



**RECOMANACIONS
PER A L'ACTUACIÓ
SANITÀRIA ENFRONT
DE LA VIOLÈNCIA DE
GÈNERE A LA COMUNITAT
AUTÒNOMA DE LES ILLES
BALEARS**

Edita:

**Servei de Salut de les Illes Balears
Atenció Primària de Mallorca**

Autora

Eugenia Carandell Jäger, metgessa de família
Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària, Mallorca. Ib-salut.

Revisió del document:

M^a del Carmen Fernández Alonso, metgessa de família
*Coordinadora del Grup de salut mental del PÀPPS de SemFYC.
Centre de salut Casa del Barco. Valladolid. Sacyl.*

Sebastià March Lull, sociòleg
Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària, Mallorca. Ib-salut.

Alejandra Carmona Franco, psicòloga clínica
Unitat de Salut Mental Creu Roja. Gerència d'Atenció Primària. Mallorca. Ib-salut.

Teresa Pou Navarro, infermera
Coordinadora autonòmica de Salut i Gènere. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.

María de Lluch Bennasar Matesanz, metgessa de família
Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària Mallorca. Ib-salut.

Magdalena Esteva Cantó, metgessa tècnica de Salut
Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària, Mallorca. Ib-salut.

Margalida Ordinas Vaquer, infermera
Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.

José Luis Frau Monterrubio, treballador social
Institut Balear de la Dona. Govern de les Illes Balears.

Elena Muñoz Seco, metgessa de família
Grup de comunicació de la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (Sbmfic). Unitat Sanitària d'es Castell. Centre de salut Verge del Toro. Gerència d'àrea Menorca. Ib-salut.

Mercedes Gutiérrez García, metgessa de família
Centre de salut Sant Agustí, Gerència d'Atenció Primària Mallorca. Ib-salut.

Catalina Núñez Jiménez, metgessa
Centre de salut Trencadors. Gerència d'Atenció Primària, Mallorca. Ib-salut.

Marian García Baratas, matrona
Centre de salut Son Pisà. Gerència d'Atenció Primària, Mallorca Ib-salut.

M^a del Carmen García Paz, metgessa
Subdirectora mèdica. Gerència d'Atenció Primària, Mallorca. Ib-salut.

Joan Pou Bordoy, metge de família
Director assistencial del Servei de Salut. Ib-salut.

Atanasio García Pineda, metge de família
Gerent d'Atenció Primària, Gerència d'Atenció Primària, Mallorca. Ib-salut.

Consuelo Corriero Soto, metgessa de família
Centre de salut Vila. Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. Ib-salut.

Isabel Sánchez Clemente, treballadora social
Centre de salut Camp Redó. Gerència d'Atenció Primària, Mallorca. Ib-salut.

Aina Mascaró García, psicòloga
*Coordinadora de mediadors i mediadores interculturals de l'àmbit sanitari.
Centre de salut d'Escola Graduada i Son Gotleu. Gerència d'Atenció Primària, Mallorca. Ib-salut.*

Marisa Pires Alcaide, pedagoga
Direcció General de Salut Pública i Alimentació. Servei de Promoció de la Salut. Comunitat de Madrid.

Luisa Lasheras Lozano, metgessa
Direcció General de Salut Pública i Alimentació. Servei de Promoció de la Salut. Comunitat de Madrid.

Mar Rodríguez Gimena, metgessa de família
Servei d'Atenció Rural. Àrea 5. Servei de Salut de la Comunitat de Madrid.

Carmen Baena Salamanca, metgessa forense.
Sala Penal i Jutjat Central de Vigilància Penitenciària i Menors de l'Audiència Nacional.

Institucions i organismes revisors:

Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (Sbmfic)
Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària (SemFYC)
Associació Balear d'Infermeria Comunitària (ABIC)
Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears
Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears
Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears
Ajuntament de Palma. Àrea d'Educació, Igualtat i Drets Cívics
Institut de Treball Social i Serveis Socials (INTRESS)
EULEN sociosanitari
Metges del Món. Illes Balears
Col·legi d'Educadors i Educadors Socials de les Illes Balears (CEESIB)
Oficina per a la Igualtat de la Universitat de les Illes Balears (UIB).
Secretariat de la Dona del Sindicat de Treballadores i Treballadors Intersindical de les Illes Balears (STEI-i)

Introducció	05
--------------------------	----

Primera part: Conceptes generals

Definició de violència	13
Classificació de la violència	13
Violència contra les dones—Violència de gènere (VG)	14
Factors estructurals	15
Factors complementaris	17
Tipus de violència contra les dones	17
Procés d'instauració i manteniment de la violència	19
Conseqüències en la salut de la dona	22
Conseqüències per a les filles i els fills	24
La VG i els serveis sanitaris	24

Segona part: Pla d'intervenció

Paper del sistema sanitari en la prevenció de la VG	31
Visió general del Pla d'ajuda	31
1. Detecció de la situació de VG	34
a) Obertura de la història clínica	34
b) Indicadors de sospita en absència de lesions	34
c) Indicadors de sospita en presència de lesions	36
2. Valoració de la violència	37
3. Confirmació diagnòstica	39
4. Valoració biopsicosocial de la dona	39
a) Lesions i símptomes físic	39
b) Situació emocional	40
c) Situació familiar	40
d) Situació econòmica i laboral	40
e) Xarxa de suport social	40
5. Valoració de la seguretat i intervenció urgent	41
a) Situacions d'alt risc	41
b) Intervenció en situacions d'alt risc	42
c) Preparació del pla de seguretat i fugida	43
6. Intervenció programada	43
a) Objectiu de les intervencions	43
b) Avaluació de la motivació per al canvi	43
c) Consideracions prèvies abans d'iniciar les entrevistes	44
d) Intervencions segons la fase de canvi	45
Intervenció en fase precontemplativa	46
Intervenció en fase contemplativa	47
Intervenció en fase de preparació	48
Intervenció en fase d'acció	49
Intervenció en fase de manteniment	50
Intervenció en fase de recaiguda	51

Annex 1. Principis d'entrevista motivacional

Annex 2. Conducta enfront del maltractador

Annex 3. Aspectes ètics i legals. Elaboració del comunicat judicial

Annex 4. Organització assistencial i recursos a la CAIB

Bibliografia

Pàgines web d'interès





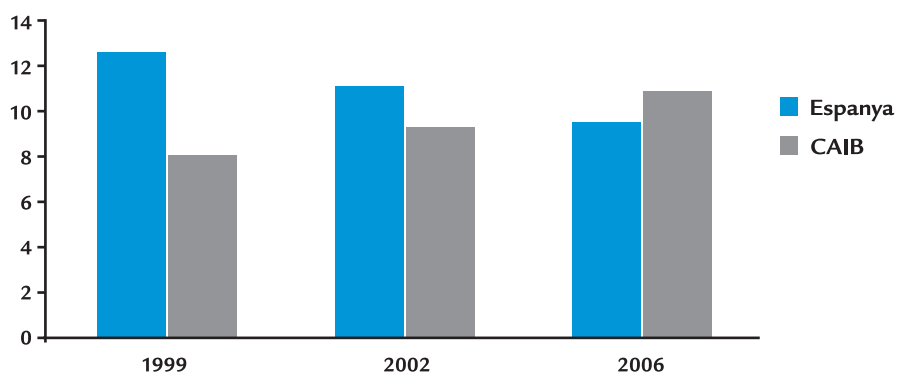
INTRODUCCIÓ

La violència de gènere (VG) és la principal causa de violència que pateixen les dones i la seva primera causa de mort en l'edat fèrtil en el món.

Un estudi realitzat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en 10 països, posa de manifest que la VG és un fenomen universal, encara que la prevalença de violència física i sexual infligida per la parella durant la vida de la dona varia considerablement en els diferents països (des del 71% a Etiòpia al 15% a Japó).

En el nostre medi, l'Institut de la Dona ha realitzat 3 enquestes el 1999, 2002 i 2006 sobre VG patida en l'últim any entre dones majors de 18 anys. Mentre que, en aquests anys, disminueix la prevalença a Espanya amb xifres del 12,4%, 11,1% i 9,6%, respectivament, augmenta a la comunitat autònoma de les Illes Balears (CAIB) i passa, en els mateixos períodes, de 7,9% a 9,2% i 10,8%, tal com il·lustra la figura 1.

Figura 1: Percentatge de dones que han patit VG en l'últim any a les Illes Balears i a Espanya (Font: Macroenquesta 2006)

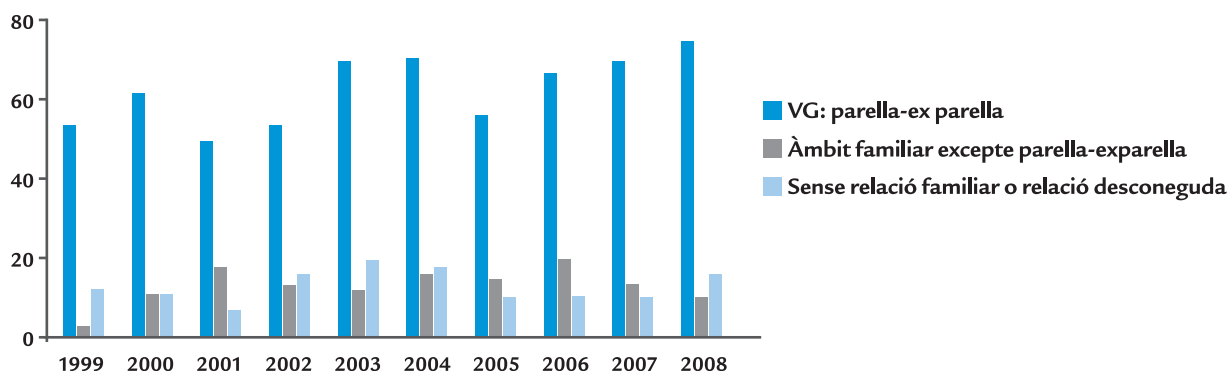


Quant a la morbiditat, es pot estimar indirectament a través del nombre de denúncies, que arriba a les 268.418 en el període 2007-2008, amb grans variacions entre comunitats autònomes. A la CAIB, on viu el 2,3% de les dones majors de 15 anys residents a Espanya, es presentaren 8.600 denúncies en aquest període, el que correspon al 3,2% del total nacional.

Les denúncies s'han incrementat notablement en els últims anys (per exemple, a la CAIB han augmentat un 86% entre 2002 i 2006), el que reflecteix les decisions que prenen les dones segons les respostes socials existents.

Quant a la mortalitat, la VG és la principal causa de mort violenta en les dones tal com il·lustra la figura 2.

Figura 2. Nombre de dones mortes per violència a Espanya en els últims anys segons la relació amb la persona agressora. Font: Instituto de la Mujer



A l'igual que en les denúncies, s'observen diferències entre comunitats autònomes, i la CAIB té la taxa més alta d'Espanya, amb una xifra propera a 1,6 víctimes mortals per 100.000 habitants en el període 2002-2008.

A aquestes morts s'han d'afegir, a més, les de les víctimes col·laterals (fills, filles i altres persones).

RESPOSTA SOCIAL ENFRONT DE LA VIOLENCIA DE GÈNERE

Les grans diferències de prevalença en el món il·lustren fins a quin punt la VG no és una derivació espontània de la naturalesa, sinó que, seguint I. Alberdi, es tracta d'una construcció social vinculada al desequilibri de poder social, econòmic, religiós i polític entre ambdós sexes.

De fet, s'ha hagut d'esperar a la conquesta d'espais democràtics per part de les dones a finals del segle XX, perquè el fenomen surti de l'àmbit privat per entrar en el debat polític i es consideri una violació dels drets humans que no es pot emparar en cap cultura o religió.

El primer organisme internacional que adopta una iniciativa al respecte és la ONU, que aprova la **Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona** el 1979 i la **Declaració sobre l'eliminació de la violència contra les dones i les nines** el 1993.

Per la seva part, la Unió Europea ha desenvolupat diverses iniciatives, entre aquestes l'**Informe de juliol de 1997 del Parlament Europeu** sobre la necessitat de realitzar, en tota la Unió Europea, una campanya de tolerància zero enfront de la violència contra les dones.

A Espanya, la principal iniciativa legislativa relativa a la violència de gènere és la **Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere**, que abraça aspectes preventius, educatius, socials, assistencials i d'atenció posterior a les dones víctimes de la VG en la parella. També s'ha de citar la **Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes**, que, en combatre la discriminació subjacent a la violència, contribueix a prevenir-la.

Quant a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, destaquen, les iniciatives següents:

- **La Llei 5/2000, de 20 d'abril, de l'Institut Balear de la Dona (IBD)** que crea l'organisme encarregat d'elaborar i executar les mesures necessàries per fer efectius els principis d'igualtat entre homes i dones. L'IBD ha desenvolupat, des del seu inici, mesures i programes d'atenció a dones víctimes de violència a través del III Pla d'actuació per a la igualtat d'oportunitats entre homes i dones 2002-2005 i del document d'**Estratègies de prevenció contra la violència domèstica**.

- L'aprovació de la **Llei 12/2006, de 20 de setembre, per a la dona** estableix, en el seu capítol VI, una sèrie de mesures contra la VG en el marc de les seves competències legislatives, entre les quals destaca el desenvolupament de protocols coordinats d'actuació entre les diferents administracions. A més, estableix l'obligació dels centres i dels serveis sanitaris d'informar l'IBD sobre els fets i les circumstàncies que permetin presumir l'existència de VG.

- En l'actualitat, s'està ultimant el **Protocol interinstitucional de detecció, prevenció i atenció de la violència masclista i en casos d'atacs sexuals de les Illes Balears** que neix amb la intenció de facilitar un abordatge integral del fenomen. Es pretén millorar la coordinació i establir pautes d'actuació homogènies entre les institucions i les entitats implicades en la protecció i l'assistència a les dones que pateixen VG.

- Per últim, cal esmentar les nombroses iniciatives municipals que estableixen programes específics d'actuació enfront de la VG.

EL SECTOR SANITARI ENFRONT DE LA VIOLENCIA DE GÈNERE

La VG constitueix, en primera instància, **un atemptat contra la salut física i psicològica de les dones**, per la qual cosa el sector sanitari té un paper rellevant en el diagnòstic precoç, en l'assistència i en la rehabilitació de la dona.

La pròpia OMS postula en el seu **“Informe mundial sobre la violència i la salut”** que el sector sanitari, a més de tractar les conseqüències de la violència, ha d'intervenir en la seva prevenció, com fa en altres problemes sanitaris, mediambientals o relacionats amb el comportament.

Això requereix fomentar activitats en tots els esglaons de la prevenció:

- Activitats de prevenció primària, dirigides a prevenir la violència abans que succeeixi.
- Activitats de prevenció secundària que facilitin la detecció precoç.
- Activitats de prevenció terciària orientades a l'atenció enfront del fet confirmat i a la rehabilitació i reintegració a llarg termini.

A més, l'OMS destaca que el personal sanitari sol tenir un contacte precoç amb les víctimes i una posició a la comunitat que li permet participar activament en un objectiu crucial: qüestionar els secrets, els tabús i els sentiments de fatalisme que envolten el comportament violent.

Conscients del seu protagonisme en la lluita contra la VG, la Llei 1/2004 i el **Pla Nacional de Sensibilització i Prevenció de la Violència de Gènere**, de desembre de 2006, preveuen el desenvolupament de plans de sensibilització i de formació continuada per al personal sanitari, així com la creació d'eines que harmonitzin les pautes d'actuació i la coordinació assistencial davant aquest problema, com el vigent **Protocol comú per a l'actuació sanitària enfront de la violència de gènere**.

Amb aquesta mateixa intenció, la **Conselleria de Salut i Consum** i el **Servei de Salut de les Illes Balears** han impulsat l'elaboració d'aquestes **recomanacions per a l'actuació sanitària enfront de la violència de gènere en la comunitat autònoma de les Illes Balears** que tenen els objectius generals següents:

- Contribuir a la formació professional sobre les característiques de les diferents manifestacions de la VG, els obstacles per al seu reconeixement i les possibilitats d'actuació dels serveis sanitaris.
- Establir unes pautes comunes de detecció, valoració, actuació i seguiment de la VG, adaptant el Protocol comú per a l'actuació sanitària enfront de la violència de gènere a les característiques assistencials del Servei de Salut de les Illes Balears.
- Afavorir el coneixement i la utilització dels recursos disponibles a la CAIB.

ESTRUCTURA GENERAL DE LAS RECOMANACIONES

Aquest document es destina al *personal* assistencial del Servei de Salut de les Illes Balears *no especialitzat en l'atenció a víctimes de violència*: professionals de la medicina, infermeria, obstetrícia i treball social de tots els àmbits assistencials, incloses les urgències.

Proposa un pla de detecció i ajuda, dirigit a qualsevol dona en situació de VG sense perjudici que, en el futur, es puguin desenvolupar recomanacions per a algunes dones en situacions específiques (adolescència, embaràs, migració, discapacitat, etc.).

Consta d'una primera part teòrica en la qual es revisen conceptes generals: la definició, les causes i els tipus de VG, el procés d'instauració i el manteniment de la relació de violència, així com les seves repercussions sobre la salut. S'analitzen també les dificultats per a la detecció de la VG en el medi sanitari.

En la segona part, es formulen recomanacions per a la detecció, així com pautes d'actuació enfront de la VG segons la urgència de la situació i el grau de consciència que la dona té sobre el maltractament que pateix.


El gruix d'aquest capítol prové de la **Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres** la reproducció de la qual se'ns ha autoritzat amablement.

L'actuació específica enfront d'agressions sexuals es tracta en un capítol a part.

Quant als annexos, comprenen un capítol sobre l'entrevista motivacional com a eina per a l'entrevista amb les dones víctimes de VG i d'altres dedicats a les actuacions enfront del maltractador, als aspectes ètics i legals, així com a la coordinació assistencial i als recursos disponibles a la CAIB.

Finalment, es cita la bibliografia emprada per ordre alfabètic i se suggereixen algunes pàgines web per a les persones interessades.

El text es presenta en format de carpeta amb anelles per facilitar l'actualització continua de la documentació i el maneig en la pràctica clínica.



PRIMERA PART CONCEPTES GENERALS

“Els serveis de salut han de ser llocs on les dones se sentin segures, tractades amb respecte i no estigmatitzades, i on rebin informació i suport de qualitat.

És necessari que el sector de la salut articuli una resposta integral davant aquest problema, i tracti en particular la resistència de les dones maltractades a cercar ajuda.”

LEE Jong-Wook, director general de l'Organització Mundial de la Salut. 2005

DEFINICIÓ DE VIOLÈNCIA

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la violència com l'ús deliberat de la força física o el poder, ja sigui en grau d'amenaça o efectiu, d'una persona contra ella mateixa, contra una altra persona o un grup o una comunitat, que causi o tingui moltes probabilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorns del desenvolupament o privacions.

La violència és responsable d'1,6 milions de morts anuals i de greus conseqüències a curt i llarg termini per a les persones, les famílies i les comunitats, la qual cosa constitueix un greu problema de salut pública.

CLASSIFICACIÓ DE LA VIOLÈNCIA

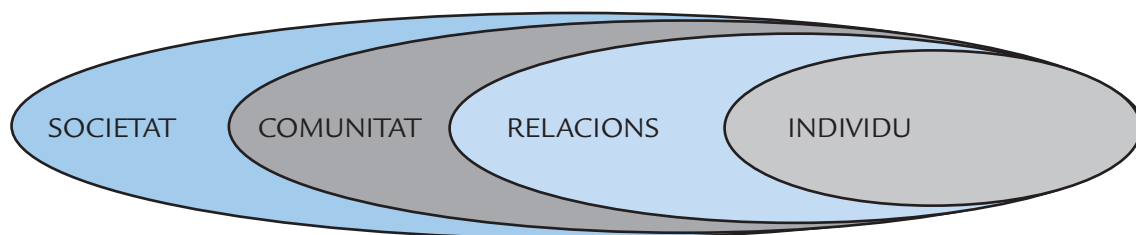
La violència és un fenomen summent complex, que té les seves arrels en la interacció de molts de factors biològics, socials, culturals, econòmics i polítics.

