



Guia

D'ATENCIÓ A LA VIOLÈNCIA INTRAFAMILIAR I DE GÈNERE

OCTUBRE DE 2008

Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere

Maquetació: Núria Garí. Àrea d'Audiovisuals. Hospital Clínic de Barcelona

Guia

**D'ATENCIÓ A
LA VIOLÈNCIA INTRAFAMILIAR
I DE GÈNERE**

Guia

D'ATENCIÓ A LA VIOLÈNCIA INTRAFAMILIAR I DE GÈNERE

Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere

PRESENTACIÓ	7
INTRODUCCIÓ	9
DEFINICIÓ DE MALTRACTAMENTS	10
Violència de gènere	10
Maltractament a la gent gran	11
Maltractaments a menors	12
VIOLÈNCIA DE GÈNERE	14
Identificació	14
Actuació	15
VIOLÈNCIA EN LA GENT GRAN	18
Identificació	18
Actuació	20
VIOLÈNCIA EN LA INFÀNCIA	22
Identificació	22
Actuació	23
BIBLIOGRAFIA	25
ESQUEMES	26
TAULES I ANNEXOS	29

EDITA

Hospital Clínic de Barcelona

Membres de la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere

Dr. Manel Santinià (President)

Sra. Dolores Rodríguez (Secretària)

Sra. Malena Carpallo

Dra. Anna Carreño

Sr. Ferran Céspedes

Dra. Blanca Coll-Vinent

Sra. Teresa Echevarría

Dr. Juan José Espert

Sra. Úrsula Farràs

Sra. Antonia Gahete

Dr. Felipe Garcia

Dra. Lluïsa Garcia

Sra. Esther González

Dra. Zoe Herrerías

Sra. Maite Ibáñez

Sra. Elena Lagarda

Dra. Raquel Ágata León

Sra. Begoña Martínez

Dr. Ferran Masanés

Dr. Josep Millà

Dra. Anna Pericot

Sra. Llum Rodríguez

Sra. Lluïsa Serrat

Sra. Montserrat Suárez

Sra. Montserrat Vila

Núm. de dipòsit legal

B-38851-2007

Presentació

L'interès per l'abordatge assistencial de la violència intrafamiliar i de gènere s'inicia l'any 1998, a partir de les conclusions d'un treball descriptiu previ, realitzat per Infermeria i Treball Social del Servei d'Urgències, que pretenia analitzar el fenomen de les agressions com a motiu de consulta, quantificar els casos atesos en aquell moment i seguir-ne l'evolució.

La mort d'una dona de 60 anys, cremada viva a mans del seu marit, després d'haver denunciat a la televisió quaranta anys de maltractaments, va marcar un punt d'inflexió en la lluita contra la violència de gènere i en la conscienciació social sobre la magnitud d'aquest problema. Es va evidenciar el fenomen de la violència, que inicialment s'anomenà domèstica, i es van visualitzar els casos de dones maltractades i assassinades a mans dels seus companys o excompanys. L'any 2004 va ser aprovada per unanimitat la "Ley integral contra la violencia de género".

L'evolució dels fenòmens violents i el seu coneixement més profund han fet possible l'estudi de la seva complexitat i dels diferents aspectes que abasta: social, cultural, econòmic i sanitari. L'anàlisi de la violència ha de tenir vessants especialitzats. Així, trobem la violència de gènere, la intrafamiliar, la social (bandes) i la política (guerres, conflictes, terrorisme). La violència s'estableix perquè hi ha qui es considera superior a un altre, ja sigui per raó religiosa, econòmica, política o de sexe i considera que aquest s'ha de sotmetre als seus interessos.

És innegable que viure sota violència crònica o aguda és pernicios per als éssers humans. Qui pateix la violència està obligat a compensar constantment l'estrès i les mancances que aquesta situació li provoca, a través de diferents mecanismes, els quals mai li produiran l'equilibri biopsicosocial que l'OMS anomena salut.

