TERMINI	48
■ Reflexionem sobre l'objectiu de la nostra intervenció.	48
■ Establir una relació de recolzament i no de victimització	48
■ Aspectes a tenir en compte en el seguiment	49
■ El model de les etapes del canvi.	51
■ Si no es confirma el maltractament	52
■ Bibliografia	53
10. ATENCIÓ A L'HOME QUE MALTRACTA	54
■ Introducció. Masculinitat. Violència masclista	54
■ L'home que maltracta. Patró hegemònic tradicional	55
■ L'atenció a l'home que exerceix maltractament	57
■ Atenció des de l'Atenció Primària	58
■ Atenció a l'home que exerceix maltractament i demana ajuda	58
■ Atenció a l'home que exerceix maltractament: en tots els casos	59
■ Programes d'intervencions per a homes	60
■ Conclusions/reflexions	60
■ Bibliografia	61
11. LA HISTÒRIA CLÍNICA: EL REGISTRE	62
■ El registre a l'ECAP	63
■ Bibliografia	64
12. ELS ASPECTES ÈTICOLEGALS	65
■ Informar a la justícia del nostre coneixement d'una situació de violència contra la dona	65

■ Què passa quan la dona no vol fer cap denúncia i ens demana que no ho comuniquem?	66
■ Bibliografia	67
13. DOCUMENTS MEDICOLEGALS D'INTERÈS.	68
■ Els comunicats a Justícia	68
■ Bibliografia	70
14. LA INTERVENCIÓ PSICOTERAPÈUTICA: ATENCIÓ AL MALTRACTAMENT A LA DONA DINS DE L'ÀMBIT DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA	71
■ Consideracions generals	71
■ Aspectes previs a tenir en compte	71
■ Etapes del procés psicoterapèutic	72
■ L'espai psicoterapèutic	72
■ Objectius de la intervenció	73
■ Valoració del seu malestar	74
■ Fases del procés	74
■ Final del contracte: algunes reflexions	75
■ Bibliografia	76
15. MEDIQUEM EN EXCÉS.	77
■ Per què mediquem les dones que pateixen violència en les relacions íntimes?	77
■ Quines són les prevencions que hem de tenir respecte la medicalització de les dones en situació de violència?	77
■ Quines són les alternatives?	78
■ Bibliografia	80
16. L'ABÚS SEXUAL EN LA PARELLA	81
■ Definició	82
■ Indicadors de detecció	83
■ Aspectes protectors	83
■ Eines per als/les professionals	84
■ Bibliografia	84
17. VIOLÈNCIA CONTRA LA DONA IMMIGRANT	85
■ Introducció	85
■ Quins trets diferencials poden tenir les dones immigrades?	86
■ Bibliografia	91
18. TREBALL EN XARXA I COMUNITARI	93
■ Punts clau per la pràctica diària	94
■ Bibliografia	95

19. PREVENCIÓ DES DE LA CONSULTA	96
20. REFLEXIONS PER A PROFESSIONALS	97
■ Bibliografia	99
21. SUPORT I CURA DELS I LES PROFESSIONALS	100
■ Consideracions generals	100
■ La violència exercida per l'organització	100
■ Els efectes de la violència en les persones que escoltem ...	101
■ L'espai professional. Eines preventives	102
■ L'espai personal. Recursos propis	103
■ Bibliografia	103
22. ANNEXOS	105
I. MODEL ECOLÒGIC PER A LA INTERPRETACIÓ DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE	107
II. MITES AL VOLTANT DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE	109
III. PATRÓ DE MASCULINITAT DOMINANT	111
IV. CICLE DE LA VIOLÈNCIA I LA CONSULTA	112
V. PODER MÈDIC I CONTROL	113
VI. SÍNDROME D'ESTRÈS POSTTRAUMÀTIC	115
■ Criteris per al diagnòstic de F43.1 Trastorn per estrès posttraumàtic (309.81)	115
■ Criteris per al diagnòstic de F43.0 Trastorn per estrès agut (308.3)	117
VII. EXEMPLES DE PREGUNTES EN DIFERENTS MOMENTS DE L'ENTREVISTA	119
VIII. VALORACIONS	124
IX. GUÍA SARA	125
X. EQUIP D'URGÈNCIA/PLA DE FUGIDA	126
XI. SALUT I GÈNERE MASCULÍ	127
XII. LLISTAT DE MICROMASCLISMES	128
■ Micromasclismes utilitaris	128
■ Micromasclismes encoberts	128
■ Micromasclismes coercitius	129
■ Micromasclismes de crisi	129
XIII. IL-LM. SR./IL-LMA. SRA. JUTGE/JUTGESSA DEL JUTJAT DE GUÀRDIA DE VIOLÈNCIA SOBRE LA DONA	130
■ Informe mèdic-comunicat de lesions-violència de parella o exparella	130
XIV. SOL-LICITUD D'ORDRE DE PROTECCIÓ	136
AGRAÏMENTS	140

1. INTRODUCCIÓ

Pilar Babi Rourera

En la darrera dècada han aparegut nombrosos documents per a l'ajuda de l'atenció sanitària a la dona que pateix maltractament per part de la seva parella o exparella. Molts hospitals, serveis mèdics, societats científiques i diferents organismes estatals o locals han editat treballs propis. Aquesta quantitat de documents respon, probablement, a la dificultat que representa per les i als professionals de la salut visibilitzar i atendre les conseqüències de la violència des del model mèdic d'atenció.

Per a l'Atenció Primària de Salut ens semblen especialment rellevants, el protocol de Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) «Violència Domèstica», el Protocolo Común del Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud i la Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres de la Comunidad de Madrid. I a casa nostra el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

El grup de treball de la CAMFiC «Violència de Gènere i Atenció Primària» es va crear l'any 2004 amb l'objectiu de promoure la reflexió sobre l'assistència, la formació, la recerca i la participació en relació a l'assistència en salut a la dona que pateix violència masclista.

Aquestes reflexions són fruit d'aquesta tasca comuna i conserva les peculiaritats de grup. A més dels capítols habituals referits a la detecció o a les formes de la violència aguda, hem volgut aturar-nos de manera especial en aspectes menys atesos en les guies habituals, com la forma en què la violència estructural ens afecta a totes i a tots, o bé com n'és de complexa l'atenció a llarg termini i també, en el repte que representa atendre l'home que maltracta, alhora que la seva víctima, per citar algunes de les característiques que ens semblen diferencials del text que presentem.

Per a referir-nos a la situació de maltractament a la dona per la seva parella o exparella utilitzem diferents noms: violència de gènere, violència masclista, violència vers la dona, maltractament a la dona entre d'altres. Totes elles tenen alguna aportació i alguna exclusió, la dificultat per anomenar aquesta realitat parla, probablement, de la dificultat que hem tingut i encara tenim per mirar-la i entendre-la.

Algunes de les reflexions que es citen tenen diferents graus d'evidència científica, altres són fruit de la nostra reflexió. Aquest fet, poc usual en la literatura

científica actual, es justifica perquè hi ha poca o molt poca evidència de la majoria de les actuacions en relació a la dona que pateix violència i que tot i així és impensable ajornar-ne l'assistència. Esperem que en el futur pròxim la investigació augmenti de manera proporcionada a la magnitud del problema i ens permeti aportar una visió més recolzada en la metodologia científica.

Hi ha en el text algunes redundàncies que obeeixen a dos motius, d'una banda la necessitat d'insistir en conceptes que ens resulten poc habituals, de l'altra en la voluntat que cada capítol es pugui llegir i tingui sentit per si mateix.

També ens cal advertir que aquest no és un document de recursos per a l'assistència a les dones en situació de violència. Aquests són variats en el territori i canviant en el temps. Insistim més endavant en la necessitat de conèixer el circuit municipal o comarcal amb el qual ens cal treballar.

En tota l'elaboració del document hem fet un esforç especial en no oblidar el paisatge de la consulta —un paisatge no sempre idíl·lic— ja que parteix i va dirigit a les persones que presten assistència en salut.

Desitgem que sigui d'utilitat.

2. ABANS DE COMENÇAR...

Pilar Babi Rourera

Tot i pretendre un enfocament molt proper a la consulta són necessàries algunes consideracions prèvies respecte a les definicions, els models explicatius i les repercussions de la violència vers la dona.

Les **definicions** de violència de gènere són diverses, presentem la de la resolució de les Nacions Unides del 1993 que diu:

«Tot acte de violència basat en la pertinença al sexe femení que tingui o pugui tenir com a resultat un dany o patiment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeixen en la vida pública com en la vida privada.»

Més a prop nostre la Llei Catalana del 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista ens ofereix la següent conceptualització:

VIOLÈNCIA MASCLISTA

La violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat.

D'aquesta definició global en voldríem fer algunes precisions.

Maltractament a la dona en la parella

Es refereix a la violència exercida contra la dona per la seva parella o exparella; inclou el maltractament físic, psíquic, sexual, econòmic i l'aïllament social.

És una forma de violència de gènere que té com a característica fonamental que la relació de domini s'exerceix en les relacions íntimes i amb freqüència en el

si de la família. Potser per aquestes característiques s'ha generalitzat l'ús de «Violència domèstica». Creiem que pot utilitzar-se com a sinònim malgrat que la violència també és molt freqüent fora de la llar, en relacions de festeig i que pot continuar després que finalitzi la convivència.

Des de l'aprovació de la «Ley orgánica 1/2004 de Medidas de protección integral contra la Violencia de Género» el terme violència de gènere s'ha fet molt comú i s'ha utilitzat, també en aquestes reflexions, àmpliament. Ara bé, cal recordar que la violència de gènere es refereix a aquella que pateixen les dones pels condicionants de gènere. S'ha argumentat que «violència de gènere» pot amagar la paraula dona («violència cap a la dona») i fer pensar que tots dos gèneres exerceixen i pateixen violència per un igual i aquesta no és la situació que constatem de manera, sovint, tant dolorosa.

Violència familiar

És referir-se a qualsevol relació d'abús de poder que succeeixi en l'àmbit familiar, les víctimes són les persones vulnerables: dones, nenes i nens, persones grans i/o dependents. Inclou l'abandó físic o psíquic, el maltractament físic o psíquic, l'abús sexual, l'explotació econòmica i la negligència en la cura.

Altres formes de maltractament com les agressions sexuals fora de la parella, l'assetjament sexual, la violència en parelles homosexuals i el tràfic amb finalitats de prostitució forçada de dones no s'aborden en aquestes reflexions, atès que tenen característiques específiques. Tampoc la mutilació genital femenina que necessita un enfocament específic.

La violència masclista és una violència estructural: model ecològic

La violència que s'exerceix contra la dona ha deixat de ser, conceptualment en el nostre teixit social, una qüestió privada i oculta, i s'ha fet visible com un greu problema multidimensional.

Diem que la violència masclista és una violència estructural perquè la discriminació rau en els fonaments de la civilització que considera l'home superior a la dona. Això explica que estigui naturalitzada (la veiem «natural»), que no la identifiquem fàcilment i que afecti a totes les esferes de la cultura i la societat, també al coneixement científic i també al mèdic.

Per poder entendre de forma integral aquesta problemàtica complexa, ens podem ajudar del anomenat model ecològic que intenta relacionar allò que

succeeix a nivell privat, allò que succeeix a nivell públic i encara mes enllà, relacionar-ho amb els sistemes de creences de la nostra civilització. Els anomenats respectivament micro, exo i macrosistema. Cadascuna d'aquestes dimensions interacciona de forma dinàmica i permanent. Per aconseguir canvis, és necessari, intervenir en tots tres sistemes, per exemple, no n'hi ha prou amb educar els nens i les nenes en la igualtat, cal que tota l'estructura social reconegui i rebutgi la violència i que aquesta quedi representada com quelcom execrable dins l'ordre simbòlic (Annex I).

En aquest sentit és interessant recordar els Mites que envolten la violència i que hem tingut, poc o molt, interioritzats (Annex II).

L'expressió clínica del maltractament a la dona

El patró de conducta d'agressió del maltractador i de victimització de la dona són prou consistents com per ser reconeguts dins l'àmbit assistencial per sobre de les diferències individuals de cada família.

El maltractament a la dona té rellevància clínica per les conseqüències en la salut de la dona i sobre els fills i filles, i no podem considerar-lo com un problema privat de la parella, sinó que l'Atenció Primària té una oportunitat i un compromís inexcusable en la seva detecció i tractament. Si atenem a les xifres de prevalença i a les seves conseqüències per a la salut, el maltractament a la dona és un problema major de salut pública i així ho reconeix l'OMS.

Els anomenats perfils clínics

Les dades de mortalitat i prevalença (capítol 4) ens resulten difícils d'entendre i ens colpegen personalment. D'altra banda, els i les professionals de l'assistència en salut tendim a pensar en termes de «perfils clínics» que resulten operatius en altres contextos però que no són útils per explicar la violència de gènere. Ni respecte l'agressor ni respecte la víctima.

La dona maltractada

La única afirmació possible és que no hi ha cap perfil de dona maltractada.

Qualsevol dona pot patir maltractaments sense condicionants previs.

- **Tots el grups ètnics i socioeconòmics.** El maltractament es fa més visible en grups socioeconòmics més desfavorits i marginals per l'associació amb altres

problemes. En dones amb més recursos econòmics és possible que no es relati a la consulta i s'utilitzin més les vies jurídiques i altres vies assistencials privades, però hi ha estudis que mostren que la violència masclista és present, també, en dones amb recursos.

- **Qualsevol grup d'edat.** Especialment en els moments de canvis vitals que posen en crisi qualsevol relació (inici de les relacions en l'adolescència, l'embaràs i naixement de les criatures, adolescència i emancipació de fills i les filles, jubilació pròpia o de la parella, etc.) i situacions d'especial indefensió com ara la malaltia, senilitat, situació de irregularitat legal, etc.
- **No hi ha trets de personalitat que s'hi relacionin.** Les característiques psicològiques associades són la conseqüència dels maltractaments i no la causa, igual que l'abús de l'alcohol i altres tòxics.
- S'ha pogut relacionar amb un major risc de patir violència de gènere l'haver estat socialitzada en un patró en què la submissió de la dona estigui tolerada, o fins i tot propiciada, i on els comportaments i rols d'homes i dones siguin fixos i jerarquitats.

L'home que maltracta

L'única afirmació possible és que no hi ha cap perfil de maltractador.

A tots ens resulta difícil admetre que una persona «normal» pugui ser un maltractador. Per això busquem condicionants socioeconòmics, abús de substàncies o trastorns mentals que ens ho expliquin i delimitin el risc a determinats grups. Però això no és així. Cal cercar l'explicació en la violència estructural, els condicionaments sexistes, la tolerància de la violència cap a la dona i el patró de masculinitat dominant (Annex III).

Els maltractadors sovint no són agressius fora del domicili i de fet poden ser persones honorables des d'altres punts de vista. Oculten, neguen o minimitzen els fets. Neguen la seva responsabilitat i declaren culpables del seu comportament la dona. Sovint són també pacients nostres. El conjunt d'aquestes circumstàncies ens fa difícil sospitar i creure la seva conducta de maltractament.

El procés de la violència

MECANISMES DE PODER I CONTROL

El maltractament a la dona és un patró de conducta destinat a sotmetre a la dona, a «corregir-la» en funció d'uns criteris de domini de la voluntat de l'home.

La submissió de la dona s'aconsegueix mitjançant la negació de la responsabilitat de l'agressor en els conflictes, de l'anomenada lluna de mel amb les corresponents promeses de canvi després de l'agressió, la culpabilització de la dona, la por que esdevé de fer plausibles les amenaces, i l'aïllament de la dona de l'entorn social i familiar. Alhora la dona és cada cop més incapaç d'identificar el problema i va acomodant la seva conducta als desitjos de l'agressor. Però això no és útil atès que l'exigència de l'agressor és sempre major, la qual cosa condiciona en la dona una gran ansietat, baix sentiment d'autoestima, vergonya, tristesa, culpabilitat, impotència, esgotament i malaltia.

Tot i la crueta d'aquesta realitat la majoria d'aquestes dones tenen la força suficient per tal de desenvolupar estratègies per suportar i anar més enllà de l'infern de la relació de parella.

El cicle de la violència

La psicòloga estudiosa de la violència de gènere, Leonore Walker, va idear un model explicatiu que ajuda a entendre el procés de la violència.

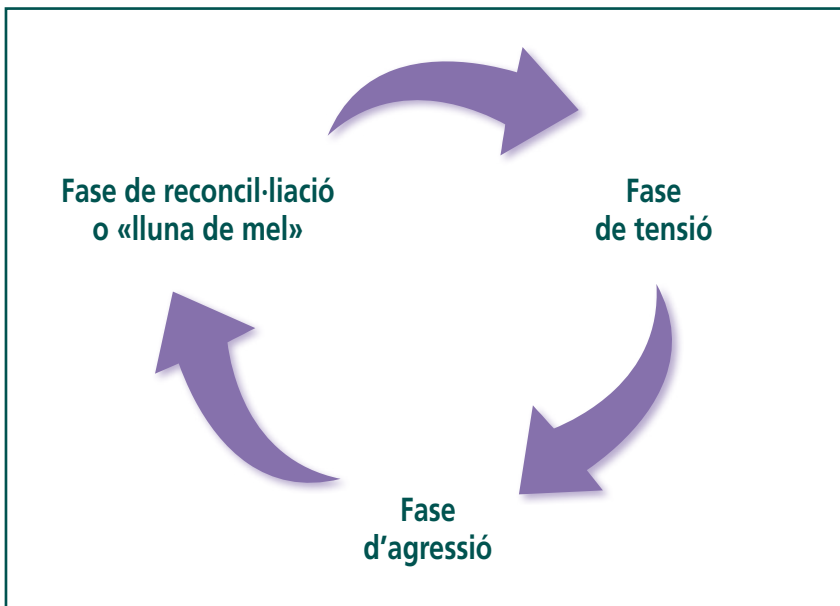


Figura 2.1. Cicle de la violència. (Adaptada de L. Walker.)

- **Fase de tensió.** Les estratègies de control augmenten, també les amenaces, la dona intenta adaptar-se a la situació. Impressió que pot succeir alguna cosa greu.
- **Fase d'agressió.** Qualsevol tipus d'agressió contra la dona o els fills i filles.
- **Fase de «lluna de mel»** o de manipulació emocional. L'home que maltracta es mostra penedit, promet que tot canviarà, pot fer regals que mostrin la seva bona voluntat, etc.

Aquest és un model explicatiu però no es presenta de forma universal doncs, per exemple, en parelles que ja no conviuen pot no ser tan útil.

El cicle de la violència és també un instrument útil dins la consulta, ja que ens ajuda a saber quina és la clínica més freqüent i també l'actuació més adient (Annex IV).

Victimització secundària

«Quan les persones que estem en el sistema sanitari ignorem el maltractament, reforcem el punt de vista de l'agressor.»

La manca de reconeixement de la violència que està patint la dona fa que ella mateixa no pugui donar nom i per tant no relaciona el seu malestar amb la seva situació: «si ningú sap què em passa, potser és que no em passa res, potser és normal el que em passa». Fins fa pocs anys no hi havia manera d'anomenar la violència contra la dona ni de donar-li sentit. Tot el que no té nom no existeix, per tant cal anomenar el maltractament per reconèixer-lo.

Quan els sistemes policials, jurídics i sanitaris retornem la culpa a la dona, o no reconeixem el que li passa, hi ha més dificultats perquè surti de la seva situació. Hem de pensar que aquestes són estructures d'autoritat i poder i, si no identifiquen la dona com a víctima, tenen responsabilitat en el manteniment de la situació que pateix (nova victimització o victimització secundària).

Anomenen victimització secundària al procés que pateix la dona víctima de violència masclista quan s'ignora, es menysté o es desqualifica el seu patiment per part d'àmbits rellevants de la societat en què viu.

Aquesta situació malgrat que ha millorat, sobretot en els recursos que s'han especialitzat, continua sent comuna en molts àmbits de l'assistència.

Taula 2.1. Algunes de les formes més comunes de victimització secundària en l'àmbit sanitari (Annex V)

■ No reconèixer el maltractament
■ Posar en dubte la veracitat del discurs, trivialitzar-lo o subestimar-lo
■ Culpabilitzar la víctima
■ Ignorar la seva seguretat
■ Decidir en lloc de la dona
■ Atribuir el patiment de la dona a diferents entitats clíniques que coneixem: trastorns de la personalitat, depressions o ansietat, somatitzacions, patologies reumatològiques

Formes de maltractament a la dona dins la parella

La descripció de les formes d'agressió ajuda a reconèixer la violència:

- **Agressió psíquica:** conductes hostils, menyspreu, indiferència cap a l'altre, desvalorització, obligar a fer coses humiliants o contra els seus principis i les anomenades conductes de control (control sobre les amistats, la manera de vestir, on es troba a cada moment...).
- L'agressió psíquica sempre està present, per això cal pensar-hi davant de qualsevol tipus d'agressió. Les seves seqüeles són més greus i més duradores que la majoria de maltractaments físics.
- **Agressió física:** empentes, cops, bufetades, intents d'estrangulació, cremades, agressions amb objectes i armes, i d'altres.
- **Agressió sexual:** violació conjugal, relació sexual sense consentiment, manca de responsabilització en la contracepció o en la prevenció de malalties de transmissió sexual.
- **Agressió verbal:** insults i desqualificacions.
- **Abús econòmic:** control exclusiu dels diners, utilitzar per a benefici propi els bens de la família i impedir la independència econòmica de la dona (per exemple, dificultant l'accés al treball).
- **Agressió o amenaça als animals de companyia o danys a bens i propietats.**
- **Amenaça d'agressió i/o de mort a ella mateixa o als fills i filles o de suïcidi de l'agressor.**
- **Aïllament social:** qualsevol estratègia dirigida a limitar els moviments i relacions personals.

Bibliografia

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista

Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Ginebra: OMS; 2005.

Ruiz-Jarabo Quemada C, Blanco Prieto P. La violencia contra las mujeres. Madrid: Díaz de Santos, 2005.

Vincula't. Materials per a treballar amb dones maltractades. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2000. Elaborat per l'Equip Interdisciplinari de Tamaia. Associació de Dones contra la Violència Familiar: www.gencat.cat/icdones/tallamalrotllos.htm

Walker L. Battered woman. New York: Harper y Row Publishers, 1979.

3. RELLEVÀNCIA CLÍNICA

Aurora Rovira Fontanals

La rellevància clínica del maltractament a la dona radica en les greus conseqüències per a la salut de les dones i les seves filles i fills, així com en la magnitud de les xifres de prevalença.

Conseqüències per a la salut de la dona

Les conseqüències per a la salut són la forma d'expressió a la consulta del maltractament a la dona i constitueixen els indicadors més importants que ens permeten la detecció.

Els efectes de la violència sobre la salut de les dones es manifesten en l'àmbit físic, psíquic i social (taula 3.1), tant de forma immediata com diferida.

Existeixen també efectes indirectes (taula 3.2) de la violència que poden persistir durant molts anys després de finalitzada. Aquests efectes s'han relacionat amb la situació d'estrès crònic, els mecanismes de somatització, la disminució de l'autocura, la manca o l'excés d'utilització de serveis sanitaris i la disminució del suport social, entre d'altres factors.

A la consulta, els símptomes físics derivats de l'efecte indirecte de la violència i els símptomes psicològics són els més prevalents. Si no es detecta la situació d'abús subjacent, sovint s'associen a una escalada diagnòstica i terapèutica, amb risc de medicalització i iatrogenia.

Taula 3.1. Conseqüències per a la salut de les dones

Conseqüències psicològiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Síndrome de l'estrès posttraumàtic ■ Ansietat ■ Depressió ■ Insomni ■ Trastorns per somatització ■ Ideació suïcida ■ Trastorns dissociatius ■ Aïllament social
-----------------------------	---

(Continua)

Taula 3.1. Conseqüències per a la salut de les dones (Cont.)

Conseqüències físiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lesions agudes o cròniques per agressió ■ Síntomes somàtics crònics (dolor crònic, astènia, etc.) ■ Major prevalença de malalties cròniques ■ Augment de la mortalitat ■ Mala salut auto percebuda
Conseqüències sobre la salut sexual i reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> ■ Embaràs no desitjat i IVE ■ Patologia obstètrica i perinatal ■ Disfuncions sexuals ■ Infecció per VIH i altres malalties de transmissió sexual
Conseqüències sobre els hàbits de salut i la utilització dels serveis sanitaris	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pitjors conductes relacionades amb la salut i disminució de la capacitat d'autocura ■ Conductes addictives i de risc ■ Polimediació (veure capítol 11) ■ Augment de la freqüentació ■ Dificultats relacionals amb les persones professionals

Taula 3.2. Efectes directes i indirectes de la violència sobre la salut física

Efectes directes immediats	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mort violenta de la dona ■ Lesions agudes per agressió física o sexual ■ Complicacions immediates de l'embaràs i avortament espontani per agressió física ■ Ansietat, crisi d'angoixa ■ Intent de suïcidi o suïcidi consumat
Efectes directes diferits	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seqüeles de lesions agudes ■ Pèrdua sensorial ■ Malalties de transmissió sexual, infecció per VIH ■ Embaràs no desitjat, IVE ■ Patologia diferida obstètrica i perinatal (part prematur, baix pes al néixer) ■ Dificultats per prendre mesures de contracepció i de protecció, embaràs adolescent, embaràs no desitjat ■ Infertilitat

(Continua)

Taula 3.2. Efectes directes i indirectes de la violència sobre la salut física (Cont.)

Efectes indirectes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Síntomes somàtics múltiples ■ Dolor crònic ■ Síntomes somàtics inespecífics (cansament, mareig) ■ Síndromes funcionals (fibromiàlgia, colon irritable, fatiga crònica, etc.)
--------------------	---

Conseqüències per a la salut de les filles i fills

Les conseqüències per a la salut dels fills i filles (taula 3.3) depenen tant de l'existència d'una violència directa (física, psicològica o sexual), com del fet de ser testimoni de la violència contra la mare. Les conseqüències sobre la seva salut no són diferents de les que es produeixen sobre la salut de les dones, però es manifesten de diferents maneres en funció de l'edat dels infants. A més a més hi ha un augment del risc d'utilització de la violència per resoldre els conflictes i també un major risc de reproducció dels rols de víctima o agressor en les seves pròpies relacions de parella (violència transgeneracional).

Taula 3.3. Conseqüències per a les filles i fills

<ul style="list-style-type: none"> ■ Lesions per violència directa ■ Retard en el desenvolupament físic i psicomotor ■ Síntomes d'ansietat (enuresi, alteració de l'alimentació i de la son...) i síndrome d'estrès posttraumàtic ■ Trastorns de la conducta, fracàs escolar ■ Major risc d'utilització de la violència com a mitjà per a resoldre els conflictes ■ Violència transgeneracional

La majoria de vegades aquests infants encara es visiten a la consulta de pediatria i per tant no són pacients nostres, tot i així, és important que no els oblidem. Sovint les dones ens en parlen i cal explicar que no cal violència «directa» per patir les conseqüències, amb ser-ne testimoni n'hi ha prou. Cal que ens coordinem amb pediatria i que tinguem present la situació de violència, present o anterior, quan els atenem com a adolescents o joves, derivant a recursos específics si cal.