El model ecològic pretén explicar les influències recíproques entre 4 nivells:

- El nivell individual, en el qual entren en joc els factors biològics i la història personal.
- El nivell de relacions properes, constituït per la família i les amistats.
- El context comunitari constituït per escoles, llocs de treball i veïnat.
- Per últim, els factors de caràcter general relatius a l'estructura de la societat, especialment les normes socials i culturals que contribueixen a crear un clima en el qual s'encoratja o s'inhibeix la violència.

En la figura 3 s'il·lustra com els factors interactuen entre si i influeixen en la probabilitat de patir o infligir violència i com és necessari actuar sobre tots els nivells per prevenir-la.

Figura 3: Model ecològic per comprendre la violència (Font: Informe mundial sobre la violència i la salut. OMS 2002)



La violència es classifica en tres grans categories:

- Violència que una persona s'infligeix a ella mateixa.
- Violència interpersonal (infligida per una altra persona o grup petit de persones) que pot ser:
 - Intrafamiliar o de parella: sol tenir lloc a la llar, encara que no exclusivament.
 - Comunitària: es produeix entre individus no relacionats entre si i que es poden conèixer o no; ocorre generalment fora de la llar.
- Violència col·lectiva (infligida per grups més grans, com els estats, grups polítics organitzats, etc.).

Amb freqüència, la violència es dirigeix selectivament contra certes víctimes, com succeeix en la violència racial o en la violència específicament dirigida contra les dones, que és objecte d'aquest document.

VIOLENCIA CONTRA LES DONES O VIOLENCIA DE GÈNERE

L'Organització de Nacions Unides (ONU) la defineix com "Tot acte de violència basat en la pertinença al sexe femení que causa, o és susceptible de causar, a les dones dany o sofriment físic, psicològic i sexual, i fins i tot les amenaces de tals actes i la restricció o privació arbitrària de la llibertat, tant en la vida pública com la privada."

Per explicar el fonament d'aquesta violència, és necessari distingir els conceptes de sexe i gènere:

- El **sexe** està determinat biològicament.
- El **gènere** és un conjunt de característiques assignades a través del procés de socialització. Les persones, des de la infància, aprenen normes per relacionar-se en societat i interioritzen actituds, maneres de pensar, sentir i actuar, d'acord amb pautes socialment imposades, depenent del sexe.

D'aquesta forma, cada cultura assigna de forma diferenciada a homes i a dones característiques, funcions, normes, valors, idees, actituds, temors, gusts, expectatives, etc.

La cultura patriarcal és un sistema familiar, social, ideològic i polític en el qual els homes determinen quines funcions poden o no desenvolupar les dones (per força, a través de símbols, rictus, tradicions, lleis, educació, divisió sexual del treball, etc.). Estableix una diferenciació jerarquitzada dels espais, de les funcions socials, del control de recursos materials i no materials en favor de l'home i distintes normes de conducta (singularment, la doble moral sexual).

La violència dels homes contra les dones pel fet de ser-ho es denomina violència de gènere o violència masclista perquè es fonamenta en la creença de la superioritat dels homes sobre les dones, en funció dels diferents rols i posició social condicionats pel gènere.

FACTORS ESTRUCTURALS

La VG és una violència **estructural**: els homes que l'exerceixen **se senten autoritzats** a emprar-la en el context d'una cultura patriarcal, la idea central de la qual és la representació de la masculinitat a través del domini sobre la dona i que admet la violència com a mètode per resoldre els conflictes.

A més, la VG és una violència instrumental, ja que constitueix un mecanisme après pels homes per **mantenir** el poder i la superioritat masculins i **castigar** qualsevol transgressió del rol femení tradicional.

En aquest sentit, tal com reflecteix un informe de l'ONU de 2009, la VG no és un incident aïllat dirigit contra una dona vulnerable, sinó que constitueix una **eina sistemàtica de control** destinada a mantenir les dones en una posició subordinada.

Com ja s'ha dit, la socialització tradicional, que s'exposa modificada de Nogueiras et al. en les taules 1 i 2, alimenta i perpetua aquests factors.

TAULA 1: SOCIALITZACIÓ FEMENINA

Tradicionalment s'han potenciat en la dona les qualitats necessàries per ser esposes i mares:

- Cultiu de la bellesa, capacitat de seducció, saber agradar i complaure;
- Qualitats de sacrifici i abnegació;
- Sobrevaloració del model de fusió de parella (amor femení com a renúncia personal, oblit d'ella mateixa, amor sense reciprocitat, entrega total i, per tant, desaparició de l'autonomia personal);
- Sobrevaloració del matrimoni i la maternitat;
- Responsabilitat de mantenir l'harmonia en la parella i la família;
- Por als perills del món exterior i refugi en la llar.

Encara que la vida de les dones ha canviat, persisteixen les antigues expectatives socials i s'espera que, a pesar d'una major autonomia personal, les dones segueixin complint amb els papers tradicionals.

La interiorització dels rols femenins tradicionals potencia comportaments de dependència i submissió a l'home.

TAULA 2: SOCIALITZACIÓ MASCULINA

Tradicionalment, ser “un home” significa:

- Ser autosuficient i important i, per tant, tenir més drets per definir les regles de joc de les relacions;
- Ser racional i no emocional: les dones són qui estimulen en els homes la seva “naturalesa animal” (sexe i violència);
- Tenir dret a usar la violència com a forma de dominar, conquerir i defensar-se de qui ataca el cos, l'orgull o la virilitat. La violència es converteix en una qualitat a expenses de la paraula i la negociació.
- Tenir autoritat sobre les dones i poder exigir-ne la disponibilitat com a objectes sexuals o la seva atenció i cura.

En els homes que interioritzen aquest mandat, són freqüents certs trets de caràcter:

- Canalització de les emocions a través de la ira que és una expressió legitimada en els homes. És freqüent que, a través d'aquesta, s'expressin un conjunt d'emocions que la socialització masculina obliga a reprimir (especialment el dolor psicològic i els sentiments d'inseguretat).
- Habilitat disminuïda per a l'empatia amb dificultat per comprendre el dolor aliè (distància emocional);
- Amor propi basat en l'autodomini i el control sobre l'extern;
- Plaer de domini rellevant;
- Predomini de l'acció.

En les seves relacions amb les dones, aquests homes:

- Estableixen relacions basades en l'autoritat i les estratègies per col·locar les dones en “el seu” lloc de culpables i sotmeses (micromasclismes, maltractament);
- Justifiquen el maltractament com una acció viril destinada a defensar el dret masculí a certs privilegis;
- Viuen les relacions d'igualtat com un intent de ser dominats per les dones, en no plantejar-se alternatives a guanyar o perdre. Si la dona no accepta una posició subordinada, ho poden viure com un atemptat a la seva masculinitat (ja que la virilitat és poder i control sobre la dona), especialment si la parella es vol separar.

A major submissió als mandats de la masculinitat, major probabilitat que l'home usi la violència com a mètode habitual de dominació.

FACTORS COMPLEMENTARIS

Ja que el fonament de la VG és ideològic, no existeix un “perfil” tipus de maltractador. Alguns estudis han descrit característiques individuals en els homes que exerceixen violència física contra les dones, però s’han dut a terme en homes denunciats o en rehabilitació, per la qual cosa es tracta de poblacions esbiaixades que no permeten generalitzacions. Entre aquestes característiques complementàries figuren:

- Caràcter gelós, possessiu, amb baixa autoestima, s’irrita fàcilment quan li posen límits, no controla els seus impulsos, comet actes de violència i romp coses quan s’enfada, experimenta canvis bruscs d’humor, culpa d’altres dels seus problemes.
- Risc incrementat en els testimonis de VG en la família d’origen, encara que molts dels homes activistes contra la violència de gènere tenen aquesta mateixa experiència.
- Associació amb l’abús d’alcohol, encara que l’evidència científica és de baixa qualitat.
- No s’ha demostrat una relació causal entre la VG i el baix nivell educatiu o d’ingressos econòmics.

Per altra part, la VG afecta dones de qualsevol edat i classe social, però les dones d’alt nivell socioeconòmic solen cercar ajuda en les seves xarxes socials i familiars, pel que els casos es detecten menys. En qualsevol cas, s’ha de prestar molta atenció a les situacions de major vulnerabilitat:

- Baix nivell cultural i socioeconòmic
- Aïllament psicològic
- Aïllament social
- Baixa autoestima
- Discapacitat física, psíquica o sensorial
- Submissió i dependència
- Embaràs
- Desequilibri de poder en la parella
- Consum d’alcohol o drogues

TIPUS DE VIOLENCIA CONTRA LES DONES

La VG es dona en tots els països i àmbits, en la vida de parella i en la vida comunitària, contra dones de qualsevol edat i condició social.

En la taula 3 es resumeixen les principals formes de VG.

TAULA 3. TIPUS DE VIOLÈNCIA CONTRA LES DONES

Violència física:

Qualsevol acte no accidental que impliqui l'ús deliberat de la força, des d'una empenta o bufetada fins a l'homicidi.

Violència sexual:

Imposició a la dona d'actes sexuals contra la seva voluntat per part de la seva parella o per altres persones.

Violència psicològica:

Conducta intencionada i reiterada en el temps, que atenta contra la integritat psíquica i emocional de la dona y contra la seva dignitat com a persona, i que persegueix la submissió i el control de la víctima per imposar-li les pautes de comportament que l'home considera que ha de tenir la seva parella.

Comprèn les amenaces, els insults, les humiliacions o les vexacions, l'exigència d'obediència, l'aïllament social, la culpabilització, la privació de llibertat, el control econòmic, el xantatge emocional, el rebuig o l'abandonament.

Luis Bonino explica que s'han d'incloure en aquest grup altres formes de dominació manipulativa, com l'usdefruit despreocupat dels avantatges de gènere. Aquesta forma de violència (és a dir, d'abús de poder estructural) s'observa en la falta d'implicació en les tasques domèstiques o en la delegació de les tasques de treball emocional: l'home atribueix a la dona la responsabilitat exclusiva de la cura de la vitalitat de la parella, del desenvolupament mèdic i educatiu dels fills i de les filles, dels vincles amb la família o de la cura d'animals i plantes com a forma de retenir privilegis de gènere i millorar la pròpia qualitat de vida a expenses de la salut psicofísica i del temps lliure o professional de la dona.

La violència psicològica no és tan visible com la física o la sexual, és més difícil de demostrar, i en moltes ocasions no és identificada per la víctima com a tal, sinó com una manifestació pròpia del caràcter de l'agressor. Aquesta violència va minant la salut psicològica de la dona que, per efecte de la socialització tradicional, la naturalitza i no la identifica com a tal, per la qual cosa va creixent en intensitat i serveix de cultiu per a les formes de violència més greus.

A aquest respecte, s'ha de recordar que cada persona (dona, home, professional, pacient) té un *marge de tolerància*, anomenat *llindar de visibilitat* cap al que considera comportaments acceptables i inacceptables. Com es veurà posteriorment, baixar el llindar de visibilitat de víctimes i professionals enfront d'aquesta violència resulta clau en l'abordatge del problema.

PROCÉS D'INSTAURACIÓ I MANTENIMENT DE LA VIOLENCIA

La violència en la parella no és un incident aïllat, sinó un procés gradual orientat a obtenir el total control i la submissió de la dona. Algunes característiques ajuden a explicar com sorgeix i evoluciona el maltractament, i com es genera el deteriorament psicològic de la dona i la seva dificultat per abandonar la relació.

1) Mandats de gènere:

És necessari insistir en el paper *crucial* dels mandats de gènere, impostats per la socialització, i que són *previs a la constitució de la parella*. Hi ha expectatives socials sobre els comportaments considerats apropiats per a les persones segons el seu sexe: la virilitat entesa com a domini o la responsabilitat femenina en l'harmonia de la parella, per exemple.

2) L'escalada de la violència:

Com s'ha dit, els maltractaments solen aparèixer de forma progressiva. En principi, les conductes restrictives i controladores tenen aparença amorosa (gels, control sobre la roba, amistats, activitats, horaris) per la qual cosa la dona no les percep com a violentes, les admet i progressivament, va cedint autonomia i capacitat de decisió. Es crea un clima emocional de temor i de coacció en forma de petites tiranies o "micromasclismes" als quals la dona s'acostuma, cosa que li impedeix percebre l'agreujament de la violència i abandonar una relació que l'exposa a greus seqüeles per a la seva salut física i psicològica. Aquestes formes lleus d'abús són la base d'una piràmide de conductes de violència creixent i el seu principal cultiu (vegeu-ne la figura 4).

3) El cicle de la violència:

Encara que no sempre segueix aquest patró, la VG es pot produir de manera cíclica i repetitiva amb les següents fases descrites per Walker el 1979.

a) Fase d'acumulació de la tensió.

Aquesta fase es sol caracteritzar per un increment de la tensió i la irritabilitat del maltractador i per canvis sobtats de l'estat d'ànim amb tibantor i incidents menors (mirades, actitud hostil, gests amenaçadors). Normalment, la dona intenta no fer allò que pot molestar, en la creença irreal que podrà així evitar l'agressió.

b) Fase d'explosió de la violència.

Es produeix una descàrrega a través de conductes de violència física, psicològica o sexual. És una fase de màxim perill per a la víctima i, en general, és breu. Sol ser el moment en què la dona denuncia o cerca ajuda.

c) Fase de penediment o "lluna de mel".

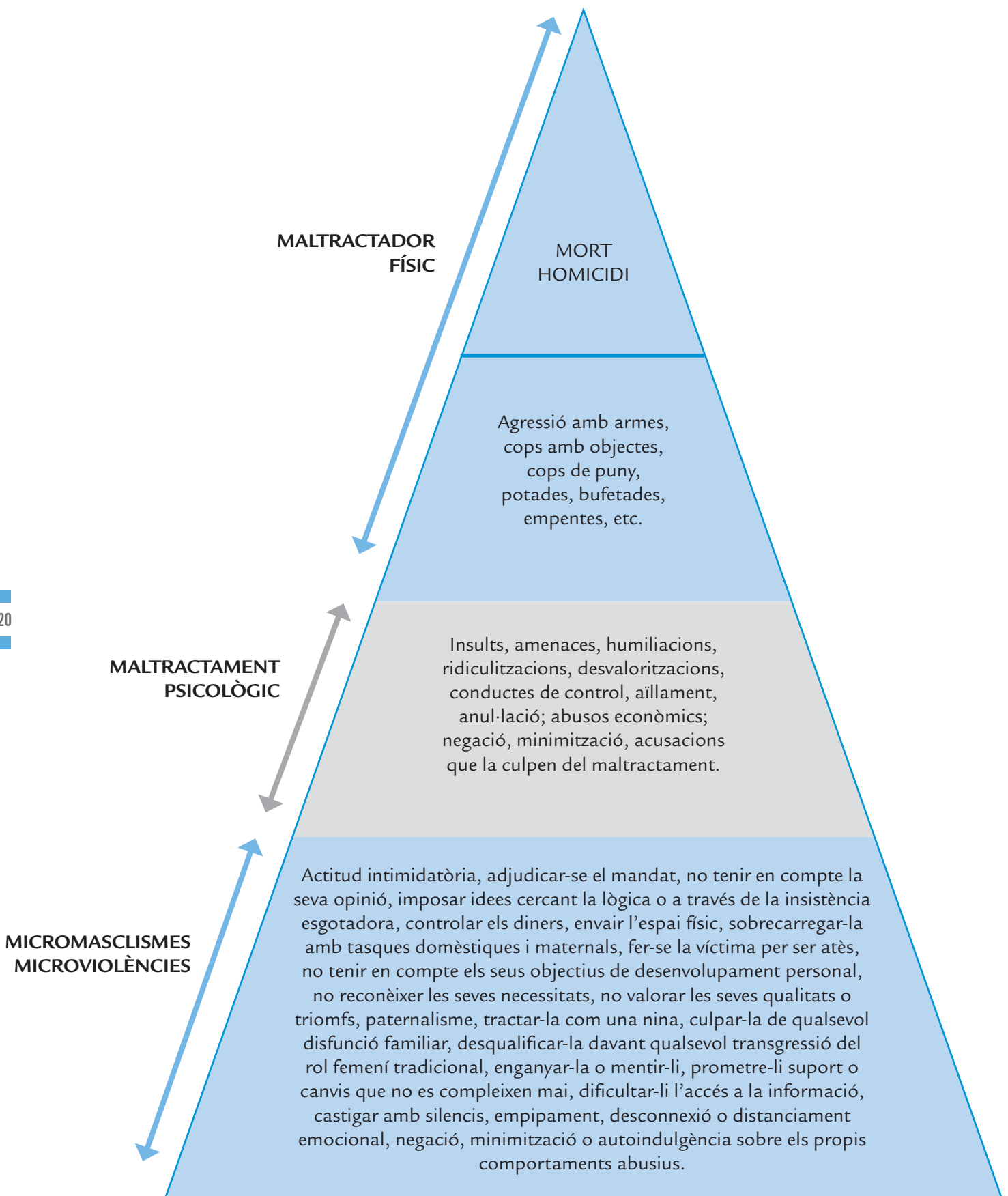
L'agressor es disculpa o justifica la violència per una pèrdua de control que no es tornarà a repetir. Pot cridar familiars perquè intercedeixin davant la dona, es mostra disposat a fer algun tipus de teràpia, es torna afectuós en un intent d'evitar la ruptura.

Aquesta actitud facilita que la dona mantengui l'esperança que la relació pot canviar, que consideri el "costat bo" de la seva parella i li doni una altra oportunitat (retirant les denúncies, per exemple) la qual cosa constitueix un reforç positiu per a la percepció d'impunitat i de domini del maltractador que alimenta l'espiral de violència.

Amb la repetició dels cicles, aquesta fase sol desaparèixer i, en molts de casos, també desapareix l'acumulació de tensió, per la qual cosa al final l'ús de la violència és de caràcter continu.

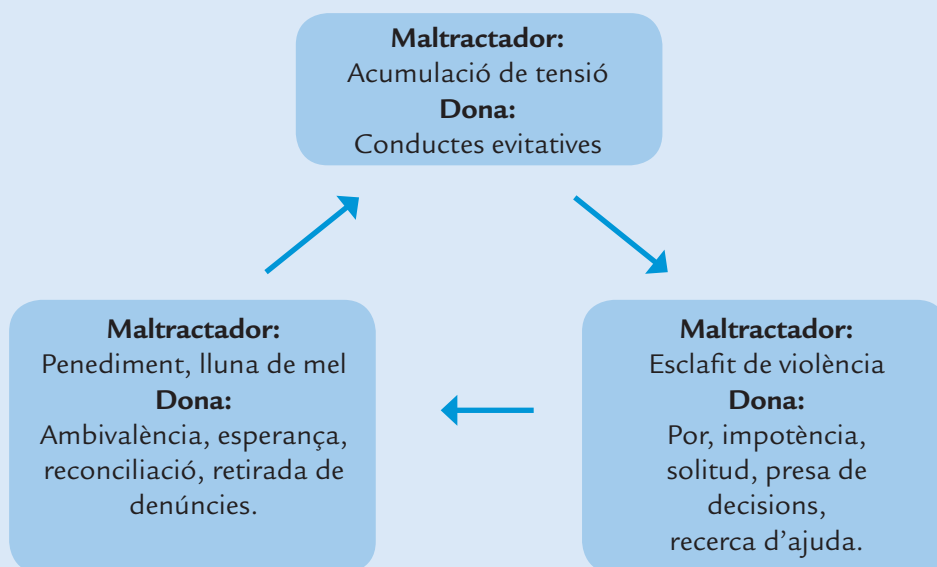
En la taula 4 s'esquematitzen algunes dades del procés de la violència.