L'any 1999, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir de manera contundent aquesta relació (violència-salut) i va manifestar el compromís dels professionals de la salut per atendre aquest fenomen, ja sigui actuant sobre el factor de risc (prevenció primària), intentant resoldre les seves conseqüències un cop instaurat (prevenció secundària) o prevenint la seva evolució o complicacions majors (prevenció terciària).

La Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere (CVIG) de l'Hospital Clínic es consolidà l'any 2000 com un grup multidisciplinari estable, sota la direcció del Servei d'Urgències a càrrec del doctor Josep Millà i la cap de Gestió d'Infermeria, Úrsula Farràs.

La CVIG està formada pels professionals que intervenen en l'assistència dels pacients des dels diferents àmbits: assistència hospitalària i totes les especialitats que en un moment determinat són necessàries per aconseguir una atenció integral. El lloc web de l'Hospital Clínic de Barcelona (www.hospitalclinic.org) recull tota la informació sobre el funcionament de la Comissió i la manera de comunicar-se amb els seus membres.

En la Guia trobareu les dades sobre els casos atesos anualment. El Comitè de Qualitat d'aquesta Comissió fa el seguiment dels circuits i de les intervencions efectuades, i evidencia una resposta satisfactòria tant per part dels pacients com per part dels equips.

El primer repte de la Comissió, i el més important, és convèncer la resta de professionals que estem parlant d'un problema de salut que afecta la nostra praxi i sobretot els nostres pacients. El segon, i no

menys important, és donar les eines i difondre els circuits establerts per actuar en la detecció de pacients en aquestes condicions. I el tercer és seguir les línies d'investigació que ens aportin més informació sobre el tema i millores en els sistemes d'informació.

Comptem amb vosaltres per poder assumir aquest repte sanitari i per millorar la nostra activitat.

COMISSIÓ DE VIOLÈNCIA INTRAFAMILIAR I DE GÈNERE

Introducció

En els darrers anys s'està vivint d'una manera més visible el problema de la violència, especialment la que pateixen les dones, l'anomenada violència de gènere. Aquesta major visibilitat comporta més sensibilització social i sanitària, i també un coneixement més ampli del que és, del que representa i del que cal fer per identificar les situacions de maltractament i posar-hi cura.

La violència intrafamiliar i de gènere afecta un ampli sector de la població i les causes són múltiples: culturals, educacionals, socials, sanitàries, legislatives, econòmiques i laborals, per la qual cosa es necessita un abordatge interdisciplinari.

En l'àmbit de la salut, davant una situació de maltractament en qualsevol dels seus nivells, es pot identificar i actuar. L'Atenció Primària, pel paper que té en l'àmbit de la prevenció i el manteniment de la salut, pot desenvolupar una tasca molt important per fer aquesta funció d'identificació i prevenció dels possibles danys psicològics i físics de les persones que pateixen maltractament.

L'Atenció Hospitalària, pel paper que té en l'àmbit de la curació i la rehabilitació de la salut pot fer també la funció de detecció de casos de maltractament i iniciar els procediments adequats per posar-hi cura en coordinació amb els altres nivells assistencials.

L'Atenció Sociosanitària, pel paper que té en l'àmbit del manteniment de la bona qualitat de vida de la gent gran, pot identificar els problemes que es donen en aquest col·lectiu pel que fa als maltractaments.

Per tant, els serveis sanitaris han de desenvolupar un important paper en la lluita contra la violència intrafamiliar. Els professionals sanitaris tenen l'oportunitat de fer servir aquesta guia com a eina per a l'abordatge dels casos de violència intrafamiliar, en les seves diferents presentacions, d'una manera eficaç.

Definició de maltractament

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, contra un mateix, una altra persona, un grup o una comunitat, que causi o tingui moltes possibilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorns del desenvolupament o privacions.