Conseqüències socials i econòmiques

La pèrdua que per a la nostra civilització representa la violència cap a la dona és d'una importància tal que ultrapassa l'objectiu d'aquest treball, però volem remarcar: disminució del rendiment laboral i augment del nombre de baixes laborals, empobriment econòmic i social de les dones, augment de les despeses sanitàries, perpetuació de la violència.

Bibliografia

- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331–36.
- Krug EG, Editor. *World report on violence and health*. Ginebra: OMS; 2002. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf Acceso el 25 mayo 2011.
- Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implicatons. *Journal of Interpersonal Violence* 2004; 19(11):1296-1323.

4. MAGNITUD DEL PROBLEMA DINS L'ÀMBIT SANITARI

Aurora Rovira Fontanals

Les dades dels registres judicials i els policials són molt variables a causa dels diferents criteris d'enregistrament, i en tot cas reflecteixen només un aspecte de la violència: el nombre de dones mortes i aquelles que han contactat amb els sistemes policial o judicial.

Taula 4.1. Mortis per violència de gènere a Catalunya (2008-2010)

	2010	2009	2008
Dones (fills/es) mortes a Catalunya	13 (2)	10	9
Denúncies prèvia morts	4	3	2

Violència masclista en l'àmbit de la parella. Font: Dep. Interior, Generalitat de Catalunya.

Taula 4.2. Dones mortes per violència de gènere a Espanya (2006-2010)

2010	2009	2008	2007	2006
73	56	75	71	68

Font: Instituto de la Mujer.

Dades poblacionals

Per a l'àmbit sanitari són més interessants les dades poblacionals, les més conegudes de les quals deriven de les macro enquestes del Instituto de la Mujer: l'any 2006 el 9,6% de les dones enquestades havien estat maltractades en el darrer any (dones considerades tècnicament com a maltractades), encara que només el 3,6% s'autoclassificava com a tal (1).

(1) Nota de l'A. Al desembre de 2011 es van publicar les primeres dades de la Macroenquesta de Violència de Género 2011 realitzada per l'Instituto de la Mujer: el 3% de les dones consideren haver estat maltractades al darrer any i el 10,8%, alguna vegada al llarg de la vida. El 61,7% de les filles i fills de les dones maltractades al darrer any també han patit violència directa.

L'any 2010 es va du a terme la primera Enquesta de Violència Masclista a Catalunya que analitza la violència vers les dones en l'àmbit de parella, laboral i social. L'enquesta destaca que 1 de cada 4 dones ha patit una agressió masclista greu, en qualsevol àmbit, al llarg de la seva vida, i el 6,8% de dones que conviuen amb la parella han patit maltractaments durant el darrer any, però només un 2% es consideren maltractades. De les dones amb parelles anteriors, el 7,4% es consideren maltractades per la seva exparella durant el darrer any (sense incloure l'impagament o pagament incomplet de la pensió que és major del 40%). (Font: Departament d'Interior, Generalitat de Catalunya.)

Taula 4.3. Percentatge de dones maltractades al darrer any (1999-2006)

	2006	2002	1999
Dones considerades tècnicament com a maltractades en el darrer any:			
Catalunya	8,9	9,7	12,1
Espanya	9,6	11,1	12,4
Dones autoclassificades com a maltractades en el darrer any:			
Catalunya	4	4	4,3
Espanya	3,6	4	4,2

Font: Instituto de la Mujer: Macroencuesta sobre «Violencia contra las Mujeres».

Dades de l'àmbit sanitari

La prevalença de maltractament en dones que consulten en l'àmbit sanitari varia entre el 20 i el 55% en tot el món.

En els darrers anys han aparegut dades de prevalença en l'àmbit de l'Atenció Primària de salut en el nostre medi. Tot i la variabilitat que s'observa a causa de les dificultats d'estandaritzar els diferents tipus d'abús, les taxes de prevalença entre el 25-30% són similars a les d'altres països occidentals propers.

En altres entorns com els serveis d'atenció a la salut mental o les consultes de ginecologia la prevalença és encara superior. El 25% de les dones que ha realitzat un intent de suïcidi pateix maltractament i «a l'embaràs, el maltractament és molt més freqüent que la rubèola, la hepatitis, les incompatibilitats sanguínies i la diabetis juntes» (M. R. Sassetti, 1993).

A Catalunya, el 46,3% de les dones ateses per psicòlogues del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR) han patit algun tipus de maltractament (15,4% físic, 8% sexual).

La violència contra les dones té una prevalença superior a la de les malalties cròniques més freqüents. Perquè no la veiem?
Tinguem en compte que el 90% de les dones que sofreixen una agressió física passaran per la consulta de medicina de família en l'any següent (Kos M.P. et al, 1991).

Algunes dades de prevalença de la violència de gènere en les consultes d'Atenció Primària (AP) a Espanya

Raya Ortega L et al, 2004	> 30% de les dones que consulten a l'AP pateixen o han patit maltractaments, 17,9% en el darrer any. En el 38%, la situació de maltractament ha durat més de 5 anys
Mestres Solà C et al, 2004	Més de la meitat de les dones maltractades detectades a l'AP pateixen maltractament físic
Ruiz Pérez I et al, 2006	6% de les dones que consulten a l'AP han patit maltractament físic, emocional i sexual alhora; en la meitat, durant més de 5 anys És més probable patir maltractament en l'actualitat si s'ha patit amb alguna parella en el passat
Garcia Torrecillas et al, 2008	22% de les dones que consulten a l'AP pateixen maltractament en l'últim any
Cano Martin LM et al, 2010	23% de les dones que consulten a l'AP pateixen o han patit maltractament; 11,6% per la seva parella actual
Sala Musach I et al, 2010	1/4 de les dones que consulten a l'AP i 1/3 de les dones que consulten per primera vegada a un servei d'atenció a la dona pateixen o han patit maltractaments

Dades referents a l'abús sexual

L'abús sexual és el més desconegut, amagat i infradetectat (veure capítol 16), encara hi ha molt poques dades referides a la violència sexual en el si de la parella. A l'enquesta poblacional de la Comunitat de Madrid (2004), un 0,8% de les dones enquestades havien sofert abús sexual per part de la seva parella l'any anterior.

Al treball de Cano Martí et al (2010) el 6,2% de les dones que consulten a l'AP declaren haver patit abús sexual per part d'una parella passada i el 1,9% per part de la parella actual.

Entre les dones ateses a psicologia del PASSIR, la prevalença d'abús sexual per part de la parella és del 8%.

Bibliografia

- Cano Martin LM, Berrocoso Martínez A, Arriba Muñoz L, de Quirós Lorenzana RB, Alamar Provecho JD, Cardo Maza A. Prevalencia de violencia de género en mujeres que acuden a consultas de atención primaria. *Rev Clin Med Fam* 2010; 3(1):10-17.
- García Torrecillas JM, Torío Durántez J, Lea Pereira MC, García Tirado MC, Aguilera Tejero R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 2008; 40(9): 455-61.
- Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization of women's health and utilization. *Arch Intern Med* 1991; 151:342-7.
- López S, Lopetegui L, Pujol E, Faro C, Fernández MI, Pipó C et al. Abús sexual en la infància i adolescència: efectes a llarg termini en la salut sexual i reproductiva i les relacions afectives i sexuals de les dones adultes. XX Premi Ferran Salses i Roig, 2008. *Salut mental i comunitat* 2008; 20.
- Mestres C, Gimeno A, Foulon H, Babi P, Rovira A, Rodoreda S et al. Característiques de les dones que pateixen maltractament i abordatge del maltractament des de l'Atenció Primària. IV Congrés d'Atenció Primària i Salut Mental, 2004 març 19. Girona: Societat Catalana d'Atenció Primària i Salut Mental; 2002.
- Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria* 2004; 34(3):117-27.
- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González Barranco JM, Ayuso Martín P, Montero-Piñar MI et al. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit* 2006; 20(3):202-8.
- Sala Musach I, Hernández Alonso AR, Ros Guitart R et al. Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Aten Prim* 2010; 42(2): 70-77.
- Sassetti MR. Violencia doméstica. En: Elliot BA, Halverson KC, Hendricks-Matthews MK, Editores. *Violencia familiar y relaciones abusivas*. Clínicas de atención primaria 1993; 2:345-363.

5. FORMES DE PRESENTACIÓ DEL MALTRACTAMENT A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Francesca Peñas López
Cristina Muñoz López

A l'Atenció Primària veiem diverses formes de presentació del maltractament a la dona, que representen diferents vessants d'un mateix problema i possibiliten diferents estratègies de detecció:

- Presentació *no explícita* en forma de malestar psíquic, polifreqüentació, somatitzacions, «síntomes físics poc específics», entre altres... És la forma que veiem més sovint a l'Atenció Primària i la més freqüent en dones grans.
- Presentació «aguda» arrel d'una agressió amb lesions físiques, abús sexual o conducta autolítica, crisi d'angoixa entre altres.
- Queixes somàtiques o alteracions conductuals en els fills i les filles, o expressió de patiment de la mare, que fan sospitar a pediatria una disfunció familiar.
- Malestar en relació a la salut sexual i reproductiva.
- Presentacions a través de problemàtica social.

Presentació no explícita del maltractament

La situació de maltractament resta amagada sota manifestacions clíniques diverses que constitueixen el motiu de consulta i que estan relacionades directament o indirectament amb la situació d'abús. Qualsevol tipus d'abús pot presentar-se de forma no explícita: psíquic, verbal, econòmic, sexual, social, formes de violència física amb lesions poc aparents, i períodes entre agressions físiques greus.

Cal remarcar que fins i tot en el cas que la violència hagi finalitzat —per separació, mort del maltractador...— si la dona no ha pogut elaborar el procés, pot seguir manifestant símptomes relacionats amb la situació de maltractament que ha patit.

Característiques de la presentació clínica

La lesió física és poc freqüent. Es poden presentar com a símptomes de patiment psíquic, símptomes conductuals o símptomes somàtics inespecífics.

- **Símptomes de patiment psíquic:** depressió, ansietat, ideació suïcida, somatització, estrès posttraumàtic (Annex VI).
- **Símptomes conductuals:** conductes additives (psicofàrmacs, alcohol i/o altres substàncies), problemes relacionals (actituds de vigilància, desconfiança, irritabilitat, dificultat per expressar sentiments, pensaments negatius...) i manca d'autocura.
- **Símptomes somàtics inespecífics recurrents:** dolor crònic, ossi, muscular, pelvià i abdominal, trastorns digestius, astènia, mareig, cefalees, etc., amb exploracions complementàries poc conclouents i escassa resposta a la prescripció de fàrmacs, que sovint són etiquetats com a trastorn psiquiàtric o síndrome funcional (colon irritable, cefalea tensional, dispèpsia no ulcerosa, fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica...).

Aquests símptomes formen part del que algunes autores han definit com a síndrome del malestar de les dones i tindrien un origen multicausal incloent factors del context social, interpersonal i psicològic, relacionats amb conflictes vitals i condicionaments de gènere. Aprofundir en aquest tema és de gran ajuda per entendre les conseqüències per a la salut del maltractament i per a adonar-nos de com els nostres propis condicionaments professionals i de gènere influeixen en l'atenció a les dones.

SÍNDROMES DEL MALESTAR DE LES DONES (adaptat de Velasco Arias, Sara)

- Síntomes subjectius sense signes orgànics
- Molt més freqüents en les dones
- Etiologia orgànica inexistent o desconeguda
- Subjectes a diferents interpretacions del/la professional
- Variabilitat diagnòstica: no tenir en compte els símptomes que no encaixen en el diagnòstic
- Solapament diagnòstic entre símptomes mentals i síndromes funcionals
- Dificultat de tractament des del model biomèdic
- Associat a malestar psicosocial (sovint en relació a condicionaments de gènere)

En l'atenció hem de tenir en compte:

- La pacient sovint no ve amb la intenció de parlar del maltractament de forma explícita.
- La pacient no acostuma a relacionar el patiment actual pel que consulta amb la situació de maltractament, pot parlar des del dolor i la queixa sense prendre consciència de les conseqüències del maltractament en la seva salut. Aquesta dificultat pot estar present també en els i les professionals, que sovint no tenim present els maltractaments com a condicionants de salut.
- La situació de maltractament i els símptomes poden no tenir relació en el temps.

De vegades la dona no relaciona el patiment amb el maltractament, i de vegades nosaltres tampoc!!!

Especificitats de l'Atenció Primària

Aquesta és la forma de presentació més prevalent i més pròpia en l'AP. Les condicions d'aquesta (accessibilitat, freqüentació, continuïtat, confiança...) la fan el lloc idoni per reconèixer aquesta forma de presentació i això implica responsabilitat.

Es tracta d'una detecció selectiva i oportunista. Cal tenir un nivell de sospita (veure situacions que faciliten la detecció) i una actitud activa (d'escolta, reflexió i generadora de diàleg) per part del i de la professional (capítol 6).

Complexitat de l'atenció a la presentació no explícita

En la presentació no explícita la pacient aporta un altre símptoma o dificultat i no sempre veu la necessitat d'actualitzar el relat del seu patiment. Mitjançant la nostra actitud i atenció podem ajudar a verbalitzar allò implícit i visibilitzar la relació amb el maltractament. No es tractaria de fer una actuació puntual sinó d'un acompanyament en el temps. Es pretén establir un vincle de confiança i respecte per ajudar a reconèixer els seus sentiments, les dificultats, però també les seves capacitats. La dona ha de disposar d'espai mental i físic per pensar i prendre les seves decisions encaminades al procés de recuperació, i afavorir la vinculació amb xarxes de suport més amplies (capítol 9).

Per tot això cal formació i habilitats específiques (emocionals, comunicatives...).

Presentació aguda del maltractament

Tot i que de vegades les dones que han estat agredides expliquen i mostren les seves lesions, sovint això no es així (per vergonya, sentiment de culpa, no voler incriminar la parella amb la qual hi ha una relació emocional...) en aquests casos, hi ha indicis que ens poden ajudar al diagnòstic.

INDICIS/ACTITUDS DE LA PACIENT

Característiques de l'anamnesi o l'exploració que poden ajudar a pensar en possibles indicis de maltractament:

- **Pacient temorosa:** no contacta visualment, molt submissa, sovint amb ulleres de sol, sembla no atendre, està absent.
- **Pacient desafiant:** incompliment de les normes, visites urgents per motius aparentment banals, querulant, tot li sembla malament, sembla no entendre, gran dificultat per a empatitzar.
- **Pacient ansiosa:** labilitat, incontinència emocional.

Aquestes són les actituds més habituals però qualsevol altra és possible.

DIAGNÒSTIC I EXPLORACIÓ FÍSICA

En la major part dels casos, la identificació és un repte ja que, freqüentment, hi ha retard entre el moment de l'agressió i la demanda d'assistència mèdica. La dona pot intentar ocultar les lesions, fer un relat dels fets poc coherent o fins i tot, estar sota els efectes de tòxics o fàrmacs que ens poden induir a un diagnòstic erroni.

L'exploració física ha de ser molt sistemàtica i pormenoritzada, s'han d'explorar les zones visibles i les cobertes de roba. Si és possible, «documentar» l'episodi amb fotografies.

No existeixen lesions físiques patognomòniques de maltractament, però sí que hi ha lesions i dades clíniques que han de fer-nos sospitar l'existència d'aquesta possibilitat:

- Història clínica plena d'incidències traumàtiques i/o de lesions atribuïdes a accidents fortuïts.
- La no concordança entre les lesions i el mecanisme de producció referit.

- Cos cobert: ulleres de sol, jerseis de coll alt, mànigues llargues impròpies pel temps.
- Lesions produïdes per foc o càustics, molt freqüents en maltractament i tortura.
- Lesions per mossegada humana i per fregament de corda.
- Atenció a les lesions en les dones embarassades.

CARACTERÍSTIQUES DE LES LESIONS

- Solen ser bilaterals i especialment freqüents al cap, coll, tòrax i abdomen: seguint un patró central.
- Lesions que indiquen postura defensiva: equimosi o fractures d'avantbraços, hematomes en la regió dorsal.
- Fractures dels ossos nasals, les dents i la mandíbula.
- Esquinçament del lòbul de l'orella per arrencament de l'arracada.
- Perforació timpànica per contusió directe.
- Lesions en diferents estats de guarició.
- Lesions antigues: cicatrius i signes radiogràfics de fractures antigues de les quals no tinguem informació.
- No oblidem la possibilitat d'agressió sexual en dones amb agressions físiques, freqüentment, l'amaguen.

CONSEQÜÈNCIES DIFERIDES

- Danys cerebrals semblants a «shaken baby» que si és poc expressiu clínicament pot passar inadvertit.
- Deteriorament cognitiu per dany acumulatiu (síndrome de la boxa).
- Embaràs no desitjat.
- Avortament.
- Malalties de transmissió sexual.
- En dones ancianes, disminució de l'autonomia i deteriorament cognitiu.

AVALUACIÓ DE LES LESIONS

- **Sense lesions:** roba, ulleres o altres objectes personals malmesos
- **Lesió menor:** sense lesió aparent, però amb dolor
- **Lesió moderada:** hematomes, talls, cremades lleus, *ull de vellut*

(Continua)

(Cont.)

- **Lesió severa:** hematomes múltiples, cremades extenses, pèrdua de peces dentaries
- **Lesió molt severa:** lesió del timpà, fractura ossos del nas, fractura d'altres ossos, lesions visceral
- **Lesions permanents**

Valoració del dany emocional en l'avaluació de una dona que ha patit una agressió

Les conseqüències de la violència en la esfera emocional de la dona abasten un rang molt ampli, manifestant-se de diverses maneres i alertant-nos sobre una possible situació de maltractament. Els símptomes emocionals poden associar-se a les lesions o presentar-se de forma independent com a únic motiu de consulta.

- **Símptomes:** confusió i desorientació, amnèsies selectives, disminució del rendiment, aïllament i angoixa.
- **Síndrome d'estrès posttraumàtic:** anestesia emocional, sensació d'irrealitat i estranyesa, reacció emocional desmesurada, tensió, irritabilitat i temor.
- **Depressió:** ansietat, aflicció, baixa autoestima, apatia, desvalorització, idees d'autòlisi o homicidi, intent d'autòlisi (en situacions de maltractament cronicat).
- **Sentiments:** culpa, resignació, confusió o dubtes de les seves idees o percepcions, manca de control de la seva vida, por a tornar-se boja.
- **Actituds:** dificultats de concentració, d'escolta, incontinència verbal, ambivalència envers l'agressor, percepció del món extern com hostil, hipervigilància, impotència, ús freqüent de la queixa, temor, indefensió, desconfiança.

Tenint en compte tot això, és evident que la formació, la interconsulta, les sessions clíniques poden ser espais necessaris per pensar, reflexionar i aprendre per tal d'avançar, millorar, detectar i atendre amb més cura i maneig aquesta problemàtica; però també, la nostra sensibilitat i motivació, així com el suport institucional és imprescindible per tal de sortir indemnes d'aquesta problemàtica tan feixuga.

Bibliografia

- Gómez Saldaña A, Fernández Delgado, I. La mujer víctima de violencia. *AMF* 2007; 3(6): 317-325.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
- Nimnuan Chaichana, Rabe-Hesketh S et al. How many functional somatic syndromes? *J Psychosom Res* 2001; 51(4): 549-557.
- «Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos». Castilla la Mancha, 2005.
- Ruiz-Jarabo C, Blanco Prieto P. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos, 2005.
- Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J. Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosom Med* 2005; 67:791-7.
- Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Vives Ases C. Violencia contra la mujer. Consecuencias para la salud, sociales y económicas. Repercusión en los servicios de Salud y en los profesionales. *Rceap* nº 12 mayo, 2007. Violencia Doméstica en www.fbjoseplaporte.org i www.rceap.es
- Velasco Arias, S. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud. *Salud 9*. Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, 2006.
- «Violencia contra las mujeres». Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Febrero, 2005.

6. DETECCIÓ DEL MALTRACTAMENT I ORIENTACIÓ INICIAL

Pilar Babi Rourera

La detecció de la violència a la consulta primària es considera un dels pilars de la atenció ja que és l'inici del procés.

Cribratge universal o detecció selectiva?

Hi ha defensors d'una detecció universal: per la elevada prevalença, per la gravetat de les conseqüències, per la infradetecció, perquè la mateixa pregunta crea consciència social i convida a situacions futures, entre d'altres raons. Diverses comunitats autònomes del Estat Español han optat per aquesta opció.

Hi ha opinions contràries, a favor de la detecció selectiva: perquè augmenta la rendibilitat diagnòstica, racionalitza l'esforç dels i de les professionals, perquè el cribratge no s'ha mostrat eficient en diferents metanàlisis i perquè els efectes secundaris de la detecció massiva no han estat suficientment valorats.

Si la prevalença (capítol 4) en la població espanyola segons la darrera Macroencuesta del Instituto de la Mujer és del 9% i en la població assistida en la consulta mèdica d'Atenció Primària és al voltant del 25-30%, cal recomanar-ne una detecció àmplia tal i com fa el PAPPs. Tan àmplia —voldríem afegir— com les circumstàncies laborals (de càrrega de treball, de suport institucional, de compromís professional en l'assistència, entre d'altres) ho permetin.

Les situacions que assenyallem més endavant com a situacions que alerten a la detecció des de la perspectiva assistencial poden servir de recordatori per a la detecció, i han estat assenyalades en diferents protocols i guies. Són factors de salut o socials que fan el maltractament més prevalent o més visible, o són conseqüències per a la salut d'una situació de violència i, per tant, poden resultar útils per prioritzar la detecció. Veure taula 6.1.

Hi ha instruments que poden facilitar la detecció, alguns d'ells s'estan validant a casa nostra i podrien ser útils en el nostre àmbit. Immaculada Sala i altres autores en el seu treball «Violència domèstica: preguntar para detectar» han demostrat augmentar la detecció mitjançant la realització de 6 preguntes referides als antecedents de maltracte de la dona i la parella (en la infància, la situació actual, les relacions sexuals entre altres). Recentment la Luisa Garcia Esteve i altres auto-

res en l'estudi «Validación y comparación de cuatro instrumentos para detectar violencia en la pareja en servicios de salud» comparen quatre qüestionaris: l'Index Spouse Abuse (ISA), el Psychology Maltreatment of Women Inventory short form (PMWI-SF), el Women Abuse Screening Tool (WAST) i el Partner Violence Screen (PSV). Les autores aconsellen per l'Atenció Primària els PMWI i el WAST. Caldrà confirmar amb nous estudis la seva pertinència i la possibilitat de utilitzar-los de forma sistemàtica.

Taula 6.1. Situacions que alerten a la detecció

Dones en moments de risc del cicle vital:

- Embaràs, sobretot en adolescents
- Separació
- Jubilació pròpia o del marit
- Tenir cura d'altres

Dones amb patiment mental:

- Depressió
- Ansietat
- Intents d'autòlisi
- Trastorn per somatització
- Consum de psicofàrmacs
- Consum excessiu d'alcohol
- Consum excessiu d'altres substàncies

Consultes gine/obstètriques freqüents en l'AP:

- Sol·licitud d'anticonceptius
- Infeccions ginecològiques de repetició
- Disparèunia/dolor pèlvic
- Embaràs
- Disfuncions sexuals
- Embaràs no desitjat
- Interrupció de l'embaràs
- Anticoncepció d'emergència

(Continua)

Taula 6.1. Situacions que alerten a la detecció (Cont.)

Dones amb història traumatològica suggestiva:

- Tipus de lesions
- Reiteració de les lesions
- Discordança entre la clínica i el relat
- Retard en la consulta després d'un traumatisme

Segons la forma de presentació a la consulta:

- Dones polifreqüentadores
- Dones amb qui tenim dificultats de relació
- Dones que s'adhereixen malament a les recomanacions terapèutiques
- Dones que no acudeixen a les visites
- Dones que mai venen soles
- Dones amb acompanyants «massa amables»
- «Pacients que ens resulten un problema» (que sense entendre la dificultat no aconseguim atendre adequadament)

Dones amb malalties que disminueixen l'autonomia:

- Ancianes fràgils
- Pacients en règim d'atenció domiciliària
- Pacients amb deteriorament cognitiu
- Malaltes en fase de cures pal·liatives
- Pacients amb trastorns psicòtics
- Discapacitats físiques o psíquiques

Dones amb circumstàncies socials adverses:

- Immigració, molt especialment si la situació és irregular
- Famílies que utilitzen habitualment la violència
- Consum d'alcohol, o tòxics o psicofàrmacs en la parella
- Atur
- Dificultats per mantenir la feina. Absentisme laboral
- Situacions socials que disminueixin la llibertat: dones recluses, que exerceixen la prostitució, marginació social

(Continua)

Taula 6.1. Situacions que alerten a la detecció (Cont.)

Per sospita o derivació d'altres professionals:

- Nens/es amb símptomes d'estrès posttraumàtic o maltractament al nen/a
- Casos derivats pels serveis socials, educatius o d'altres

El document elaborat per la Escuela Andaluza de Salud Pública per al Servicio Nacional de Salud és un recull exhaustiu de diferents opcions. En el nostre parer són, de moment, molt útils per la investigació clínica però d'interès més limitat per a la pràctica assistencial.

LES COSES QUE NO ES DIUEN...

Però... no oblidem la consulta «Avui tindràs, quants?... 30 pacients?, més de la meitat seran dones, més d'1/3 estaran en situació de maltractament. Prepara't per fer 5 entrevistes de detecció de violència contra la dona».

FER DETECCIÓ A LA CONSULTA TÉ UN COST:

1. **De temps:** amb vuit minuts per consulta... no podràs fer tantes deteccions, hauràs de prioritzar.
2. **De desgast emocional:** si alguna d'aquestes cinc dones et contesta que sí t'endarrerirà a la consulta i sortirà emocionalment cansada o cansat.
3. **De compromís ètic:** cal saber molt bé què fer a continuació per no fer de la detecció una irresponsabilitat.

Bibliografia

- García-Esteve L, Torres A, Navarro P et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para detectar violencia en la pareja en servicios de salud. Med Clin (Barc) 2011 Oct. 8;137(9):390-7.
- Ministerio de Asuntos Sociales. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 2006.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. Escuela Andaluza de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
- Ramsay J, Richarson J, Carter Y, Davidson I, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*; vol 325: 315-18, august 2002.
- Sala I, Hernández AR, Ros R et al. Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Atención Primaria* 2010; 42:70-7, vol. 42 núm. 02.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Violencia Doméstica. Elaborado por el Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAAPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Madrid, 2003.

7. HABILITATS DE COMUNICACIÓ PER A L'ABORDATGE DEL MALTRACTAMENT

Francesca Peñas López
Isabel Fernández Delgado

L'entrevista clínica, especialment en l'AP és l'eina diagnòstica i terapèutica fonamental. En el cas de la dona que pateix maltractament això és especialment cert: doncs sabem que les dones —com posen en evidència diferents estudis qualitatius— sí que volen parlar amb els i les professionals que les atenen.

Però és necessari que es donin determinades condicions, algunes relatives a la formació (capítol 19), al model de relació que s'utilitzi i a d'altres condicionants de l'estructura assistencial.