Figura 4. Piràmide de la violència



TAULA 4. EL PROCÉS DE LA VIOLENCIA

Socialització i mandats de gènere.	
<p>Socialització masculina tradicional .</p> <p>Ideal femení: mescla de desvalorització i d'exigència. El rol masculí té major valor. Aprentatge de la violència com a forma de control.</p>	<p>Socialització femenina tradicional.</p> <p>Sobrevaloració de l'amor: totpoderós, objectiu de la vida, autonegació. Responsabilitat en el manteniment de l'harmonia en la parella.</p>
Escalada de violència.	
<p>La dona no és l'ideal desitjat: descontent fonamentat en un dret moral.</p> <p>Intent d'ajustar la dona al seu ideal: retrets, "micromasclismes".</p>	<p>Judici del propi valor personal xifrat en l'èxit o fracàs de la seva relació, sensació de culpa, disminució progressiva de l'autoestima.</p>
<p>Estratègies d'aïllament progressiu de la dona per augmentar la seva dependència: opinions negatives sobre familiars i amistats, gels...</p>	<p>Intent de salvar la relació mitjançant respostes adaptatives: pot arribar a abandonar el treball, redueix el seu cercle social i familiar, es reclou en el domicili. Augmenta la seva dependència emocional i la vulnerabilitat.</p>
Cicles de violència.	



4) Dificultats per a l'abandonament de la relació de violència:

Entre les dificultats, s'ha de destacar:

-L'estat emocional que produeix la violència (pèrdua d'autoestima, depressió, por, sentiments d'incapacitat).

-Les dificultats relacionades amb la dependència econòmica o l'absència de xarxes socials de suport.

-L'esperança que la situació canviï.

-La vergonya de reconèixer la seva situació.

-Una vegada més, els mandats de gènere: com explica Immaculada Romero *“El dol que estableixen (...) és especialment difícil, ja que, a més de la pèrdua de la seva seguretat i la seva dignitat, de la pèrdua de la seva parella i el seu ideal de família, no només se senten fracassades en la comesa imposada per mandat de gènere, sinó que fins i tot poden tenir el seu objecte d'amor com (...) l'únic que els atorga identitat i valor.*

On si no, inscriure el que tantes vegades escoltam a aquestes dones referir-se al seu botxí: “què faré jo sense ell?, jo no som res sense ell, només el tenc a ell”.

Confonent la submissió i la necessitat afectiva amb l'amor, ningú les entén quan afirmen que encara les estimen i que vulguin tornar amb ells...”.

CONSEQÜÈNCIES EN LA SALUT DE LA DONA

Les conseqüències de la VG en la salut de la dona es resumeixen en la taula 5. Hi pot haver lesions franques, però, en molts de casos, es manifesten com a símptomes físics i psíquics difusos inespecífics i els estereotips sobre les dolences “típiques de les dones” dificulten associar-los a situacions de violència crònica. Els estudis disponibles destaquen que aquests símptomes (mala salut mental o física, cansament, dolors d'esquena, dolors pelvians...) són significativament més freqüents en dones que pateixen VG que en dones que no la pateixen.

TAULA 5: CONSEQÜÈNCIES EN LA SALUT DE LA DONA

CONSEQÜÈNCIES FATALS

Mort (per homicidi, suïcidi, etc.).

CONSEQÜÈNCIES EN LA SALUT FÍSICA

Lesions diverses: contusions, traumatismes, ferides, cremades... que poden produir discapacitat.

Deteriorament funcional.

Síntomes físics inespecífics (per exemple: cefalees).

Pitjor salut.

CONSEQÜÈNCIES EN CONDICIONS CRÒNIQUES DE SALUT

Dolor crònic, fibromiàlgia.

Síndrome de l'intestí irritable.

Altres trastorns gastrointestinals.

Queixes somàtiques.

CONSEQÜÈNCIES EN SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

Per relacions sexuals forçades: pèrdua de desig sexual, trastorns menstruals, malalties de transmissió sexual inclòs el VIH/sida, sagnat i fibrosi vaginal, disparèunia, dolor pelvià crònic, infecció urinària, embaràs no desitjat.

Per maltractament durant l'embaràs: hemorràgia vaginal, amenaça d'avortament, mort fetal, part prematur, baix pes en néixer.

CONSEQÜÈNCIES EN LA SALUT PSÍQUICA

Depressió.

Ansietat.

Trastorn de la son.

Trastorn per estrès posttraumàtic.

Dependència emocional.

Trastorns de la conducta alimentària.

Intent de suïcidi.

Abús d'alcohol, drogues i psicofàrmacs.

CONSEQÜÈNCIES EN LA SALUT SOCIAL

Aïllament social i familiar.

Pèrdua de treball.

Absentisme laboral.

Disminució del nombre de dies de vida saludable.

CONSEQÜÈNCIES PER A LES FILLES I ELS FILLS

La VG els afecta sempre, ja sigui de forma directa, si pateixen maltractaments físics o emocionals, o indirecta com a testimonis de la violència i víctimes de l'abandonament per les persones adultes (taula 6).

La VG pot també afectar altres persones dependents de la dona i que conviuen amb ella.

TAULA 6: CONSEQÜÈNCIES EN LA SALUT DELS FILLS I DE LES FILLES

Risc d'alteració del seu desenvolupament integral.

Sentiments d'amenaça.

Dificultats d'aprenentatge i socialització.

Adopció de comportaments de submissió o violència amb els seus companys i les seves companyes.

Major freqüència de malalties psicosomàtiques.

És freqüent el maltractament directe.

Violència transgeneracional amb alta tolerància a situacions de violència.

LA VG I ELS SERVEIS SANITARIS

Els serveis sanitaris tenen un paper crucial en l'ajuda a les dones que pateixen VG, ja que la majoria d'aquestes entra en contacte amb el sistema sanitari en algun moment de la seva vida (embaràs, part, cura de les persones al seu càrrec). A més, la VG té conseqüències destructives per a la salut de les víctimes, per la qual cosa consulten més (en particular els serveis d'atenció primària, urgències, ginecologia i salut mental).

En el nostre medi, s'estima una prevalença de maltractament present o passat del 32% en les consultes d'atenció primària. Així mateix, un 20% de les dones ateses a urgències hospitalàries per motius diferents del maltractament refereixen antecedents de VG al llarg de la seva vida, el 16% del darrer any; el 13% refereix haver patit VG durant l'embaràs i el 7% de les embarassades refereix VG.

No obstant, el problema no es detecta fàcilment perquè les dones no solen manifestar-lo espontàniament i el personal dels serveis sanitaris té dificultats de diversa índole per identificar la VG en absència de lesions físiques.

A continuació es resumeixen les principals dificultats:

DIFICULTATS DE LA DONA PER REVELAR-NE LA SITUACIÓ:

La dona no sol revelar el maltractament per les causes esquematitzades a la taula 7.

TAULA 7. DIFICULTATS DE LA DONA PER REVELAR LA SITUACIÓ DE VG

Pors: a la resposta de la seva parella, a no ser entesa i a ser culpada, a no respectar la confidencialitat, a no ser capaç d'iniciar una nova vida, a les dificultats econòmiques, judicials, socials, al que succeeixi amb els fills i les filles...

Aïllament: manca de suport social i familiar, discapacitat, immigració, món rural, situacions d'exclusió social.

Reacció al trauma físic i psíquic: paralització, desconcert, baixa autoestima, culpabilitat, vergonya, humiliació.

Dificultats econòmiques, situació fora del mercat laboral.

Valors i creences culturals.

Costum d'ocultar-ho.

Resistència a reconèixer el que està passant, minimització.

Desig de protegir la parella.

Si la dona consulta obertament, sol ser per dos motius:

- Per un assumpte definit, com per exemple, les seqüeles físiques del maltractament o quan cerca proves per a una actuació judicial.
- Perquè elegeix una persona concreta i li fa una confiança. En aquest cas no pretén fer una denúncia, sinó trobar empatia enfront del seu problema.

DIFICULTATS PROFESSIONALS PER A LA DETECCIÓ I LA INTERVENCIÓ

Com ja s'ha dit, les dificultats són de diversa índole i cal destacar:

- **Factors socioculturals:**

Els i les professionals sanitaris estan immersos en el mateix procés de socialització que la resta de la societat. De fet, en un ampli estudi qualitatiu sobre l'actitud del personal sanitari enfront de la VG, que han duit a terme Seoane et al., s'observa que la interpretació del fenomen depèn molt del sexe i de la conformació de la identitat de gènere de cada persona (és a dir, de l'adscripció a models de masculinitat o feminitat més o menys tradicionals).

En aquest sentit, la formació específica i la professionalitat permeten fer front a algunes idees preconcebudes que poden dificultar la visió del fenomen.

En la taula 8 es recullen de Bonino alguns prejudicis sobre la VG.

TAULA 8: ALGUNS PREJUDICIS FREQUENTS SOBRE LA VG

Els homes violents no es poden controlar

S'atribueix la violència masculina a l'alcohol, a les drogues, als factors socioeconòmics, a la pèrdua de control per ira i gels, a l'amor passional, a la baixa autoestima, etc., quan la realitat és que es tracta d'una violència *selectiva* que s'expressa exclusivament en relacions on l'home té més poder i quan el context ho permet. La majoria dels homes pot contenir la violència si aquesta els pot ocasionar perjudicis.

La culpa és de les dones

Es responsabilitza la dona (violentada per alguna cosa del que no és responsable: ser dona) de la violència que pateix, el que constitueix una segona victimització. S'argüeixen les "provocacions" femenines, el masoquisme o la conveniència de la dona, la incapacitat de dir no, i la mare com a socialitzadora exclusiva dels homes en l'ús de la violència.

Aquesta explicació responsabilitza les dones del comportament dels homes, ja que suposa que puguin fer que un home canviï, amb comprensió i paciència.

Amb freqüència, les dones interioritzen aquesta culpabilitat i tendeixen a pensar que, si no haguessin adoptat una conducta determinada, podrien haver evitat la violència.

La realitat és que el maltractador pot veure una actitud provocadora en qualsevol transgressió del rol femení tradicional d'atenció i cura cap a la seva persona, en qualsevol cosa que percebi com un atac al seu estatus o al a seva virilitat.

Els homes també són maltractats

La majoria dels homes maltractats, ho són a mans d'altres homes.

Quant a la violència exercida per les dones, sol donar-se en el context d'una agressió de la parella i està, habitualment, motivada per l'autodefensa o la por, a diferència dels motius de control en què es basa la violència dels seus companys.

La violència de parella és un assumpte de dones

Habitualment es parla de la dona maltractada, però no del maltractador, per la qual cosa el problema es defineix només de les dones. És necessari nomenar els homes com els principals autors d'aquesta violència per responsabilitzar-los i fer-los subjectes possibles de prevenció i rehabilitació, i també per comprometre'ls activament en la lluita contra la violència.

La violència no és tan freqüent i és fàcilment reconeixedora

La VG no és fàcilment reconeixedora a causa d'un conjunt d'operacions simbòliques la finalitat de la qual és ocultar-la perquè es pugui admetre: la naturalització, la invisibilitat, la legitimació, la insensibilitat i la banalització.

En la taula 9 s'esmenten algunes reaccions del personal sanitari que dificulten l'empatia enfront de la confiança de la dona.

TAULA 9: ALGUNES REACCIONS QUE DIFÍCULTEN L'EMPATIA ENFRONT DE LA CONFIDÈNCIA DE LA DONA

-Interpretar la confiança de la dona com una acusació que és necessari verificar amb l'altra part, cosa que pot ser molt perillosa.

-Mostrar irritació (empatia negativa): considerar la maltractada com un model de dona superat, dèbil, dependent, incapaç de prendre decisions.

-Derivar immediatament sense esperar una adequada maduració de les decisions per part de la dona, amb allò que no s'atén a la seva expectativa d'empatia, sinó que se la col·loca en un paper de malalta o marginal, i això la converteix en víctima doblement.

• Manca de formació

A la falta de coneixements específics en VG, s'afegeix una formació acadèmica que resulta amb freqüència exclusivament biològica. Ho demostra, per exemple, l'enfocament habitual de multitud de síndromes mal definits, sense causa orgànica demostrable, que s'acaben tractant uniformement amb antidepressius, sense prestar atenció a l'esfera psicosocial. Aquestes síndromes són molt més freqüents en les dones, i les investigacions les relacionen cada vegada més amb condicionants de gènere, com les situacions de violència crònica, fins al punt que s'ha proposat denominar-les conjuntament com a "síndromes del malestar de les dones".

• Por a obrir la capsula de Pandora

Els i les professionals senten temor a no saber manejar la situació, a ser injusts amb l'altre membre de la parella al qual també coneixen, frustració per no poder controlar el comportament de les víctimes: la confiança pesa, sobretot si la víctima no vol prendre decisions actives enfront del maltractament.

En alguns casos, es produeix una identificació amb la víctima que pot dur a la sobreimplicació.

• Manca de temps i recursos

La persona compromesa té la impressió que el sistema es beneficia de la seva bona voluntat a títol personal i que manquen temps i recursos (sobrecàrrega assistencial, escàs coneixement i coordinació dels recursos, manca de privacitat a urgències, dificultats idiomàtiques i culturals en el cas de dones immigrants...).

• Dilema ètic i legal

La víctima sol·licita amb freqüència que no s'empleni la comunicació de lesions: l'obligació legal —amb matisos, com es veurà posteriorment— de rompre la confidencialitat dificulta enormement la detecció de les dones que pateixen maltractament pel sistema sanitari.



SEGONA PART

PLA D'INTERVENCIÓ

“No tengui por a preguntar. Contràriament a la creença popular, la majoria de les dones estan disposades a revelar el maltractament quan se les pregunta de manera directa i no valorativa. En realitat, moltes estan esperant silenciosament que se’ls preguntin”.

**Violència contra les dones: un problema de salut prioritari.
OMS 1997.**

PAPER DEL SISTEMA SANITARI EN LA PREVENCIÓ DE LA VG

Com s'ha destacat en la introducció, l'OMS considera que el sector sanitari ha d'intervenir en la prevenció de la violència i les seves conseqüències.

La **prevenció primària** comprèn actuacions dirigides a prevenir la violència abans que ocorri. Aquest problema estructural requereix sobretot intervencions en la família, el sistema educatiu i els mitjans de comunicació, però el medi sanitari pot contribuir amb algunes mesures, com per exemple:

- El foment, a través de la relació amb la pacient, d'actituds, valors i activitats que afavoreixen l'autonomia personal de la dona i l'exercici dels seus drets.
- La inclusió de continguts de sensibilització i prevenció de la violència contra les dones en les activitats d'educació per a la salut durant l'embaràs, en adolescents i en altres grups.
- La participació en activitats comunitàries en les quals s'expliqui la importància que tenen per a la salut les relacions igualitàries i pacífiques i el paper del personal sanitari enfront de la VG.

En la **prevenció secundària** el paper del sistema sanitari consisteix en:

- La detecció precoç dels casos permet ofertar una resposta immediata i coordinada. S'ha de prestar especial atenció a les persones amb major vulnerabilitat (entorn rural, discapacitat, exclusió social, etc.) i a la identificació de situacions de risc com les que alteren la dinàmica familiar (pèrdua d'ocupació, problemes econòmics, embaràs, conflictes, pèrdues o fracassos, separació, discapacitat, migració, etc.).

A més, la detecció precoç de conductes de control o de maltractament de baixa intensitat en parelles que inicien la seva relació, permet una intervenció més efectiva que quan la situació de maltractament està consolidada.

- La informació a les dones, mitjançant cartells i fullets en llocs visibles, que la VG és un tema d'interès sanitari i que se'ls pot oferir ajuda.

En la **prevenció terciària**, el sistema sanitari ha de col·laborar en una atenció multidisciplinària orientada que la víctima recuperi el control de la seva vida.

VISIÓ GENERAL DEL PLA D'AJUDA

En l'algorisme de la figura 5, es resumeixen les diverses actuacions que es desenvoluparan posteriorment en el document.

De forma esquemàtica, es poden establir dos escenaris habituals:

Escenari 1: Sospita de VG després d'una consulta per qualsevol motiu

Es pot establir la sospita de VG, bé perquè en obrir la història clínica es preguntin rutinàriament per la situació de parella, bé perquè s'observi algun indicador de sospita en el curs de l'entrevista a la consulta o a urgències. A aquest respecte, s'ha de destacar que la majoria de les víctimes de VG que acudeixen als serveis d'urgències consulta per seqüeles de violència psicològica (cefalees, dolors, crisis d'ansietat, etc.) i, amb menor freqüència, per traumatismes i ferides.

Si se sospita VG, s'ha de realitzar una valoració global de la situació: del tipus de violència, de les circumstàncies de la dona i de l'existència o no d'indicadors de perill imminent (risc vital).

A continuació s'oferiran els recursos disponibles (vegeu-ne l'annex 4) i es valorarà emetre un comunicat judicial, però, si la dona no desitja una derivació i sol·licita mantenir la confidencialitat, es pot posposar el comunicat a l'autoritat judicial, sempre i quan no hi hagi indicadors de perill imminent (per a ella i per a les persones dependents al seu càrrec), i s'anoten en la història totes les intervencions que es realitzen i el pla d'ajuda proposat.

L'actuació posterior dependrà de l'àmbit assistencial: en cas de no poder assegurar-se el seguiment (urgències, consultes hospitalàries, equips de pediatria), es recomana contactar amb el o la professional d'atenció primària en qui la dona tingui més confiança.

El seguiment consistirà en una tasca d'acompanyament, respectant el temps que la víctima requereix per analitzar la seva situació, revisar els seus prejudicis i prendre decisions, sempre oferint-li, en tot moment, els recursos disponibles.