La classificació utilitzada en l'informe sobre la violència i la salut divideix la violència en tres grans categories, segons qui sigui l'autor de l'acte violent:

- [Violència dirigida contra un mateix](#)
- [Violència col·lectiva](#)
- [Violència interpersonal](#)

La violència dirigida contra un mateix comprèn els comportaments suïcides i les autolesions.

La violència col·lectiva pot ser física, política o econòmica.

La violència interpersonal es divideix en la violència intrafamiliar i la violència comunitària. La violència intrafamiliar és la que es dona en el si de la família i/o en les relacions afectives. Sota aquest context es pot exercir la violència vers els altres membres de la família, ja sigui dirigit a la parella, pares, fills, avis o germans, és a dir, que comprèn la violència contra la parella, el maltractament a gent gran i el maltractament a menors. Aquesta violència potser física, sexual, psicològica o de privació/desatenció.

VIOLÈNCIA DE GÈNERE

L'ONU defineix la violència de gènere com qualsevol acte o intenció que origini danys o patiment físic, sexual o psicològic a la dona, incloent-hi les amenaces a partir d'aquests actes i la privació arbitrària de llibertat. L'any 1995, a la Conferència Mundial de la Dona de l'ONU a Beijing, es va remarcar que la violència de gènere era una manifestació de les relacions de poder històricament desiguals, i es feia una clara referència a la importància que tenia en aquest fet la cultura.

Encara avui en dia la violència contra les dones continua essent en molts casos un fenomen amagat, socialment vist com a normal i que pertany a l'àmbit de la vida privada de la persona, parella o família.

Entre el 10% i el 69% de les dones de tot el món diuen haver estat objecte d'agressions físiques per part de la seva parella masculina, en algun moment de la seva vida. A Espanya, l'any 2006, el Instituto de la Mujer va fer una macroenquesta telefònica a dones més grans de 18 anys que va identificar que el 9,6% de la mostra estava afectada per maltractaments, encara que només el 4,2% es considerava maltractada. També s'objectivava que la violència afectava totes les classes socials, nivells econòmics i educatius, i tant les dones que vivien en zones rurals com en zones urbanes. També afectava totes les edats, encara que entre els 45 i els 64 anys s'observaven més casos i es detectava un augment de prevalença amb l'edat.

Habitualment coexisteixen diferents tipus de violència en una mateixa relació de parella. En molts casos el maltractament comença amb conductes de control i desvaloració de la dona. Més endavant és freqüent el maltractament sexual i, si no s'aconsegueixen els objectius d'obediència i submissió per part de la dona, s'acostuma a passar al maltractament físic. La major part de les víctimes d'agressions físiques es veuen sotmeses a múltiples actes de violència durant llargs períodes de temps i acostumen a patir més d'un tipus de maltractament. En la mateixa enquesta esmentada, dos terços de les dones preguntades portaven més de cinc anys en una situació de maltractament. La violència de gènere no és un acte puntual, sinó que és un procés que es va instaurant i cronificant en el temps, per la qual cosa és necessari detectar-lo precoçment i prevenir el seu desenvolupament, manteniment i seqüeles.

La violència té greus conseqüències per a la salut de la dona a curt i llarg termini. La dona que pateix maltractaments presenta nombrosos símptomes de patiment psíquic (disminució de l'autoestima, ansietat i depressió, fonamentalment), a més de lesions físiques. La violència continuada genera estrès crònic que afavoreix l'aparició de malalties i empitjora les existents. A més, cal tenir en compte que hi ha una xifra elevada de dones que moren assassinades per les seves parelles o exparelles. Només en l'any 2007 aquesta xifra va ser de 71 dones.

Les dones víctimes de maltractaments acudeixen més als serveis sanitaris que les altres i se sotmeten més a cirurgia, perllonguen més la seva estada hospitalària i consumeixen més fàrmacs.