Un model de relació basat en la confiança, posant damunt la taula el coneixement i les possibilitats tant de la dona com de qui l'atén, on s'estableix una relació d'ajuda que possibilita l'atenció. Tenint en compte que es tracta d'una relació bidireccional, d'espai d'intercanvi, que transforma a totes dues parts.

Valorem la importància de positivitzar i rescatar els aspectes protectors que encara no estan fets malbé, per tal d'anar construint un procés transformador per sortir de la situació de violència.

No oblidem les dificultats estructurals que patim en el dia a dia: els impediments per a la confidencialitat en consultes amb múltiples interrupcions, diversos professionals en un espai reduït i amb la pressió d'un temps escàs que no afavoreix l'expressió de situacions complexes.

Les propostes que oferim a continuació tenen en compte aquest model de relació sense oblidar les característiques de la nostra tasca diària.

Taula 7.1. Característiques de l'entrevista

- Veure a la dona sola
- Empatia (comprendre el que viu i sent)
- Observar les seves actituds i el seu estat emocional
- Garantir –expressar en paraules– la confidencialitat de la informació
- Dirigir l'entrevista passant de situacions generals a concretes i respectant el ritme de la dona. Respectar el seu silenci i les explicacions diferents a la nostra. Només ella pot decidir fins on arribar
- Permetre i afavorir el relat espontani
- Posicionar-se envers el maltractament, i transmetre que la violència és inacceptable i immerescuda (taula 7.3)
- Creure el que diu la dona (no trivialitzar i/o subestimar l'abús)
- Contenir/donar suport (no jutjar, culpabilitzar, criticar, moralitzar)
- Registrar a la història clínica els indicis que no s'hagin pogut confirmar

Eines que poden ser d'ajut

El Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la Salut a Catalunya, el Protocolo Común Estatal i la «Guía para abordar la violencia en la pareja» de la Comunidad de Madrid faciliten exemples de preguntes útils per a la detecció de violència i per identificar el tipus de maltractament (Annex VII).

Es tracta de familiaritzar-se amb les que més s'adeqüin a l'estil propi i a les circumstàncies de la dona. Sense oblidar que les respostes de la dona poden estar condicionades per la seva percepció de les nostres actituds (empatia, confiança, seguretat...).

Res substitueix l'escolta activa del relat espontani de la pacient. Això permet que la pacient prengui consciència del seu discurs i possibilita reconèixer-hi els elements significatius. Que la dona se senti escoltada en aquest relat sense interrupcions té, en si mateix, un valor terapèutic.
(Pilar Blanco, 2006.)

Taula 7.2. Característiques de les preguntes

- Fer una introducció i explicar a la dona perquè li fem aquesta pregunta per evitar que es senti estigmatitzada
- Anar d'allò més general a allò més concret
- Mostrar interès personal
- Utilitzar preguntes obertes que animen a la persona a parlar sense posar-se a la defensiva (veure exemples a l'annex VII)
- Utilitzar llenguatge col·loquial facilitador: «l'ofèn quan parla?»
- Evitar paraules amb gran càrrega emocional: atac, violació, «maltractament»...
- Expressió verbal: no interrompre, no canviar de tema, no parlar de les nostres experiències, respectar el silenci de la dona

Al final d'aquest procés les i els professionals es poden trobar davant de dues situacions:

- Si no es confirma la sospita de violència de parella:
L'entrevista ha suscitat la qüestió i posat de manifest que ens interessa el tema per la repercussió sobre la salut i que es pot parlar en una altra ocasió. Pensar que malgrat tot, la dona pot estar vivint aquesta situació i no trobar-se preparada en aquest moment per desvetllar-la. Els sentiments de les dones sobre l'abús són complexos (temor, manca d'autoestima, vergonya, culpa, negació...)
Els estudis qualitius han mostrat que les dones aprecien que se'ls preguntin en diferents ocasions, però també que la insistència pot resultar ofensiva o estigmatitzadora si no s'explica bé el perquè de les nostres preguntes.
- Si es desvetlla una situació de maltractament:
L'atenció a la dona que pateix maltractament requerirà acompanyament en el temps (per a comprendre i avaluar la situació, perquè pugui prendre les seves decisions) i/o la participació d'altres professionals. Però en el moment de la detecció és imprescindible que el relat de la pacient tingui una resposta per part nostra.

Taula 7.3. Missatges inequívocs que la dona ha de rebre en el moment de la detecció

Aquests missatges no esgoten totes les possibilitats, són una proposta de «paquet de mínims» que la dona hauria de endur-se de la consulta, en el moment de la detecció.

- Haver parlat de la seva situació és un primer pas molt important (**Invitació al diàleg**)
- Entenc el que li passa (**Empatitzar**)
- La relació amb la seva parella no és adequada, és una relació de maltractament, constitueix un delictes (**Reconèixer l'abús**)
- Ningú no mereix ser maltractat. La culpa no és seva (**Trencar mecanismes de control**)
- El maltractament és un fet comú que afecta milions de dones (**Contextualitzar i reconèixer la injustícia**)
- Aquest assumpte ens interessa perquè afecta directament la seva salut (**Reinterpretar els símptomes**)
- El perill pot ser real (**Valoració del risc i estratègies de seguretat**)
- No està sola, hi ha persones i associacions que s'han especialitzat en ajudar a dones en aquesta situació (**Trencar l'aïllament, treball en xarxa**)
- Respectarem les seves decisions (**Empoderament*. Evitar victimització**)

*Procés per el qual les persones adquireixen capacitats per afrontar les relacions de poder i canviar-les.

La detecció d'una situació de maltractament comporta, a més a més, la valoració de la situació de violència, del risc i la seguretat de la dona i dels seus fills i filles i la valoració biopsicosocial (Annex VIII). La persona professional ha de valorar en funció de la gravetat quins són els aspectes més prioritaris i quins es poden ajornar a entrevistes posteriors.

Bibliografia

- Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med* 2006; 166(1):22-37.
- Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid, 2008.
- La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe del estudio cualitativo. 92 Documentos Técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública Madrid, 2005.
- Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009.
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- Robinson L, Spilsbury K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. *Health Soc Care Community* 2008; 16(1):16-30.
- Ruiz-Jarabo C, Blanco P. La violencia contra las mujeres. Madrid: Diaz de Santos, 2006.

8. VALORACIÓ DEL RISC

Cristina Muñoz López

Davant de tota situació de maltractament, hem de fer una valoració del risc vital immediat, físic, psicològic i social al que pot estar exposada la dona i/o els seus fills i fills i l'actuació urgent si es confirma.

Una premissa essencial és no subestimar el risc.

Hi ha diverses escales publicades per a valorar el perill per a la pacient, tenint en compte el tipus d'agressió o amenaça, el consum de tòxics, l'accés a armes, etc. Cap d'aquestes escales no substitueix el criteri professional i sobre tot, la percepció de perill per part de la dona. Si la dona se sent en risc, està en risc.

Cal també tenir en compte que hi ha dones que minimitzen el perill, ja sigui perquè tenen por de les conseqüències legals d'expressar-ho, o bé perquè han après a tolerar com a habituals nivells molt alts de tensió.

Indicadors per a la valoració del risc

- Percepció per part de la dona de perill per a la seva vida o integritat física i/o la dels seus fills i filles
- Antecedents de lesions físiques greus
- Amenaça o assetjament tot i estar separats
- Acceleració del cicle de violència amb desaparició de la fase «lluna de mel»
- Augment d'intensitat i freqüència de la violència
- Agressions durant l'embaràs
- Agressions sexuals
- Amenaça amb armes o ús de les mateixes
- Amenaces o intents de suïcidi de la dona i també de l'home que maltracta
- Comportament violent de l'home que maltracta fora de la llar

(Continua)

Indicadors per a la valoració del risc (Cont.)

- Augment de control de les activitats diàries, gelosia extrema
- Consum d'alcohol o drogues per part de l'agressor
- Separació recent sobretot si hi ha disputes sobre la guarda i custòdia de fills i filles

Instruments per a la valoració del risc

Motius que justifiquen l'ús de les guies de valoració del risc

Agressor	<ul style="list-style-type: none">■ Adequació de les mesures de control■ Avaluació de l'eficàcia del tractament■ Identificació dels factors de risc susceptibles de canvi i intervenció
Dona	<ul style="list-style-type: none">■ Protecció ponderada en relació amb el risc■ Valoració més objectiva en «l'autopercepció» del risc■ Programació de les mesures de protecció■ Consideració del risc que té
Professional	<ul style="list-style-type: none">■ Augment de la capacitat predictiva■ Ajuda en la presa de decisions■ Transparència a posteriori de les raons de les decisions preses

Cal ressenyar que els estudis en els quals la finalitat era determinar factors de risc associats a la violència física o sexual greu han proposat llistats de factors de risc molt convergents i útils. Pel contrari, en referència a la violència psicològica i emocional, els estudis realitzats fins ara són molt divergents i poc específics, motiu pel qual es considera la feina més difícil en el context de predicció.

Una de les guies de valoració del risc amb finalitat predictiva és la SARA (Spouse Assault Risk Assessment, Kropp et al, 1995), dissenyada per valorar el risc de violència entre els membres d'una parella sentimental (actual o antiga) en qualsevol de les situacions en què pot ser necessària aquesta valoració (Annex IX).

Aquesta guia consta de 20 ítems, SARA (factors de risc) i pretén informar de manera senzilla sobre la probabilitat que un agressor torni a reiterar la conducta violenta, principalment física o sexual, en un termini aproximat entre tres i sis mesos després de la valoració.

Recentment s'ha elaborat el Protocol RVD-BCN: Protocol de valoració del risc de violència de parella contra la dona, des del Circuit de Barcelona contra la violència vers les dones.

Aquest protocol té com objectius proporcionar als i les professionals que atenen dones que viuen situacions de violència masclista una eina que ajudi a valorar el risc que succeeixin a curt termini actes violents greus per part de la seva parella o exparella.

A més de valorar el risc, orienta sobre l'actuació a realitzar en funció de la valoració del risc actual existent i alerta sobre possibles circumstàncies previsible que poden augmentar el nivell de risc en el futur.

Aquesta valoració es realitza a partir de factors de risc agrupats en categories.

No oblidem fer una valoració del perill després de la detecció i també quan hi hagi nous diagnòstics associats o signes indirectes de patiment (consum de psicofàrmacs, consultes freqüents, expressió de patiment...) de la mateixa manera que valorem la gravetat de qualsevol patologia.

Aspectes a considerar

Vigilar especialment si l'home que maltracta està perdent esferes de control: la dona ha iniciat el procés de separació, fa menys de 6-12 mesos que s'ha separat, la dona ha denunciat, ha augmentat els seus contactes socials, ha parlat amb professionals, ha fugit de casa...

Activar el cos de seguretat que estigui pactat en el circuit on es treballi (mosos, policia local...) si fos necessari.

Elaboració d'un pla de fugida (què ha de tenir preparat per a la sortida del domicili en cas de perill extrem), creació de l'escenari de protecció per a la dona i els seus fills/es i donar-li el número de telèfon per a l'activació de les mesures d'emergència (112) (Annex X).

Malgrat que habitualment la violència greu és l'últim esglaó de una cadena de conductes violentes (violència greu cronificada), a vegades pot aparèixer de forma explosiva sense escalada prèvia.

Bibliografia

- Circuit Barcelona contra la violència vers les dones. www.csbcn.net/cvdbcn
- Echuburúa E, Fernández-Montalvo J, De Corral P. Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección. Centro Reina Sofia. Serie Documentos, nº 15. Generalitat Valenciana, 2009.
- Gómez Saldaña A, Fernández Delgado I. La mujer víctima de violencia. AMF 2007; 3(6): 317-325.
- «Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos». Castilla la Mancha, 2005.
- Pueyo Antonio A. La predicción de la violencia contra la pareja. Centro Reina Sofia. Serie Documentos, nº 15. Generalitat Valenciana, 2009.
- «Violencia contra las mujeres». Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Febrero 2005.

9. SEGUIMENT A LLARG TERMINI

Aurora Rovira Fontanals

La detecció del maltractament no finalitza amb la posterior derivació i/o denúncia. La realitat és que les dones mantenen una relació continuada amb el/la professional d'Atenció Primària que permet i obliga al seguiment de la situació de violència i les seves conseqüències. L'absència de seguiment o suport posterior després de la detecció del maltractament és victimitzadora per la dona.

L'eficàcia de les intervencions realitzades des de l'Atenció Primària de salut en relació al maltractament és difícil de mesurar i no hi ha evidència a favor o en contra. A la bibliografia es troben molt poques propostes concretes de seguiment a mig i llarg termini, dins l'àmbit d'Atenció Primària de salut.

Reflexionem sobre l'objectiu de la nostra intervenció

L'objectiu del/de la professional no és conduir a la dona perquè abandoni l'agressor. És iniciar un procés de presa de consciència i creixement de la dona que li permeti acabar amb la situació de victimització. Els objectius de la intervenció i el pla s'han de pactar amb la pacient.

Viure en la violència és un procés (7 anys de mitjana entre l'inici i la denúncia). Acabar amb la violència també ho és. Cal que les dones tinguin espai i temps per a la reflexió, recuperació personal, establiment de noves relacions, elaboració de sortides personals i presa de decisions. Les cases d'acollida, recursos d'emergència i/o denúncies haurien de ser al final del camí.

Establir una relació de recolzament i no de victimització

L'entorn de l'Atenció Primària no és l'adequat en la majoria dels casos per fer un treball psicoterapèutic de rehabilitació per a la dona que ha patit maltractament, però sí que permet una relació professional de suport, de manera semblant a la que fem amb altres pacients (cures pal·liatives, cuidadores, depressió, familiars de pacients amb dependències o trastorns mentals severes, etc.), però amb les seves especificitats. D'altra banda, l'experiència d'aquesta relació de suport, respectuosa cap als sentiments de la dona i la seva autonomia, té un gran valor terapèutic.

«Un objectiu en si mateix és la relació terapèutica que s'estableix entre professional i pacient. Si bé els rols són diferents s'ha de tractar d'una relació d'igualtat i respecte, en què se li retorni a la dona l'autoritat amb la seva pròpia vida. L'agressor i la violència que exerceix danya precisament aquesta autoritat, roba el protagonisme de la dona amb la seva vida, la validesa del sentir, pensar i fer de la dona. L'experiència d'aquesta relació, d'aquest vincle, en si mateixa ja és reparadora, en tant que se li retorni aquest poder amb ella mateixa.» (Elisa Vela, Tamaia.)

Per poder establir aquesta relació de recolzament cal que el/la professional hagi aprofundit en les causes i els mecanismes de la violència, comprenent i desmontant els mites i els estereotips que hi col·laboren. És important tenir molta cura del llenguatge i evitar etiquetar la dona amb diagnòstics que cronifiquen la situació. Alguns components d'aquesta relació d'ajuda (Annex V):

- Creure i validar les seves experiències.
- No trivialitzar ni minimitzar el maltractament.
- No jutjar ni culpabilitzar la dona.
- Respectar la confidencialitat.
- Tenir en compte la seva seguretat i revalorar sovint el perill.
- Respectar la seva autonomia.
- Promoure l'accés als recursos comunitaris.

Aspectes a tenir en compte en el seguiment

- Atendre als problemes físics i psíquics que són conseqüència directa o indirecta de l'abús. Sovint cal clarificar l'associació entre els símptomes i el maltractament, i explicar les conseqüències que té per a la salut. No fer-ho porta a la medicalització (o psicologització o psiquiatrització) dels problemes i és una forma de victimització secundària.
- Acompanyar la dona en el procés d'afrontament de la seva situació de maltractament: escolta activa, permetre l'expressió d'emocions, ajudar-la a posar nom al que li succeeix, aclarir els mecanismes de la violència, identificar les creences i els mites que la sustenten. Cal tenir en compte les diferents fases del cicle de la violència.

- Identificar i fomentar les relacions de suport de la dona. Trencar l'aïllament social amb recursos comunitaris no específics.
- Empoderar:
 - Reforçar l'autonomia de la dona en les decisions, els objectius, el ritme del procés, la participació en els tractaments. (Això implica un respecte escrupulós a la seva autonomia de decisió i a vegades entra en conflicte amb les obligacions legals.)
 - Valorar els aspectes positius de la vida de la dona i les seves eleccions, ressaltar els seus recursos i les seves capacitats.
- Plantejar i afavorir la presa de decisions per iniciar canvis en la situació (utilitzar elements d'entrevista motivacional).
- Reconèixer les dificultats del procés de recuperació: sentiments de dol i culpa, lluita per sortir endavant sola, poca autoestima, esdeveniments negatius a la biografia personal i factors de vulnerabilitat, demanda de perdó o augment de la violència per part de la parella.
- Afavorir la comunicació interdisciplinària (medicina de família – pediatria – infermeria – treball social – ginecologia – salut mental). Tot intentant respectar la màxima confidencialitat.
- No treballem sols. Tenir sempre present la xarxa de recursos:
 - Facilitar l'accés a altres professionals de la xarxa comunitària per tal d'atendre la problemàtica de la dona i la seva família des de diferents aspectes de la seva vida.
 - Considerar la necessitat i la possibilitat d'un espai individual de suport psicoterapèutic especialitzat per a la rehabilitació en el cas de dones molt victimitzades.
 - Considerar la possibilitat de treball en grup amb altres dones (augmenta el suport social i permet l'aprenentatge per models, i avançar amb més rapidesa).
 - Derivar NOMÉS a recursos amb sensibilitat envers aquest tema (per evitar el risc de victimització secundària) i mantenir l'acompanyament a la dona durant el procés.
- Replantejar-nos sovint els nostres deures ético-legals i valorar si (quan) és el moment de fer una comunicació al jutjat. Treballar amb responsabilitat i no caure en la medicina defensiva.
- Registrar a la història clínica tota la informació rellevant referent a l'abús, les seves conseqüències, les intervencions realitzades o les derivacions.
- Valorar l'efecte terapèutic de les nostres intervencions i del nostre recolzament, tot i entenent la cronicitat del procés. Buscar suport per als professionals.

El model de les etapes del canvi

El model de les etapes del canvi de Prochaska i DiClemente és un model que resulta familiar als professionals sanitaris, que s'ha mostrat eficaç en la docència de residents sobre violència vers les dones. En aquest cas s'utilitza per ajudar les dones a la presa de decisions (no per modificar una conducta) i ajudar als/les professionals a **centrar-se en l'acompanyament com a procés**:

- Començar des d'on es troba la dona.
- Permetre que sigui ella qui fixi els objectius del canvi, encara que siguin diferents als que prioritzaríem nosaltres.
- Impulsar-la al llarg de les etapes del canvi.

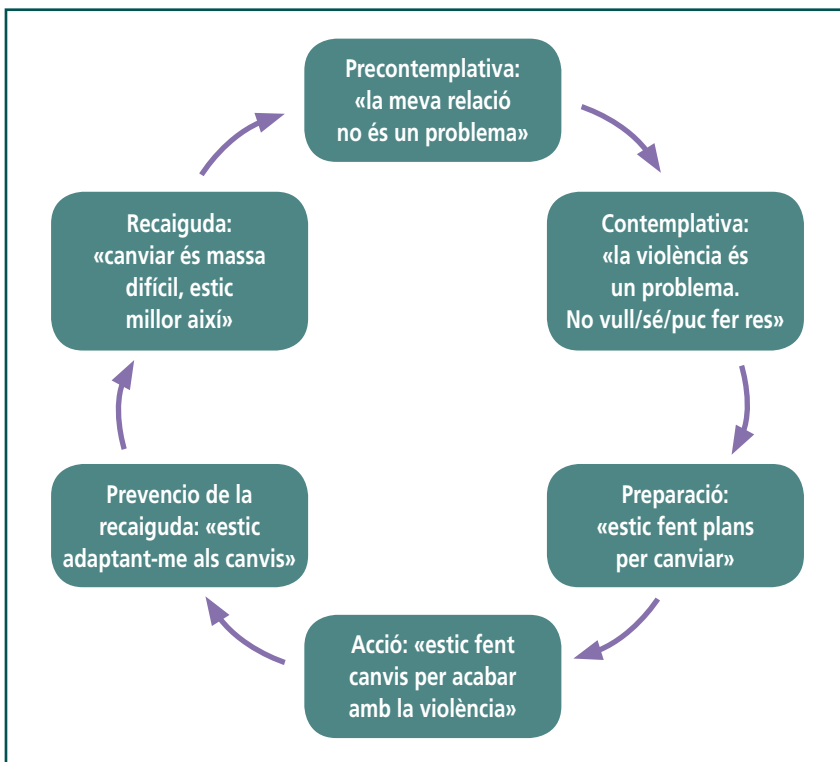


Figura 9.1. Identificació de les etapes del canvi en què es troba la dona respecte a la violència.

Aprofita el model de les fases del canvi que ja coneixes per ajudar a la dona en la presa de decisions.

Taula 9.1. Diferents ajuts per les diferents fases del canvi
(cal entendre aquests suggeriments com a espais oberts on hi caben propostes d'ajuda diferents)

Fase precontemplativa	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ajudar-la a avaluar la seva pròpia relació ■ Posicionar-se respecte al maltractament ■ Legimitar: «els seus sentiments són coherents amb el que li passa» i donar-los crèdit ■ «Què hauria de fer ell perquè aquesta discussió fos un problema per a vostè?»
Fase contemplativa	<ul style="list-style-type: none"> ■ Disminuir l'aïllament social ■ Augmentar l'autoestima ■ «Quan sabrà vostè que és el moment de canviar?»
Fase de preparació	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prevenir i avisar de l'augment de la violència. Avaluar el risc ■ Assessorament jurídic ■ Grups específics de dones ■ «Quina és la part més difícil del canvi?»
Fase de manteniment	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaluar el risc de violència ■ Grups específics de dones
Fase de recaiguda	<ul style="list-style-type: none"> ■ No culpabilitzar ■ Augmentar l'autoestima ■ Entendre la recaiguda. No deixar-se endur per la sensació de fracàs ■ Donar temps. Oferir igualment recolzament

Si no es confirma el maltractament

- Consignar la sospita, els seus motius i la resposta de la dona a la història clínica.
- Explicar a la dona perquè li fem aquesta pregunta perquè no se senti estigmatitzada («és un fet molt freqüent», «ho preguntem a tothom», «els símptomes podrien tenir a veure...», «les lesions podrien haver estat produïdes...», etc.).

- Deixar la porta oberta a tornar a parlar en el futur o si mai es troba en una situació semblant.
- Donar missatges que facilitin parlar del maltractament de totes formes (pot haver un maltractament amagat, fa pedagogia social): el maltractament és un fet freqüent, ens interessa com a sanitaris perquè afecta a la salut, té conseqüències sobre els fills i filles, hi ha persones que poden ajudar, etc.
- Tenir present la sospita en el seguiment futur.
- Plantejar-se si cal comentar la sospita amb altres professionals implicats (pediatra, treballador/a social).

Bibliografia

- Burge SK. La violencia contra la mujer. En: Spangler JG, Editor. La salud de la mujer. Clínicas de Atención Primaria 1997; 1:75-91.
- Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Arch Intern Med 2006; 166(1):22-37.
- Frasier PY, Slatt L, Kowlowitz V, Glowa PT. Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. Patient Educ Couns 2001 May; 43(2):211-7.
- Nogueiras García B, Arechederra Ortiz A, Bonino Méndez L. La Atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
- Ruiz-Jarabo C, Blanco P. La violencia contra las mujeres. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, 2004.
- The Domestic Violence project, a hospital based advocacy program. The medical power and control wheel. Disponible en: <http://www.idvsa.org/assets/files/medicalpower.pdf> Acceso el 25 mayo 2011.

10. ATENCIÓ A L'HOME QUE MALTRACTA

Esperanza Díez Fuentes
Noemí de Miguel Llorente

Introducció. Masculinitat. Violència masclista

La violència que pateixen les dones no és un problema de les dones, és un problema per a les dones, és un problema que repercuteix profundament en la família, en la societat i en el propi home que tria exercir violència. Exercir violència vulnera els drets humans de les persones que la pateixen, és una indignitat, és un delictes.

Per arribar a la comprensió de la violència vers les dones hauríem d'introduir-nos en l'anàlisi històrica del concepte de masculinitat, après a través del temps (vigent encara avui) i mitjançant el procés de socialització.

La masculinitat entesa com el conjunt d'atributs, valors, funcions, i conductes (estereotips de gènere) que es suposen essencials per als homes en cada cultura determinada, no és més, que una forma particular de ser i sentir-se home, que es transmet de generació en generació i que la societat promou i avala.

Des de la perspectiva de gènere els estudis de la masculinitat fan referència als rols, responsabilitats i oportunitats assignades pel fet diferencial de ser home. Els atributs designats als homes són diferents per a cada cultura i canvien amb el temps. Els valors de l'agressivitat i la violència (com a solució), la fortalesa, la lluita, el cos com a manifestació de força, la contenció del dolor i les emocions per no demostrar feblesa i vulnerabilitat, la manca d'auto cura, l'autoritarisme, l'ansietat sexual, viure la sexualitat com a virilitat, la dificultat per assimilar la frustració, la derrota, l'abandó. La poca aportació al món de la llar i la criança de les filles i dels fills, etc.

En totes les cultures podem trobar-nos models «hegemònics» de masculinitat que s'han establert com a dominants, i han servit per a discriminar a la dona i a altres homes que no s'han adaptat al model.

Aquesta masculinitat, comporta greus riscos i costos per a la salut del propi home (Annex XI), per a les dones, les nenes i els nens, i per a la societat en general, tots per relació-extensió, ens trobem afectats/implicats.

«Ja l'any 1996, la 49ª Assemblée Mundial de la Salut va adoptar la resolució 25 per la qual es reconeixia la violència del company íntim (VCI) com un dels problemes de salut pública més importants per al seu creixement d'incidència i mortalitat. En aquesta resolució es va emfatitzar en les conseqüències de la violència en la salut individual, familiar, de la comunitat i dels països, així com el seu impacte sobre els serveis sanitaris. En definitiva, la VCI resta anys de vida com a causa de lesions físiques i psicològiques irreversibles i, en alguns casos de mort.»

L'home que maltracta. Patró hegemònic tradicional

Els homes abusadors i/o maltractadors generalment no acostumen a ser agressius fora del seu àmbit de poder privat. Podem trobar-los a totes les classes socials, poden presentar una aparença social que poc o res té a veure amb el seu comportament en l'àmbit familiar.

A tots ens resulta difícil admetre que una persona «normal» pugui exercir maltractament. Per això busquem condicionants socioeconòmics, abús de substàncies o trastorns mentals que ens ho expliquin i delimitin el risc a determinats grups o perfils. Però això no és així. Cal cercar l'explicació en la violència estructural, els condicionaments sexistes, la tolerància de la violència cap a la dona i l'estereotip masculista, que Alberdi i altres autores/rs anomenen *patró de masculinitat viril* o patró hegemònic tradicional (Annex III).

Alguns homes que maltracten sovint no són agressius fora del domicili i de fet poden ser persones honorables des d'altres punts de vista. Poden ocultar, negar o minimitzar els fets violents negant la seva responsabilitat. Creuen culpable del seu malestar i del seu comportament a la dona.

Tot això, juntament amb que moltes vegades són també pacients nostres i podem tenir una relació prèvia de confiança, ens fa difícil creure en la seva conducta de maltractament.