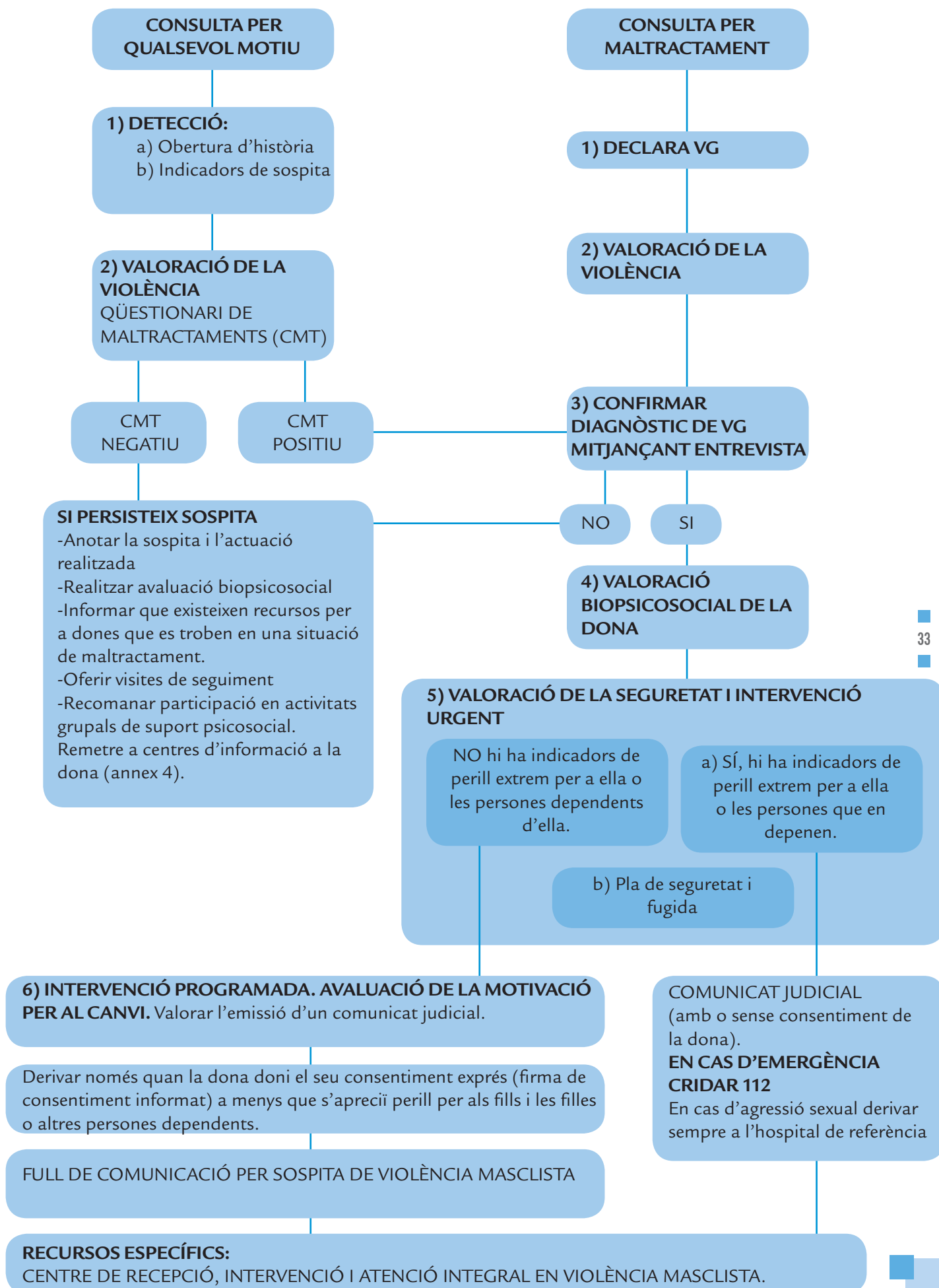
Escenari 2: Consulta per maltractament

En aquest cas, la prioritat consistirà en l'atenció mèdica i en els aspectes de seguretat de la dona i de la seva família. S'haurà d'assegurar en tot moment la continuïtat assistencial.

En cas d'agressió sexual, es remetrà sempre als hospitals de referència per a la presa de mostres.

En aquest escenari, la llei obliga informar **sempre** l'autoritat judicial mitjançant l'emissió d'un comunicat judicial **encara que la dona no doni el seu consentiment**. Tal i com s'explica a l'annex 4, aquesta informació arribarà també al corresponent Centre de Recepció, Intervenció i Atenció Integral en Violència Masclista.

Figura 5: VISIÓ GENERAL DEL PLA D'AJUDA



1) DETECCIÓN DE LA SITUACIÓ DE VG

És molt important que l'entrevista es realitzi a soles, en un clima de confidencialitat i respecte, i preguntar sense jutjar. Si la dona està acompanyada, és preferible citar-la en un altre moment o allunyar la persona acompanyant amb el pretext de la necessitat de realitzar proves complementàries, motius d'asèpsia, etc.

Preguntar contribueix a donar nom al problema, a rompre el silenci, a validar els sentiments de les víctimes i a posar la primera pedra per facilitar decisions posteriors.

a) Obertura d'història clínica

Fins avui, les revisions sistemàtiques realitzades conclouen que no hi ha cap evidència científica suficient que sustenti el cribratge universal de la VG a pesar de la seva prevalença i morbimortalitat. El tema és molt controvertit, ja que és difícil aplicar el patró de cribratge biomèdic (detecció d'una malaltia o un factor de risc desconegut en un individu asimptomàtic, amb la finalitat de disminuir la morbimortalitat) a la detecció d'un problema psicosocial: ni les dones són asimptomàtiques, ni la confiança és el resultat d'un test objectiu, ni la mortalitat és l'únic resultat a valorar, ja que s'ha d'avaluar també la disminució de la morbiditat secundària de la dona i de la seva família, els efectes en la discapacitat i l'absentisme laboral, la possible disminució de la hiperfrequentació als serveis sanitaris o de la iatrogenia per diagnòstics erronis, etc.

Per aquests motius i seguint la Mesa del PAPPS 2008, es formula la recomanació següent:

Es recomana preguntar rutinàriament per la situació de parella o familiar, com a forma d'avaluació psicosocial en l'obertura de la història clínica. *

Exemples de preguntes generals:

Com estan les coses a casa? Algun problema amb la seva parella o amb els fills? Com va la relació amb la seva parella? La considera satisfactòria?

** En el nostre medi s'ha validat la versió curta del Woman Abuse Screening Tool (WAST curt) com a qüestionari de cribratge, si bé presenta falsos positius que obliguen a confirmar la VG amb altres mètodes.*

b) Indicadors de sospita en absència de lesions

- PER LA CONSULTA O LES CIRCUMSTÀNCIES DE LA DONA:

S'ha d'investigar la VG en les circumstàncies en les quals la major vulnerabilitat de la dona augmenta el risc i en presència de determinats indicis: símptomes crònics vagues, actituds disfuncionals en l'ús de serveis sanitaris i altres situacions, com les recollides en la taula 10.

TAULA 10: INDICADORS DE SOSPITA DE VG EN LA DONA I SITUACIONS D'ESPECIAL VULNERABILITAT

Símptomes i signes:

- Símptomes crònics vagues que no quadren amb un diagnòstic de malaltia.
- Història de depressió.
- Intents de suïcidi.
- Ingesta crònica de tranquil·litzants, abús d'alcohol i d'altres substàncies.
- Síndrome d'estrès posttraumàtica.
- Malalties de transmissió sexual.
- Disfuncions sexuals : vaginisme, disparèunia.
- Objeccions, dificultat o dolor en l'examen pelvià.
- Problemes ginecològics i obstètrics recurrents.
- Envelliment prematur.
- Manca d'atenció o concentració.

Comportaments

- Consultes freqüents i reiterades sense justificació lògica aparent.
- Retard o oblit de cites sense justificació lògica aparent.
- Començament tardà de l'atenció prenatal.

Actituds

- Agressivitat sense causa aparent.
- Actitud evasiva, mirada escapadissa, es manifesta confusa o temorosa.
- Actitud apressada i atemorida.
- Actitud ansiosa, deprimida o trista.
- Desvalorització d'ella mateixa (es qualifica com a obtusa i incapaç).
- Dona dependent de la seva parella, que acudeix amb ella a la consulta, que té por, que la mira abans de parlar.

Situacions d'especial vulnerabilitat

- Embaràs.
- Augment de dependència: discapacitat, causes econòmiques, migració.

Exclusió social

- Antecedents d'haver patit o presenciat maltractaments en la infància.



-PER L'ACTITUD DEL COMPANYY:

S'ha de sospitar davant un company que protagonitza l'entrevista amb la dona (taula 11).

TAULA 11 : INDICADORS DE SOSPITA DE VG DAVANT ACTITUDS DEL COMPANYY

Respon les preguntes per ella.
Es mostra excessivament sol·lícit.
Es mostra hostil i agressiu.
Té una actitud despectiva.
Estableix barreres a la comunicació amb la pacient.

PER LES REPERCUSSIONS EN ELS FILLS I LES FILLES

Amb freqüència, la situació de VG es detecta en pediatria per les repercussions del cas. És important recordar que es pot tractar de l'únic contacte que la mare té amb el món sanitari, per la qual cosa sempre s'ha d'oferir ajuda.

TAULA 12: INDICADORS DE SOSPITA EN MENORS

Detenció o retard del creixement.
Malalties psicossomàtiques de repetició.
Accidents freqüents.
Dificultats o retard en qualsevol àrea del desenvolupament (psicomotricitat, llenguatge, intel·ligència, social).
Trastorns del comportament: dificultats en control d'impulsos, alternança d'agressivitat—passivitat, inhibició.
Trastorns de la son i de l'alimentació.
Trastorns del control d'esfínters.
Dificultats escolars: falta de concentració, baix rendiment, dificultat de relació amb els seus iguals.
Depressió i intents de suïcidi.

Existeix un acord generalitzat on s'ha d'investigar sempre una possible VG en presència d'indicadors de sospita, o en situacions d'especial vulnerabilitat.

Es recomana formular alguna pregunta general sobre les relacions de parella precedida d'una frase introductòria com el que s'il·lustra a continuació:

“S'ha vist que els problemes en les relacions de parella poden repercutir en la salut i per això li faig aquestes preguntes.

Com van les coses a casa? Té vostè algun conflicte amb la seva parella? Si el té, com el manegen?”

Es pot contextualitzar la pregunta en cas d'embaràs, migració, discapacitat.

Si nega, però persisteix la sospita: *Ha sentit alguna vegada por de la seva parella?*

Si respon negativament, però persisteix la sospita s'haurà de fer un seguiment en consulta i valoració biopsicosocial (vegeu-ne algoritme).

Exemples de preguntes a formular en adolescents:

“S'ha vist que els problemes en la família poden repercutir en la salut i per això et faig aquestes preguntes: Com van les coses a casa? Com es duen els teus pares?”

c) Indicadors de sospita en presència de lesions

En la taula 13 es resumeixen les característiques de les lesions que han de fer sospitar VG

TAULA 13 : INDICADORS DE SOSPITA EN CAS DE LESIONS

- Lesions amb un patró central.
- Contusions o lesions en el cap, coll o pit.
- Lesions que suggereixin una postura defensiva.
- Lesions antigues no tractades juntament a lesions noves (violència reiterada!).
- Incoherència en el relat dels fets o negativa a explicar l'origen de les lesions.
- Lapse de temps prolongat entre accident i consulta.
- Lesions durant l'embaràs.
- Patró de consultes repetides al servei d'urgències.
- Història d'accidents freqüents.
- Evidència d'abús d'alcohol o d'altres drogues.
- Consulta per intent d'autòlisi.
- Consulta en els serveis d'urgències després d'una violació.
- Comportament evasiu, vergonya, falta de preocupació per les lesions.
- Presència d'un company que desitja controlar l'entrevista.

En presència d'una dona amb lesions sempre s'ha de sospitar VG.

Es recomana formular alguna pregunta com les que s'il·lustren a continuació:

-A vegades, aquestes lesions són causades per cops produïts per algú. És el seu cas?

-Com li ha passat? La violència és una cosa tan freqüent que he començat a preguntar a tots els meus pacients si la pateixen.

-Em preocupa que els seus símptomes puguin ser causa que algú la maltracta.

- No sé si és el seu cas, però moltes pacients que veig pateixen situacions de maltractaments. Algunes dones estan massa atemorides o avergonyides per comentar-ho directament, així que he començat a preguntar-ho de manera rutinària.

És important tranquil·litzar-la respecte a la confidencialitat i infondre confiança respecte al seu futur i al dels fills o filles.

També és important deixar la porta oberta perquè pugui desvetllar la seva situació o cercar ajuda en un altre moment.

“Em sembla que li costa respondre: ho entenc perquè resulta difícil parlar de temes relacionats amb problemes de la família. Si vol, ajornam el tema fins que vostè vulgui...”

2) VALORACIÓ DE LA VIOLÈNCIA

S'ha de valorar:

a) El tipus de violència (psicològica, física i sexual).

En el nostre medi s'ha validat el Qüestionari de maltractaments (CMT) com instrument per detectar VG en atenció primària. Adapta preguntes d'altres qüestionaris (Index of Spouse Abuse, Conflicts Tactics Scale, Ambuel) i avalua diversos tipus de VG: comprèn 5 preguntes que recullen els comportaments més habituals d'abús psíquic, dirigits a mantenir el control sobre la persona agredida, 4 preguntes de maltractament físic de diferent forma i gravetat i 1 pregunta d'abús sexual. Utilitza una escala tipus Likert (amb 5 respostes, des de "mai" fins a "quasi sempre"). A la taula 14 es presenta una adaptació del qüestionari en forma de taula, de manera que una sola resposta en una casella obscura permet detectar VG.

b) El temps d'evolució.

c) La intensitat i la freqüència.

d) La fase del procés de la violència.

e) Els mecanismes adaptatius desenvolupats per la dona.

f) El comportament social i familiar de l'agressor. Ha agredit altres persones?

Es recomana emprar el Qüestionari de maltractament (CMT) per a la valoració de la sospita de violència en tots els àmbits d'actuació professional de l'1b-salut no especialitzats en atenció a les víctimes de violència.

Aquest instrument s'utilitzarà també per derivar el cas als recursos específics mitjançant un FULL DE COMUNICAT PER SOSPITA DE VIOLÈNCIA MASCLISTA (vegeu-ne l'annex 4).

Si no fos possible realitzar el CMT (serveis d'urgències, manca de temps, presència de testimonis en l'entrevista, etc.) s'anotarà la VG com orientació diagnòstica i se citarà de manera programada o es remetrà a la consulta d'atenció primària per al seu seguiment.

TAULA 14: QÜESTIONARI DE MALTRACTAMENTS (CMT)⁽¹⁾

Preguntes

El seu marit/la seva parella

1. Respecta els seus sentiments?
2. L'ha insultat, avergonyit o humiliat?
3. L'ha amenaçat a vostè, als seus fills o a alguna persona estimada?
4. Ha romput alguna de les seves coses o algun objecte de la casa?
5. Ha intentat controlar la seva vida o els seus moviments?
6. Li ha pegat?
7. Ha arribat a produir-li ferides?
8. L'ha obligat a mantenir relacions sexuals sense voler vostè?
9. L'ha amenaçat amb una arma?
10. Ha amenaçat en ferir-la amb una arma o amb un altre objecte?

Mai	Quasi mai	Algunes vegades	Bastants vegades	Quasi sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interpretació:

Qualsevol resposta en casella grisa detecta VG

(1) Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Atención Primaria. 2006; 38(2): 82-9.

3) CONFIRMACIÓ DIAGNÒSTICA

39

En tots els casos, la confirmació diagnòstica es farà mitjançant l'entrevista clínica.

S'annotarà VG com a diagnòstic i els seus codis relacionats:

CIE 9: 995.80 i diagnòstics relacionats

995-81 físic

995-82 psicològic

995-83 sexual

995-85 múltiples formes

Autor: E 967.3 Traspalament i altres maltractaments per part del cònjuge, parella (inclou l'excònjuge, exparella).

S'ha de destacar que l'anotació en la història d'una **confirmació diagnòstica** de VG no equival a una qualificació legal del cas, que competeix a l'àmbit judicial. És a dir, no s'està acusant ni jutjant el possible agressor, sinó avaluant clínicament la dona. Quan procedeixi, es derivarà el cas per avaluar clínicament la dona. Quan procedeixi, es derivarà el cas **por presumpció** de VG (vegeu-ne annex 4).

4) VALORACIÓ BIOPSIICOSOCIAL DE LA DONA

Comprèn una avaluació integral de la situació física, emocional, familiar i social de la dona. A continuació, es reproduceix amb alguna modificació la valoració recomanada en el protocol d'actuació en atenció primària per a dones víctimes de maltractaments de Castella - La Manxa.

a) Lesions i símptomes físics

Es farà una avaluació i una descripció detallada de les lesions físiques en el comunicat de lesions. Si és possible, es faran fotografies de les zones amb lesió, previ consentiment de la dona.

a) Naturalesa :

Contusió, hematoma, erosió, ferida, excoriació, mossegada, cremada.

b) Òrgans afectes:

Pell, afectació musculoesquelètica, ocular, auditiva, genital.

Si hi ha sospita de lesió interna (abdominal, toràcica i/o cerebral), s'annotarà la informació com a sospita fins a la realització de proves complementàries de confirmació en el medi hospitalari.

c) Localització anatòmica:

Es prestarà atenció a les lesions de defensa (en avantbraços, mans i ungles) i a les lesions en zones no visibles o de distribució bilateral.

d) Forma i longitud.

e) Color: facilitarà conèixer la seva possible data de producció (taula 15). S'ha de **prestar especial esment a les lesions en diversos estadis** (violència reiterada).

TAULA 15. COLORACIÓ DE LES LESIONS EN FUNCIÓ DEL TEMPS D'EVOLUCIÓ

Color..	Temps d'evolució
Negre—blau obscur	Immediat < 1 dia
Vermell—violat	1-5 dies
Vermell púrpura	5-7 dies
Verdós	7-10 dies
Groguenc	>2 setmanes

b) Situació emocional

S'ha de valorar el dany psíquic explorant la resposta psíquica immediata o tardana, en funció del moment en què s'avalua la pacient (taula 16).

TAULA 16: RESPOSTA PSÍQUICA EN FUNCIO DE LA TEMPORALITAT

RESPOSTA PSÍQUICA IMMEDIATA	RESPOSTA PSÍQUICA TARDANA
(va perdent intensitat amb la desaparició del fet puntual). Xoc emocional. Negació del succeït. Confusió. Abatiment. Temor a una nova agressió. Sensació de culpabilitat i vergonya.	(es relaciona amb la vulnerabilitat de la víctima). Síntomes psicossomàtics Molesties inespecífiques.. Trastorns de la son. Depressió—Ansietat. Baixa autoestima. Trastorn per estrès posttraumàtic.

La situació variarà en funció de les circumstàncies els possibles agreujants de la vivència (ús d'armes, aferrissament) i la valoració subjectiva de la dona.

Es preguntarà obertament per l'existència d'idees autolítiques i, en el seu cas, de plans concrets, així com la possessió d'armes.

L'avaluació del risc suïcida inclou els antecedents familiars i personals, les malalties prèvies, els maltractaments en la infància, la impulsivitat, etc.

En la taula 17 s'exposen els signes d'alarma de risc suïcida.

TAULA 17: SIGNES D'ALARMA DE RISC SUÏCIDA

Eufòria després d'un període de desesperança. Audàcia temerària o accidents múltiples. Existència de remordiments. Autocrítica exagerada. Desesperança. Discurs amb continguts suïcides. Elaboració de testament o regal de pertinences.
--

c) Situació familiar

S'ha d'interrogar pel tipus d'habitatge, el nombre de convivents, de fills i filles i d'altres persones dependents.

Avaluar les relacions que manté amb altres familiars i els possibles suports que li podrien oferir.

d) Situació econòmica, laboral i existència d'algun tipus de qualificació que li permet accedir al mercat laboral.

e) Xarxa de suport social

Suport d'amistats i veïnat, lloc alternatiu en el qual viure.

5) VALORACIÓ DE LA SEGURETAT I INTERVENCIÓ URGENT

En tots els casos d'atenció sanitària davant la VG, sobretot en presència d'una esclatada de violència, serà necessari determinar, conjuntament amb la dona, si existeix o no un perill extrem (risc d'esdeveniment imminent amb amenaça per a la vida de la dona, els fills i les filles i d'altres persones) i tenir preparat un pla de seguretat i fugida.

a) Situacions d'alt risc: Es prestarà especial atenció a les situacions recollides en la taula 18.

TAULA 18. SITUACIONS D'ALT RISC

La dona declara témer per la seva vida.

El company:

- Disposa d'armes a casa.
- Abusa de drogues, especialment d'alcohol, cocaïna.

El company profereix amenaces:

- Suïcidar-se, matar-la o matar els fills.
- A amistades o parents de la dona.
- La segueix o l'assetja, té gels extrems i un control obsessiu de les seves activitats.

Els episodis de violència:

- Es produeixen també fora del domicili.
- Afecten directament fills i filles.
- Afecten altres persones.
- Ha sotmès la dona a actes de violència sexual repetits.
- Han augmentat en freqüència i gravetat.
- Es produeixen durant l'embaràs.

En determinades situacions, en què la dona:

- Ha planejat la separació en un futur proper.
- Ha denunciat lesions greus.
- Ha recorregut a l'ajuda exterior per posar fi a la violència i el company ho sap.

b) Intervenció en situacions d' alt risc

Si es detecten situacions d'alt risc, s'ha de garantir la seguretat per sobre de qualsevol altra consideració. En cas d'avaluar-se una situació de perill extrem es **contactarà immediatament amb el 112**.