En la major part dels casos els professionals de la salut no detecten que el problema de salut que presenta la pacient tingui el seu origen en un maltractament de vegades crònic. Hi ha barreres psicològiques i culturals que dificulten que les dones ho expliquin. Aquestes barreres conviuen amb les barreres organitzatives i formatives. La conseqüència de tot això és la dificultat perquè els professionals sanitaris identifiquin de forma correcta i precoç els casos de maltractament.

MALTRACTAMENT A LA GENT GRAN

El procés d'envelliment de la població, i en especial en els països desenvolupats, constitueix un fet sense precedents a la història de la humanitat. Aquest fet, juntament a d'altres produïts a la nostra societat, ha comportat una sèrie de canvis socials que cal abordar. El procés d'envellir, i en concret la progressiva pèrdua d'autonomia personal i econòmica lligats al mateix procés, pot ser una font de conflictes entre la persona gran i el seu entorn.

Encara que el fenomen de la violència no és aliè a les persones grans, els professionals sanitaris no ens hem començat a preocupar fins fa tot just una dècada.

Es defineix com a maltractament a la gent gran qualsevol acte o omissió que produeixi dany, de forma intencionada o no, practicat sobre persones grans, que tingui lloc en el medi familiar, comunitari o institucional i que vulneri o posi en perill la seva integritat física o psíquica, així com el principi d'autonomia o la resta de drets fonamentals de l'individu. Aquests fets es poden constatar de manera objectiva o ser percebuts de manera subjectiva.

Hi ha estudis que indiquen que entre el 4% i el 6% de la població d'edat avançada pateix algun tipus de maltractament a la llar. Els estudis existents són escassos i probablement estem davant un problema més important del que ens pensem.

MALTRACTAMENT A MENORS

Un menor o una menor és maltractat quan és objecte de violència física, psíquica i/o sexual, o si pateix manca d'atencions per part de les persones o de les institucions de les quals depèn per al seu desenvolupament (Societat Catalana de Pediatria).

Existeixen diferents tipus de maltractament infantil:

■ Maltractament físic:

Qualsevol acció no accidental per part dels pares o dels qui en tenen cura que provoqui dany físic o malaltia en el nen o nena o el col·loqui en greu risc de patir-ho.

■ Abandonament físic o negligència:

Aquella situació en la qual les necessitats físiques bàsiques del menor no són ateses temporalment o permanentment per cap membre adult del grup amb el qual conviu (alimentació, higiene, atenció mèdica, educació, vestit, vigilància, seguretat).

■ Maltractament emocional:

Hostilitat verbal crònica en forma d'insult, burla, menyspreu, crítica o amenaça d'abandonament i constant bloqueig de les iniciatives d'interacció infantils per part de qualsevol membre adult del grup familiar.

■ Abandonament emocional:

Manca persistent de resposta per part dels pares/tutors o d'una figura adulta estable, a certs senyals o expressions emocionals del nen o nena o als intents d'aproximació, interacció o contacte cap als adults.

■ Abús sexual:

Qualsevol classe de contacte sexual en un nen o nena menor de 18 anys per part d'una persona més gran, des d'una posició de poder o autoritat sobre ell o ella.

■ Síndrome de Münchausen per poders:

L'adult sotmet l'infant a continus ingressos hospitalaris o a exàmens mèdics tot descrivint símptomes físics patològics, ficticis o generats de forma activa pel mateix adult.

■ Maltractament prenatal:

Manca de cura per acció i/o omissió del propi cos i/o autosubministrament de substàncies o drogues de la dona en el procés de gestació que, d'una manera conscient o inconscient, perjudica el fetus del qual es la portadora.

El primer estudi realitzat amb dades de maltractament infantil a Catalunya és de l'any 1988 i la incidència del maltractament infantil era de 5,09 per mil habitants. En el darrer estudi realitzat l'any 1999, la prevalença dels infants maltractats o amb risc de ser-ho, detectats amb diferents graus de sospita, és de 18,02 per mil en la població catalana menor de 18 anys.