Els i les professionals de la salut, com a persones socialitzades amb els mateixos patrons de l'estructura social, estem immersos en els mateixos mites, estereotips i creences que poden condicionar la nostra percepció alhora d'atendre els maltractaments:

- *Es tracta d'homes de classes socioeconòmiques baixes.* Hi ha homes que maltracten en tots els grups socioeconòmics i d'edat.

- *És propi d'altres cultures.* La violència vers la dona és universal. La nostra societat no n'està al marge.
- *L'alcohol és la causa dels comportaments violents.* La relació entre violència i alcohol no és de causa i efecte, és molt complex: l'alcohol pot utilitzar-se com una justificació, com a desinhibidor i pot augmentar la gravetat de les agressions. No hem d'oblidar que prendre alcohol forma part d'una conducta masculina socialment acceptada. El mateix podem dir del consum d'altres drogues.
- *Són homes que pateixen problemes psíquics.* No són malalts mentals, la majoria són capaços de distingir en quins moments i contra qui poden exercir la violència. No hi ha associació entre maltractament i trastorn paranoide o celotípic, tot i que de vegades ho hem etiquetat d'aquesta manera.
- *Són naturalment violents.* Els homes que maltracten són violents per raons culturals, no naturals.

Poden existir múltiples factors de risc relacionats amb les característiques de l'agressor i referits a la seva biografia, entre d'altres és haver estat testimoni de maltractaments a la família durant la infantesa, però n'hi ha d'altres, com la baixa assertivitat, o les actituds que disculpen la violència vers la dona. En el 2004, Stith et al van realitzar una metanàlisi on es recollien tots els factors de risc agrupats segons el nivell al qual afectaven: macrosistema, exosistema, microsistema i ontogenètic o individual. Els diferents nivells d'aquest sistema es troben relacionats entre sí i sembla que un dels nivells més influents per desenvolupar actituds i conductes agressives és el referit a factors del macrosistema (creences i valors ideològics generals de la cultura on es desenvolupa l'individu).

Hi ha instruments per a la valoració del risc com és el SARA, en aquest instrument es valoren 20 ítems o factors de risc agrupats en 5 seccions com són: l'historial delictiu, ajustament psicosocial, història de violència de parella, l'agressió actual i altres consideracions.

L'experiència ens diu, que una vegada que la dona decideix «moure fitxa» de manera seriosa per sortir de la relació violenta (denúncia, separació, custòdia fills, economia, etc.), i que l'home cregui que ho farà, hi ha un augment del risc i per tant major perill de patir violència més greu.

Per altra banda tot i els nombrosos factors de risc, som conscients que existeix el factor «impredictible». En un moment donat l'home agressor pot dur a terme una violència extrema, i/o la mort de la dona i/o la dels seus fills/es, o també la de familiars de l'entorn i fins i tot a si mateix.

L'atenció a l'home que exerceix maltractament

DETECCIÓ

Cal tenir en compte que molts dels homes que maltracten no demanen ajut explícitament en relació a la violència sinó que acudeixen per altres motius com la gelosia, mal caràcter, problemes de relació amb la seva parella o en la feina, problemes amb l'alcohol i les drogues, problemes personals, nervis. Hem de tenir-ho present per preguntar com aquests problemes afecten a la relació amb la família i amb la parella, ja que estirant del fil podem arribar a detectar situacions en les quals s'està produint maltractament.

La detecció, per tant, és molt important per poder descobrir la possible situació de maltractament i els diferents tipus, així com la seva intensitat.

Les tècniques recomanades són començar per preguntes generals per poder continuar segons les respostes, per preguntes més concretes i específiques que ens puguin orientar.

A través de la visita a la consulta amb l'home o mitjançant l'entrevista, podem començar a detectar «les petites violències quotidianes o micromasclismes» (Anex XII) o la violència instaurada i els seus tipus, valorant:

- La participació de l'home en el treball domèstic.
- En la criança de les filles i els fills, l'atenció als familiars, a les persones dependents.
- En el repartiment de les tasques i responsabilitats.
- En les activitats que comparteixen.
- Si existeix diàleg a la parella.
- Com es resolen els conflictes...

Produint així, amb la nostra intervenció (visió de gènere), que l'home pugui reflexionar sobre:

- Les seves creences, conductes i actituds.
- Les conseqüències que té el seu comportament.
- Qüestionant els hàbits que dificulten la convivència per tractar d'evitar i/o prevenir situacions de maltractament manifest.

La detecció sistemàtica de maltractament a la parella en els homes a la consulta d'Atenció Primària és encara un tema per a la reflexió.

Atenció des de l'Atenció Primària

L'Atenció Primària de salut és dels pocs llocs on atenem tant a l'home que exerceix maltractament com a la dona que el pateix. Aquest fet porta una sèrie de peculiaritats que fan que la relació amb aquests pacients sigui especial.

ALGUNES REFLEXIONS SOBRE L'ASSISTÈNCIA A L'HOME QUE MALTRACTA

Hi ha àmbits assistencials que atenen específicament a les dones. L'Atenció Primària de salut té un compromís universal d'assistència. Per tant, els homes que maltracten també són pacients nostres.

El maltractament també té repercussions en la salut de l'home i en la de les seves futures parelles.

Conèixer que un pacient de la nostra consulta maltracta a la seva parella ens genera emocions que poden suposar una barrera que arribi a dificultar l'atenció. És humà que això succeeixi però hem de ser conscients d'aquestes emocions per poder treballar amb elles i neutralitzar-ne els seus efectes.

Així mateix una altra peculiaritat de l'atenció a aquests homes que exerceixen maltractament és que poden intentar seduir o intimidar a les professionals dones i/o buscar aliances o intimidar als professionals homes.

Podem trobar dificultat per parlar de la situació amb l'home sense comprometre la confidencialitat de la dona i sense posar-la en perill.

També podem trobar-nos immersos en conflictes d'interessos en informes pericials o judicials, per exemple.

Atenció a l'home que exerceix maltractament i demana ajuda

Ens podem trobar amb casos d'homes que sol·liciten ajuda per canviar la seva conducta. Moltes vegades és difícil saber què hi ha darrere la demanda, si realment hi ha una voluntat de canvi o bé volen aconseguir un benefici secundari com que torni la dona, disminució de la pena aconseguint un informe favorable...

Al marge de la motivació, davant de la demanda d'ajuda:

- Hem d'abordar el problema del maltractament amb l'home. Informant-li que està o pot estar ocasionant un mal important a la salut de la dona i dels seus fills si els tingués.
- Informar-li de les conseqüències i perills per a ell mateix, si continua amb aquesta actitud: destrucció de la família, problemes legals, etc.
- Oferir-li derivacions a serveis especialitzats de maltractes/dependències, alcohol, drogues, etc.
- Informar-li que la seva conducta és un maltractament a la seva dona i la seva família, que és un delictes.
- S'ha d'evitar oferir les teràpies de parella, encara que en facin la demanda, ja que no són adients en aquestes situacions perquè són relacions asimètriques on hi ha abús de poder.

Hi ha poques referències en l'atenció i abordatge des de l'Atenció Primària de l'home que maltracta. Però hem de procurar una atenció adequada quan l'home diposita la confiança en nosaltres, demanant ajuda. Hem d'abordar el problema, hem de veure fins a quin punt el podem ajudar depenent de la demanda que ens faci o situació en què es trobi per acabar de valorar i consensuar si es necessària la derivació d'atenció especialitzada.

Atenció a l'home que exerceix maltractament: en tots els casos

En tots els casos, tant quan hi ha una demanda explícita per part de l'home que maltracta com quan tenim coneixement de la situació per una altra font, haurem de:

- Garantir la confidencialitat de la dona i no posar-la en perill.
- Assenyalar davant de l'home les situacions de maltractament que apareixen de forma normalitzada en el seu relat.
- No acceptar a la consulta tractament intimidatori, infantilitzador ni vexatori vers a la dona.
- No deixar-nos seduir. Reconèixer les conductes intimidatòries i seductores i reconduir-les.
- En aquells homes especialment violents seran necessàries mesures de seguretat.
- Valorar la possibilitat de canviar l'home de professional si la relació terapèutica està malmesa.

- L'existència d'una ordre d'allunyament comporta dificultats quan l'home consulta per si mateix o pels seus infants en el mateix centre on s'atén la dona que encara no estan prou resoltes.

Programes d'intervencions per a homes

Les accions més desenvolupades en el nostre país es centren en homes empresonats o denunciats. Però la majoria de pacients de la nostra consulta no estan en aquesta situació. Hi ha pocs recursos per atenció als homes que maltracten i aquests són diferents segons la zona geogràfica.

Encara que en el nostre país no estiguin tan desenvolupats, existeixen programes en diverses institucions de l'àmbit espanyol i sobretot existeix experiència a nivell mundial per l'abordatge amb homes que exerceixen violència vers la dona. Impliquen canvis profunds en els seus patrons de conducta i en les seves creences de l'hegemonia masculina. Aquests canvis suposen: modificar creences de superioritat, promoure l'empatia en la comunicació, així com la cura i la reflexió, desenvolupar habilitats no violentes per la resolució de problemes, responsabilitzar-se de la cura de la família entre d'altres.

En general, es conegut que la motivació per al canvi és molt baixa en els homes que exerceixen violència vers les dones, així com el seguiment, entre el 20 i el 60% dels casos que acudeixen per primera vegada ho fan per motiu de la sanció. Però la inclusió d'aquests homes en un programa adequat incrementa la conscienciació i el grau de responsabilització sobre la seva conducta i així puguin auto reflexionar sobre les seves creences sexistes.

En els països amb experiència, el criteri mínim d'èxit d'aquests programes s'avalua principalment en funció de l'abandonament de la violència física i psicològica greu.

Conclusions/reflexions

El masclisme que exerceix l'home maltractador és part essencial d'aquest greu problema que pateixen directament les dones i les filles i fills.

L'atenció, l'abordatge i la reeducació en valors igualitaris, així com, en tècniques de resolució de conflictes de l'home que maltracta són necessaris. Existeixen estudis que apunten que els homes maltractadors, encara que la dona aconsegueixi separar-se, es relacionaran amb altres dones i tornaran a exercir violència. És important actuar i tractar-los de forma adient.

Ja que és part del problema, també és part de la solució.

Per altra banda és necessari donar una formació específica als i les professionals sanitaris per a poder millorar la prevenció, detecció, tractament i derivació especialitzada d'aquests homes que exerceixen maltractament.

Són importants les investigacions en violència de gènere per avançar en els coneixements i així canviar els comportaments i per últim canviar les actuacions.

Bibliografia

- Bonino L. Micromachismos. En: Corsi J. La violencia masculina en la pareja. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- Corsi J, Dohmen M, Sotés, M. Violencia masculina en la pareja. Buenos Aires: Paidós, 1995. Documentos técnicos de salud pública. Madrid (2003): La violencia contra las mujeres como problema de salud pública. Documento 86.
- Eyler AE, Cohen M. Case studies in partner violence. *Am Fam Phy* 1999; 60(9), 2569-2571.
- Lorente Acosta, M. El rompecabezas: Anatomía del maltratador. 1ª edición. Barcelona: Critica, 2004.
- Pueyo AA, López S, Álvarez E. Valoración del riesgo contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del psicólogo* 2008; 29 (1): 107-122.
- Reptes ètics en l'atenció a la violència de gènere des de l'Atenció Primària de salut. Grups: Violència de gènere i Atenció Primària de Salut i Grup d'Ètica. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). En premsa.
- Ruiz-Jarabo, Quemada C, Blanco Prieto P. La violencia contra las mujeres, la «prevención y detección». 1ª edición. Madrid: Diaz de Santos, 2004.
- Vives C, Álvarez-Dardet C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit* 2003; 17(4): 268-74.
- World Report on violence and Health. [Internet] Geneva: World Health Organization, 2002: Consultado el 22 de mayo de 2011. Disponible en: http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582

11. LA HISTÒRIA CLÍNICA: EL REGISTRE

Pilar Babi Rourera

La història clínica és la memòria escrita de la informació generada durant l'assistència a una persona, en permet la continuïtat de l'assistència i constitueix el mitjà de comunicació entre els i les diferents professionals que l'atenen. Al mateix temps, la història clínica permet unes tasques d'ordre acadèmic, docent, científic i legal. En aquest context, és important que quan tinguem coneixement que una dona viu o ha viscut una situació de maltractament ho registrem, ja que és una informació que modula les orientacions i actuacions que fem. I no només això, el registre pot ser utilitzat com a prova en un procés judicial.

Ara bé, cal reflexionar sobre com fer-ho ja que es tracta d'informació sensible, que pot vulnerar i crear vulnerabilitat a la persona que pateix maltractament. Els diagnòstics poden ser reveladors però de vegades resulten estigmatitzants. Sabem que no llegim igual el «trastorn adaptatiu» amb ànim depressiu que la «síndrome d'estrès posttraumàtic», per posar exemples relacionats amb la violència. Hem de tenir especial cura amb els comentaris culpabilitzadors, la banalització, o reproduir les idees preconcebudes sobre el maltractament que poden amagar i/o tergiversar la realitat.

Si el maltractament apareix a la història clínica informatitzada com un problema de salut més, la dona es pot veure exposada a que es faci un mal ús d'aquesta informació, i la seva confiança cap els serveis sanitaris (i el o la professional a qui ha confiat la informació) pot veure's compromesa. La informació és poder, és bàsic, gestionar-la amb cura.

- **Qui ha de fer el registre?** La persona que en tingui coneixement amb l'acord de la dona.
- **On s'ha de registrar?** Atès el caràcter sensible de la informació, caldria recollir-la en un espai reservat, que no aparegués per defecte en els fulls d'interconsulta i de petició de proves complementàries. Quan la persona professional detecti signes suggestius d'una situació de violència però no en tingui la confirmació per part de la dona, una possibilitat és registrar-ho en un apartat confidencial accessible només per a ell/ella, tractant-ho com a informació subjectiva o bé utilitzant altres etiquetes diagnòstiques com ara «impressió de

problema psicosocial/aspecte de patiment psicosocial» per alertar-te o alertar al professional referent.

- **El registre com a condicionant de salut:** tenir un condicionant de salut en el llistat de «Condicionants i Problemes» facilita tenir-lo present en diferents moments de la consulta però també exposa aquest condicionant a una visibilitat de vegades poc adient.
- **Què s'ha de registrar?** Cal recollir les formes de violència, les conseqüències sobre la salut física i mental de les violències i les actuacions que duem a terme. Cal conservar els comunicats de lesions que han de ser minuciosos com ja s'ha insistit en el capítol 12.
- **Què se li ha de comunicar a la dona?** Que recullin les dades per millorar l'assistència en visites futures. Com en altres processos ens pot demanar confidencialitat del que ens ha manifestat.

El registre a l'ECAP

El programa informàtic més àmpliament emprat a l'Atenció Primària catalana és l'ECAP que s'utilitza a la majoria de centres de l'Institut Català de la Salut.

Actualment, compleix alguns dels requisits que considerem necessaris, com l'apartat per a la informació subjectiva i la confidencialitat. D'altra banda, però, els codis dels problemes i condicionants de salut són molt explícits i es deixa a criteri del professional que apareguin als fulls d'interconsulta. Una solució seria crear un codi encriptat...

Insistim en la necessitat d'encriptar alguns diagnòstics com el de violència de gènere però mentrestant és importantíssim registrar bé per no perdre la informació.

Taula 11.1. Llistat de codis del CIE en relació a la violència de gènere

Problemes psicològics relacionats amb l'abús sexual

- Z61: Problemes relacionats amb fets negatius a la infància

(Continua)

Taula 11.1. Llistat de codis del CIE en relació a la violència de gènere (Cont.)

Problemes de parella

- Z63.0: Problemes en la relació de la parella
 - Problemes de comunicació entre la parella
 - Problemes relacionats amb maltractament físic, psíquic i sexual
 - Altres conflictes de parella
- Z63.5: Problemes psicològics originats per un procés de separació
- T74: Síndromes del maltractament
 - T74.0: Negligència o abandó
 - T74.2: Violació/abús sexual
 - T74.3: Abús psicològic
 - T74.8: Altres síndromes de maltractament (formes mixtes)
 - T74.9: Síndrome de maltractament no especificat (adult i nen/a)
- Y04: Agressió amb força corporal
- Y07.0: Maltractament pel marit o parella

Bibliografia

Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid, 2007.

Reptes ètics en l'atenció a la violència de gènere des de l'Atenció Primària de salut. Grups: Violència de gènere i Atenció Primària de Salut i Grup d'Ètica. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). En premsa.

12. ELS ASPECTES ÈTICOLEGALS

Pilar Babi Rourera

Informar a la justícia del nostre coneixement d'una situació de violència contra la dona

L'OBLIGATORIETAT

La llei estatal del 2004 contra la violència de gènere i la llei catalana contra la violència masclista insisteixen en la obligatorietat dels i de les professionals de la salut d'informar a la justícia de les situacions de violència vers les dones de les quals tinguem coneixement de resultes de l'exercici professional.

Aquesta responsabilitat fa que haguem d'estar en disposició i capacitat per elaborar comunicats i informes de les situacions de violència des de qualsevol nivell d'atenció.

LES DIFICULTATS

Ara bé, dit això cal posar de manifest que els i les metgesses i també altres professionals de l'assistència tenim algunes **dificultats** en relació a l'obligació d'informar a la justícia.

- Dificultats pròpies de la terminologia de les diferents disciplines
 - Hi ha situacions de violència rellevants com a condicionants de salut però de diferent interès per a la justícia: com els anomenats micromasclismes, formes de maltractament psicològic, o econòmic o d'aïllament social que es perpetuen únicament en la intimitat sense testimonis, ni indicis de violència i sense confirmació per part de la dona.
- Dificultats en relació al moment biogràfic
 - Relacions de maltractament que han finalitzat en el moment d'atendre-les però sense que la dona hagi elaborat el procés de recuperació, poden tenir interès sanitari però no judicial.
 - Relacions de maltractament en altres moments de la vida, que en la actualitat són de molt baixa intensitat o inexistents: com succeeix en dones grans al càrrec de la cura de l'agressor envellit.

Què passa quan la dona no vol fer cap denúncia i ens demana que no ho comuniquem?

INFORMAR A LA JUSTÍCIA COM UN PROCÉS

La llei ens obliga a informar però no precisa el moment en què hem de fer-ho, fer una bona derivació a la justícia és habitualment un procés: cal una valoració precisa del perill de la dona i dels seus fills i filles, les millors opcions terapèutiques i de recolzament social per enfortir la dona i, sempre que sigui possible, l'acord de la dona. Davant de la presència de lesions físiques o d'una valoració de risc molt alt és difícil demorar el comunicat a la justícia.

La violència contra la dona és, a més d'un problema de salut, un delictes, amb la peculiaritat que la víctima del delictes molt sovint encobreix el maltractador, sovint també pacient nostre. Des de l'assistència sanitària aquesta és una realitat poc habitual i que resulta distorsionadora.

Ens trobem en la dicotomia de complir la llei i/o d'actuar amb el necessari acord de la dona.

1. Sovint la dona té raó i si ens precipitem en el procés podem posar-la en perill.
2. Actuar contra la voluntat de la dona fa que perdem la seva confiança, molt sovint les dones no tornen o no parlem més d'aquest problema amb els o les professionals de la salut.
3. De vegades la dona no vol separar-se del maltractador sinó que finalitzi la relació violenta. La nostra comunicació a la justícia pot revictimitzar-la doncs no respecta la seva opinió ni el seu projecte vital.

En aquestes circumstàncies cal fer tot el possible, amb la col·laboració dels diferents professionals (de la psicologia, treball social...), per tal d'acompanyar la dona a iniciar un procés de canvi.

4. Algunes vegades sembla que no hi ha possibilitat d'ajornar el comunicat a la justícia doncs el perill de la dona o de les seves criatures sembla greu o imminent o bé s'han produït lesions físiques. D'altres, si la nostra atenció és amb caràcter urgent i no és probable que tornem a atendre-la, no es presenta la possibilitat d'iniciar un procés. O bé si es donen circumstàncies especialment complexes:

- Disminució de la capacitat mental de la dona.
- Agressió o amenaces d'agressió contra els fills i filles o altres dades de perill imminent.

- Situacions de victimització molt important que fa que la dona no tingui capacitat de resposta, estigui terroritzada o contràriament hagi après a tolerar situacions de perill progressivament creixents.

En aquests casos cal extremar la prudència i comunicar a la dona el nostre deure amb la justícia i la nostra impressió de perill i el que se'n derivarà del nostre informe.

El món sanitari i jurídic neixen de disciplines i estructures que resulten forasteres l'una de l'altra. En els darrers anys hem assistit a alguns intents d'aproximació, encara tímids però prometedors. Els jutges i les jutgesses ens demanen que entenguem la necessitat de millorar i precisar els nostres informes. Nosaltres demanem al món de la justícia comprensió per les característiques específiques de la nostra feina on el compromís amb la pacient n'és la pedra angular.

QUI HA DE FER L'INFORME

L'informe de lesions l'han de fer les metgesses i els metges.

Els informes assistencials els ha de fer el o la professional que conegui millor la situació de la pacient. Si és multidisciplinari aporta una realitat més àmplia.

No et bloquegis pensant si has de denunciar o no ara. La precipitació mai és la solució, la resposta anirà apareixent en el procés.

Bibliografia

- Babi P, Atmetlla A. Conflictes ètics en l'atenció sanitària a la dona que pateix maltractament. <http://www.copc.org/index.php/intervencio-social/169-les-bones-practiques-en-la-intervencio-social-prevencio-i-tractament-de-les-violencies-familiars>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc. Departament de Salut: Barcelona, 2009.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.
- Maltractaments IDIAP Jordi Gol. Comitè d'Ètica Assistencial. http://www.idiapjgol.org/home_cea_tema_debat_comentarios.php
- Reptes ètics en l'atenció a la violència de gènere des de l'Atenció Primària de salut. Grups: Violència de gènere i Atenció Primària de Salut i Grup d'Ètica. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). En premsa.

13. DOCUMENTS MEDICOLEGALS D'INTERÈS

Hubert Foulon

Els comunicats a Justícia

Els factors de confusió generats en la realització dels comunicats en diferents circumstàncies i la poca familiarització amb les denominacions de caràcter medicolegal fan que encara sigui difícil omplir aquest document. Apareixen dubtes sobre el destinatari (Jutjat, Fiscalia, Policia...), sobre el contingut (què escriure i com redactar-ho.) En aquest paràgraf intentarem respondre breument aquestes qüestions.

Podem diferenciar tres tipus de documents importants en relació a l'atenció a la dona maltractada. El primer (Comunicat de lesions d'urgències) i el segon (Comunicat a Justícia) corresponen a un document únic (Comunicat de lesions, en la denominació medicolegal). Aquesta dicotomia, s'ha realitzat per diferenciar l'aspecte urgent i/o greu de la situació d'altres situacions de caràcter menys urgent i/o greus. El tercer document correspon a la Sol·licitud d'ordre de protecció.

COMUNICAT DE LESIONS D'URGÈNCIES (POT INCLOURE UN INFORME MÈDIC I MAPA ANATÒMIC)

De caràcter immediat, majoritàriament es realitza en situació d'urgència, és un document curt, de caràcter obligatori, per a la notificació a l'autoritat competent de qualsevol lesió evidenciada o altament sospitosa de ser produïda per un acte delictiu (art. 355 i art. 262 de la Llei d'enjudiciament criminal).

Aquest document és el punt de partida de les diligències o procés penal independentment de si la dona realitza o no una denúncia. Va dirigit al jutjat de guàrdia del jutge competent. (Normalment, Jutjat de Guàrdia de violència sobre la dona [«VIDO»] quan es tracta d'agressions pel marit o la parella masculina, i al Jutjat de Guàrdia d'Instrucció si no existeix el Jutjat especialitzat en violència vers la dona.)

El document consta de 8 apartats:

1. Identificació del professional (nom, cognoms, núm. de col·legiat, centre de treball, data i hora del reconeixement).

2. Identificació de la pacient (nom, cognoms, edat, data de naixement, estat civil, dades del domicili actual i número de telèfon de contacte —si és possible, un mòbil de la seva propietat—, si té persones a càrrec, fills/filles (edat) o adults dependents. Identificació dels acompanyants.
3. Descripció dels fets «segons refereix la pacient» o «els acompanyants refereixen...», data, hora i lloc de l'agressió, tipus d'agressió (física, amb o sense instruments, psicològica, sexual...), identificació de l'agressor i relació amb la dona (parella, exparella...).
4. Descripció de les lesions físiques (amb mapa anatòmic si és possible): localització, número, tipus (contuses, incises...), forma i grandària. Situació psicològica. Antecedents d'interès (agressions prèvies, agressions a fills/filles, elements de risc...).
5. Indicacions de tractament i proves complementàries.
6. Pronòstic de les lesions (art. 396 a 399 i art. 494-495 del Codi Penal).
7. Derivacions realitzades dins de l'àmbit mèdic, social o policial.
8. Signatura i a qui va adreçat (Il·lm./Il.lma Sr./Sra. Jutge/Jutgessa de Guàrdia de Violència sobre la dona).

Es realitzaran 3 còpies del document. Una per enviar directament al Jutjat de Guàrdia corresponent, per fax o correu urgent o segons el protocol marcat a l'àrea de treball. Una altra per a la dona i la tercera formarà part de la història clínica.

EL COMUNICAT AL JUTJAT/FISCALIA

De caràcter no urgent, té la mateixa estructura que l'anterior i es diferencia en l'apartat de les lesions. Descriu la situació de violència en el temps, els antecedents, l'entorn familiar, les conseqüències mèdiques i psicològiques, les derivacions realitzades, sobre la història clínica registrada i sobre qualsevol informació rellevant. La seva finalitat és posar en coneixement del Jutge del Jutjat corresponent o del Fiscal una situació de violència crònica. Sempre que sigui possible és millor fer un document consensuat, resumint les actuacions i les impressions dels serveis implicats en el seguiment de la dona i del seu entorn (metge/essa, pediatra, psicòleg/a, psiquiatra, treball social d'AP...).

Enviarem una còpia al Jutjat corresponent, per correu o, segons el protocol marcat a l'àrea de treball, deixarem còpia dins de la història clínica. És imprescindible informar a la dona d'aquest informe i ella ens en pot demanar una còpia.

LA SOL·LICITUD D'ORDRE DE PROTECCIÓ (OP)

És un document poc conegut des de l'àmbit sanitari ja que fonamentalment s'utilitza a l'àmbit policial i judicial. La dona o qualsevol persona que hagi estat testimoni de la violència pot demanar davant les administracions públiques el formulari de sol·licitud d'Ordre de Protecció (art. 544 de la Llei d'enjudiciament criminal). Generalment aquesta sol·licitud es realitza i tramita en dependències policials però la llei catalana contempla que es pugui sol·licitar des dels centres sanitaris. Una vegada complimentada, s'ha de remetre urgentment al Jutjat de Guàrdia corresponent per fax o correu. En cas que no es demani la sol·licitud d'OP, el Jutge/Jutgessa d'ofici, o el/la Fiscal podrà demanar-la a instància de la dona. Finalment la resolució (Dictamen) de l'Ordre de Protecció la realitzarà el Jutge/Jutgessa d'Instrucció. L'Ordre de Protecció dóna a la víctima un estatut integral de protecció sobre mesures de tipus penal, amb el desallotjament de l'agressor, ordre d'allunyament..., de tipus Civil amb l'atribució de l'habitatge, guarda i custòdia dels fills..., de caràcter social amb mesures d'assistència, d'ajudes econòmiques i protecció oportunes, de drets laborals com la reducció de la jornada laboral, canvi de centre de treball, extinció del contracte de treball amb dret a prestació per atur, etc.