• *Informar del perill i plantejar estratègies.*

-Preparar un pla de seguretat i fugida (vegeu-ne la c)).

-En situacions de perill extrem:

-**Domicili:** explicar-li que, si torna al domicili, la seva vida corre perill. Si vol sortir del domicili, contactar amb el 112 per si fos necessari gestionar el centre d'emergència.

-**Seguretat de les persones dependents:** Estan els seus fills segurs? On és ara l'agressor?.

-**Xarxa de suports:** Ho saben les seves amistats i familiars? L'ajudarien?.

• *Registrar minuciosament en la història.*

• *Avaluar les lesions i derivar, si pertoca.*

• *Comunicat de lesions:*

Emetre el comunicat de lesions i llegir-se'l.

Entregar còpia: si hi ha perill que l'agressor vegi la còpia, valorar amb la dona l'entrega a familiars o persones de confiança.

Informar-la de les implicacions del comunicat (serà citada pel jutjat encara que no formuli denúncia).

• *Evitar en tot moment que la dona quedi sola.* Si s'ha de derivar, garantir l'acompanyament.

En l'estrèpit de violència és transcendental tenir *cura de l'entrevista clínica*. Sol tractar-se d'una consulta urgent i és freqüent que es descuidi l'escolta per la pressió assistencial i perquè la dona sol estar atordida i li és difícil relatar els fets. No obstant, pot ser la primera ocasió per detectar el cas i *afavorir una crisi* de la dona que augmenti les possibilitats d'intervenció.

c) Preparació d'un pla de seguretat i fugida

És convenient entregar un full escrit amb informació sobre el pla de protecció i fugida (figura 6).

FIGURA 6: FULL D'INFORMACIÓ: PLA DE PROTECCIÓ I FUGIDA

Precaucions si roman en el domicili

- Retiri armes o objectes que puguin usar-se com a tals.
- Memoritzï telèfons urgents (policia...).
- Concerti un senyal amb veïns o familiars en cas de perill.
- Ensenyi els seus fills i les seves filles a cercar ajuda i protegir-se.
- Eviti estar sola en tot el possible.
- Si veu pròxima l'agressió, no s'allunyi de la porta de sortida.
- Si l'atac és inevitable protegeixi el cap i la cara amb els braços.

Tengui preparada en un lloc segur una bossa o maleta amb aquest material per si hagués d'abandonar la casa de forma urgent.

- Claus: còpia addicional de la casa i del cotxe.
- Telèfons: de familiars, col·legis, metges i altres telèfons de llocs on pugui allotjar-se.
- Documentació pròpia i dels seus fills i les seves filles: certificat de naixement, targeta sanitària, carnet de conduir, passaport, DNI o permís de residència i de treball, pòlisses d'assegurances, escriptures, informes mèdics de lesions...
- Roba, medicaments i algun objecte significatiu per a cada fill o filla.
- Diners: obri un compte corrent o llibreta que només vostè conegui i vagi ingressant el que pugui, disposi de qualque cosa en metàl·lic.
- Tengui precaucions: asseguri's que l'agressor no hi sigui en el moment d'abandonar el domicili, no li expliqui els seus plans, no prengui tranquil·litzants, acudeixi a les persones i als llocs que havia contactat prèviament.

Telèfons importants

Emergències	112
Policia nacional..091
Policia local..092
Guardia Civil062
Urgències sanitàries061
Atenció dones maltractades 24 hores016
Atenció social urgent 24 h Institut Balear de la Dona..971 77 51 16
Familiars o amics en la casa dels quals es pugui allotjar.	
.	
Col·legis	
.	
Altres telèfons importants.	
.	
.	

6) INTERVENCIÓ PROGRAMADA

a) Objectiu de les intervencions

El darrer objectiu de les intervencions és procurar que la persona **torni a assumir el control de la seva vida**, la qual cosa suposa un procés llarg en el qual amb freqüència es requeriran recursos especialitzats.

No obstant, és freqüent que la víctima no sol·liciti ajuda o la rebutgi pels motius que s'han anat analitzant prèviament: por, aïllament, paralització davant el trauma, creences culturals, naturalesa dinàmica de la VG, fases de calma i de violència que poden provocar ambivalència en la víctima, etc.

Per tant, és fonamental **identificar el grau de consciència de maltractament i la motivació per canviar la situació** que té la dona en cada moment i adaptar l'actuació professional a l'esmentada fase.

En aquest sentit, tota la intervenció programada que es proposa segueix les indicacions de la ja esmentada **Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres** (d'ara endavant GAVPM).

b) Avaluació de la motivació per al canvi

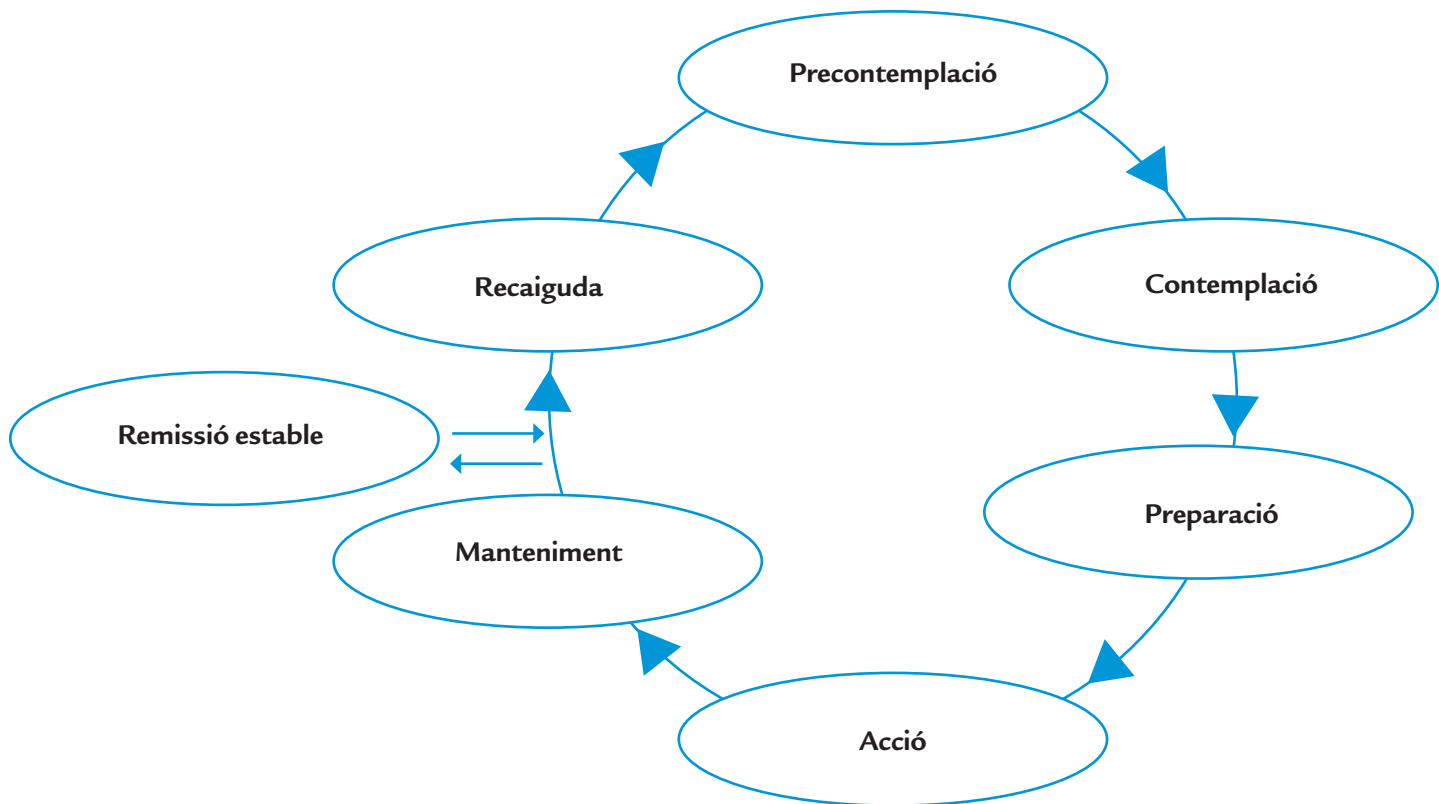
Per a aquesta avaluació es proposa usar el model de Prochaska i Di Clemente que defineix el canvi com un procés dinàmic, amb diverses fases pels que passa la persona amb respecte al problema que pateix, tal i com s'il·lustra a la figura 7.

En la VG, els estadis poden definir-se de la manera següent:

- Fase de precontemplació:** en aquesta etapa la dona no té consciència del problema (ho nega, el minimitza, defensa el maltractador, culpa a tercers o a ella mateixa).
- Fase de contemplació:** és conscient que hi ha una relació abusiva o problemàtica encara que no adopta accions concretes. Pot ocultar el maltractament o disposar-se a parlar-ne.
- Fase de preparació:** sap que ha de fer alguna cosa per resoldre el problema. Comença amb petits canvis: amplia la seva xarxa social, desenvolupa activitats. Es mostra ambivalent amb respecte a la seva relació i a la decisió de separar-se.
- Fase d'acció:** La víctima estableix aliances i cerca recursos per rompre la relació amb el maltractador i executar el seu projecte d'independència: cerca ajuda per al procés de separació, cerca feina si no la té, participa en grups de suport.
- Fase de manteniment:** manté els canvis que ha fet i roman allunyada de l'agressor, encara que puguin reparèixer sentiments d'ambivalència.
- Fase de recaiguda: torna a establir contactes amb el maltractador i a viure una situació de violència. És necessari reavaluar el procés.
- Fase de remissió estable:** manté els canvis propis de la fase d'acció que permeten la seva autonomia personal al llarg del temps.

S'ha de tenir en compte que les fases de canvi no són equiparables al cicle de la violència. Per exemple, una explosió de violència és un moment propici perquè la dona prengui decisions, però ella pot trobar-se en fase precontemplativa en aquest moment.

Figura 7: Model de la motivació per al canvi de Prochaska i DiClemente



Si no existeix una situació de risc imminent, es recomana adaptar l'actuació professional al grau de consciència de maltractament i a la motivació per canviar la seva situació que tengui la dona en aquest moment, seguint el model de Prochaska i Di Clemente.

Es tracta de fer una tasca d'acompanyament, informant sobre la violència a la dona que la pateix, respectant la seva voluntat i els seus temps, ajudant-la a elaborar plans adaptats a la seva situació i donant suport als seus esforços per prendre decisions autònomes i recuperar el control de la seva vida.

Sempre es proporcionarà informació sobre recursos específics de suport i es tindrà planejat un pla de seguretat.

c) Consideracions prèvies abans d'iniciar les entrevistes:

A la taula 19 es resumeixen algunes consideracions sobre les entrevistes

**TAULA 19: CONSIDERACIONS SOBRE LES ENTREVISTES
PROGRAMADES**

Qui:

Les intervencions les realitzarà preferiblement la persona a qui la dona hagi fet la confiança, sense perjudici de la coordinació professional i de les derivacions que resultin pertinents.

En línies generals, és més probable que la intervenció es dugui a terme en atenció primària, per la major proximitat i longitud de l'atenció.

La intervenció s'ha d'organitzar per evitar que la dona hagi de començar de zero cada vegada que canviï de professional. S'ha de calibrar l'abast de les pròpies intervencions: avaluar la pròpia capacitat professional, el que se li pot oferir, el temps necessari, la capacitat de seguiment i els recursos disponibles.

Quan:

Les intervencions es realitzaran en successives cites concertades.

Com:

És important tenir cura de l'entorn i procurar un clima de confiança, respecte i comprensió.

La informació sobre la VG és, en si mateixa, una intervenció terapèutica.

A l'hora d'elegir el focus, s'ha de donar prioritat al que preocupa a la dona en aquest moment i adaptar-s'hi (per exemple, si hi ha un judici imminent, no s'ha d'insistir en parlar d'una altra cosa).

S'ha de tenir en compte la fase dins el cicle de la violència: és difícil treballar en fase de lluna de mel.

Evitar:

Intervencions poc acurades que poden retraumatitzar o danyar la víctima.

Desmuntar les defenses que està posant en marxa fins que no estigui preparada.

Ficar-se en àrees de conflicte (s'ha de saber llegir entre línies).

Jutjar, ordenar, sermonejar, desaprovar, interrogar, ironitzar i interpretar (vegeu-ne l'annex sobre l'entrevista motivacional).

d) Intervencions segons la fase de canvi

Les pàgines que segueixen reproduïxen, de forma pràcticament literal, les pautes d'entrevista proposades per la GAVPM, segons la fase en la qual es troba la dona.

TAULA20: INTERVENCIÓ EN FASE PRECONTEMPLATIVA (PREINTENCIÓ)

No reconeix la violència com un problema: nega, minimitza, defensa el maltractador, culpa tercers o a ella mateixa.

Objectiu

- Fomentar la reflexió de la dona respecte a la seva situació.
- Augmentar la percepció del risc al qual està sotmesa.
- Fomentar la seva autoeficàcia (creença que és capaç de canviar la situació).

Intervenció

- Entrevista molt breu, d'uns 5 minuts, ja que pot haver-hi un alt nivell de resistència, rebuig, nerviosisme o fins i tot plors que no permetin una intervenció llarga i detallada.
- Fer una devolució a la dona sobre el seu estat de salut relacionant el motiu de consulta amb la situació de violència.

Exemple: *“Veig que està patint per alguna situació que està influïnt en el seu insomni. En altres dones amb aquest problema he pogut detectar que pot haver-hi algun problema a casa.”*

- Mantenir una actitud empàtica.
- Insistir que la violència mai està justificada (davant excuses o minimitzacions de la violència).
- Fomentar l'autoeficàcia.

Exemple: *“Totes les persones podem fer canvis poc a poc. Pel que m'ha contat (per exemple, si ha referit que té treball fora de casa o cuida dels seus fills i filles) en aquesta situació difícil vostè està sortint endavant...”*

A tenir en compte...

- La confidencialitat és imprescindible.
- Excepte greu perill per a la dona, no s'ha de proposar la derivació com a primera mesura en resposta a la confiança de la dona.
- Evitar: ordenar, sermonejar, desaprovar, interrogar, ironitzar i interpretar.
- Deixar la porta oberta per reprendre el tema en un futur i proposar una nova cita.
- L'elaboració d'un pla de seguretat segons les circumstàncies (exemple: agressió física greu, risc de suïcidi) pot servir com a excusa per augmentar la presa de consciència.
- Proporcionar informació sobre el dret al bon tracte (vinculada a informació general de salut).

TAULA 21: INTERVENCIÓ EN FASE CONTEMPLATIVA (INTENCIÓ)

Comença a prendre consciència que existeix una relació abusiva i/o problemàtica. No hi ha accions concretes.

Objectiu

- Afavorir la inclinació de la balança cap el canvi de situació.
- Augmentar la presa de consciència de l'existència real d'un procés de VG.

Intervenció

Els aspectes següents es tractaran en successives cites concertades de 15 a 30 minuts, utilitzant l'escolta reflexiva:

- Iniciar l'entrevista i destacar el nostre respecte a les decisions que prengui al llarg del seu procés.
- Verbalitzar (és a dir, fer visible) el que està passant, sense culpar-la, relacionant-ho amb les troballes de la valoració.

Exemple: "Alguna vegada m'ha comentat que la seva parella la posa en evidència davant de la seva família. A quines situacions en concret es refereix? Em podria explicar el que passa amb més detalls?"

- Analitzar amb ella el cicle de la violència (Tensió, explosió, penediment). Reflexionar sobre 3 episodis de violència: el primer, el més greu i l'últim.

Proposar-li que situï aquests episodis en un gràfic i els valori de 0 (ni tensió ni perill) a 10 (màxima tensió i perill).

Prestar especial atenció al reconeixement de la tensió i l'agressió.

Destacar la importància de la fase de penediment com a reforç positiu per continuar amb la relació.

- Emfatitzar la importància del propi benestar i de l'autocura, enfront del manteniment d'una relació nociva.

Exemple: "Tot el que m'ha contat influeix directament en la salut i dificulta que es pugui cuidar".

Demostrar l'existència real d'una situació de violència.

Exemple: "El fet que la posi en evidència contínuament, com hem estat parlant, es correspon amb violència psicològica segons els estudis existents."

- Indagar sobre els recursos personals i socials: familiar, d'amistats i laboral.
- Identificar raons per seguir o no en aquesta relació. Pot ser un treball que ella dugui per escrit en la cita següent.
- Analitzar les pors a un possible canvi.
- Elaborar un pla de seguretat segons les circumstàncies (Exemple: agressió física greu, risc de suïcidi).
- Donar suport i donar valor a la seva decisió.
- Advertir sobre el risc que suposa compartir aquesta informació amb la seva parella.

A tenir en compte...

Per a l'entrevista és necessari utilitzar informació obtinguda en la visita o visites de valoració de la situació de violència.

En la fase contemplativa, la dona comença a tenir por i necessitarà molta ajuda.

- Fixar els objectius sabent què s'ha de fer a cada entrevista, tot respectant-ne el procés de cada dona: NO precipitar-se, el més probable és que siguin necessàries varies entrevistes.
- Emfatitzar el contraproductiu d'intentar convèncer la seva parella o de negociar amb ella, ja que no és útil i pot ser perillós.
- És convenient tenir previst un pla de seguretat per si sorgeix una contingència.
- En aquesta fase, la pregunta que ens hem de fer NO és:

Per què no el deixa? SINÓ: Per què no el pot deixar? o

Per què l'home que la maltracta no li permet deixar-lo?.

TAULA 22: INTERVENCIÓ EN FASE DE PREPARACIÓ (DECISIÓ)

La dona va realitzant petits canvis

Objectiu

- Donar suport i ajudar la dona a elaborar la millor estratègia per aconseguir el canvi.

Intervenció

Entrevista motivacional mitjançant escolta en entrevistes concertades de 15-30 minuts:

- Escoltar els plans de la dona i expressar la importància dels esforços que està realitzant.
- Analitzar objectivament amb ella la situació actual i el que ha passar en els anteriors intents de canvi.
- Valorar quins problemes anticipa per fer un canvi en l'actualitat.

És rellevant insistir que aquesta fase i la següent (acció) són d'un risc especial, ja que el maltractador, quan observa que la situació comença a escapar-se al seu control, pot augmentar la intensitat i la freqüència de la violència. Per tant, és convenient revisar el **pla de seguretat** amb ella.

Negociar el pla de canvi.

- És imprescindible, en aquesta etapa, valorar i consensuar amb la dona la derivació als recursos específics (veure annex 4).

A tenir en compte...

La dona es troba amb freqüència ambivalent. L'ambivalència és un estat de conflicte en el qual la persona té sentiments contraris de forma simultània, en aquest cas "voler i no voler deixar la parella que la maltracta". Comprendre que l'ambivalència és una cosa habitual, acceptable i comprensible en un procés de canvi, facilitarà que no es produeixin resistència a l'escolta per part de la dona.

Treballar l'ambivalència suposa:

- **Evitar "posar-se persuasiu"**. Exemple: "Crec que el millor que pots fer és deixar-lo perquè ja saps el que passa amb aquestes relacions i si no tot pot anir a pitjor, pensa-t'ho".

- **Evitar explicar massa prest els riscos de la relació de maltractament.**

Exemple: "Si segueixes en aquesta situació, pots arribar a ser una de les dones que surten en la televisió perquè l'han maltractada."

- **Manifestar a la dona la conveniència de prendre una decisió.** Exemple: "Ens hem vist varies vegades, i ara crec que és convenient anar perfilant les decisions que vols prendre, el camí a seguir, com ho has de fer..."