Igualment s'indica que les edats més baixes són les que reben menys maltractament. A partir dels 4-5 anys s'inicia una tendència a l'alça que es manté fins als 10-15 anys.

Els nens pateixen cops i càstigs físics amb més freqüència que les nenes, mentre que aquestes tenen més risc d'infanticidi, abús sexual i abandonament, així com de veure's obligades a prostituir-se.

En el 80,2% dels casos la figura maltractadora és el pare i la mare biològics, que actuen de forma individual (33,6%, la mare i 19,8%, el pare) o com a parella (46,6%).

Violència de gènere

IDENTIFICACIÓ

La majoria de víctimes de violència de gènere no manifesten obertament la situació en la qual es troben. A més, la simptomatologia derivada d'un maltractament acostuma a ser inespecífica o poc evident. Les lesions traumàtiques, que són les que més criden l'atenció, són les més infreqüents. D'altra banda, el personal sanitari rarament sospita l'existència d'una situació de maltractament intrafamiliar. Encara que existeixen alguns indicadors que poden fer sospitar l'existència d'una situació de maltractament (Taula 1), molts casos poden passar desapercebuts. Per això s'aconsella el cribratge sistematitzat. S'han proposat múltiples maneres de fer aquest cribratge, des d'entrevistes personals a instruments de cribratge curts i sistematitzats, que són els que s'han demostrat més efectius. Al nostre país, recentment, la doctora LL. Garcia-Esteve ha dirigit un treball de recerca per tal de validar diferents instruments de cribratge utilitzats en altres països (Annex 1).

Les víctimes de violència domèstica no reconeixen ser-ho d'una manera espontània, però sí que admeten determinades agressions, per la qual cosa les preguntes han de ser específiques. Algunes de les preguntes recomanades són les següents:

- En el darrer any algú li ha donat cops, bufetades o puntades de peu?
En cas afirmatiu, qui?
- Alguna vegada la seva parella o exparella li ha donat cops, bufetades o puntades de peu?
- Es relaciona vostè amb algú que la maltracti físicament o que l'amenaci?
- Algú li ha infringit aquestes lesions?
- Alguna vegada la seva parella o exparella l'ha pegat o lesionat físicament? Alguna vegada algú pròxim a vostè l'ha amenaçat de lesionar-la?
- Se sent vostè controlat/da o aïllat/da per la seva parella?
- A casa seva van bé les coses?
- Alguna vegada ha tingut por de la seva parella? Se sent vostè en perill? És segur per a vostè tornar a casa?
- Alguna vegada la seva parella l'ha forçat a tenir relacions sexuals? Alguna vegada la seva parella s'ha negat a practicar sexe segur?

Les preguntes sobre la possible situació de maltractament s'han de fer en un lloc privat. No s'han de fer si algun membre de la família hi està present, ni tan sols els fills. S'han de tenir en compte les peculiaritats culturals de cada pacient. Idealment l'haurien de fer treballadors de la salut educats adequadament sobre violència domèstica, incloent-hi competència cultural, que haurien d'estar formats tant en

la manera de preguntar com en la intervenció posterior. L'entrevistador ha de ser una persona que amb la seva actitud professional i empàtica afavoreixi que la pacient sigui capaç d'explicar la situació que està vivint.

Mai s'ha de culpabilitzar la pacient pel que li passa. Les persones agredides sovint se senten culpables de la situació i necessiten una confirmació que elles no són les culpables de l'agressió. La violència és una situació inacceptable i unilateral per part de l'agressor.