Bibliografia

- Camps i Surroca M. El peritatge en matèria de responsabilitat sanitària. Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya 1998; vol 12 núm 1.
- Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid, 2008.
- Model de sol·licitud d'ordre de protecció, MMEE, Generalitat de Catalunya.
- Modelo de solicitud de orden de protección, Gobierno de Aragón.
- Modelo de solicitud de orden de protección, Junta de Castilla y León.
- Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009.
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- Protocolo de Actuación sanitaria ante los malos tratos, Gobierno de Cantabria, 2005.
- Protocols informatitzats, part de lesions del Hospital del Mar, Hospital Clínic, Sistema Sap Hospitals Vall d'Hebron, Sistema e-Cap Atenció Primària de Salut.
- Serrat Moré D. Actividades administrativo-legales en atención primaria, dudas legales en la consulta diaria. El medico interactivo, 2004.

14. LA INTERVENCIÓ PSICOTERAPÈUTICA: ATENCIÓ AL MALTRACTAMENT A LA DONA DINS DE L'ÀMBIT DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Isabel Fernández Delgado

*«El símptoma substitueix l'absència del llenguatge»
(Foucault, 1989)*

Consideracions generals

La problemàtica del maltractament vers la dona és complexa i multicausal, requereix un abordatge integral, un canvi social, en la mida que les persones que formem part d'aquest teixit social canviem la nostra mirada.

La violència impacta en la vida de les persones, generant danys que perduren més enllà de la finalització de la relació abusiva.

Oferim algunes eines per a poder iniciar un procés psicoterapèutic, que poden ser útils per a tots i totes les professionals de l'assistència.

Aspectes previs a tenir en compte

- Qui/quines persones realitzen la demanda: la dona, el/la professional, altres (recursos comunitaris específics, familiars, amigues, etc.).
- La història del maltractament: etapes vitals més vulnerables (infància, adolescència, maternitat, etc.). Experiències prèvies de violència (familiar, altres parelles).
- Relació amb la persona agressora o les persones agressores (familiar, parella actual/anteriors, estranys).
- Tipologia del maltractament: psíquic, físic, sexual, econòmic, social, relacional.
- Moment del procés: es sent culpable/no identificació (1), víctima/identificació (1), supervivent/recuperació (1) o vivent/reparació (1).

(1) Tamaia suggereix aquesta segona manera d'anomenar-la per tal de no utilitzar un llenguatge que pot ser discriminatori per a la dona.

- Valoració del dany: cognitiu, psicoafectiu, relacional, econòmic i socio-familiar.
- Estratègies de protecció: capacitats no lesionades pel maltractament tant a nivell personal, familiar, social i econòmic.

Etapes del procés psicoterapèutic

A continuació farem una exposició del procés psicoterapèutic d'acompanyament de la dona, el qual contempla moments diferents que es podrien resumir com segueix:

- *L'acolliment.* Primeres entrevistes que tenen com objectiu crear un vincle de confiança, de seguretat i escolta activa. Respectant el ritme del seu relat, de les seves emocions, de les seves actituds. Escoltem *els símptomes, que són respostes adaptatives* al seu malestar, per a poder sobreviure. Aquests indiquen alguna cosa que no funciona. Orientar-nos pels símptomes fa que ens adonem que la dona té capacitat de decisió sobre els seus actes, i per tant, és algú que respon i que no està etiquetat.
- *L'espai psicoterapèutic.* La relació continua i establim un contracte: fem una valoració conjunta del risc, les seqüeles, dificultats i acordem els objectius terapèutics.
- *La finalització del contracte.* Pot acabar o quedar en suspens la relació psicoterapèutica per diferents motius. *(Ha realitzat un avenç en la seva autonomia, ha començat a treballar fora de casa, algun membre de la seva família necessita ajuda, per diferents raons quotidianes no ha pogut assistir a alguna entrevista i no sap com tornar —sent que ha comès una falta—. Explicar una mica els diferents motius.)* Però sí que sempre és la nostra responsabilitat —posada en veu alta— de deixar la porta oberta per poder-la entomar en un futur.

L'espai psicoterapèutic

*És una conversa on les interlocutores anem reconstruint un nou discurs, reescriuint la seva història, des d'un altre lloc, qüestionem el discurs fix, inamovible, anem aportant nous significats i significants i en aquesta interacció es van produint transformacions intersubjectives de la realitat. És la professional qui té l'oportunitat de desenvolupar habilitats que permetin generar aquest vincle, aquesta recerca de consens mutu que diríem **contracte**.*

És un espai ple de preguntes —no de veritats absolutes, ni de judicis, ni de respostes— és un espai creatiu, dinàmic, reparador, transgressor i subversiu. La narració de la dona és el camí del procés de canvi, de transformació, de renaixement.

Partint des d'una **perspectiva de rols diferenciats però no jeràrquics**, que produeix efectes en totes dues parts, és una conversa entre dues persones que en aquest context ens definim com a diferents en els nostres rols, la dona parla de la seva vida i la professional pot ajudar-la a fer-la comprensible. Si bé els rols són diferents es tracta d'una relació d'igualtat, de respecte i és la dona la que decideix sobre els eixos prioritaris a treballar en l'espai terapèutic, la seva validesa com a dona, així com, de la seva pròpia vida.

Amb una **perspectiva de gènere**, des del discurs de la diferència i de l'enteniement del discurs dominant del poder que assigna els rols estereotipats entre tots dos gèneres.

*L'atenció no es pot desenvolupar en un context **neutral**, ja que significaria no qüestionar i ens situaria a favor d'un sistema social que afavoreix aquesta violència de la qual ella és víctima. La dona no ha d'assumir el nostre discurs ni nosaltres determinar cap a on ha d'anar la seva crítica, ni que ha de fer, ni pensar.*

L'objectiu seria l'elaboració i/o la reelaboració d'un projecte de si mateixa. És una invitació a la realització del seu propi projecte de vida autònom, sa, de recuperació, de capacitació i d'autocura.

Objectius de la intervenció

A partir de la demanda explícita dins de l'espai psicoterapèutic, ens disposem a pensar quins canvis voldria fer a la seva vida. Es realitza l'elaboració d'un **contracte** (1). Aquest tindrà unes fites a aconseguir:

Objectius de màxims, en cada relació els «pactarem» segons la disponibilitat de la dona, el seu estat emocional, el context...

- Disposar d'un espai propi de reflexió, escolta i elaboració.
- Establir, conjuntament, els objectius del tractament, el temps de durada, prioritats.
- Prendre consciència de les seves capacitats i del perquè del seu dolor.
- Recuperació del món intern lesionat: ajudar-la a recuperar el seu espai mental i les diferents àrees:
 - psicoafectiva,
 - cognitiva,

(1) Acords i objectius a treballar per totes dues parts. És una guia, un fil conductor que pauta els passos a seguir.

- relacional,
- sòcio-familiar.
- Potenciar la connexió a la xarxa social i comunitària (grups de recuperació, de temps lliure, activitats...).
- Recuperar l'autonomia.

Valoració del seu malestar

Identificació dels símptomes més significatius i el grau d'afectació.

- Àrea psicoafectiva: dissociació (efecte anestèsia per suportar el dany/explica el seu relat de manera automatitzada, sense emoció), culpa, inseguretat, confusió, autoanulació, dificultat en el vincle (por a confiar, necessitat de control de l'altre i/o de fusionar-se), afectació de la seva identitat.
- Àrea cognitiva: dificultats de concentració, d'atenció, de memòria, d'ordenació d'accions.
- Àrea conductual-relacional: actituds de submissió, impulsivitat, idealització de l'altre, habilitats socials minvades, «posar en acte».
- Àrea física: somatitzacions, problemes ginecològics, lesions, tractaments farmacològics (durada).

Fases del procés

Com tot procés, no té un recorregut lineal, les etapes es sobreposen i és important tenir en compte els fets que es produeixen durant el treball terapèutic, a la vida de la dona: les seves decisions, els moments vitals (relació de parella, processos legals, custòdia dels/les fills/es, situació laboral, econòmica, etc.).

Diferents característiques de cadascuna:

- **Culpable — No identificació** (1). La demanda no es manifesta, és latent. Els símptomes més significatius són: autoanulació, dissociació, empobriment cognitiu, aïllament, incapacitat d'autoprotecció, objectius irrealment, dificultat per crear vincles, s'expressa a través de la persona agressora, manca de confiança. Dificultat per a fer una derivació a altres serveis.
 - Moment psicoterapèutic: acolliment per a vincular. Valoració conjunta dels danys, validació de l'abús.

(1) Tamaia suggereix aquesta segona manera d'anomenar-la per tal de no utilitzar un llenguatge que pot ser discriminatori per a la dona.

- **Víctima — Identificació (1).** La dona té capacitat per reconèixer el maltractament. Elaboració d'un contracte: objectius, durada i freqüència de les visites, estratègies, valoració conjunta dels danys, dels riscos, ordenació de prioritats i els diferents abordatges en funció dels contextos (personal, familiar i social).
 - Externalització de la problemàtica: elaboració d'una imatge alternativa, redefinició de creences i valors.
 - Identificació i reforçament de les seves habilitats de supervivència, així com dels seus símptomes com a respostes adaptatives al seu dolor.
 - Disminució de l'efecte autoculpabilitzador i de les defenses que ha construït.
 - Inici de l'elaboració del dol, és a dir, separació emocional de la persona agressora.
- **Supervivent — Recuperació (1).** Hi ha una recuperació de la claredat cognitiva, psicoafectiva, conductual i relacional. Desenvolupament d'habilitats de protecció i autocura. Capacitat per a prendre decisions i marcar prioritats.
 - Descodificació i deconstrucció de creences i valors i/o la seva relectura i construcció dels propis.
 - Confiar en els símptomes com a brúixola del seu malestar.
 - Procés de recuperació de la seva identitat, capacitat d'autovaloració i de la xarxa de relacions.
- **Vivent — Reparació (1).** És la continuació del seu procés reparador.
 - Està disposada a abandonar certes defenses, a sentir-se vulnerable a nous dolors emocionals. Aprendre a integrar els fets traumàtics a la seva quotidianitat. A utilitzar el seu aprenentatge per reconstruir i/o completar la seva identitat.
 - Separar i seleccionar aquesta temàtica d'altres experiències de vida i dels processos intrapsíquics que s'han pogut desenvolupar a conseqüència del dany psíquic experimentat com a seqüela de l'abús. «*Es creen capes de problemes psicològics que han de ser tractats un per un*» (Leonore E. Walker).
 - Finalitzar el dol intern: l'acceptació i la regeneració de la distància emocional.

Final del contracte: algunes reflexions

- **Seguiment.** És l'etapa de recapitulació, avaluació de la tasca desenvolupada, l'acceptació del final de l'espai psicoterapèutic. És possible tornar-lo a obrir, passat un temps, per continuar treballant aspectes rellevants pendents de resolució o per tal d'abordar altres violències viscudes.

(1) Tamaia suggereix aquesta segona manera d'anomenar-la per tal de no utilitzar un llenguatge que pot ser discriminatori per a la dona.

- Les dones que han patit maltractament de manera constant tenen por a eliminar les defenses que han construït per a sentir-se falsament segures.
- Viure altres fets traumàtics pot generar símptomes semblants, però la persona ja no és la mateixa, pel canvi de la seva narració, dels significants, el lloc, la perspectiva.
- Es pot passar per les diferents fases sense haver completat, en la seva totalitat el procés, les etapes se sobreposen. La dona és qui decideix fins a on vol arribar amb el seu procés de recuperació, la professional deixar la porta oberta per si vol reprendre en algun moment aquest procés.

Bibliografia

- Bowen Murray. De la família al individu. La diferenciació del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona: Paidós, 1998.
- Corsi J. Compilador. Hombres violentos. Mujeres maltratadas. Aportes a la investigación y historia de un problema social. Buenos Aires: Ed. Sudamericana, 1995.
- Corsi J. Compilador. Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Barcelona: Paidós, 2003.
- Corsi J. Compilador. Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Barcelona: Paidós, 1995.
- Corsi J. Compilador. Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Barcelona: Paidós, 1995.
- Goodrich T et al. Terapia familiar feminista. Barcelona: Paidós, 1989.
- Manrique R. La psicoterapia como conversación crítica. Madrid: Ediciones Libertarias, 1994.
- Muerza P et al. La violencia sobre la mujer. Pamplona: Eunate, 2005.
- Sau V. Diccionario ideológico feminista I y II. Barcelona: Icaria, 1981, 1990, 2000.
- Vincula't. Materials per treballar amb dones maltractades. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2000. Elaborat per l'Equip Interdisciplinari de Tamaia. Associació de Dones contra la Violència Familiar.
- Walker LE. Survivor therapy for abused woman. New York: Newbridge Communications, 1996.
- Walker LE. The battered woman syndrome. 2a. ed. New York: Springer, 1999.

15. MEDIQUEM EN EXCÉS

Pilar Babi Rourera
Isabel Fernández Delgado

El model clínic, en què ens formem i exercim els/les professionals sanitaris, és fonamentalment actuator. No és aquest el lloc on ampliar aquesta reflexió, però és sabut que la medicina es veu obligada a donar sempre resposta i que, molt sovint, aquesta resposta és farmacològica. Això es potencia en un context socio-cultural com l'actual que demana solucions immediates i medicalitza qualsevol aspecte de la vida. «Vivim en un entorn social on s'està medicalitzant la infelicitat, el patiment, el descontent, l'infortuni, la insatisfacció i la tristesa» (Dworking, 2001; Pilgrim & Bentall, 1999), i també la timidesa, la calvície, les fases de la vida (menopausa, envelliment).

Per què mediquem les dones que pateixen violència en les relacions íntimes?

La repercussió de la violència sobre la salut de les dones provoca per un costat patologia psiquiàtrica que ha estat ben definida (síndrome de l'estrès posttraumàtic, trastorn per ansietat, depressió) i per l'altre patologia relacionada amb l'estrès crònic, com els diferents trastorns per dolor, i síndromes funcionals (l'intestí irritable, la patologia àlgica de l'aparell locomotor, dolor pèlvic, etc.). Allò que determinades autores han anomenat síndromes del malestar de les dones. Sense oblidar nombrosos símptomes, que sense ser quadres sindròmics clars, sovint són motiu de demanda com ara l'insomni, l'astènia o el neguit.

També influeix sobre la medicalització el fet que en els sistemes de salut detectem la violència vers les dones fonamentalment a través de la patologia relacionada amb el maltractament, amb freqüència, de llarga evolució. És a dir que el més habitual és que a una dona que ja tingui determinat diagnòstic relacionat li demanem si està sotmesa a una situació de violència.

Quines són les prevencions que hem de tenir respecte la medicalització de les dones en situació de violència?

És significatiu, el constant augment de la prescripció i consum de psicofàrmacs que pateixen les dones, com a solució als símptomes que manifesten a través del

seu cos. Això dificulta un abordatge psicosocial del seu malestar. La principal conseqüència de la sobremedicalització és el risc d'invisibilitzar la violència vers les dones com a causa del problema.

S'han sentit moltes veus que ens alerten respecte la sobremedicalització amb psicofàrmacs de les dones i de manera especial de les dones en situació de violència. Els arguments de la crítica, específicament en el cas de les dones maltractades, són la possibilitat de disminuir la capacitat d'alerta augmentant així el perill i el risc de dependència en processos, que sabem que són molt llargs.

Cal també mencionar que per als tractaments pel dolor crònic cada vegada es fan servir més els anticonvulsivants i els derivats mòrfics que tenen una acció depressiva del sistema nerviós central.

Les crítiques a una medicalització excessiva han estat contestades arguint que si bé els psicofàrmacs poden disminuir l'alerta, també un insomni perllongat pot disminuir-la molt, per no parlar de la incapacitat de donar una resposta adient en situació de depressió o de l'efecte devastador d'un dolor intractable.

En la consulta, moltes dones ens parlen de no voler prendre medicació perquè les deixa massa «desorientades/aixafades/confoses» i no els permet pensar amb claredat. Això afecta directament tant en el procés d'identificació de la violència, com per a accions més concretes de cara a planificar sortir de la relació. Cal tenir-ho en compte sempre, no tan sols en situacions de perill explícit.

Quines són les alternatives?

Hem de recordar que en determinades patologies com ara la depressió moderada i lleu, l'ansietat, els trastorns per somatització, les alternatives psicoterapèutiques han mostrat igual o major eficàcia que la farmacològica.

L'enfocament des de la perspectiva bio-psico-social de la violència que pateixen les dones i les conseqüències en la seva salut mental, ens ajuda a abordar la seva complexitat.

Des d'aquest plantejament, s'han de donar espais d'escolta, de reflexió i prendre decisions de forma conjunta: decidim totes dues parts —la dona i l'equip de professionals— quines seran les estratègies adequades en cada moment. No hi ha una manera o protocol específic, cas per cas, es poden tenir en compte diferents aspectes del procés que està vivint, es podrà decidir si serà útil un fàrmac, durant quan de temps, així com els seus avantatges i inconvenients.

De tal manera, seria aconsellable utilitzar els psicofàrmacs amb responsabilitat i prudència (taula 15.1), explicant a les dones els efectes secundaris possibles i tenint en compte determinades situacions especials con ara els antecedents de

conductes addictives, els riscos de caiguda o de disminució de la memòria en les dones més grans... o també moments d'especial perill per a la dona i les seves criatures. I tot això sense negar-li a cap dona la possibilitat de millorar la seva patologia amb psicofàrmacs o amb qualsevol altre recurs terapèutic, en funció de la patologia mental associada al maltractament o a la presència de patologia psiquiàtrica concomitant. Un autèntic repte.

Taula 15.1. Abans de prescriure un psicofàrmac a una dona en situació de violència: recordatori

- La dona demana explícitament psicofàrmacs?
- Has arribat a un diagnòstic psiquiàtric ben definit?
- Has arribat a un diagnòstic mèdic relacionat ben definit?
- Has tingut en compte si hi ha història de tractament psicoterapèutic i farmacològic previ (quins, en quin context, durada, resultats, si no el pren actualment, si ho va deixar pel seu compte...)
- Has valorat si un altre professional pot ajudar la dona de manera complementària evitant-ne la medicalització (professional de la psicologia dels PASSIR, dels CSM, grups d'autoajuda, serveis de rehabilitació...)
- Presenta la dona antecedents de conductes d'abús?
- Creus que la situació és de perill imminent i que disminuir l'alerta estaria contraindicat?
- Si és una anciana, has valorat la possibilitat que afecti la memòria o l'estabilitat?
- Has parlat amb la dona del perfil dels fàrmacs que li aconselles (durada del tractament, efectes secundaris, inici i finalització...)?
- Has parlat amb la dona de les repercussions de la medicalització i considerat les seves preferències?

La realitat és complexa, sí, la realitat assistencial del nostre país ho és especialment: que les consultes ràpides i saturades medicalitzen els problemes és un fet ben conegut i no el podem deixar de banda com a factor explicador i potencialment modificable de l'excés de fàrmacs en les dones en situació de violència.

Bibliografia

- García-Esteve L, Torres Giménez A, Imaz Gurrutxaga ML. Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato. *FMC*, 2010; 17(6): 449-59.
- Gómez Juanes V, Candas Villar MA, Fidalgo González S et al. Análisis del consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. *Aten Primaria* 2000; 25 (9): 618-24.
- Kirsch Irving et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5, 2, e45; 2008.
- Programa de mejora de la prescripción farmacológica en Atención Primaria.
- Valls C. La atención de género en atención primaria. Ed. Caps, n. 27. Barcelona, 1998.
- Velasco S. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. *Intervención en Atención Primaria de Salud*. Instituto de la Mujer. Madrid, 2006.

16. L'ABÚS SEXUAL EN LA PARELLA

Isabel Fernández Delgado

«La possessió violenta por part de l'agressor del cos i de la sexualitat de la dona la fa sentir passiva i vulnerable»...
(Velázquez, 2003)

És una de les formes de maltractament que atempta contra la dignitat humana i la identitat de la dona. *La violència sexualada* (1) és un instrument de submissió de gran eficàcia, utilitzat al llarg de l'història per a sotmetre, a través de les dones, els pobles. És una manera de perpetuar i enfortir el domini envers les dones tant a nivell social com en el món privat de la parella.

La violència sexual segueix sent un tabú. És difícil d'identificar, de posar en veu alta, tant per part de la dona (que té sentiments de vergonya, culpa i traïció en parlar de la intimitat de la relació) com per les creences i valors que comparteix amb la parella. Aquestes promouen el dret de l'home a prioritzar la seva sexualitat, els seus desigs, les seves fantasies i el seu model per sobre de les d'ella, així com a estar en una posició dominant, a donar prova de la seva virilitat i a alliberar tensions de la vida quotidiana.

Es manifesten a través d'una forma de sexualitat que comporta per part de la dona adoptar rols passius, de submissió i acceptació de les necessitats sexuals de l'home, per sobre de les seves. La violència sexual està més visibilitzada en els espais públics, exercida per desconeguts però en la mida que aquesta es produeix en els espais privats, es va tancant el **secret**, sobre tot, en l'àmbit íntim de la parella.

També les/els professionals estem imbuïts d'aquesta educació sexual basada en el silenci i en un model dominant, encara, basat en el fet reproductiu i donant per bo que el model sexual masculí és universal. Per una altra banda, existeix una manca de formació sobre sexualitat per part de les/els professionals i la manca d'eines fa que no es puguin donar respostes adients a les preguntes, dubtes i comentaris dintre de la consulta.

Un altre factor determinant serien les creences que encara perduren en l'imaginari social, compartit per els/les professionals sanitaris, sobre la sexualitat mas-

(1) Milagros Pérez Rivera, ho denomina així, per tal d'assenyalar que no té res a veure amb la sexualitat de les dones.

culina i la femenina. Solen ser culpabilitzadores respecte a la dona, donant prioritat a les necessitats, comportaments i imperatius masculins, justificats encara amb arguments de tipus fisiològic, anatòmic i de resposta sexual.

El concepte **violació** (1) no s'utilitza habitualment en el context de les relacions sexuals dins de la parella, i en el cas de posar-se de manifest apareixen eufemismes com *relacions sexuals no consentides*.

Tota la càrrega interpretativa està centrada en les conductes de les dones —«*té problemes sexuals, és frígida, mai en té ganes...*»—, en com han de sentir-se, pensar i actuar respecte a la sexualitat. Aquesta està impregnada pel discurs del patriarcat tant per la dona com per la mirada professional que l'escolta i naturalitza la seva culpa i vergonya.

Aquests fets traumàtics causen més impacte psíquic en les dones que quan la violència sexual és exercida per un desconegut.

Definició

El comportament sexual és considerat **abús** quan s'obliga a una dona a servir d'objecte sexual en contra de la seva voluntat utilitzant la coacció més o menys explícita i la posició de poder de l'abusador sobre la víctima.

La intensitat de l'abús pot anar des de comentaris sexuals humiliants, petons, exhibicionisme, carícies, manipulació dels genitals i altres pràctiques sexuals fins a la violació.

- **La interacció sexual abusiva:** en la pràctica clínica podem veure que no existeix un acte abusiu aïllat, sinó que és un procés que va de menor a major intensitat, és com que l'abusador va preparant el terreny per augmentar el grau de l'abús.
- **El secret:** és imprescindible per mantenir la relació abusadora. Els mitjans per aconseguir el silenci de la víctima són diversos (amenaces, mentides, xantatge, manipulació...). A l'imposar-se el silenci, la dona s'adapta per a sobreviure i d'aquesta manera la persona abusadora es desculpabilitza tant a la víctima en la culpa i la vergonya, dificulta la visibilitat i la detecció a través de la manifestació explícita de la dona.

(1) «És la relació sexual forçada amb una persona a través de la coacció, violència, amenaça, sorpresa o un altre manifestació de força o violència física i/o psicològica.» (El maltrato psicológico, José I. González de Rivera.)

Indicadors de detecció

L'abús sexual es pot manifestar en diverses esferes de la sexualitat:

- **En la resposta sexual:** disfuncionalitat sexual en el desig, en l'excitació i l'orgasme. Més preocupació per donar plaer i ocupar-se del desig de l'altre que pel descobriment del plaer propi (*el deure conjugal*).
- Dificultat en la consecució de l'orgasme, a pesar que pot sentir desig i excitar-se. Vaginisme (contracció involuntària de la musculatura de l'entrada vaginal), dispareúnia (dolor durant el coït), àlgia pèlvica, problemes menstruals sense causa física que els justifiqui.
- **En el fet reproductiu:** inici precoç de les relacions coïtals, avortaments de repetició, embarassos no desitjats i/o sense la cura i el seguiment necessari, malalties i/o infeccions de transmissió sexual de repetició, píndola postcoïtal de repetició.
- **Contracepció:** negació i/o manipulació per part de l'abusador a utilitzar mètodes contraceptius segurs. No assumir la responsabilitat compartida de la contracepció. Tenir conductes de risc (consum de tòxics, promiscuïtat sexual sense protecció...).

Aspectes protectors

- **L'autoconeixement:** prendre consciència i responsabilitzar-se de la seva sexualitat. Tenir coneixement del propi cos, de la sexualitat de la dona, del seu desig, de la seva apetència, de les diferències que existeixen. Prendre consciència de les seves vivències des de la infantesa, els valors i creences en la seva educació. Els models femenins referents i les repercussions a llarg termini en la seva vida sexual i reproductiva. Quin és el seu posicionament pel que fa a la relació de parella, i rol que desenvolupa en les seves relacions sexuals.
- **Assumir la responsabilitat sobre la seva vida:** no només respecte a la seva sexualitat sinó també respecte a la seva independència, l'autonomia personal, els objectius vitals propis, projectes de futur, tenir el control de la pròpia vida (el seu espai físic i mental) i les pròpies normes. La seva identitat sexual, així com la lliure elecció de la maternitat.
- **La desculpabilització:** realitzar un procés de comprensió de si mateixa, de no supeditar-se a l'altre i d'assumir la conducta violenta de l'altre com a pròpia. Fer el trencament de la submissió del cos i del llenguatge, a través de l'apropriació del seu cos, de les seves fantasies, evitant els judicis de valors sobre si mateixa que la dirigeixen automàticament a la culpa.

- **Autovaloració:** arribar a viure la seva sexualitat sense culpabilitats, temors i vergonyes, acceptant la seva identitat sexual —el seu sexe viscut—. Tenir un coneixement del propi cos i la importància del llenguatge d'aquest com a vehicle de les seves emocions, així com la idea de la globalitat —percepció de si mateixa— en la seva eròtica. I per últim, tenir en compte que la capacitat de gaudir plaer depèn més de la disponibilitat personal que de les habilitats de l'altre.