- **Considerar que els valors i les expectatives sobre els canvis**, poden ser radicalment diferents per a cada dona. És molt rellevant comprendre els valors, els sentiments i les creences de la dona.

- **Considerar el context** familiar, social, de la comunitat a la qual pertany la dona, ja que aquest pot contribuir de forma positiva al canvi o interferir-hi.

ATENCIÓ

A partir d'aquesta fase, i en endavant, és imprescindible prioritzar la seguretat i protecció de la dona.

TAULA 23: INTERVENCIÓ EN FASE D'ACCIÓ

La dona actua (acció interna i externa)

Objectiu

- Acompanyar la dona perquè no se senti sola i reafirmar el seu procés.
- Garantir i extreure la seguretat.

Intervenció

- Aprofitar l'entrevista motivacional per generar afirmacions automotivadores que, partint del procés de reflexió de la dona, estiguin relacionades amb:
 - El reconeixement del problema.
Exemple: "M'està dient que l'ansietat que pateix pot tenir a veure amb els problemes a casa".
 - Expressió de preocupació.
 - Intenció de canviar.
 - Optimisme sobre el canvi.
 - El balanç de pros i contres de la decisió a prendre.
- Per ajudar a la generació d'aquestes afirmacions, podem:
 - Preguntar per un episodi concret per recollir informació
Exemple: "Com va ser el dia que la va insultar?"
 - Utilitzar situacions extremes.
Exemples:
"Quines són les pitjors pors o conseqüències si no canvia la situació? o Quines coses pitjors podrien passar si segueix l'escalada de violència?"
 - Mirar cap enrere.
Exemple: "Abans em deia que quasi no sortia de casa".
 - Mirar cap endavant.
Exemple: "Si tota la situació canviàs, com se sentiria?"
 - Replantejar els objectius.
Exemple: "En les primeres entrevistes em deia que volia estar millor, que no podia més i el que volia fer. Ara, com ho veu?"
 - Utilitzar la paradoxa.
Exemple: "Pel que em diu, continua deixant-la en ridícul, això és bo per vostè?, això és bo per a ella?"
- Assegurar-se que compta amb el suport dels recursos específics, en especial el suport psicològic.
- Concertar cridades periòdiques per valorar-ne la seguretat.
- Revisar el pla de seguretat amb ella.

A tenir en compte...

- És important recordar a la dona que existeix un risc especial i preparar els recursos necessaris per sortir de la situació en què es troba.
- Davant la imminència del canvi, pot haver-hi un augment d'ambivalència.

TAULA 24: INTERVENCIÓ EN FASE DE MANTENIMENT

La dona manté els canvis que ha fet

Objectiu

- Ajudar a identificar i utilitzar estratègies per prevenir recaigudes.
- Mantenir la vigilància del risc.

Intervenció

- Animar la dona a participar en algun grup de dones.
- Preparar amb la dona una possible derivació, si no s'ha fet abans.

A tenir en compte...

- Analitzar de nou amb ella el cicle de la violència. S'indicarà que la fase de "lluna de mel" o reconciliació és un moment especialment vulnerable per tornar a la situació anterior.
 - Mantenir la seguretat i la protecció de la dona. No hem d'oblidar repassar el pla de seguretat i l'escenari de protecció per a ella i per als seus fills i les seves filles.
 - Revalorar totes les facetes de la vida saludable.
 - Els grups d'educació per a la salut en els quals participen dones (maduresa, etapes vitals, preparació al part, cuidadores, relaxació, autoestima) són recursos que eviten l'aïllament i afavoreixen l'adquisició de capacitats per afrontar les relacions de poder i canviar-les (procés "d'apoderament").
- És important que, en aquests grups, s'inclouï la perspectiva de gènere. Aquesta perspectiva analitza les relacions jeràrquiques i desiguals entre homes i dones, com a resultat de la distinta socialització, i no de les diferències biològiques.

TAULA 25: INTERVENCIÓ EN FASE DE RECAIGUDA / RUPTURA EVOLUTIVA

Els canvis no s'estabilitzen i la dona torna amb la seva parella, i es reinstaura la violència.

Objectiu

- Ajudar la dona a renovar el procés de contemplació, determinació i acció sense que apareguin bloquejos o desmoralització per la recaiguda.

Intervenció

- Tornar a mostrar la nostra empatia i apropament.
- Evitar caure en el desànim o en sentiments de fracàs. Posar en positiu tot el que s'ha aconseguit fins al moment i recordar-ho. No culpabilitzar.

Exemples: "Vostè no és l'única. Això li passa a moltes dones". "Vostè no té la culpa".

En l'entrevista motivacional es treballarà amb la dona:


La seva història de maltractament tot fent-li una devolució.

Exemple: "Es recorda quan em deia que la deixava sortir?"

El sentiment de culpa que apareix en la dona. *Exemple: "La culpa de tot el que succeeix?"*

A tenir en compte...

- Recordar el cicle de la violència: "fase de lluna de mel".
- Revalorar totes les facetes de la vida saludable.
- Tenir present que el maltractament és un procés en el qual es produeix desvaloració i baixa autoestima de les dones que el pateixen.
- Identificar la nostra frustració i incomprensió per evitar dirigir la nostra agressivitat cap a la dona.
- Les dones maltractades fan una mitja de 7 a 8 intents abans d'aconseguir separar-se completament de les seves parelles.
- A pesar que torni amb la parella i es reinstauri el maltractament, és possible que la crisi personal de la dona i la intervenció professional l'hagin ajudat a progressar i no torni exactament en el punt de partida.



ANNEX 1. PRINCIPIS DE L'ENTREVISTA MOTIVACIONAL*

** Es reproduceix íntegrament el capítol de la GAVPM.*

PRINCIPIS GENERALS

La característica fonamental de l'entrevista motivacional és que no es basa en la confrontació, sinó en la col·laboració amb el o la pacient. Moltes persones estan familiaritzades amb el seu ús per al tractament d'hàbits no saludables i addiccions, encara que és possible adaptar-la per abordar la VG.

Durant l'entrevista convé:

- **Informar** sobre les característiques de l'entrevista que es realitzarà, cercant amb la dona una definició de temes a tractar i objectius a aconseguir.
- **Ajudar a ordenar les idees** perquè la dona constati la discrepància entre la realitat en què viu i els seus objectius. Per aconseguir-ho és important que prengui consciència de les conseqüències que el maltractament ha tingut en la seva vida. (Per exemple, a través de devolucions del que relata).
- **Evitar la confrontació directa i els judicis de valor** davant el relat de la dona o els arguments que ella planteja.
- **Treballar les resistències:** S'entén per "resistència" qualsevol aspecte de l'activitat del o de la pacient que sorgeix durant el procés terapèutic i que pensam que n'obstrueix el curs.

En el cas d'entrevistes amb dones maltractades, és habitual que sorgeixen resistències al principi, relacionades amb por a la "retraumatització", sentiments de vergonya i humiliació, o amb determinades actituds o accions professionals (estils de confrontació, per exemple).

És important identificar informació que donen les resistències per usar-les de manera conjunta amb la dona, com un element útil per al canvi. A la taula A 1.1. es mostren alguns exemples de resistències i les possibles respostes professionals: canvi en el ritme de l'entrevista o plantejament de temes alternatiu, mostrant sempre disponibilitat i respecte a les seves decisions.

TAULA A1.1 : ACTITUD PROFESSIONAL ENFRONT DE LES RESISTÈNCIES

CONDUCTES DE RESISTÈNCIA

Posa a prova els coneixements i les habilitats professionals, repta, desvalora i expressa hostilitat.

Interromp de manera defensiva: discuteix i talla el diàleg.

Nega: No reconeix l'existència del problema, no accepta la seva part de responsabilitat, s'excusa, minimitza el risc i manifesta reticències davant les propostes de canvis.

Mostra senyals d'ignorar el professional: Desvia la direcció de la conversa, i mostra falta d'atenció i de resposta.

ACTITUD PROFESSIONAL

Evitar la discussió i desviar a un altre tema.

Proposar que la dona expressi el seu desig sobre el discórrer de l'entrevista i sobre la millor forma d'ajudar-la. Mostrar disponibilitat i respecte a les seves decisions.

Elegir amb ella un episodi concret de violència i analitzar-lo en profunditat. Verbalitzar que s'han de respectar les decisions que adopti.

Utilitzar el llenguatge no verbal i verbalitzar el que està succeint. *Exemple: estendre una mà cap a ella o tocar-li l'espatlla i dir: "Hi ha alguna cosa que no va bé? Not que s'està interrompent la nostra comunicació".*

- **Fomentar l'autoeficàcia.** Ajudar-li a detectar i a potenciar estratègies i recursos propis que li serveixin per aconseguir els seus objectius. Per exemple: ajudar-li a recordar altres moments difícils i els mecanismes que va utilitzar per afrontar-los, detectar elements de resistència a l'adversitat i àrees de fortalesa personal, ajudar-li a exposar raons que la motivin per realitzar un canvi, animar a definir i realitzar petits canvis que ella plantegi com a desitjables.
- **Evitar situacions** com les que es presenten a la taula A1.2

TAULA A1.2 SITUACIÓ A EVITAR EN L'ENTREVISTA CLÍNICA I POSSIBLES ALTERNATIVES

<p>Situació preguntes/resposta</p> <p>En una entrevista que transcorre com un interrogatori, la dona assumeix un rol passiu. Això impedeix que analitzi la seva situació i elabori un discurs propi que fomenti la motivació.</p>	<p>Realitzar preguntes obertes, com a norma no més de 3 seguides. Quan la dona respongui, realitzar una escolta activa i reflexiva i no una altra pregunta. Evitar assumir el rol d'expert o experta.</p>
<p>Confrontació/negació</p> <p>Sol ser la situació més freqüent. Si des del principi es parla en termes de "gravetat" és possible que la dona se situï a l'extrem oposat ("això que em passa no és tan greu") per fer contrapès i per la seva pròpia ambivalència.</p>	<p>L'escolta activa permet ajudar la dona a definir el seu problema. És convenient facilitar la verbalització de frases automotivadores (vegeu-ne la fase d'acció).</p>
<p>Estigmatització</p> <p>Abordar la situació amb una visió estereotipada des del principi, atribuint tot directament al maltractament sense donar oportunitats per al canvi.</p>	<p>Per facilitar el canvi, l'important és posar en relació el motiu de consulta amb la situació de violència i evitar que l'experiència de maltractament es converteixi en un estigma.</p>
<p>Èmfasi prematur</p> <p>Sol ocórrer quan la intervenció es centre sobre el que el o la professional considera com a problema, en lloc d'abordar la situació des del punt de vista de la dona.</p>	<p>La relació empàtica i l'escolta activa faran surar la problemàtica, per la qual cosa no s'ha de forçar la dona a parlar del que no vol en aquest moment.</p>
<p>Culpabilització</p> <p>És freqüent que la dona en la situació de maltractament tendeixi a culpar-se, a disculpar-se o a atribuir les seves responsabilitats a altres persones.</p>	<p>Transmetre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que l'important és com s'actuarà d'ara endavant. -Que l'únic responsable del maltractament és l'agressor.

Citam algunes estratègies usades en l'entrevista motivacional

• **Preguntes obertes:**

No indueixen respostes curtes i poden donar peu a una comunicació més fluida. Per exemple: Voldria parlar-me del que li preocupa?

• **Escolta reflexiva:** El i la professional no es limita a escoltar, sinó que ajuda la dona a interioritzar alguns elements significatius del seu propi discurs mitjançant comentaris o clarificacions. Es poden repetir frases o idees de la dona, destacar sentiments associats, etc. També és important saber tolerar el silenci i evitar la utilització de frases fetes.

• **La recapitulació o resum:** És útil finalitzar l'entrevista amb un resum dels temes tractats. A més, es pot enriquir amb un altre tipus d'informació (destacar les millories evidents i/o observables, els comentaris positius de la família, etc.).

Exemple

- *Què és el que li preocupa?*
- *Em preocupa que els meus fills estiguin veient tots els dies que el meu home (o la meva parella) em crida i em menysprea davant d'ells dient que jo no servesc per res.*
- *Vol dir que l'insulta i que els seus fills estan davant i això li produeix malestar? (comprovar).*
- *Pel que em diu, entenc que no li agrada el que passa a casa (deduir).*
- *Deu haver estat molt difícil per a vostè donar la passa de venir a la consulta (reafirmar).*
- *Ha donat un pas molt important fent-ho. (donar suport).*

NEGOCIACIÓ DEL PLA DE CANVI

Aquesta tècnica en l'entrevista motivacional es pot utilitzar a partir de la fase de preparació (taula A1.3)

TAULA A1.3 NEGOCIACIÓ DEL PLA DE CANVI

1 Establir els objectius:

- Com li agradaria canviar les coses?.
- Què és el primer que vol canviar?.
- Quin creu que és el primer pas?.

2 Considerar les opcions de canvi: fer un balanç de les diferents decisions a prendre, resoldre dubtes i anticipar que poden existir problemes o recaigudes.

3 Acordar un pla: se li donarà a la dona un full de recollida d'informació perquè l'empleni.

PLA DE CANVI


LES RAONS MÉS IMPORTANTS PER CANVIAR SÓN:

EL PRIMER QUE FARÉ ÉS:

ALTRES COSES QUE FARÉ DESPRÉS SERAN:

AMB QUINES PERSONES COMPTARÉ PERQUÈ EM DONIN UNA MÀ?

EL QUE ACONSEGUIRÉ AMB EL MEU PLA ÉS:



ANNEX 2.
CONDUCTA ENFRONT
DEL MALTRACTADOR

És freqüent que el personal sanitari conegui el maltractador, sobretot en atenció primària. A la taula A 2 s'esquematitzen les principals situacions a evitar i les alternatives proposades.

Como s'ha comentat, la mediació pot ser perillosa i es recomanable abstenir-se.

TAULA A2: SITUACIONS A EVITAR EN L'ENTREVISTA AMB EL MALTRACTADOR I LES POSSIBLES ALTERNATIVES

NO FER MAI

Explicar-li que coneixem el problema després de la confiança de la dona.

No donar mai la direcció de la dona encara que es mostri avergonyit.

Emetre judicis.

Legitimar la violència (ni sota els efectes d'alguna addicció).

ADOPTAR

Escolta activa.

Destacar la responsabilitat de cada persona sobre els seus actes.

Si demana ajuda, clarificar la demanda (pot haver-hi un desig d'obtenir guanys secundaris) i derivar a salut mental, o en el seu cas, a recursos específics per a l'atenció a maltractadors.

Identificar i valorar factors que poden afegir risc (alcohol, drogues, gels).

Quant a la rehabilitació del maltractador, Luis Bonino senyala que “la possibilitat de canvi en processos de rehabilitació cap a comportaments igualitaris i pacífics està en relació a diversos factors, tals com l'edat, la rigidesa dels seus esquemes mentals, la responsabilització per l'exercici i efectes del seu procedir violent, la motivació per al canvi i la renúncia a l'abús de poder, l'antiguitat i la sistematització en l'ús de les estratègies i dominació, el tipus de violència exercida predominant, el tipus i el nombre de víctimes, la psicopatologia acompanyant, els trets de personalitat predominants, els recursos de suport afectiu i socials, la sanció social —i judicial— efectiva als seus comportaments i l'experiència específica en el tema dels professionals actuants”.



ANNEX 3
ASPECTES
ÈTICS I LEGALS

Sovint es planteja un conflicte entre l'obligació legal de denunciar la sospita d'un delictes* i els principis ètics i professionals de respecte a l'autonomia de la dona per prendre decisions.

Tal és el cas de la dona que sol·licita que no s'informi el Jutjat:

L'emissió d'un comunicat contra la seva voluntat no respecta la seva autonomia i fins i tot pot conculcar el principi de no maleficència si, com a conseqüència de l'informe, la parella incrementa la violència. A més, suposa una ruptura de la relació amb el o la professional, cosa que dificulta l'ajuda posterior.

En aquestes situacions, serà necessari examinar cada passa de forma individual:

Avaluar si concorren circumstàncies que justifiquen no respectar la lliure decisió de la dona (gravetat del risc per a ella o per a les persones dependents, incompetència per prendre decisions) i sopesar acuradament les conseqüències abans, fins i tot, de prioritzar el compliment d'una norma.

En línies generals, pot establir-se l'orientació següent:

- a) En qualsevol de les situacions que existeixi risc vital immediat, o perill extrem per a la vida de la dona, s'ha de realitzar el comunicat de lesions, encara que sigui sense el consentiment de la dona, ja que preval el dret a la vida sobre els altres drets.
- b) En els casos que no hi ha una situació de risc vital immediat, després d'informar la dona, es valorarà individualment cada situació, i, en general, es respectarà i es donarà suport a la seva decisió. Quan l'estat mental de la persona limiti la seva capacitat de decisió, minimitzi la percepció de risc o l'impedeixi les actuacions de protecció bàsiques, es decidirà l'actuació que es cregui més beneficiosa per a la dona en aquest context.

* L'article 262 de la Llei d'enjudiciament criminal estableix que "els que per raó dels seus càrrecs, professions o oficis tinguin notícia d'algun delictes públic, estan obligats a denunciar-ho immediatament al Ministeri Fiscal, al tribunal competent, al jutjat d'instrucció i, en el seu defecte, a la comissaria més pròxima al seu lloc, si es tracta d'un delictes flagrant. Els que no compleixin aquesta obligació insurgiran en multa senyalada a l'article 259, que s'imposarà disciplinàriament. Si l'omissió de donar part fos d'un professional de la medicina, cirurgia o farmàcia i tingués relació amb l'exercici de les seves activitats professionals, la multa no podrà ser inferior a 125 pessetes ni superior a 250"

COMUNICAT DE LESIONS I INFORME MÈDIC

(Protocol comú per a l'actuació sanitària enfront de la violència de gènere).

DADES DEL PERSONAL FACULTATIU RESPONSABLE DE L'ASSISTÈNCIA:

- Hospital/centre de salut/consultori.
- Dades del i de la professional que ho emet: Nom i llinatges, CNP.

DADES DE FILIACIÓ DE LA VÍCTIMA:

- Nom i llinatges.
- DNI o NIE (Núm. d'identificació d'estrangeria).
- Data de naixement, anys.
- País d'origen.
- Estat civil.
- Adreça, municipi (codi postal o codi INE).
- Telèfon.

LESIONS PRESUMIBLEMENT PRODUÏDES EN L'AGRESSIÓ I TIPUS:

- Tipus de violència exercida.
- Ús d'objectes durant l'agressió.
- Estat psíquic i emocional.

(Descriure els símptomes emocionals i l'actitud de la dona). El maltractament psicològic pot reflectir-se en símptomes de depressió, ansietat, tendències suïcides somatitzacions, síndrome d'estrès posttraumàtic). L'estat emocional de qualsevol persona que presenti una lesió es troba alterat, però la seva actitud és diferent. Aquesta pot ser un gran indicador del succeït, per exemple: una dona maltractada pot sentir-se confosa, esquiva, inquieta, temerosa, agressiva, hipervigilant, apàtica, inexpressiva... Aquesta informació és necessària per aproximar-nos a l'estat psíquic de la pacient.

- Lesions físiques que presenta:

És important que les lesions (cutànies, musculoesquelètiques, oculars, auditives, genitals, internes, etc.) es descriguin de manera detallada quant a tipus, forma, dimensió, color i localització, amb la qual cosa es facilitarà la data o la possible data de producció. Amb aquesta finalitat es prestarà especial esment a les lesions més antigues o en diferent estat evolutiu, com a prova d'habitualitat o reiteració. Es recomana fer fotografies (preferentment en color) de les zones amb lesió, previ consentiment de la dona.

- Quan existeixi la possibilitat d'alguna lesió interna després de la valoració clínica (abdominal, toràcica i/o cerebral), dita informació es recollirà com a sospita, ja que només després de la realització de proves diagnòstiques a nivell hospitalari es confirmaran aquestes.

ALTRES DADES CLÍNIQUES

- Proves complementàries realitzades.
- Mesures terapèutiques.

(Incloure mesures profilàctiques, tractament farmacològic, cures locals, tractament quirúrgic, etc.).

- Pronòstic clínic.

DADES RELACIONADES AMB ELS FETS QUE MOTIVEN L'ASSISTÈNCIA:

En aquest apartat es reflectirà com han succeït els fets, utilitzant i posant entre cometes, quan sigui possible, les mateixes paraules de la dona.

A més es recolliran :

- Domicili, lloc de l'agressió, data i hora de l'incident.
- Data i hora de l'atenció.
- Origen que esmenta la dona referent a les lesions: Física, psíquica, sexual.
- Sospita que la causa de les lesions sigui distinta a la que esmenta la dona.

ANTECEDENTS

- Acudeix sola o acompanyada de (nom i parentiu/relació).
- Agressió puntual, primera vegada o reiteració dels maltractaments.
- Si les agressions es pateixen des de fa temps, indicar des de quan i descriure les característiques d'aquestes agressions, el tipus, la freqüència (a diari, setmanalment, mensualment...), si la intensitat de la violència és cada vegada major, si s'ha realitzat prèviament alguna denúncia, etc., i l'evolució d'aquestes.
- Altres persones que han sofert maltractaments en el mateix incident o en altres ocasions. (Si la dona té menors o altres persones dependents al seu càrrec i a més són víctimes dels maltractaments això ha de ser comunicat al pediatra i treballador social del centre. Si es considera oportú, al Servei de Protecció de Menors corresponent).
- Testimonis: Persones conegudes (veïns, amistats), menors o altres persones dependents al seu càrrec.

DADES DEL PRESUMPTE AGRESSOR:

- Nom i llinatges.
- Relació/parentiu amb la persona agredida.
- Direcció o telèfon.

PLA D'ACTUACIÓ

En aquest cas, incloure l'alta o la derivació a altres especialitats i recursos, l'ingrés hospitalari si ha estat necessari i el seguiment que necessiti.

ALTRES DADES

Relacionades amb aquelles situacions que no estiguin recollides en els apartats anteriors i sigui necessària la seva comunicació al jutjat, com per exemple:


- Si s'ha posat o no en coneixement del jutjat telefònicament, i si s'ha fet, indicar quant.
- Aspectes de seguretat i risc percebuts per la dona.
- Actitud de la dona davant la presentació de la denúncia.

OBSERVACIONS

En aquest apartat es recolliran aquelles dades que s'hagin descrit anteriorment i que es considerin oportunes. Si bé, els delictes relatius al maltractament són delictes públics que seran perseguits d'ofici, s'ha de fer constar en aquest apartat si la dona ha manifestat que no vol presentar denúncia i la causa (por a l'agressor, perdre la tutela dels fills, por a les reaccions familiars, dependència econòmica, etc.) a l'objecte d'oferir a l'òrgan judicial informació sobre les circumstàncies en què es troba la dona, que podrien ser d'utilitat per a l'abordatge del cas en concret.

Si es té constància de lesions anteriors que poguessin apuntar al convenciment o la sospita fonamentada que la dona pateix maltractaments habitualment, és important reflectir-ho en el comunicat de lesions, perquè aquest és un altre delictes distint del de lesions.

Es reflectirà també l'existència d'altres amenaces de l'agressor (verbals, anunci que utilitzarà en el futur alguna arma per agredir, etc.).



ANNEX 4
ORGANITZACIÓ
ASSISTENCIAL I
RECURSOS DE LA CAIB

1) ORGANITZACIÓ ASSISTENCIAL ACTUAL

Com s'ha dit en la introducció, s'està enllestint un protocol que permetrà oferir una atenció coordinada i integral a les dones víctimes de la VG, així com als seus fills i a les seves filles dependents, sigui quina sigui la seva nacionalitat, situació administrativa o circumstància personal o social.

A l'espera de l'entrada en vigor del Protocol interinstitucional de detecció, prevenció i atenció de la violència masclista i en casos d'atacs sexuals a les Illes Balears, es recomana derivar la dona a les oficines d'informació de la dona de cada illa.

En cas d'urgència o de perill extrem es contactarà amb el 112.

Els parts judicials es remetran als jutjats per via habitual.

2) DESCRIPCIÓ DELS RECURSOS DISPONIBLES

a) INFORMACIÓ GENERAL

Els centres d'informació ofereixen informació general, orientació i assessorament jurídic, familiar i educatiu i informació sobre salut laboral.

b) SERVEI DE TELETRADUCCIÓ

Facilita la comunicació entre professionals i persones que no parlen els idiomes oficials de la CAIB mitjançant un servei d'interprets a través d'un telèfon mòbil i un biauricular exclusiu connectat a la central de cridades de l'empresa. El sistema permet cridades a tres i multiconferències.

Disposa de teletraducció immediata permanent (24 hores 365 dies de l'any) en anglès, francès, alemany, xinès, àrab i romanès.

A més a més, ofereix teletraducció a altres idiomes, de dilluns a divendres, des de les 8.00 fins a les 18.00 h.

c) SUPORT PSICOLÒGIC

Els serveis especialitzats en l'atenció a les víctimes de VG ofereixen sessions de suport a la dona i als seus fills i les seves filles.

La intervenció pretén reduir la simptomatologia posttraumàtica i fer visible la violència mitjançant un treball específic (amb metodologia grupal o individual) sobre les creences errònies, els rols de gènere, els aspectes emocionals, les habilitats de capacitació, les xarxes de suport i la reconexió social i familiar, fomentant la consciència que la dona té de si mateixa i els vincles amb altres persones.

d) OFICINES D'ATENCIÓ A LES VÍCTIMES DEL DELICTE

Ofereixen una atenció integral a les persones víctimes d'un delictes: informació i orientació jurídica, assistència social i psicològica.

e) PROTECCIÓ A MENORS

Els programes es basen en el tractament i la rehabilitació de menors que han sofert maltractaments.

f) SERVEI 24 HORES

Permet complementar altres serveis professionals i ofereix atenció social especialitzada en violència de gènere (assessorament i activació de recursos) a les dones en situació d'emergència, mitjançant:

- Atenció telefònica 24 hores
- Acompanyament presencial a la dona, de dilluns a divendres, des de les 8.00 fins a les 18.00 h.

Els serveis sanitaris poden cridar als telèfons 647 34 82 57 o 971 77 51 16.

g) CASES D'ACOLLIDA

És un servei d'acollida temporal amb allotjament i manutenció per a les dones i els seus fills i les seves filles. S'ofereix a qui sofreix violència de gènere o greus conflictes de convivència i té problemes d'allotjament o manca d'un medi familiar adequat.

Durant l'estada es realitza una intervenció psicosocial i educativa (assessorament jurídic, orientació en la recerca de treball i allotjament...) per promoure l'autonomia personal de la dona i ajudar-la a normalitzar la seva situació.

S'accedeix a través dels serveis socials d'atenció primària o d'atenció especialitzada, dels serveis específics d'atenció a la dona i dels serveis d'urgència: forces de seguretat, serveis sanitaris a través del 112, etc .

h) SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA

Aquest servei va dirigit a dones que no conviuen amb el maltractador i tenen concedida una ordre d'allunyament. No es pot activar des dels serveis sanitaris.

El sistema consta d'un aparell amb GPS (similar a un telèfon mòbil, però amb tres tecles operatives (encès/apagat, contacte amb el centre d'atenció i emergència) mitjançant el qual la víctima està localitzada.

El contacte entre el centre d'atenció i la dona es pot fer en situació d'emergència, però també de forma periòdica per a un seguiment, actualització de dates personals i comprovació del sistema.

i) DISPOSITIUS ELECTRÒNICS DE PROXIMITAT

Es tracta de polseres GPS que garanteixen el compliment de les ordres d'allunyament. No es pot activar des dels serveis sanitaris.

j) ATENCIÓ A MALTRACTADORS

Es tracta d'un servei d'atenció psicosocial a homes que exerceixen o han exercit violència contra la seva parella. La intervenció es realitza de forma individual i grupal. Actualment s'ofereix a Palma i s'està valorant la seva generalització.

Es pot derivar a través de l'Ajuntament de Palma, al telèfon 654 06 26 02.

3) DIRECTORI

En aquest apartat, es marquen els principals recursos públics disponibles a cada illa. Per a una informació més completa sobre recursos locals, associacions privades i ONG, es pot consultar la Guia de recursos per a les dones a les Illes Balears.

DIRECTORI

Institut Balear de la Dona (IBD)

C/ d'Aragó, 26, 1r E • 07006 Palma de dilluns a divendres, de 8 h a 18 h
 Tel. 971 17 89 89 • Fax 971 77 49 38
 A/e ibdona@caib.es
<http://ibdona.caib.es>

TELEFONS D'URGÈNCIES (24 hores, 365 dies)

Servei 24 h	971 775 116
(Atenció social en casos d'urgència per violència de gènere 24 h)	647 348 257
Telèfon d'atenció 24 hores	016
Emergències per a totes les Illes	112
Urgències sanitàries per a totes les Illes	061
Polícia Nacional	091
Polícia local	092
Guardia Civil	062
Telèfon de l'esperança	971 461 112
Telèfon d'emergència per a la dona que pateix maltractament	900 100 009

TELEFONS D'INTERÈS

Informació del IBD	971 178 989
Telèfon d'informació de l'Institut de la Dona	900 191 010
(Ministeri d'Igualtat)	
Informació per a dones sordes Institut de la Dona	900 152 152
(Ministeri d'Igualtat)	
Infosex	901 500 101
Informació VIH/sida (ALAS)	971 715 566
Atenció a drogodependències CRIDA	902 075 727
Servei de traducció Dualia	902 540 160

a) RECURSOS A MALLORCA

INFORMACIÓ

Centre d'informació de la Dona

C/ d'Aragó, 26, 1r E • 07006 Palma de dilluns a divendres , de 9 h a 18 h
 Tel. 971 17 89 79 • Fax 971 17 89 86
 A/e infordona@caib.es
<http://ibdona.caib.es>

PUNTS D'INFORMACIÓ JURÍDICA A LES DONES

(són punts d'atenció d'àmbit supramunicipal)

Capdepera (Divendres, de 10 h a 12.30 h)	971 564 459
C/ del Col·legi, 18	647 348 245
Manacor (Dimecres, de 14 h a 17 h)	971 849 118
Pl. del Convent, s/n	647 348 245
Petra (Dilluns, de 10 h a 13 h)	971 830 441
C/ de l'Hospital, 28	609 709 006
Binissalem (Dimecres, de 9.30 h a 12.30 h)	971 870 409
C/ de l'Esc. Graduada, 13	647 348 245
Alcúdia (rotació setmanal amb Pollença) (Dijous , de 10 h a 13 h)	971 549 195
Placeta dels Pins, 1	609 709 006
Pollença (rotació setmanal amb Alcúdia) (Dijous , de 10 h a 13 h)	971 531 430
C/ de Sant Jordi, 19	609 709 006
Llucmajor (Dimarts, de 9.30 h a 12.30 h)	971 660 493
Pl. d'Espanya, 60	609 709 006
Sóller (Dijous, de 13 h a 15 h)	971 634 836
C/ de l'Hospici, 2	647 348 245

ATENCIÓ A LES VÍCTIMES

OFICINES D'AJUDA A LES VÍCTIMES DEL DELICTE

Palma Policia Local (Dilluns, dimecres i divendres, de 9.30 h a 13.30 h) 971 452 583
Av. de Sant Ferran, s/n. 07013 Palma

Jutjats (Dilluns-Divendres, de 9 h a 14 h)971 714 668
Av. d'Alemanya, 5, 2n. 07003 Palma

Sa Gerreria (Dilluns, dimecres i divendres, de 9.30 h a 13.30 h).. 971 722 797
Travessa d'en Ballester, 20. 07002 Palma

Inca (Dilluns i dijous de 9 h a 14 h) 971 884 163
Juzgados C/ de la Puresa, 72. 07300 Inca

Manacor (Dilluns i dijous de 9 h a 14 h) 971 847 360
C/ de Muntaner, 11. 07500 Manacor

Calvià (Dimecres i dijous de 15 h a 20 h).971 003 300/ 971 134 291
(Dilluns i dimarts de 9 h a 14 h)971 134 291
C/ d'Alacant, 36. 07180 Calvià

Muro (Dilluns i dijous de 15 h a 20 h /Dimarts i Dimecres de 9 h a 14 h) . . . 971 891 664
Av. de l'Albufera, 33. 07440 Platja de Muro

SERVEI D'ASSISTÈNCIA PSICOLÒGICA PER A DONES QUE PATEIXEN VIOLÈNCIA

Hi ha punts d'atenció a Palma, Inca i Manacor

Palma (Dilluns-Divendres de 9 h a 14 h i de 16 h a 18 h). 971 227 408
C/ de Velázquez, 7, entl. 4t 07002 Palma
Fax 971 22 74 08 A/e dona@eulen.com

MALTRACTADORS

Programa Municipal d'Assistència Psicològica a Maltractadors per a l'Eradicació de la Violència de Gènere

Ajuntament de Palma

de dilluns a divendres, de 10.00 h a 14.00 h;

i dilluns, dimarts i dimecres, de 16.30 h a 19.30 h. 654 062 602

TELEASISTÈNCIA

Programa de Teleassistència mòbil per a Dones Víctimes de Violència de Gènere

de Dilluns a divendres , de 8 h a 15 h971 295 000

Telèfon d'urgències 24 hores900 222 292

Av. de Gaspar Bennàzar, Arquitecte, 73 07004 Palma

Fax 971 75 26 89 A/e mallorca@cruzroja.es <http://www.cruzroja.es>

Telèfon mòbil amb sistema GPS per garantir una atenció immediata i adequada davant situacions d'emergència i suport psicològic.

SERVEI D'ACOLLIDA

Casal de Llevant (Direcció confidencial 24 h)971 829 157

Fax 971 83 54 31 A/e casaldellevant@ibdona.caib.es

Casal Ses Ufanes (Direcció confidencial 24 h).....971 505 156

Fax 971 50 79 82 A/e casalsesufanes@ibdona.caib.es

Servei d'Acollida a Dones i Famílies (Direcció confidencial 24 h)971 719 404

(Servei d'Acollida a Dones i Famílies SADIF)

Fax 971 71 49 33 A/e sadif@caritasmallorca.org

PROTECCIÓ A MENORS

Servei de Protecció al Menor i Atenció a la Família

(de dilluns a divendres de 8 h a 15 h)971 763 325

C/ del General Riera, 113 - 07010 Palma - Fax 971 17 36 74

Secció d'Infància i Família (SIF) A/e lmadrover@conselldemallorca.net

Programes de tractament psicoterapèutic amb problemes de violència, maltractament i abusos a la infància i als seus familiars.

El Servei de Protecció al Menor i Atenció a la Família és el que deriva les persones usuàries.

a) RECURSOS A MENORCA

INFORMACIÓ

Centre Assessor de la Dona, Consell Insular de Menorca

Informació i orientació sobre recursos socials, de salut i diversos tipus d'ajuda per a les dones.

- Assessorament jurídic civil i penal.
- Assistència psicològica: suport psicològic individual o grupal, dirigit a dones que són o han estat víctimes de maltractaments físics, psíquics o sexuals.
- Mediació en processos de separació.
- Valoració de situacions de risc en dones víctimes de violència de gènere per a l'ingrés en un pis d'acollida; ingressos d'urgències i d'emergències.
- Educació i sensibilització de la població.

Maó (Dilluns a divendres de 8 h a 15 h, i Dimecres de 16 h a 20 h) 971 357 024
 Av. de Vives Llull, 154 - 07703 Maó
 Fax 971 35 22 51 A/e jpl.cass-dona@cime.es

Ciutadella (Dilluns a divendres de 8 h a 15 h) 971 480 201
 C/ de la República Argentina, 96 07760 Ciutadella
 Fax 971 38 56 65 A/e cpo.cass-dona@cime.es

ATENCIÓ A LES VÍCTIMES

Atenció integral a les persones víctimes d'un delictes: informació i orientació jurídica, assistència social o psicològica.

Ca sa Milionària (Dilluns, dimarts i dijous de 15 h a 20 h;
 Dimecres de 9 h a 14 h) 971 484 830
 C. de Maó, 102. 07760 Ciutadella

TELEASSISTÈNCIA

Programa de Teleassistència Mòbil per a Dones Víctimes de Violència de Gènere
 (Dilluns a divendres de 8 h a 15 h) 971 361 180
 Telèfon d'urgència 24 hores 900 222 292
 c/ Anselm Clavé 162 - 07703 Maó
 Fax 971356321 <http://www.cruzroja.es>

PIS D'ACOLLIDA

Pis d'acollida a Menorca (Direcció confidencial 24 h.) 971 357 024

PROTECCIÓ A MENORS

Servei Insular de Família (Dilluns a divendres de 8 h a 15 h) 971 361 212
C/ de Ciutadella, 89 - 07701 Maó
Fax 971 35 00 03 A/e menors.cime@silme.es <http://www.cime.es>

a) RECURSOS A EIVISSA I FORMENTERA

INFORMACIÓ

Assessorament i atenció a la dona.

- Atenció i tractament psicològic a víctimes de maltractaments, violència familiar i abusos sexuals i de parelles immerses en el cicle de la violència.
- Llars d'acollida per a dones víctimes de violència i els seus fills i filles (allotjament d'emergència i de mitjana estada).
- Servei de Punt de Trobada.
- Servei de Mediació Familiar.

Oficina de la Dona (Dilluns a divendres de 8 h a 15 h)971 195 607
 C/ de Cosme Vidal Llàser, s/n (Cas Serra) - 07800 Eivissa
 Fax 971 19 56 31 dona@conselldeivissa.es

ATENCIÓ A LES VÍCTIMES

Eivissa (Dimarts i dissabtes de 9 h a 14 h
 Dimecres de 16 h a 21 h, Dijous de 15 h a 20 h)..971 395 122
 Edifici Municipal de Sant Josep a Sant Jordi
 C/ dels Pirineus, 7-9. 07817 Sant Jordi / Ses Salines.

Formentera (Dilluns i dimarts de 16 h a 20 h,
 Dijous de 10 h a 15 h i de 16 h a 20 h)971 321 210
 C/ de Porto Saler, 21. 07860 Sant Francesc

TELEASSITÈNCIA

Programa de Teleassistència Mòbil per a Dones Víctimes de Violència de Gènere
 de dilluns a divendres de 8 h a 15 h 971390 303
 Telèfon d'urgència 24 hores 900 222 292
 C/ Avenida España 51 - 07800 Ibiza
 Fax 971 393323 A/e eivissa@cruzroja.es <http://www.cruzroja.es>

PIS D'ACOLLIDA

Pis d' Acollida d'Eivissa (Direcció confidencial 24 h.)971 195 607
 Fax 971 19 56 31 dona@conselldeivissa.es

PROTECCIÓ A MENORS

Servei de Salut mental infantil i juvenil (Dilluns a divendres 8h-15h)..971 195 612
 C/ de Cosme Vidal Llàser, s/n (Cas Serra) - 07800 Eivissa
 Fax 971 39 90 94
Atenció dels problemes de salut mental en menors de 18 anys residents a Eivissa i Formentera.

4) ORGANITZACIÓ ASSISTENCIAL DESPRÉS DE L'ENTRADA EN VIGOR DEL PROTOCOL INTERSTITUCIONAL

El Protocol interinstitucional de detecció, prevenció i atenció de la violència masclista i en casos d'atacs sexuals de les Illes Balears preveu la creació de les estructures següents:

a) Centres de recepció, intervenció i atenció integral en violència masclista (properament, centre municipal o insular).

Aquests centres tendran feines d'intervenció i seguiment dels casos (incloses les ordres de protecció).