Eines per als/les professionals

Per tal de prevenir i/o detectar possibles problemàtiques en la parella s'hauria d'aprofundir en les seves dinàmiques. És bàsic realitzar un abordatge dels diferents aspectes de la vida conjugal: de la comunicació, de la intimitat, de l'organització de l'espai domèstic, de les relacions familiars...

Bibliografia

- Bonino L. Varones y abuso doméstico. Algunas ideas desde el campo de la salud mental y la perspectiva de género. Jornadas sobre salud mental y la ley. Madrid: AEN, 1991.
- Corsi J. Compilador. Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Barcelona: Paidós, 1995.
- Dio Bleichmar E. El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad. Madrid: Adotraf, 1985.
- Dio Bleichmar E. La sexualidad femenina. De la niña a la mujer. Barcelona: Paidós, 1997.
- Durrant M, White CH. Compiladores. Terapia del abuso sexual. Barcelona: Gedisa, 1993.
- González de Rivera JL. El maltrato psicológico. Cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso. 2ª ed. Madrid: Espasa, 2003.
- Rivera Garretas M. Nombrar el mundo en femenino. Pensamiento de las mujeres y teoría feminista. Barcelona: Icaria, 1994.
- Sanz F. Psicoerotismo femenino y masculino. 5ª ed. Barcelona: Kairós, 2003.
- Velázquez S. Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar. Buenos Aires: Paidós, 2004.

17. VIOLÈNCIA CONTRA LA DONA IMMIGRANT

Belén Benito Badorrey

Introducció

La diversitat de cultures que conviuen al nostre entorn fa gairebé impossible establir unes pautes d'actuació homogènies per a tothom; només a Catalunya conviuen 176 nacionalitats diferents, amb les seves peculiaritats i idiosincràsies.

No obstant, és important saber que en diversos estudis les dones immigrades presenten major risc de patir violència masclista i amb major dificultat per accedir a les institucions, entre elles el sistema sanitari.

Per tant, estem en l'obligació de conèixer el problema de prop per poder actuar.

Es considera que el 17,3% de les dones estrangeres residents a Espanya són maltractades, davant d'un 9,3% de les dones espanyoles.

En aquest sentit, el risc de morir a causa de la violència masclista exercida per la parella entre les dones estrangeres residents a l'estat espanyol és de **2 a 8 vegades** més gran que per a les dones espanyoles.

La població immigrant, i per tant les dones també, es troba en dificultats a l'hora d'accedir als serveis de salut i a la informació sanitària, fet que pot repercutir en la salut, en la qualitat de l'atenció sanitària i en l'ús d'aquests serveis. Algunes barreres que s'hi troben es detallen a la taula 17.1.

Taula 17.1. Dificultats de la població immigrant per a accedir als recursos sanitaris

- Barreres d'accés de tipus jurídic –problemes amb el padró, manca de targeta sanitària
- Desconeixement del funcionament dels serveis sanitaris i manca d'informació

(Continua)

Taula 17.1. Dificultats de la població immigrant per a accedir als recursos sanitaris (Cont.)

- Barreres idiomàtiques i de llenguatge no verbal, dificultats en la comunicació i, per tant, en la interpretació de la demanda
- Dificultats pròpies d'un sistema sanitari poc flexible, horaris de la consulta, cita prèvia, llistes d'espera
- Barreres culturals: religió, concepció de la malaltia, de la salut i del cos
- Barreres socioeconòmiques: condicions laborals, diferències de classe social entre usuari/ària i professional
- Altres prioritats com el treball o l'habitatge abans que la seva salut per part de les persones immigrades

Quins trets diferencials poden tenir les dones immigrades?

SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

Una de les diferències més significatives respecte a les dones espanyoles es manifesta en la salut sexual i reproductiva, la qual cosa comporta un dels principals problemes de salut identificats, major vulnerabilitat en la salut afectivosexual i reproductiva, amb riscos més alts i que determinen major fragilitat.

Algunes diferències són:

- Més nombre d'embarassos no desitjats i avortaments.
- Més infeccions de transmissió sexual/VIH.
- Major taxa de fecunditat.
- Maternitat en edats més precoces.
- Major ús de les tècniques d'interrupció voluntària de l'embaràs.
- Major ús dels serveis d'urgències hospitalàries per donar a llum.
- Menor freqüentació de les sessions de preparació per al part i d'educació maternal.

SITUACIONS ESPECIALS

La violència masclista es considera relacionada en el context migratori, en els següents casos:

- **Matrimonis forçats:** es produeixen sense el consentiment vàlid de com a mínim una de les persones contraents per la intervenció de terceres persones de l'entorn familiar —sovint pares i mares—, que s'atorguen la facultat de decisió i pressionen perquè aquesta pràctica es produeixi.
- **Tràfic de persones:** l'ONU el defineix com a «la captació, el transport, el trasllat, l'acolliment o la recepció de persones, recurrent a l'amenaça o a l'ús de força o altres formes de coacció, al rapte, al frau, a l'engany, a l'abús de poder o d'una situació de vulnerabilitat, o a la concessió o recepció de pagaments o beneficis per obtenir el consentiment d'una persona que tingui autoritat sobre una altra, amb finalitats d'explotació. Aquesta explotació inclou, com a mínim, l'explotació de la prostitució aliena o altres formes d'explotació sexual, els treballs o els serveis forçats, l'esclavatge o les pràctiques anàlogues a l'esclavatge, la servitud o l'extracció d'òrgans».

COM PODEM DETECTAR-LO

Com podem detectar-lo? Tenint-ho present: qualsevol dona pot patir violència, però una dona immigrant potser més.

MANIFESTACIONS CLÍNiques

En primer lloc, les dones immigrades tenen la **mateixa simptomatologia** que les dones nascudes al país d'acollida, per tant no la detallarem en aquest capítol.

No obstant, les manifestacions clíniques i les diferències estarien en relació a les condicions socials que les envolten:

- Accés a la documentació administrativa.
- Condicions de convivència i xarxa social.
- Situació laboral precària.
- Relació entre el temps d'estada i el domini de la llengua local.
- Biografia migratòria.
- Accés al sistema sanitari.

EXPLORACIÓ

Tots els centres on es visiten persones immigrades haurien de certificar certa competència cultural (figura 17.1), que significa uns comportaments, actituds i polítiques adequades que conflueixen simultàniament, i que permet treballar de forma eficaç en situacions on hi ha dos o més cultures diferents.

Exemples de recursos que tenen professionals competents culturalment:

- Saber com actuar davant la barrera idiomàtica: mediador cultural, traductors automatitzats com el programa *Universal doctor*, telèfon d'ajuda del CatSalut 902111444.
- Disposar de materials adaptats, fulls en diferents idiomes, dibuixos explicatius.
- Identifica les diferències i similituds culturals que donen lloc a formes de practicar i percebre les cures.
- Té un coneixement d'aquelles coses importants de la seva pròpia cultura i per tant es capaç d'entendre a l'altre.

COM APROPAR-NOS A LA DONA

Una de les dificultats per detectar maltractament en una dona és no respectar algunes normes bàsiques durant l'entrevista.

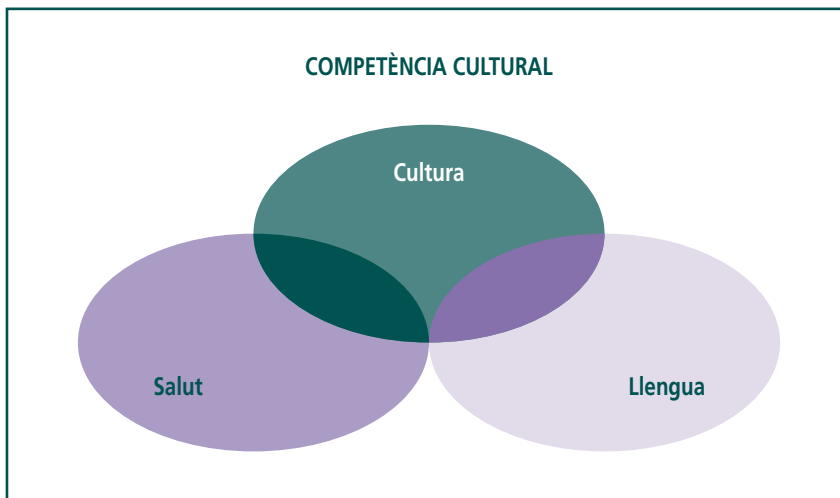


Figura 17.1. Competència cultural.

Per això hem de ser curosos a l'apropar-nos a la dona:

- **Crear un vincle de confiança entre la/el professional i la dona.**
- **Aproximació al context social i cultural en què es troba la dona:** introduir qüestions i aspectes directament relacionats amb la violència masclista podria ser contraproduent atès que, en alguns grups culturals, pot ser entès com una vulneració de la seva intimitat i, en conseqüència, la dona podria sentir-se ofesa i perdre la confiança en el/la professional.
- **Millor visitar a la dona sola:** resulta especialment important evitar que el fill, la filla, el marit, o qualsevol altre membre de la família assisteixi a la consulta com a traductor atès que podria dificultar l'expressió emocional de la dona i la creació d'aquest vincle.
- **Explorar el context i la situació global en què es troba la dona:**
 - Domini de la llengua.
 - Nivell d'autonomia: capacitat de presa de decisions, situació laboral, accés al seus documents i diners.
 - Xarxes socials.
 - Qualitat de vida i estat de salut.

L'exploració del context en què es troba la dona també possibilitarà identificar el possible risc o perill d'estar vivint altres tipus de violència vers les dones, com un **matrimoni forçat** o situacions de **tràfic de persones**.

- **Respectar els codis culturals:**
 - Respectar els seus valors.
 - Actitud d'escolta activa i empàtica, focalitzada tant en la comunicació verbal com en la no verbal.
 - Analitzar el propis prejudicis, creences i valors que, per part del conjunt de professionals, puguin intervenir estereotipant la persona pel seu origen o procedència. Es fa doncs fonamental evitar de (pre)jutjar la persona.

Es tracta de comprendre sense jutjar.

VALORACIÓ I ACCIÓ

En cas que es confirmi la presència de violència masclista, és fonamental fer la corresponent avaluació del risc i el perill en què es troba la dona.

- Valoració biopsicosocial.
- Valoració de la situació de violència: aguda, crònica.
- Una valoració de la seguretat.
- Avaluació del risc en què es troba la dona.

Per tal de fer possible aquesta intervenció cal:

A. Evitar actuacions precipitades

- **Respectar el temps** per al reconeixement de situacions de violència masclista.
- **No actuar precipitadament:** la dona es pot mostrar poc perceptiva o permeable; actuar sense el seu consentiment podria ser contraproductiu i debilitar o trencar el vincle de confiança establert.
- **Evitar derivacions a altres professionals i/o serveis** quan la dona no està preparada, o bé no respectar les seves decisions.

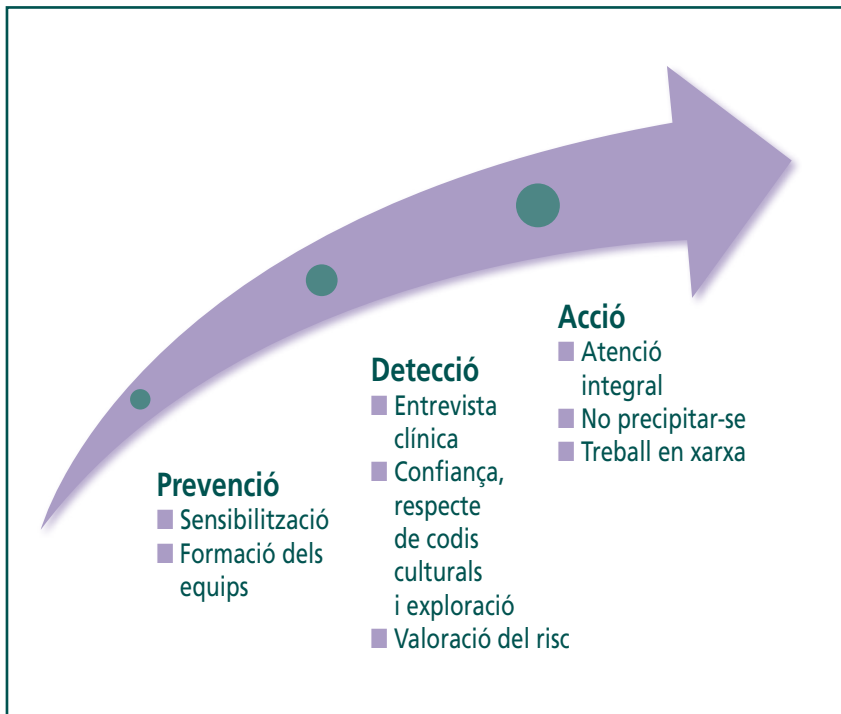


Figura 17.2. Gràfic resum.

B. Coordinació interna i treball en xarxa

- El **treball en xarxa i coordinat** amb la resta de professionals és fonamental per tal d'oferir una atenció integrada i interdisciplinària. A més a més s'aconseja disposar en cada centre d'un referent per poder realitzar una valoració integral i adequada de la situació, un seguiment del cas i una avaluació de les actuacions realitzades.
- Atès el grau de coneixement sobre qüestions de caire administratiu i social i sobre els recursos presents al territori, els/les **treballadors/es socials** poden tenir un paper rellevant tant pel que fa a la coordinació interna amb l'equip de professionals de la salut, com en la coordinació externa amb la resta de serveis i entitats locals.
- La coordinació amb els **mossos d'esquadra**, sobretot per qüestions de denúncies i sobretot en casos de matrimonis forçats i tràfic de persones.

Bibliografia

- Burman E, Chantler K. «Domestic violence and minoritisation: legal and policy barriers facing minoritized women leaving violent relationships.» *International Journal of Law and Psychiatry* 2005; vol. 28, núm. 1, pp: 59-74. Citat a: Vives Cases C et al (2008). «Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006)». *Gaceta Sanitaria* [on line], vol. 22, núm. 3.
- COMB «Els immigrants i la seva salut» *Quaderns de la bona praxi*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona: 2003.
- Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació. Procediment de prevenció i atenció policial dels matrimonis forçats. Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació. Programa de Seguretat contra la Violència Masclista: 2009.
- Departament de Salut. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Departament de Salut. Planificació i avaluació: 2006.
- Document operatiu d'immigració del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya: Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Violencia_i_maltractaments/documents/arxiu_operatiu_immigracio.pdf
- Federación Española de Municipios y Provincias. Guía para Sensibilizar y Prevenir desde las Entidades Locales la Violencia contra las Mujeres. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Instituto de la Mujer: 2007.
- Fundació Jaume Bofill. «La immigració a debat: Diversitat i salut.» *Debats*, núm. 10. Fundació Jaume Bofill: 2005.
- Institut Català de la Salut. Recomanacions per a l'Atenció Primària dirigida a usuaris immigrants extracomunitaris. Departament de Salut. Institut Català de la Salut. Divisió d'Atenció Primària. Pla de la Diversitat: 2006.

- Latta RE, Goodman LA. «Considering the interplay of cultural context and service provision in intimate partner violence: the case of Haitian immigrant women.» *Violence Against Women* 2005; vol. 11, núm. 11, pp: 1441-1464. Citat a: Vives Cases C et al: 2008. «Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006)». *Gaceta Sanitaria* [on line], vol. 22, núm. 3.
- Ministerio de Igualdad. Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en población extranjera inmigrante 2009-2012. Ministerio de Igualdad: 2009.
- ONU. Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional: 2000. Citat a: Puig S i Seuba X: 2005. *Esclavitud contemporània a casa nostra: el tràfic de persones. Quaderns per a la solidaritat*, núm. 25. *Justícia i Pau*.
- Parella S et al. Dones immigrants amb fills a càrrec. Detecció de necessitats en l'àmbit d'acció de les polítiques familiars i de salut. *Migracat, Observatori de la immigració a Catalunya*. 2006.
- Puig S, Seuba X. *Esclavitud contemporània a casa nostra: el tràfic de persones. Quaderns per a la solidaritat*, núm. 25. *Justícia i Pau*: 2005.
- Rodríguez García D, San Román T. *Inmigración, salud y gestión de la diversidad: presentación y avances de un proyecto en barrios de Catalunya. Migracat, Observatori de la immigració a Catalunya*: 2007.
- Sigma Dos, S. A. *Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Instituto de la Mujer: 2006.
- Universidad de Alcalá de Henares, Instituto de la Mujer. *Cómo abordar la integración de las mujeres inmigrantes. Guía para las Administraciones Públicas*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Instituto de la Mujer: 2008.
- Vázquez-Villegas J. «Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?». *Atención Primaria semFYC*: 2006; vol. 37, núm. 5, pp: 249-250.
- Vives Cases C et al. «Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006)». *Gaceta Sanitaria* [on line], 2208; vol. 22, núm. 3.
- Yoshihama M. «Battered women's coping strategies and psychological distress: differences by immigrant status.» *American Journal of Community Psychology*: 2002; vol. 30, núm. 3, pp: 429-452. Citat a: Vives Cases C et al (2008). «Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006)». *Gaceta Sanitaria* [on line], vol. 22, núm. 3.

18. TREBALL EN XARXA I COMUNITARI

Anna Roig Campo

El gènere és una construcció social i, per tant, es pot revisar i transformar per construir nous models de relació basats en el respecte a les diferències i la no discriminació, afavorir la reflexió i el debat en el conjunt de la comunitat.

El respecte als drets humans, la lluita contra totes les formes de violència, la representació paritària en els llocs de decisió, la redefinició del món del treball, la superació dels estereotips sexistes, entre d'altres, són objectius a aconseguir per tal d'arribar a la igualtat real d'oportunitats.

Per aconseguir un nou contracte social entre homes i dones en termes d'igualtat cal actuar, de manera preventiva, sobre els mecanismes que afavoreixen la transmissió de models estereotipats que són els que limiten les possibilitats de desenvolupar-se amb igualtat ().*

En l'Atenció Primària, estem en una posició privilegiada i és la nostra obligació la detecció i l'atenció en situacions de violència masclista, però hem de tenir en compte que és un problema de salut i social de caràcter multicausal, on intervien diversos factors i mai hi ha una única solució, per tant, ens cal treballar-lo en xarxa i de manera comunitària.

El treball en xarxa i el comunitari han d'estar incorporats als nostres equips d'Atenció Primària.

«La dinamització social constitueix un procés clau de la prevenció comunitària. Implica promoure tant la participació com el sentiment de corresponsabilitat en la resposta als problemes per part de la població i dels diversos agents implicats.» ()*

Es fonamental entendre la promoció de la salut i la intervenció comunitària com a part integrant del nostre perfil professional. No podem estar fora d'aquestes dinàmiques. La nostre participació com a professionals en una comunitat definida (ABS) és imprescindible, en som una part, d'aquesta comunitat. Introduir la perspectiva de gènere a la intervenció en salut comunitària ens permet integrar-hi una de les desigualtats en salut d'evidència contrastada.

Seguint el model ecològic explicat en el capítol de presentació, hauríem de considerar la nostra feina dins de cada un dels tres subsistemes: el macrosistema, l'exosistema i el microsistema.

Punts clau per la pràctica diària

- Actuar en el nostre espai propi, tant a la consulta com al centre, amb criteris d'igualtat entre homes i dones. Poder fer reflexió conjunta sobre la importància de la violència de gènere com a problema de salut individual però també comunitari.
- Fer sessions d'equip i poder treballar sobre els temes de violència masclista, violència de gènere, i violència intrafamiliar amb la mateixa freqüència que altres problemes de salut.
- Tenir un grup de treball o com a mínim un/una professional, amb expertesa en el tema que ens aporti el coneixement de la situació del problema en el nostre territori i que sigui el vincle de l'EAP amb la xarxa i la comunitat, i que mantingui permanentment actualitzada la informació dels serveis de protecció a la víctima i altres protocols i recursos assistencials.
- Coneixement i **participació** en las xarxes i circuits comunitaris existents: què fan els altres, com treballen?... Valorar la importància de la construcció de coneixement conjunt i del treball transversal i transdisciplinar.
- Participació en el teixit associatiu a través dels plans comunitaris, plans de barri o d'altres intervencions comunitàries.
- Per involucrar activament a la comunitat és necessari acostar el problema, fent-lo visible. El nostre coneixement, informació i experiència són importants en la participació d'aquestes xarxes i per fer prevenció a partir dels diversos grups de la comunitat. Les entitats i associacions de dones que treballen a cadascun dels barris amb suport de xarxes de voluntariat són elements imprescindibles per a treballar conjuntament el problema en el territori.
- Participació en projectes i campanyes de sensibilització. Destacar molt especialment la tasca preventiva amb adolescents on es treballen models de relació d'igualtat.

La intervenció comunitària no entén d'horaris tancats ni d'estructures rígides i malauradament el nostre horari laboral queda molt reduït a l'atenció en consulta.

Per tal de fer un abordatge comunitari no cal que ens convertim en professionals-voluntaris. El que sí cal és el convenciment que és un model d'intervenció molt vàlid i complementari al d'altres tipus d'intervenció.

El suport de tot l'EAP i de les institucions i serveis de salut és fonamental.

Bibliografia

- ¿Como iniciar un proceso de participación comunitaria desde un centro de salud ? Recomendaciones PACAP. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid.
- Estratègies per a la integració de la medicina comunitària en l'atenció primària. Grup de treball de formació en salut comunitària. Monografies, 13. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut.
- «Implica't». Programes comunitaris de prevenció de violència de gènere. Col·lecció Guies Metodològiques 3. Diputació de Barcelona: Novembre 2001.
- Navarro S. Redes sociales y construcción comunitaria. Creando (con) textos para una acción social ecológica. Madrid: CCS, 2004.
- (*) Pla d'acció i desenvolupament de polítiques d'igualtat d'oportunitats entre les dones i homes a la ciutat d'Hospitalet 2008-2011. Ajuntament d'Hospitalet.
- Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document Marc. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat. Barcelona, 2009.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Violencia doméstica. Grupo de salud mental del programa de Actividades y Promoción de la Salud de la semFYC. Madrid, 2003.

19. PREVENCIÓ DES DE LA CONSULTA

Aurora Rovira Fontanals

La prevenció de la violència vers les dones a la consulta necessita uns coneixements i habilitats determinades, però també té molt a veure amb la nostra comprensió del significat de la violència estructural i les seves causes, i amb la nostra pròpia relació amb la violència.

La formació i reflexió prèvies possibiliten:

- L'adopció d'estils de relació més igualitaris amb els i les pacients.
- La revisió de les nostres actuacions per tal de no reforçar les desigualtats de gènere i evitar la victimització de les dones.
- Una major cura en la utilització del llenguatge.
- Una major cura en l'exploració física.

Hi ha molt poca bibliografia sobre la prevenció de la violència des de la consulta. Destaquem tres tipus d'intervencions:

- **Intervenció individual a la consulta.** Acompanyar les situacions de canvi vital i les situacions d'estrès o vulnerabilitat tant en els homes com en les dones: identificar microviolències i situacions de risc, rols i comandaments de gènere. Fer detecció de la violència en situacions de canvi vital: crea consciència social i convida a atenció futura. Fer detecció de conductes agressives en els homes, tractament de l'abús d'alcohol o de substàncies, maneig de conflictes, no reforçar el rol de maltractador.
- **Intervenció institucional.** Fer que la consulta sigui un espai lliure de violència. No permetre actituds violentes o de control a la consulta (ni de les parelles, ni de les persones professionals). Visibilitzar el compromís dels professionals contra la violència vers les dones.
- **Col·laboració amb la comunitat.** Col·laborar i donar suport a les iniciatives comunitàries de prevenció de la violència. Conèixer la xarxa comunitària existent en el territori i estar en contacte per tal d'establir vincles de coordinació.

La visibilització de la violència i l'atenció a les dones que la pateixen és una forma de prevenció de violències futures i de violència transgeneracional.

20. REFLEXIONS PER A PROFESSIONALS

Meritxell Sánchez-Amat

Quan una dona ens diu a la consulta que pateix maltractaments per part del seu company, anterior o actual, es mouen moltes coses. El nostre rol professional està inserit en una institució que té els mateixos fonaments que la resta de la societat. Entre aquests fonaments hi ha, per una banda, **un model que distribueix de manera desigual el poder entre homes i dones, conferint poder als homes i una situació subalterna a les dones**. Per una altra banda, es basa en un model de relacions que accepta la violència com a manera de resoldre conflictes. Com a membres d'aquesta societat, els i les professionals sanitàries estem subjectes als mateixos condicionaments que les persones a qui atenem. Això fa que ens sigui difícil identificar com a violència situacions que, en un grau menor, es justifiquen i formen part del problema, però també de la solució.

Quan una dona trenca el secret, quan una realitat dura i difícil d'entendre se'ns fa present, es pot generar incomoditat i inseguretat. En aquesta situació, solem recórrer a les nostres creences, i és llavors quan surten els mites i prejudicis sobre les violències contra les dones. Treure importància, minimitzar, negar, justificar... són algunes sortides possibles. Escoltar, empatitzar, acompanyar són l'alternativa per a no tornar a convertir a la dona en una víctima (Annex II).

Després de molts anys d'invisibilitat, la violència vers les dones per part del company o excompany ha sortit a la llum, sobretot en la seva forma més irreversible. Hi ha un clam per acabar amb tant patiment i, arran de les demandes de la societat civil, la Llei contra la violència masclista compromet recursos per a la formació, atenció i recuperació de les dones que han patit o pateixen violències.

L'Atenció Primària de salut té un paper clau en la detecció del problema i cal que això ho assumim els i les professionals.

Quants casos tens detectats a la teva consulta? Segons les enquestes, una de cada tres dones que seuen a la sala d'espera han patit violències. Ho sabem? És clar que per saber-ho ens cal preguntar-ho, per preguntar-ho ens cal saber com respondre, i per saber com respondre ens calen coneixements, formació i recursos per oferir.

Som a les beceroles, com les institucions:

- A nivell acadèmic, una situació tan prevalent no forma part del currículum formatiu de pregrau ni de postgrau.
- A nivell de les organitzacions sanitàries, no es donen eines als i les professionals (temps per a treball en xarxa, formació, recursos especialitzats com atenció psicològica).
- A nivell de l'administració, no es posen els recursos per a posar en marxa les mesures contemplades a la llei.

Davant de tantes dificultats el paper del/de la professional de primera línia no és fàcil, percebem els obstacles, però l'experiència també ens diu que desvetllar el problema aporta molta llum a casos de dones que ens costen d'entendre i de tractar.

Un dels principis de la medicina és no causar més dany (*primum non nocere*) i una manera és no medicalitzant el problema, posant nom a la situació que viu la dona i, d'aquesta manera, no donant el nostre vist-i-plau *implícit* al maltractament (el silenci es pot entendre com a *consentiment*). No identificar el maltractament i no atendre'l no és neutre, sinó que perjudica clarament a la dona i la seva salut.

Sovint pensem en nosaltres només com a professionals. La violència vers les dones trenca aquest rol ja que ens interpel·la com a dones o com a homes i ens fa prendre posició, tant si diem o fem, com si no diem ni fem res. Una temptació és pensar que tot plegat «no ens toca» perquè no és un problema de salut sinó social. La realitat és que les dones vindran a la consulta i que el maltractament afecta la seva salut. Podem optar per saber què passa i trobar sentit als signes i símptomes que observem, tant físics, com psíquics, com relacionals, o no fer-ho. La nostra comprensió i abordatge de la situació serà diferent.

Les professions basades en la relació amb les persones són complexes i poden ser dures (veure capítol 21); si a més entrem en contacte amb situacions d'abús encara ho són més, per tant, cal tenir cura de nosaltres mateixes/mateixos i un dels elements clau és el treball en equip. No cal oblidar, a més, que els nostres companys i companyes són homes i dones que poden estar vivint aquest tipus de situacions, ja que entre els professionals de la salut probablement hi ha la mateixa prevalença de maltractament que en la població general. Cal, doncs, mostrar sensibilitat i receptivitat cap a les persones més properes.

Tot i emfatitzar en les responsabilitats i capacitats personals, és d'una importància cabdal veure les condicions relatives a l'exercici de les nostres professions,

i en això, tenen molta responsabilitat les institucions on treballem i les persones que se'n fan càrrec.

Pensem, per exemple, en treballar sota pressió excessiva, sense temps pel treball en equip, amb dobles missatges i dobles morals que dificulten saber quin és el veritable objectiu de la feina, amb una tossudíssima burocràcia... És precís reconèixer i comunicar als responsables adients aquelles condicions relacionades amb la aparició de la «síndrome de burnout» o formes menors de patiment dels i de les professionals.

L'estudi realitzat a Catalunya per la fundació Galatea recull les conseqüències per la salut de professionals de la medicina en relació a treballar en situacions difícils entre altres variables.

Bibliografia

Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2007.

21. SUPORT I CURA DELS I LES PROFESSIONALS

Isabel Fernández Delgado

... «el contacte directe amb éssers humans, com a tal, enfronta al tècnic amb la seva pròpia vida, amb la seva pròpia salut o malaltia, els seus propis conflictes o frustracions. Si no gradua aquest impacte la seva tasca es fa impossible: o té molta ansietat i llavors no es pot actuar, o bé, la bloqueja i la seva tasca és estèril.»
(Bleger, 1977:28)

Consideracions generals

Curiosament i després d'anys d'abordar aquesta problemàtica complexa, pràcticament existeixen poques publicacions que reflexionin, donin eines i recursos per als/les professionals que estan immersos en aquesta temàtica. Ens parlen del dolor emocional, del patiment, de les seqüeles psíquiques de les víctimes, però, i totes les persones que les acompanyen en el camí llarg i ple d'entrebancs?, com els afecta aquest estar al costat de la víctima, no només en el terreny professional sinó en el personal. L'objectiu d'aquest capítol és parlar dels efectes que fins ara s'han teoritzat a partir de la pràctica i donar eines que s'utilitzen ja i que hem reunit. Desitgem que aquesta via es pugui ampliar per part de totes les persones que formen part d'aquesta xarxa.

La violència exercida per l'organització

Volem recordar a les persones responsables de l'estructura organitzativa que la **violència de la institució també existeix**. Són responsables de la salut psíquica de les/els professionals, generar estructures que tinguin efectes preventius i protectors per la salut dels/les professionals...

És imprescindible, per a tot això, facilitar eines: de formació, el treball en equip com a base per tal de desenvolupar la tasca (la creació de protocols, la distribució de tasques, d'espais...).

Caldria visibilitzar i abordar la conflictivitat existent, en la quotidianitat, dintre de l'organització, entre diferents professionals/estaments/estructures je-

rarquitzades i possibles rigideses, així com, algunes formes d'exercir el poder autoritàries i poc respectuoses amb el tracte.

Senyalitzant, sobretot, que cal evitar treballar sota pressió excessiva, amb una burocràcia, a vegades, tossuda i feixuga, sense disposar de temps per al treball en equip, amb una transmissió de missatges, dividida i esbiaixada, plena de dobles missatges i dobles morals que dificulten quin és el veritable objectiu de la nostra tasca. És a dir, sense oblidar que es treballa amb persones i per a la salut i el benestar de les persones.

Els efectes de la violència en les persones que escoltem

L'efecte que produeix a les/els professionals que són testimonis dels fets que explica la persona que pateix o ha patit violència, és un altre aspecte a tenir en compte. «*Les/els professionals també formen part d'aquesta problemàtica.*»

Aquests efectes poden produir, entre les persones que escolten, la naturalització, la invisibilització, la minimització... o la negació de l'impacte que suposa l'escolta d'aquesta problemàtica.

Per tant, és necessari, disposar d'un temps facilitador per prendre consciència i elaborar tot el que comporta treballar el dia a dia amb la violència, evitant que aquesta s'instal·li, formant part del mateix sistema.

Existeixen uns patiments generats per a la tasca assistencial. A continuació fem un resum aproximatiu sobre les seves característiques:

Síndrome de burnout o síndrome d'estrès crònic: és una resposta adaptativa que podem patir els/les professionals que treballem amb persones, també, amb víctimes de la violència. Es un estat d'esgotament integral provocat per un procés d'estrès crònic. Es desenvolupa de forma gradual. És la suma de l'impacte subjectiu que genera el contacte amb la víctima i el seu relat amb la frustració de les expectatives i fites professionals.

És tridimensional:

- 1) sensació de cansament emocional;
- 2) despersonalització i
- 3) la percepció de falta de realització professional.

Si l'impacte és reiterat, es pot perdre la capacitat per donar resposta, ja que el nivell de tolerància està superat i la possible oferta d'ajuda pot generar una tensió afegida.

Els **efectes de ser testimoni**, l'impacte que comporta el relat es pot donar des de la primera entrevista, si el contingut té un gran component agressiu, lesiu i traumatitzant per a la persona que relata les seves vivències. Escoltar la violència afectarà la subjectivitat i la vulnerabilitat de les/els professionals.

La **fatiga per compassió**, Figley ho va descriure com una sèrie d'emocions i comportaments que es presenten en professionals quan escolten fets traumàtics d'una violència intensa, arribant a desenvolupar un estrès post-traumàtic secundari.

L'espai professional. Eines preventives

Dins de l'espai professional i per aconseguir millorar les condicions de treball de les/els professionals es podrien destacar una sèrie d'eines preventives tal com segueix:

- **El treball en equip:** és un espai de reflexió i aprenentatge. Permet tenir vivència de les dificultats, obstacles i avantatges a nivell professional (anàlisi de casos, sessions clíniques i supervisió) sobre tot si és **multi/interdisciplinari**. Amb l'aportació de les persones integrants es pot aprendre a articular els diferents llenguatges disciplinaris, consensuar i dissentir. També compleix una funció de recolzament i prevenció dels possibles patiments generats per la tasca assistencial (síndrome de burnout, efectes de ser testimoni i fatiga per compassió).
- Formar part d'un grup de treball: ens permet teoritzar, tornar a aprendre, reflexionar, actualitzar-se i al mateix temps, cadascun/a exercita la possibilitat d'entendre el discurs de l'altre i poder veure's a si mateix/a a partir de la mirada de l'altre. És un espai que pot fer de xarxa de suport i contenció de les tensions que es generen en la pràctica professional.
- Disposar d'un espai de supervisió.
- Formar part d'una xarxa contra la violència.

- La institució és responsable de la logística necessària per a poder desenvolupar la feina. Promoure el treball en equip com una eina imprescindible per a la pràctica professional.
- Tenir en compte el temps i espai físic adient suficient per a la bona praxis.
- Potenciar la comunicació i la participació en l'organització.

L'espai personal. Recursos propis

Dins l'espai personal és important desenvolupar recursos que ens permetin portar a terme la tasca *sin morir en el intento*:

- Preparar-se per l'impacte, identificant les tensions psíquiques i físiques. Aprendre a gestionar l'estrès.
- Reconeixement dels nostres sentiments: ira, dolor, tristesa..., actituds com l'omnipotència, ambigüïtat, evitació, la suposada neutralitat... que pot generar en nosaltres el dolor de la víctima del maltractament: *la transferència*.
- Identificar possibles relacions violentes patides en les nostres vides que es poden mobilitzar amb l'escolta de la violència de les pacients, per tal de poder-les treballar...
- Intensificar i revaloritzar l'espai personal i propi, per tal d'evitar formar part permanent de la vida de la persona que pateix.
- Eliminar relacions personals abusives i/o no gratificants.
- Fer formació continuada per actualitzar i fonamentar els nostres coneixements i habilitats per millorar l'atenció a les persones víctimes de la violència.

En una paraula, posar en pràctica les reflexions que sorgeixen en el discurs compartit durant les entrevistes amb les víctimes de maltractament.

Bibliografia

- Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Saint Claire, 1977.
- Balint M, Balint E. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México: Siglo XXI, 1966.
- Costa M, López E. Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Centre d'anàlisi i programes sanitaris (CAPS). Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Fundació Galatea, 2007.
- Figley C. Compassion fatigue, coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel, 1995.

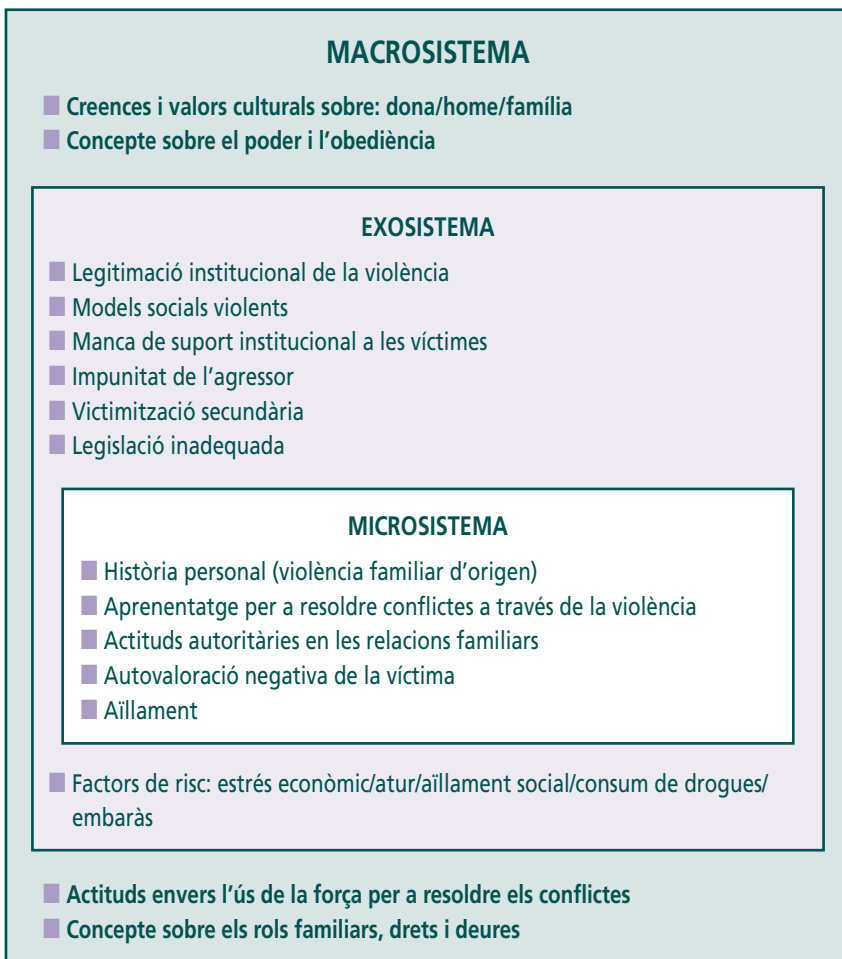
- Marina JA. El laberinto sentimental. Barcelona: Anagrama, 1994.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Apartado Postal 3745-1000 San José, Costa Rica. E-mail: castillm@cor.ops-oms.org
ISBN: 92 75 32264 3. ©Copyright 1999 por la Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- Palmade G. Interdisciplinarietà e ideologies. Madrid: Narcea, 1979.
- Pichon-Rivièrè E. El proceso grupal. Del psicoanàlisis a la psicología social (I). Buenos Aires: Nueva Visión, 1984.
- Tizón JL. Los grupos de reflexión en atención primaria de salud II. Algunos elementos teóricos y técnicos. Atención Primaria, 1993.
- Velázquez S. Violencias cotidianas, violencias de género: Escuchar, comprender, ayudar. Buenos Aires: Paidós, 2004.

22. Annexos



I. MODEL ECOLÒGIC PER A LA INTERPRETACIÓ DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE

Bronfembrenner (Modificat per Corsi)



EL MACROSISTEMA: inclou les creences i valors culturals associats a la violència que ha estat definit com a «societat patriarcal». Són característiques de les societats patriarcales considerar l'home superior a la dona. Considerar legítim l'ús de la força per modificar conductes que no segueixin el patró establert. Negar les diferències específiques dels dos gèneres fent el masculí el neutre i deixant les diferències femenines com a poc rellevants. Considerar l'àmbit familiar com a no susceptible d'intromissió i sustentar una estructura familiar jerarquizada, vertical, amb rols familiars associats a estructures rígides d'estereotip de gènere. La divisió discriminativa i rígida del treball, la desvalorització de les tasques de cura i manteniment de la vida.

L'EXOSISTEMA: els valors culturals es troben mediatitzats mitjançant l'entorn social més visible: organitzacions educatives, religioses, judicials, econòmiques, científiques, sanitàries, etc. que legitimen institucionalment i perpetuen aquest sistema de valors, amb la seva reproducció i retroalimentació. Aquestes institucions, impregnades d'aquestes creences, poden donar respostes inadequades que tendeixen a agreujar la situació.

EL MICROSISTEMA: les famílies amb problemes de violència mostren estructures autoritàries i rígides. Des de l'exterior pot existir-hi una percepció distorsionada d'aquesta rigidesa estructural que exigeix a la família mantenir cert aïllament per evitar la mirada social. Amb freqüència apareixen antecedents de violència en les famílies d'origen, repartiments dels rols socials en funció del gènere i «normalització» de la violència com a forma de resoldre conflictes i tensions. Aquests models violents s'interioritzen durant el procés de socialització dels/les fills/es deixant uns pòsits que es manifestaran a nivell individual.

II. MITES AL VOLTANT DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE

La violència en la parella:

- És un tema de moda.
- És el resultat de l'alcoholisme.
- Es deu a la falta de feina.
- Es dona en persones sense cultura.
- No té lloc a les societats avançades.
- És inevitable per naturalesa.
- No és un problema greu.
- Es desencadena entre les persones malaltes.
- És cosa del passat.
- Pot passar quan les parelles se separen.
- És el resultat de «l'alliberament de la dona».
- És més freqüent en famílies problemàtiques.

Els homes violents

- Són alcohòlics.
- Estan malalts.
- Perden el control amb facilitat.
- No tenen cultura.
- Pertanyen a grups marginals.
- Són masclistes.
- Són molt primaris.
- No saben parlar.
- Estan «fets a l'antiga».
- Són homes separats que han perdut els seus drets.
- Són persones impulsives.
- Tots els homes ho són.
- No són tendres.
- Són homes sense treball ni diners.

Les dones maltractades

- Són mestresses de casa sense recursos propis.
- Provoquen la violència.
- Són amants de la violència.
- No saben viure d'una altra manera.
- No diuen la veritat.
- Són passives i dependents.
- Són incultes.
- Són dones d'una altra generació.
- Estan malaltes.
- No volen separar-se.
- No es deixen ajudar.
- Busquen homes violents.
- Maltractan psicològicament a l'home.

La solució seria...

- Que els jutges actuessin més.
- Que les penes de presó fossin més severes.
- Que les dones ho denunciessin.
- Que les persones tinguessin més cultura.
- Que les dones fossin més independents.
- Que desaparegués el masclisme.
- Que els homes violents entenguessin que han de deixar de ser-ho.
- Que hi haguessin més cases d'acollida.
- Que les dones tinguessin més accés al treball remunerat.
- Que disminuís l'alcoholisme.
- Que les dones no ho toleressin.
- Que hi hagués menys violència a la televisió.
- Que les dones aguantessin més.

Font: VINCULA'T. MATERIALS PER TREBALLAR AMB DONES MALTRACTADES. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2000. Elaborat per l'Equip Interdisciplinari de Tamaia. Associació de Dones contra la Violència Familiar.

Disponible en <http://www.gencat.cat/icdones/tallamalrotllos.htm>

III. PATRÓ DE MASCULINITAT DOMINANT

- L'home és superior a la dona.
- Patrons de relacions entre homes i dones rígids.
- L'ús de la força està justificat per resoldre conflictes.
- El valor es demostra amb l'ús de la força i la capacitat de posar la pròpia vida en perill.
- La força es mesura per la potència sexual.
- L'expressió de necessitat o dependència d'altres és viscut com a debilitat.
- L'expressió d'emocions és un signe interpretat com a poc viril.
- La cura d'un mateix o d'altres no es considera una responsabilitat pròpia.

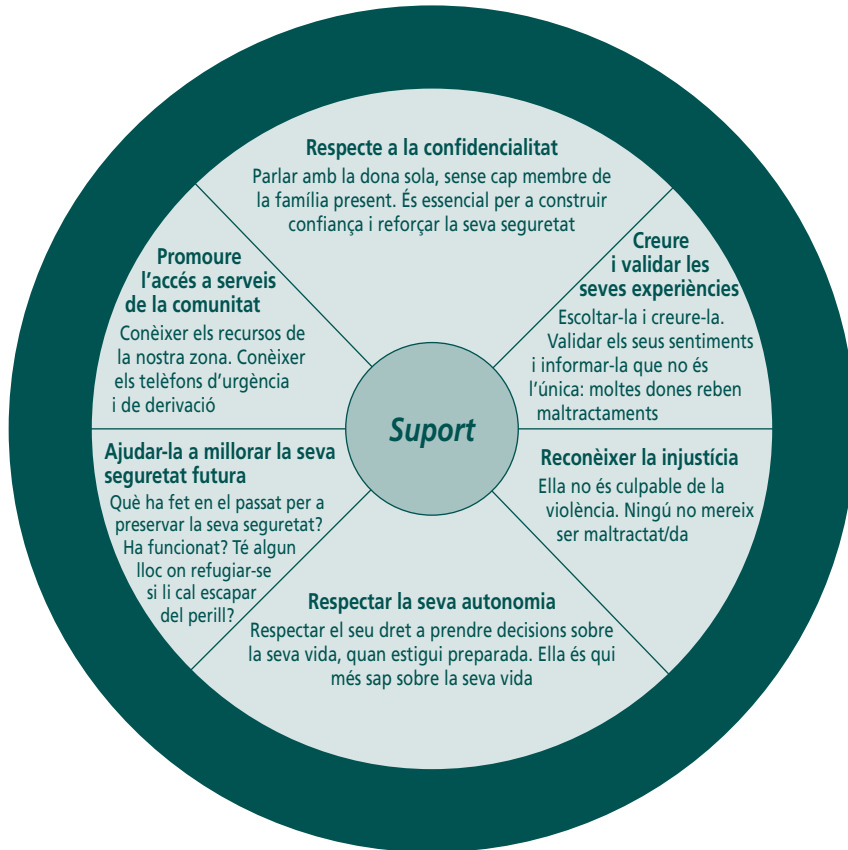
(Compilat per les autores)

IV. CICLE DE LA VIOLÈNCIA I LA CONSULTA

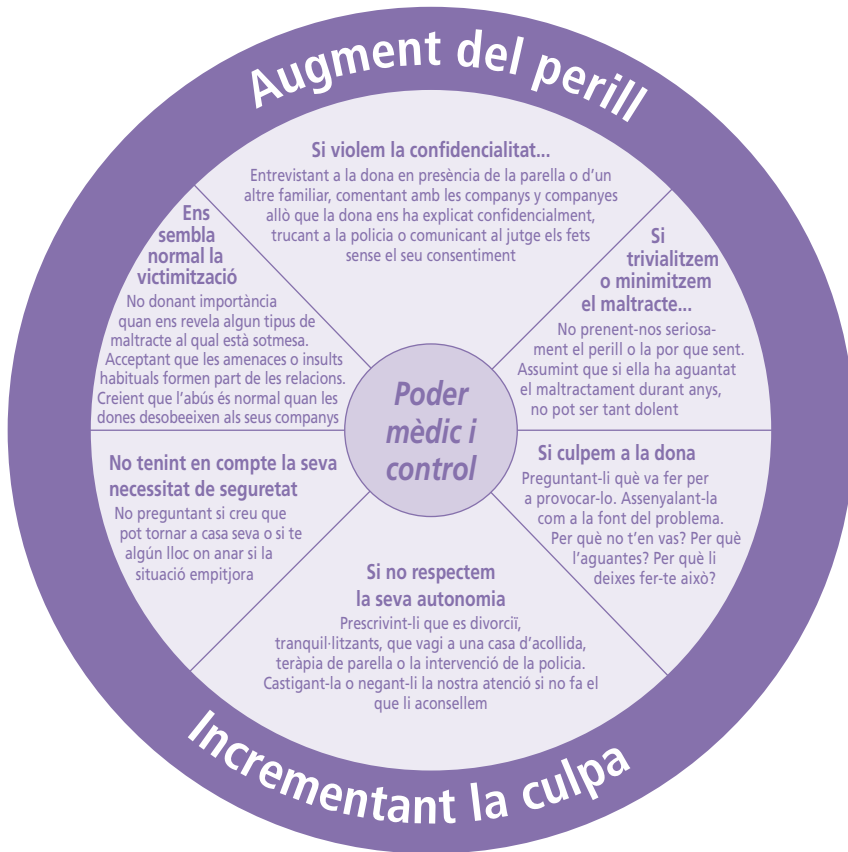


Adaptat de Leonore Walker, per a la consulta. Pilar Babi.
En cursiva els símptomes habituals de les diferents fases.

V. PODER MÈDIC I CONTROL



Adaptat de: The medical power and control wheel.
Domestic Violence Project, Inc., 6308 Eight Ave., Kenosha, WI53143, USA.



Adaptat de: The medical power and control wheel.
Domestic Violence Project, Inc., 6308 Eight Ave., Kenosha, WI53143, USA.

VI. SÍNDROME D'ESTRÈS POSTTRAUMÀTIC

DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals. Barcelona: Masson, 2002.

criteris per al diagnòstic de F43.1 Trastorn per estrès posttraumàtic (309.81)

- A. La persona ha estat exposada a un esdeveniment traumàtic en el qual han existit 1 i 2:
1. La persona ha experimentat, presenciat o li han explicat un (o més) esdeveniments caracteritzats per morts o amenaces per a la seva integritat física o la dels altres.
 2. La persona ha respost amb un temor, una desesperança o un horror intensos. Nota: en els nens aquestes respostes poden expressar-se en comportaments desestructurats o agitats.
- B. L'esdeveniment traumàtic és reexperimentat persistentment a través d'una (o més) de les següents formes:
1. Records de l'esdeveniment recurrents i intrusos que provoquen malestar i on s'inclouen imatges, pensaments o percepcions. Nota: en els nens petits això pot expressar-se en jocs repetitius on apareixen temes o aspectes característics del trauma.
 2. Somnis de caràcter recurrent sobre l'esdeveniment, que produeixen malestar. Nota: en els nens pot haver somnis terrorífics de contingut irreconeixible.
 3. L'individu actua o té la sensació que l'esdeveniment traumàtic està passant (s'inclou la sensació d'estar revivint l'experiència, il·lusions, al·lucinacions i episodis dissociatius de flashback, fins i tot els que apareixen al despertar-se o a l'intoxicar-se). Nota: els nens petits poden reescenificar l'esdeveniment traumàtic específic.
 4. Malestar psicològic intens a l'exposar-se a estímuls interns o externs que simbolitzen o recorden un aspecte de l'esdeveniment traumàtic.
 5. Respostes fisiològiques a l'exposar-se a estímuls interns o externs que simbolitzen o recorden un aspecte de l'esdeveniment traumàtic.

- C. Evitació persistent d'estímul associats al trauma i afebliment de la reactivitat general de l'individu (absent abans del trauma), tal com indiquen tres (o més) dels següents símptomes:
1. Esforços per evitar pensaments, sentiments o converses sobre el succés traumàtic.
 2. Esforços per evitar activitats, llocs o persones que motiven records del trauma.
 3. Incapacitat per a recordar un aspecte important del trauma.
 4. Reducció acusada de l'interès o la participació en activitats significatives.
 5. Sensació de desinterès o alienació enfront dels altres.
 6. Restricció de la vida afectiva (p. ex., incapacitat per tenir sentiments d'amor).
 7. Sensació d'un futur desolador.
- D. Síntomes persistents d'augment de l'activació (arousal) (absent abans del trauma), tal com indiquen dos (o més) dels següents símptomes:
1. Dificultats per conciliar o mantenir el son.
 2. Irritabilitat o atacs d'ira.
 3. Dificultats per concentrar-se.
 4. Hipervigilància.
 5. Respostes exagerades de sobresalt.
- E. Aquestes alteracions (síntomes dels Criteris B, C i D) es prolonguen més d'1 mes.
- F. Aquestes alteracions provoquen malestar clínic significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

Especificar si:

Agut: si els símptomes duren menys de 3 mesos.

Crònic: si els símptomes duren 3 mesos o més.

Especificar si:

D'inici demorat: entre l'esdeveniment traumàtic i l'inici dels símptomes han passat com a mínim 6 mesos.

Criteris per al diagnòstic de F43.0 Trastorn per estrès agut (308.3)

- A.** La persona ha estat exposada a un esdeveniment traumàtic en el qual han existit 1 i 2:
 - 1. La persona ha experimentat, presenciat o li han explicat un (o més) esdeveniments caracteritzats per morts o amenaces per a la seva integritat física o la dels altres.
 - 2. La persona ha respost amb un temor, una desesperança o un horror intensos.

- B.** Durant o després de l'esdeveniment traumàtic, la persona presenta tres (o més) dels següents símptomes dissociatius:
 - 1. Sensació subjectiva d'afebliment, desinterès o absència de reactivitat emocional.
 - 2. Reducció del coneixement del seu entorn (p. ex., estar atordit).
 - 3. Desrealització.
 - 4. Despersonalització.
 - 5. Amnèsia dissociativa (p. ex., incapacitat per recordar un aspecte important del trauma).

- C.** L'esdeveniment traumàtic és reexperimentat persistentment en almenys una d'aquestes formes: imatges, pensaments, somnis, il·lusions, episodis de flash-back recurrents o sensació d'estar revivint l'experiència, i malestar a l'exposar-se a objectes o situacions que recorden l'esdeveniment traumàtic.

- D.** Evitació acusada d'estímuls que recorden el trauma (p. ex., pensaments, sentiments, converses, activitats, llocs, persones).

- E.** Símptomes acusats d'ansietat o augment de l'activació (arousal) (p. ex., dificultats per dormir, irritabilitat, mala concentració, hipervigilància, respostes exagerades de sobresalt, inquietud motora).

- F.** Aquestes alteracions provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de la persona, o interfereixen de manera notable amb la seva capacitat per dur a terme tasques indispensables, per exemple, obtenir l'ajuda o els recursos humans necessaris explicant l'esdeveniment traumàtic als membres de la seva família.