Donaran informació sobre drets i recursos disponibles, gestionaran els seus propis recursos i les derivacions que calguin.

A més acompanyaran la dona quan sigui necessari.

Així mateix, oferiran assessorament al personal sanitari que ho sol·liciti.

A la CAIB es preveuen 5 centres: 1 municipal (situat a l'Ajuntament de Palma) i 4 insulars (pobles de Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera).

b) Centre Suprainsular de Recepció, Avaluació i Seguiment en Violència Masclista (properament, Centre Suprainsular).

L'Institut Balear de la Dona vigilarà per al compliment del Protocol i el seguiment dels casos, elaborarà estadístiques, garantirà la formació professional, editarà manuals, així com guies de recursos i de pautes d'actuació enfront de la violència masclista i es coordinarà amb els organismes estatals involucrats amb l'atenció a la VG.

Tal i com es veu a l'algorisme de la figura A4, la derivació al corresponent centre municipal o insular es podrà fer per dues vies:

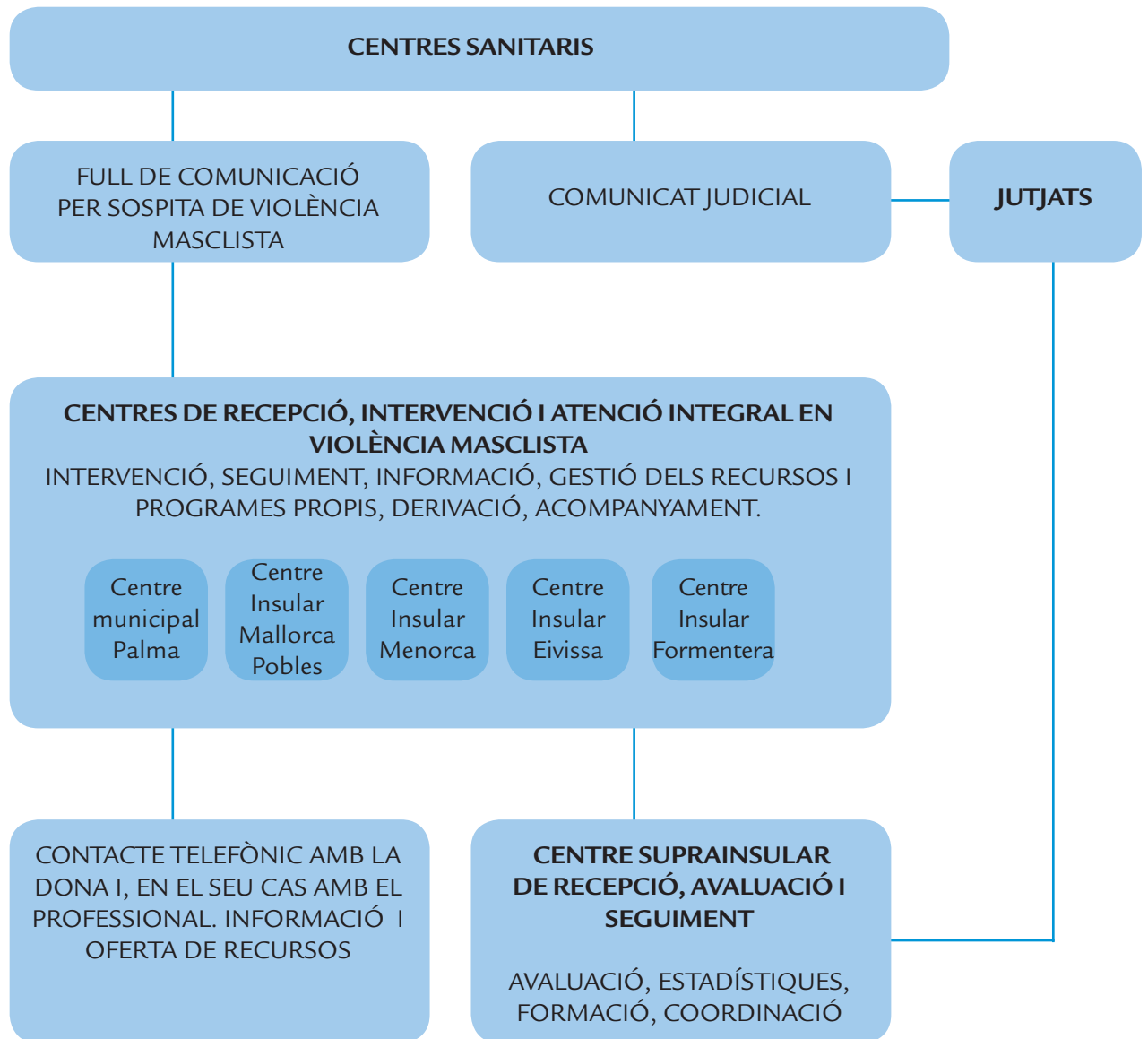
a) Una via directa, mitjançant el full de comunicat per sospita de violència masclista. Aquesta derivació es farà amb consentiment de la dona expressat mitjançant la firma del full de consentiment informat (vegeu-lo més endavant).

b) Una via indirecta, que s'activarà després d'haver arribat un comunicat judicial al jutjat, amb o sense consentiment de la dona. El jutjat comunicarà el cas al Centre Suprainsular que avisarà el centre municipal o insular corresponent.

En ambdós casos, el centre municipal o insular es posarà en contacte telefònic amb la dona per oferir informació i recursos. Si pertoca, contactarà també amb la persona que ha realitzat la derivació.

El sistema d'enviament del full del comunicat i del comunicat judicial (fax, sistema informatitzat, etc.) es determinarà quan entrin en vigor les estructures previstes pel protocol.

Figura A4: PROTOCOL INTERINSTITUCIONAL: ORGANITZACIÓ ASSISTENCIAL DAVANT LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE A LA CAIB



FULL DE COMUNICACIÓ PER SOSPITA DE VIOLENCIA MASCLISTA

DADES DEL CENTRE

Nom del centre:
 Professional de referència:
 Nom i llinatges:
 Núm. de col·legiació:
 Càrrec:

DADES DE LA DONA

Nom i llinatges:
 Nascuda a:
 Data de naixement:
 Telèfons:
 Nacionalitat:
 Situació regularitzada: sí no
 Estat civil i altres situacions:
 fadrina casada separada divorciada
 unió de fet mare fadrina vídua
 en tràmits de separació altres:

DADES DELS NINS I NINES

Nom i llinatges	Edat	Sexe	Data naixement	Curs escolar	Centre escolar

Hi ha visites amb el pare? (en cas de separació): Sí No
 En cas afirmatiu, es dóna amb supervisió: Sí No
 Hi ha sospita que han sofert violència directament?: Sí No
 Hi ha sospita que han presenciat maltractaments a la mare?: Sí No

Observacions:

.....

.....

.....

.....

DADES D'ALTRES PERSONES DEPENDENTS

Nom i llinatges	Data de naixement	Parentiu / vincle

DADES DEL PRESUMpte AGRESSOR

Nom i llinatges:

Relació amb la víctima:

marit exmarit unió de fet excompany superior altres

Temps de convivència: < 1 any de 1 a 2 anys > 3 anys

Fills / filles en comú: sí no

FETS I CIRCUMSTÀNCIES QUE PERMETEN SOSPITAR DE L'EXISTÈNCIA DE VIOLENCIA MASCLISTA

Qüestionari de maltractaments (CMT)⁽¹⁾

Preguntes

El seu marit/la seva parella

1. Respecta els seus sentiments?
2. L'ha insultat, avergonyit o humiliat?
3. L'ha amenaçat a vostè, als seus fills o a alguna persona estimada?
4. Ha romput alguna de les seves coses o algun objecte de la casa?
5. Ha intentat controlar la seva vida o els seus moviments?*
6. Li ha pegat?
7. Ha arribat a produir-li ferides?
8. L'ha obligat a mantenir relacions sexuals sense voler vostè?
9. L'ha amenaçat amb una arma?
10. Ha amenaçat en ferir-la amb una arma o amb un altre objecte?

Mai	Quasi mai	Algunes vegades	Bastants vegades	Quasi sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interpretació:
Qualsevol resposta en casella grisa detecta VG

* Inclou el control continuat del temps, el control de doblers, del temps lliure, de la forma de vestir.

(1) Modificat de: Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Atención Primaria. 2006; 38(2): 82-9.

MANIFESTACIÓ O RELAT DELS FETS PER PART DE LA DONA

ALTRES DADES D'INTERÈS

Ha denunciat els fets sí no

Té intenció de denunciar sí no

Ho ha denunciat abans sí no

Quant (anys): On:

Ha retirat les denúncies anteriorment: sí no

Motius:

Pla d'actuació (si es té pla de treball, entrevistes prèvies, seguiment del cas, derivació a altres serveis...)

..... de..... de 20.....

(Firma)

CONSENTIMENT INFORMAT DEL COMUNICAT

D'acord amb el Protocol interinstitucional de detecció, prevenció i atenció de la violència masclista i en casos d'atacs sexuals de les Illes Balears he estat informada de l'obligatorietat que tenen els centres i serveis sanitaris, socials i escolars de les Illes Balears de comunicar als centres insulars o al Centre Municipal de Recepció, Intervenció i Atenció Integral en Violència Masclista els fets que puguin suposar l'existència de situacions de violència o risc de violència. També he estat informada que la finalitat del comunicat té per objecte prevenir situacions de violència masclista.

D'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informam que les dades personals recollides s'incorporaran i es tractaran en un fitxer de l'Institut Balear de la Dona. Aquestes dades únicament poden ser cedides en els casos que estableix aquesta Llei. Si desitgeu fer ús del dret d'accés, rectificació, cancel·lació u oposició de les vostres dades, adreceu un escrit a l'Institut Balear de la Dona C/ d'Aragó 26, 1r E, 07006, de Palma o al fax 971 774 938.

D'acord amb l'esmentada Llei, he estat informada prèviament i declar l'exactitud i la veracitat de les dades recollides i el seu ús per a la coordinació i el treball conjunt entre els diferents serveis i recursos d'atenció socials, sanitaris i educatius. Aquestes dades no es poden recollir per a finalitats diferents d'aquelles per les quals han estat obtingudes.

El/la professional

La usuària

Nom i llinatges:

Nom i llinatges:

.....,..... de.....de 20.....



BIBLIOGRAFIA

Alberdi I, Rojas Marcos L. Violencia: tolerancia cero. Barcelona: Obra social La Caixa; 2005.

Alonso M, Bedoya JM, Cayuela A, Dorado M, Gómez M, Hidalgo D. Violencia contra la mujer: Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*. 2004; 47:511-20.

Aretio Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit*. 2007; 21(4): 273-7.

Asamblea General de Naciones Unidas. Declaració sobre l'eliminació de la violència contra la dona: 20 de desembre de 1993: Resolució A/RES/48/104. [monografia a internet]. New York: ONU; 1994 [accés 4 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>

Banc de bones pràctiques [seu Web]. Madrid: Fundación Mujeres; 2007. [accés 7 de setembre de 2009]. Informe anual de l'Observatori Estatal de Violència sobre la Dona [1 pantalla]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/bbpb-proyecto.php?id_proyecto=95

Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L et al. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. [revista en Internet] Mayo 2004 [accés 4 de setembre de 2009]; 18(S1): 182-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso

Col•legi Oficial de Metges de Barcelona. Detecció del maltractament intrafamiliar a la dona (MID) [monografia a internet]. Barcelona: l'autor; 2001 [accés 4 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/bonapraxi/quadern13/praxi13.pdf>

Coll-Vinent Puig B. Violencia y maltrato de género (II): Una aproximación desde urgencias. *Emergencias*. 2008; 20: 269-275.

Comissió contra la Violència de Gènere, Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut. Protocol comú per a l'actuació sanitària enfront de la Violència de Gènere. [monografia a internet]. Madrid: Ministeri de Sanitat i Consum; 2007 [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Atención Primaria*. 2006; 38(2): 82-9.

Echeburúa Odriozola E, et al. Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? *FMC*. 2004; 11(6): 293-9.

Ertürk Y. 15 years of the United Nations Special Rapporteur on Violence against Women, its Causes and Consequences (1994-2009): A critical review [monografia a Internet]. New York: Office of the United Nations High Commissionare for Human Rights; 2008 [accés 4 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/rapporteur/docs/15YearReviewofVAWMandate.pdf>

Estudi multipaís de l'OMS sobre la salut de la dona i violència domèstica contra la dona: primers resultats sobre prevalença, esdeveniments relatius a la salut i respostes de les dones a aquesta violència: resum de l'informe. [monografia a internet]. Nova York: OMS, [sd.] [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/index.html

Fernández Alonso M.C. MESA PAPPS: Violencia de género: Retos, controversias y propuestas de actuación para los servicios de salud. *Atención Primaria*. 2008; 40(Supl 1): 11-62.

Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Guía de actuación ante los malos tratos contra la mujer. Valladolid: SocalemFYC, 2005.

Fernández Alonso M^a C, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atenció Primària*. 2003; 32(7): 425-33.

Gil-González D, Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Latour-Pérez J. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act?. *European Journal of Public Health*. 2006; 16(3); 278-284.

Guía de recursos per a les dones a les Illes Balears [monografia a internet]. Palma — Mallorca: Institut Balear de la Dona; 2008 [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en <http://www.caib.es/fitxer/get?codi=182251>

Hombres por la igualdad [sede web]. Jerez de la Frontera: Ajuntament. Departament d'Igualtat i Salut; [s.d.] [accés 4 de setembre de 2009]. Luis Bonino (autor) Obstáculos a la comprensión e intervenciones sobre la violencia (masculina) contra las mujeres [1p.]. Disponible en: <http://www.hombresigualdad.com/obstaculos-bonino.htm>

Informe sobre víctimes mortals per violència domèstica i violència de gènere a l'any 2008. Madrid: Consell General del Poder Judicial; 2009.

Informe del grup d'especialistes per combatre la violència contra les dones. Estrasburg: Consell d'Europa;1997.

Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002; 359(20): 1423-1427.

Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al. World report on violence and health [monografia a internet]. Geneva: World Health Organization, 2002 [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>

L'atenció sociosanitària enfront de la violència contra les dones. Madrid: Institut de la Dona; 2001.

Observatori de la Violència de Gènere [sede Web]. Madrid: Fundación Mujeres; 2006. [accés 7 de setembre de 2009]. III Macroenquesta sobre la violència contra les dones [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=100>

Patró Hernández R. Guia sobre la violència contra la dona. [s.l.]: Caja Mediterráneo. Obra Social; 2007.

Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España [article a internet]. *Gac Sanit*. 2008 [accés 7 de setembre de 2009]; 22(5): 415-420. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500005&script=sci_arttext

Protocol d'actuació en Atenció Primària per a dones víctimes de maltractaments [monografia a internet]. Castella-La Manxa: Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública i Participació; [s.d.] [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence: systematic review. *British Medical Journal*. 2002; 325: 314-326.

Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisad 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. *Atenció Primària*. 2004; 34: 117-27.

Rodríguez Gimena M, Pérez Alonso E, Moratilla Monzó L, Pires Alcaide M, Escortell Mayor E, Lasheras Lozano M et. al. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. [Monografía a internet]. Madrid: Direcció General de Salut Pública i Alimentació. Conselleria de Sanitat; 2008 [accés 4 de setembre de 2009]. Disponible en:

<http://www.publicaciones-isp.org/productos/d123.pdf>

Romero I. Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. *Papeles del Psicólogo* [revista a internet] 2004 [accés 4 de setembre de 2009]; 25(088):19-25. Disponible en

<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1156>

Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño I, Álvarez-Kindelán M, Palomo-Pinto M, Arnalte-Barrera M, Bonet-Pla A et. al. Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women.

Ann Epidemiol. 2006; 16(5): 357-63.

Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso P, Montero Piñar I. La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit* [revista a internet] 2006 [accés 4 de setembre de 2009]; 20(3): 202-8. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n3/original6.pdf>

Sadowski L. Intimate partner violence towards women. *Clinical Evidence*. 2009; 02:1013.

Seoane Pascual L. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud: Informe del estudio cualitativo. Document tècnic 92 [monografía a internet]. Madrid: Institut de Salut Pública. Comunitat de Madrid; 2004 [accés 4 de setembre de 2009]. Disponible en:

<http://www.publicaciones-isp.org/productos/d092n.pdf>

Sepúlveda García de la Torre A. La Violencia de Género como causa de maltrato infantil. *Cuad Med Forense* [revista a internet] 2006 [accés 4 de setembre de 2009]; 12(43-44): 149-164. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100011&lng=es&nrm=iso

Swan S, Gambone L, Caldwell J, Sullivan T, Snow D. A Review of Research on Women's Use of Violence With Male Intimate Partners. *Violence and Victims*. 2008; 23(3): 301-314.

Velasco Arias S. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. [monografía a internet]. Madrid: Institut de la Dona; 2006 [accés 4 de setembre de 2009]. Disponible en:

<http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>

Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardeta C. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España: Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac Sanit* [revista a internet] 2007 [accés 4 de setembre de 2009]; 21(4): 298-305. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000600006&lng=es&nrm=iso

Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C.

Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario: ¿Una intervención basada en la evidencia?. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(3): 101-4.

Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C.

Revisión sistemática de los estudios sobre el nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a sus parejas. *Gac Sanit.* 2007; 21(5): 425-30.

Voces de hombres por la igualdad [sede web]. [s.l.]: Chema Espada; [s.d.] [acces 4 de setembre de 2009]. Luis Bonino (autor): Micromachismos: El poder masculino en la pareja “moderna” [21 p.]. Disponible en: <http://vocesdehombres.wordpress.com/35/>

Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. *Journal of the American Medical Association.* 2003; 289(5): 589-600.

World Health Organization [seu web]. New York: OMS; 1998 [acces 4 de setembre de 2009]. Violència contra la dona: Un tema de salut prioritari [45 pàg.]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf

Walker LE. Battered woman syndrome: empirical findings. *Ann NY Acad Sci.* 2006; Nov(1087): 142-57.

Zink T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. Medical management of intimate partner violence considering the stage of change: pre-contemplation and contemplation. *Ann Fam Med.* 2004; 2(3):231-239.



PÀGINES WEB D'INTERÈS

Figueiras Ruiz, Iván. Asociación Clara Campoamor [seu Web]. [s.l.]: l'autor; 2009 [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.claracampoamor.com/>

Fundació de la Comunitat Valenciana per a l'Estudi de la Violència. Centro Reina Sofia [seu Web]. [València]: l'autor; [s.d.] [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.centroreinasofia.es>

Comissió per a la Investigació de Maltractaments a Dones [seu web]. [s.l.]: l'autor; [s.d.] [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.malostratos.org>

Ministeri d'Igualtat. Institut de la Dona. Delegació del Govern per a la Violència de Gènere [seu web]. [Madrid]: l'autor, [s.d.] [accés 7 de setembre de 2009].
http://www.inmujer.migualdad.es/violencia-mujer/Index_Delegacion.html

Observatori de la violència de gènere. [sede Web]. [Madrid]: Fundación Mujeres, 2006 [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org/>

Consell General del Poder Judicial. Observatori contra la Violència Domèstica i de Gènere [seu web]. [Madrid]: l'autor, [sd.] [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpj/cgpj/principal.htm>

Themis: Asociación de mujeres juristas. [seu web]. [Madrid]: l'autor, [sd.] [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.mujeresjuristasthemis.org/>

Lozoya JA, Bedoya JM. Voces de hombres por la igualdad [seu web]. [sl.]: Chema Espada; [s.d.] [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://vocesdehombres.wordpress.com/>

Ajuntament de Xerès de la Frontera. Hombres por la igualdad. [sede Web]. Xerès de la Frontera: l'autor; 2000 [accés 7 de setembre de 2009]. Disponible en: <http://www.hombresigualdad.com/>