- G. Aquestes alteracions duren un mínim de 2 dies i un màxim de 4 setmanes, i apareixen en el primer mes següent a l'esdeveniment traumàtic.
- H. Aquestes alteracions no es deuen als efectes fisiològics directes d'una substància (p. ex., drogues, medicaments) o a una malaltia mèdica, no s'expliquen millor per la presència d'un trastorn psicòtic breu.

VII. EXEMPLES DE PREGUNTES EN DIFERENTS MOMENTS DE L'ENTREVISTA

Alguns exemples de preguntes obertes	
Per començar	<ul style="list-style-type: none"> ■ «Com et sents...» ■ «Per on t'agradaria començar...»
Per a clarificar i elaborar	<ul style="list-style-type: none"> ■ «Què és el que més et preocupa...» ■ «Què vols dir amb...» ■ «Com és aquest problema per a tu?»
Treballant sentiments	<ul style="list-style-type: none"> ■ «Com et fa sentir...?» ■ «Com et sents ara?» ■ «Què t'agradaria comunicar-li a ell/a?»
Per a buscar solucions	<ul style="list-style-type: none"> ■ «Quines opcions hi tens/té?» ■ «Què has/ha pensat fer?» ■ «Què és el pitjor que et/li podria passar?»...

TINGUEM EN COMPTE LA COMUNICACIÓ NO VERBAL

Contacte visual: mira sempre la persona, la mirada diu: estic amb vostè/tu i l'escolto.

Postura corporal: relaxada a prop de l'altra persona però sense envair.

Expressió facial: mostra compassió.

Preguntes davant de sospita

Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009.

En el cas de sospita per informació obtinguda dels antecedents i les característiques de la dona:

- He repassat el vostre historial i trobo algunes coses que m'agradaria comentar-vos. Veig que... (relatar les troballes). A què creieu que es deu? Què me'n podeu dir, d'això? Creieu que tot està relacionat?
- En molts casos les dones que tenen problemes com els vostres, com ara... (relatar-ne alguns dels identificats, els més significatius), estan rebent algun tipus de violència per part d'algú, per exemple la seva parella. És aquest el vostre cas?

En el cas de sospita per antecedents com ara disparèunia, dolor pelvià:

- Heu estat forçada alguna vegada a tenir relacions o pràctiques sexuals quan no volíeu fer-ho?

En el cas de sospita per les lesions físiques que presenta:

- Aquesta lesió sol aparèixer quan es rep un cop fort/cop de puny... És això el que us ha ocorregut?
- La vostra parella o alguna altra persona utilitza la força en contra vostra? Com? Des de quan?
- Alguna vegada us han agredit més greument? (pallisses, ús d'armes, agressió sexual)

En el cas de sospita pels símptomes o problemes psíquics trobats:

- M'agradaria conèixer la vostra opinió sobre aquests símptomes que m'heu explicat (ansietat, nerviosisme, tristesa, apatia...): des de quan us sentiu així? A què creieu que es deu? Els relacioneu amb alguna cosa? Com va la relació de parella?
- Ha succeït últimament alguna cosa en la vostra vida que us faci estar preocupada o trista? Que potser teniu algun problema amb la parella? Amb els fills i les filles? Amb algú de la família? A la feina?
- Sembla com si estiguéssiu espantada, en alerta. De què teniu por?
- Teniu alguna dificultat per veure les amistats o la família? Què us impedeix fer-ho?

Preguntes per a valorar tipus de violència

Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009.

Violència psicològica

- Us crida sovint o us parla de manera autoritària?
- Amenaça de fer-vos mal o bé de fer mal a les criatures, a altres persones o als animals domèstics?
- Us insulta, ridiculitza o menysprea, tots sols o davant els fills i les filles o altres persones?
- Es posa gelós sense motiu?
- Us impedeix o dificulta veure la família o les amistats?
- Us culpa de tot el que succeeix?
- Us controla els diners i us obliga a retre compte de les despeses?
- Us impedeix treballar fora de casa o estudiar?
- Us amenaça de prendre-us els fills i les filles si l'abandoneu?
- Ignora els vostres sentiments, la vostra presència, etc.?

Violència física

- La vostra parella us empeny o agafa?
- La vostra parella us colpeja, us dóna bufetades o us agredeix de qualsevol altra manera?

Violència sexual

- La vostra parella us obliga a tenir relacions sexuals contra la vostra voluntat?
- Us força a dur a terme alguna pràctica sexual que no desitgeu?

Taula traduïda de: Guía de Apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid, 2008.

Situacions	Introduccions	Preguntes tipus
Dona	S'ha vist que quan hi ha problemes en les relacions de parella poden tenir repercussions en la salut de la dona i es per això que estem començant a fer aquestes preguntes	Li agrada com la tracten a casa? Com van les coses a casa? Com es sent en la seva relació amb la seva parella?
Dona gestant	Durant la gestació de vegades s'aguditzen els problemes/ conflictes en la parella	Té vostè conflictes amb la seva parella? Si els té com els manegem?
Dona immigrant	S'ha vist que de vegades quan s'està lluny de casa poden augmentar els problemes de la parella	
Dona amb discapacitat	S'ha vist que quan hi ha situacions de dependència poden aparèixer conflictes/ problemes amb les persones amb qui es conviu, que cuiden i això pot produir alteracions de salut, per això m'agradaria saber:	Com és la relació amb les persones amb qui conviu? Té oportunitat per a prendre decisions sobre qüestions quotidianes de la seva vida (què menjar, prendre o no la medicació?)
Dona adolescent*	S'ha vist que quan hi ha problemes en les relacions de parella poden tenir repercussions en la salut i per això estem començant a fer preguntes a totes les noies joves que vénen al centre	Com és la teva relació de parella?

(Continua)

Situacions	Introduccions	Preguntes tipus (Cont.)
Dona/home adolescent**	S'ha vist que els problemes en les relacions de parella poden tenir repercussions en la salut de la dona i dels fills/es i per això estem començant a fer preguntes a totes les/els joves que vénen al centre	Com van les coses a casa? Com és la relació entre els pares?

* L'entrevista amb l'adolescent es realitzarà sense la presència de pares/tutors.

** Pretén identificar adolescents que pateixen les conseqüències del maltractament vers la mare i que són testimonis de violència a la llar.

Segons el clima de confiança i el coneixement que es tingui de la dona i el motiu de consulta o queixa, es pot fer servir la pregunta que més s'adapti al nostre estil i a la situació de la dona.

VIII. VALORACIONS

Valoració biopsicosocial

- Lesions i símptomes físics.
- Situació emocional.
- Situació familiar.
- Situació econòmica, laboral i ocupacional.
- Xarxa de suport social.
- Factors de vulnerabilitat (immigració, situació d'irregularitat legal, exclusió social, discapacitats, situació de dependència, esdeveniments vitals estressants).

Valoració de la situació de violència

- Tipus de violència, des de quan la pateix, freqüència i intensitat de la mateixa.
- Comportaments de la persona agressora a nivell familiar i social; si hi ha hagut agressions a d'altres persones o familiars.
- Mecanisme d'adaptació desenvolupat per la dona.
- Fase del procés de violència en la qual es troba.
- Recorregut previ de la dona: recursos utilitzats, intents de sortir de la situació de violència.

Valoració del risc i de la seguretat (veure capítol 8)

- Percepció per part de la dona de perill.
- Acceleració del cicle de violència.
- Antecedents de lesions físiques greus.
- Augment d'intensitat i freqüència de la violència.
- Identificació de situació de perill extrem.
- Coneixement de familiars i coneguts de la situació actual i capacitat d'ajuda.

IX. GUÍA SARA

Anexo I (Copia original del protocolo de la SARA)

S.A.R.A			
Hoja de codificación			
Nombre del acusado:		Fecha:/...../.....	
Nombre del administrador:		Firma:	
Historial Delictivo	Valoración (0-1-2)	Ítem crítico (0 o 1)	
1. Violencia anterior contra los familiares			
2. Violencia anterior contra desconocidos o conocidos no-familiares			
3. Violencia de la libertad condicional u otras medidas judiciales similares			
Ajuste psicosocial	Valoración (0-1-2)	Ítem crítico (0 o 1)	
4. Problemas recientes en la relación de pareja			
5. Problemas recientes de empleo/trabajo			
6. Víctima y/o testigo de violencia familiar en la infancia y/o adolescencia			
7. Consumo/Abuso reciente de drogas			
8. Ideas/Intento de suicidio y/o homicidio recientes			
9. Síntomas psicóticos y/o maníacos recientes			
10. Trastorno de personalidad con ira, impulsividad o inestabilidad conductual			
Historial de violencia contra la pareja	Valoración (0-1-2)	Ítem crítico (0 o 1)	
11. Violencia física anterior			
12. Violencia sexual y/o ataques de celos en el pasado			
13. Uso de armas y/o amenazas de muerte creíbles en el pasado			
14. Incremento reciente en la frecuencia o gravedad de las agresiones			
15. Violaciones e incumplimientos anteriores de las ordenes de alejamiento			
16. Minimización extrema o negación de la violencia anterior contra la pareja			
17. Actitudes que apoyan o consienten la violencia contra la pareja			
Delito/Agresión actual (que motiva la valoración)	Valoración (0-1-2)	Ítem crítico (0 o 1)	
18. Violencia sexual grave			
19. Uso de armas y/o amenazas de muerte creíbles			
20. Violación o incumplimiento de las ordenes de alejamiento			
Otras consideraciones	Valoración (0-1-2)	Ítem crítico (0 o 1)	
*			
*			
*			
Resumen de la valoración del riesgo			
Riesgo inminente de violencia contra la pareja:	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Alto
Riesgo inminente de violencia contra otras personas:	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Alto
Especificaciones			

© Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona
 © P. Randall Kropp, S.D. Hart, CH. D. Webster, D. Eaves y Grupo de Estudios

Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja.

X. EQUIP D'URGÈNCIA/PLA DE FUGIDA

Equip d'urgència/Pla de fugida

- Roba per a la dona i els seus fills/es.
- Claus de casa.
- Carnet d'identitat, passaport, targeta sanitària.
- Carnet de conduir, llibre de família, documents de l'assegurança, expedients acadèmics, permís de treball si és estrangera, escriptures de propietat de la casa, agenda de direccions i telèfons, informes mèdics, parts de lesions en cas de haver-hi.
- Medicaments i prescripcions.
- Diners en metàl·lic, targeta de crèdit i cartilla d'estalvis.
- Fotocòpies de documents importants bancaris, etc.
- Algun objecte significatiu per a la dona i els fills/es (fotos, joguines...).

XI. SALUT I GÈNERE MASCULÍ

Salut i gènere masculí

Pel que fa els homes que maltracten davant el malestar físic o psíquic, poden generar respostes disfuncionals com podrien ser:

- Tenir dificultats per percebre signes d'alarma corporal i quan ho fan menysprear-les i no donar-los prioritat o valor.
- No admetre, ni davant seu ni dels altres, que alguna cosa de l'ordre del malestar li afecta.
- Endarrerir l'afrontament del malestar, que quan és percebut, especialment a partir del dolor, és viscut freqüentment com amenaça incontrolable del cos o de la vida.
- Gestionar la por i l'ansietat que genera allò incontrolable, i que només poden expressar per vies indirectes com l'enuig, la culpabilització als altres.
- Retardar la consulta, viscuda com fracàs d'autosuficiència. No donar informació sobre si mateix i el seu món emocional, viscut com a demostració de fragilitat i de vulnerabilitat.
- No acceptar el rol de malalt, que suposa per ells passivitat antimasculina/feminització, i per tant una amenaça a la seva identitat.
- Ser reticent a les maniobres i indicacions mèdiques que són activitats que es poden viure com un rol passiu.
- Abandonar precoç i freqüentment els tractaments.
- Tenir amb els facultatius homes un estil de confrontació o de submissió, i amb les dones metgesses un estil desautoritzant o seductor.
- Interactuar amb el sistema sanitari de forma molt episòdica i quan el problema està molt avançat.

Per altra banda, també poden afrontar de manera disfuncional la relació amb qui els envolta, el malestar dels altres o el que provoquen en altres.

- Solen dipositar en les dones la responsabilitat de la cura de la seva salut.
- Tendeixen a minimitzar el dany que provoquen els seus comportaments.
- Si emmalalteixen altres membres de la seva família, especialment la seva dona, poden allunyar-se i demostrar la seva incompetència per la cura.

Adaptat del capítol Bonino L. Masculinidad, salud y sistema sanitario —el caso de la violencia masculina—, dins del llibre Ruiz-Jarabo Quemada C, Blanco Prieto P. La violencia contra las mujeres. Madrid: Diaz de Santos, 2005.

XII. LLISTAT DE MICROMASCLISMES

Micromasclismes utilitaris

1. **No responsabilització sobre l'àmbit domèstic**
 - 1.1.1. No implicació.
 - 1.1.2. Seudoimplicació.
 - 1.1.3. Implicació avantatjosa.
2. **Aprofitament i abús de les capacitats «femenina» de servei**
 - 1.1.1. Naturalització i aprofitament del rol de cuidadora en el domèstic.
 - *Delegació del treball de cura dels vincles i les persones.*
 - *Requeriments abusius solapats.*
 - *Negació de la reciprocitat en la cura.*
 - 1.1.2. Naturalització i aprofitament de la «ajuda al marit» en l'àmbit laboral.
 - 1.1.3. Amiguisme paternal.

Micromasclismes encoberts

- 1.1. **Creació de falta d'intimitat**
 - Silenci.
 - Aïllament i mal humor manipulador.
 - Posar límits.
 - Avarícia de reconeixement i disponibilitat.
 - Inclusió invasiva de tercers.
- 1.2. **Pseudo-intimitat i pseudo-comunicació**
 - Comunicació defensiva–ofensiva.
 - Enganys i mentides.
 - Pseudo-negociació.
- 1.3. **Desautorització**
 - Desqualificació–desvalorització.
 - Negació d'allò positiu.
 - Col·lisió amb tercers.
 - Micro terrorisme misogin.
- 1.4. **Paternalisme**
- 1.5. **Manipulació emocional**
 - Dobles missatges afectius/agressius.

- Empipament.
- Abús de confiança.

1.6. Innocentitzacions

- Innocentitzacions culpabilitzadores.
- Autoindulgència i autojustificació: fer-se el ximple (i el bo); imperícies selectives; comparació avantatjosa; menysvaloració dels propis errors; llençar pilotes fora.

Micromasclismes coercitius

- 1.1. Coaccions a la comunicació**
- 1.2. Control dels diners**
- 1.3. Ús expansiu-abusiu de l'espai físic i del temps per se**
- 1.4. Insistència abusiva**
- 1.5. Imposició a la intimitat**
- 1.6. Apel·lació a la «superioritat» de la «lògica» viril**
- 1.7. Agafar o abandonar de manera sobtada el comandament**

Micromasclismes de crisi

- 1.1. Hipercontrol**
- 1.2. Pseudo-recolzament**
- 1.3. Resistència passiva i distanciament**
- 1.4. Refusar la crítica i la negociació**
- 1.5. Prometre i fer mèrits**
- 1.6. Victimisme**
- 1.7. Donar-se temps**
- 1.8. Fer llàstima**

Adaptat de l'annex del capítol «Microviolencias y sus efectos: Claves para su detección» de Luis Bonino dins del llibre Ruiz-Jarabo Quemada C, Blanco Prieto P. La violencia contra las mujeres. Madrid: Diaz de Santos, 2005.

XIII. IL·LM. SR./IL·LMA. SRA. JUTGE/ JUTGESSA DEL JUTJAT DE GUÀRDIA DE VIOLÈNCIA SOBRE LA DONA

Informe mèdic-comunicat de lesions-violència de parella o exparella

1. Dades de filiació de la persona atesa:

Nom:	Cognoms:	
Data de naixement:	Natural de:	Amb DNI/PS/NIE:
Estat civil:		
Adreça:		
Telèfons:		

2. Dades de la situació familiar:

Nom i cognoms de les persones que conviuen en el mateix domicili	Edat	Relació de parentiu

3. Acompanyants: Acudeix sola Acompanyada per Policia

Nom i cognoms de les persones que acompanyen	Edat	Relació de parentiu	Telèfon de contacte

(Continua)

4. Descripció dels fets (segons el relat de la dona):

Nom i cognoms del presumpte agressor: Relació amb la víctima
Desconegut

Altres (especificar la relació amb la parella en cas d'inducció a la pressuposada agressió):

Data dels fets: Hora dels fets:

Lloc dels fets: Direcció:

Testimonis: Nom – Cognoms:

Descripció del mecanisme de la presumpta agressió: situació dins de l'escenari (carrer, domicili: menjador, cuina, habitació...), seqüència temporal dels fets, tipus d'agressió (cops de puny, cops de peus, violència contra objectes, utilització d'objectes o armes... mossegades...), distribució i mecanisme dels cops (directe, tangencial, per caiguda...)

Vol denunciar: SI NO

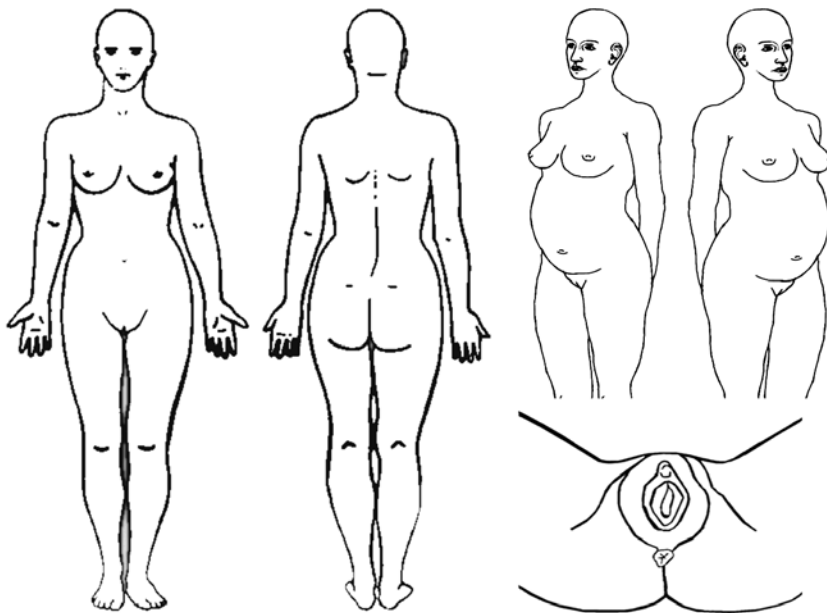
5. Antecedents personals d'interès: en relació amb la presumpta agressió. Agressions prèvies (quan i tipus), denúncies prèvies (data...)

6. Dades assistencials:

- a. **Exploració física:** descripció de les lesions: tipus (erosió, contusió, ferida...), mides en cm, nombre, localització i estimació del temps d'evolució (data aproximada: recent [hores], no recent [dies] i si té lesions en diferents estadis evolutius...)

(Continua)

b. Mapa anatòmic



c. Exploració psíquica: estat emocional actual (estat depressiu, excitat, ansiosa, temorenc...)

7. Factors afegits de risc (segon les dades de la història mèdica i el relat de la dona). (Validar la presència de factors.)	
1. Agressions en els últims 18 mesos cap a la dona o a parelles anteriors <input type="checkbox"/>	11. Abús de drogues o alcohol de l'agressor <input type="checkbox"/>
2. Agressions vers terceres persones o fills <input type="checkbox"/>	12. Sospita de trastorn mental sever del presumpte agressor <input type="checkbox"/>
3. Agressió quan la dona estava embarassada <input type="checkbox"/>	13. Idees relatades o intents de suïcidi per part de l'agressor <input type="checkbox"/>
4. La dona ha patit un abús emocional i verbal greu en els últims 6 mesos <input type="checkbox"/>	14. Convivència amb l'agressor <input type="checkbox"/>
5. La dona ha rebut amenaces greus i creïbles respecte la seva integritat física <input type="checkbox"/>	15. Antecedents policials i judicials per agressions (d'aquesta o d'altres parelles) <input type="checkbox"/>
6. La dona creu que pot matar-la <input type="checkbox"/>	16. Trencament de mesures penals <input type="checkbox"/>
7. Control extrem de la conducta per gelosia <input type="checkbox"/>	17. Accés a armes <input type="checkbox"/>
8. La dona justifica la conducta de l'agressor o nega la situació <input type="checkbox"/>	18. Aïllament social de la dona <input type="checkbox"/>
9. Presència de fills menors dependents de la dona <input type="checkbox"/>	19. Increment en els últims 6 mesos en la freqüència o gravetat dels episodis de violència <input type="checkbox"/>
10. Comunicació a l'agressor de la voluntat de separar-se o separació fa menys de 6 mesos <input type="checkbox"/>	

Altres:

(Continua)

8. Exploracions complementàries:

Anàlisi de sang i/u orina <input type="checkbox"/>	Radiologia: (RX, TAC, RMN, ECOGRAFIES...) <input type="checkbox"/>	Anàlisi de secrecions (vaginal, ferides...) <input type="checkbox"/>	Procediments quirúrgics invasius diagnòstics <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

Altres:

9. Diagnòstics:

10. Tractaments:

11. Derivacions:

Hospital <input type="checkbox"/>	Centre Atenció Primària <input type="checkbox"/>	Treball social CAP <input type="checkbox"/>	Salut Mental <input type="checkbox"/>	Drogodependències CAS <input type="checkbox"/>	ASSIR Ginecologia <input type="checkbox"/>	Serveis Socials de l'Ajuntament <input type="checkbox"/>	Serveis socials especialitzats: EAD, cases acollida... <input type="checkbox"/>	Mossos d'Esquadra/ GUB - Cossos policials <input type="checkbox"/>	Serveis del Departament de Justícia OAVD... <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---	--	--	---	---	---	--	---	---

Especificar si cal:

(Continua)

12. Pronòstic (llevat complicacions) i observacions:

<p>Molt greu (art. 396 CP)</p> <p>Castració o mutilació maliciosa d'un membre important</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Greu (art. 397-398 CP)</p> <p>Impotència funcional, invalidesa (mutilació no maliciosa), deformació del rostre, impediments d'un membre, seqüeles orgàniques i qualsevol altre lesió o alteració que origini incapacitat de més de 30 dies</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Menys greu (art. 399 CP)</p> <p>Les lesions demoren en curar-se o produeixen una incapacitat laboral entre 15 i 30 dies</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Lleu (art. 494-495 CP)</p> <p>Tenen un temps de curació i un temps d'incapacitat menor que fluctua entre 0 i 14 dies</p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	--	---	--

Observacions:

Segell i signatura:

Data:

Hora:

XIV. SOL·LICITUD D'ORDRE DE PROTECCIÓ

Dades de l'organisme que rep la sol·licitud

Nom:

Adreça:

Telèfon:

Fax:

Adreça electrònica:

Codi postal:

Municipi:

Nom i cognoms de la persona que rep la sol·licitud

Dades de la víctima

Cognoms:

Nom:

Sexe: Home Dona

Lloc i data de naixement:

Nacionalitat:

Nom del pare:

Nom de la mare:

Adreça:

Telèfons de contacte:

DNI:

NIE o Passaport:

Dades de la persona sol·licitant que no és víctima

Cognoms:

Nom:

Sexe: Home Dona

Lloc i data de naixement:

Nacionalitat:

Nom del pare:

Nom de la mare:

Adreça:

Telèfons de contacte:

DNI:

NIE o Passaport:

Relació amb la víctima:

(Continua)

Dades de la persona denunciada

Cognoms: _____ Nom: _____ Sexe: Home Dona

Lloc i data de naixement: _____ Nacionalitat: _____

Nom del pare: _____ Nom de la mare: _____

Adreça: _____

Telèfons de contacte: _____ DNI: _____ NIE o Passaport: _____

Dades de la relació víctima – persona denunciada

Heu denunciat anteriorment la mateixa persona?

Sí Quantes vegades?
No

Sabeu si aquesta persona té algun procediment judicial obert per delictes o falta?

Sí No

Quina relació de parentiu, o altre tipus de vincle, teniu amb la persona denunciada?

Dades de la situació familiar

Cognoms i nom de les persones que conviuen en el mateix domicili	Data de naixement	Relació de parentiu

Descripció dels fets denunciats en què es basa l'ordre de protecció

Últim fet que ha impulsat la formulació d'aquesta sol·licitud:

(Continua)

Actes violents que s'han produït anteriorment, amb independència que hagin estat denunciats o no:

Localitat en què s'han produït els fets:

Atenció mèdica

Si heu estat lesionada, heu estat atesa en un centre mèdic?

Sí No

Aporteu un informe mèdic?

Sí No

Assistència jurídica

Teniu advocat/da que us doni assistència?

Sí No

Si no en teniu, voleu contactar amb el servei d'assistència jurídica del Col·legi d'Advocats per rebre assessorament jurídic?

Sí No

Dades d'interès per a l'adopció de mesures de protecció

Si conviu en el mateix domicili que la persona denunciada, voleu continuar vivint-hi i amb els fills, si els teniu?

Sí No

Voleu que la persona denunciada abandoni el domicili per garantir la vostra seguretat?

Sí No

Necessiteu cap ajut social o econòmic?

Sí No

Treballeu?

Sí Quina quantitat mensual aproximada?

No

La persona denunciada treballa?

Sí Quina quantitat mensual aproximada?

No

(Continua)

La família té uns altres ingressos econòmics?

Sí

Quina quantitat mensual aproximada?

No

Aquesta sol·licitud es tramet al jutjat:

Signatura de la persona sol·licitant

Exemplar per al jutjat de guàrdia corresponent

AGRAÏMENTS

Aquestes reflexions han estat elaborades de manera conjunta, mitjançant moltes hores de trobada i relació. Moments intensos de compartir, sovint encerts i de vegades dificultats: en la cerca bibliogràfica, en l'experiència assistencial, en el contacte amb altres professionals, en allò après amb persones d'altres disciplines amb les associacions de dones...

Una metodologia que ha permès construir un punt de vista genuí i un pensament comú que, ara, intentem transmetre. En aquest sentit les autores dels capítols són les que han tingut una especial cura per a l'elaboració dels continguts i per posar sobre el paper allò que s'ha debatut entre nosaltres.

No és l'autoria de treball fonamentalment individual, sinó la del que s'ha anomenat «Pensar en presència» (1), en presència d'altres que modulen i milloren el pensament propi.

Així doncs, a més de les persones que tenen cura de cada capítol volem agrair a totes i tots els membres del grup de treball «Violència de gènere» de la CAMFiC que hi ha deixat la seva empremta.

També volem agrair d'una manera especial les revisores i revisors que ens han aportat una valuosíssima mirada crítica: de l'Associació Tamaia viure sense violència les aportacions tant de l'Equip d'intervenció com del grup de Mentores. A Gloria Muniente Pérez de Tudela, Montse Cervera Rodon, Núria Beitia Hernández, Rosa Armario Grau, Heinrich Geldsläger.

A en Joan Lozano i els membres de la junta de la CAMFiC els agraiem que hagin tingut confiança en el nostre projecte. I un «gràcies» especial a Blanca Palou de Comasema i Fuster creadora del logo que ens representa.

I, és clar, a les dones que atensem dia a dia, ja que amb la seva confiança ens fan millors professionals i millor persones.



(1) Chiara Zamboni, *Pensare in presenza. Conversazioni, luoghi, improvvisazioni*. Nápoles: Guido Liguori, 2009.