Per facilitar la comunicació i l'empatia amb les persones afectades i per trencar les barreres que puguin existir per part del professional de la sanitat, existeixen algunes fórmules per introduir el tema. Alguns exemples són els següents:

- Pel fet que la violència és tan habitual en la vida de moltes persones he començat a preguntar als meus pacients sobre ella.
- Em preocupa que els seus símptomes puguin estar causats per algú que l'estigui maltractant.
- No sé si aquest és un problema per a vostè, però algunes de les dones que visito pateixen relacions abusives. Aquestes dones estan massa espantades o avergonyides per comentar-ho directament, per això he començat a preguntar-ho de forma sistemàtica.

ACTUACIÓ

Davant una resposta afirmativa ha de seguir la intervenció. És molt important donar suport a les pacients que es troben en aquesta situació. Si no, la detecció no solament és inútil sinó que fins i tot pot ser perjudicial. Per aquest motiu és bàsic que hi hagi una bona coordinació entre els diferents nivells assistencials (Atenció Hospitalària-Atenció Primària i Atenció Mèdica-Atenció Social).

Sempre s'ha de tenir en compte la situació personal de cada persona. Moltes dones agredides no volen trencar la relació amb el seu agressor per múltiples motius (por, amor, dependència econòmica, normes culturals i religioses, pressions familiars, incerteses...) i, per tant, mai no s'ha d'obligar a fer cap acció ni s'ha de castigar la manca de resposta a consells o oferiments per part del personal sanitari o social. En aquest sentit, s'ha de tenir en compte que una dona està més en perill en els sis mesos següents a la marxa del seu domicili que si roman amb l'agressor.

En tots els casos s'han de tenir en compte els aspectes següents:

- Atenció mèdica i d'infermeria
- Atenció social
- Actuació legal

Atenció mèdica i d'infermeria

Inicialment i independentment del grau de sospita o de risc, s'ha d'atendre el motiu mèdic actual pel qual consulta la pacient. Aquest motiu pot estar relacionat directament amb el maltractament (lesions traumàtiques, intents d'autòlisi, violacions), estar-hi indirectament (somatitzacions, símptomes psiquiàtrics) o no estar-hi.

Quan el maltractament s'identifica en l'àmbit de l'hospital s'han de fer les interconsultes pertinents amb les diferents especialitats que han d'atendre la víctima en funció dels problemes que presenti. Cal, sempre, valorar la pertinença d'una interconsulta amb el Servei de Psiquiatria per tal de tenir un diagnòstic més acurat sobre quina és la situació de la dona.

Atenció social

És important comunicar qualsevol situació de maltractament, encara que només sigui una sospita, a Treball Social. Treball Social informa la dona dels recursos que hi ha i si s'escau la posa en contacte amb el recurs adequat a la seva situació. L'actuació concreta dependrà de la voluntat d'aquesta persona de reconèixer i/o de denunciar la situació i del nivell de risc de la persona afectada de tornar al seu domicili.

Segons la primera premissa es poden donar tres situacions:

- Que el personal sanitari sospiti una situació de maltractament però que la pacient no la reconegui.
En aquest cas mai no s'ha de forçar la pacient a reconèixer la situació i molt menys a actuar per sortir-se'n. S'ha d'oferir suport de manera general i deixar la porta oberta a noves consultes. En el nostre centre s'oferix una guia de telèfons i adreces d'ajuda per si la pacient les vol utilitzar en algun moment.
- Que la pacient reconegui la situació de maltractament però que no la vulgui denunciar.
En aquest cas s'oferixen els recursos necessaris d'acord amb la situació social i el risc de la pacient.
- Que la pacient reconegui la situació de maltractament i la vulgui denunciar.
En aquest cas, s'actua igual que en l'apartat anterior i, a més, si cal, es dona informació sobre els tràmits que haurà de fer la dona per posar la denúncia.

D'acord amb el risc, la situació de maltractament que pateix una persona es pot classificar globalment en tres nivells:

Nivell I: NIVELL SUBCLÍNIC.

Es dona quan la relació de parella no va bé. Per exemple, la dona no té possibilitat de parlar amb la parella, o hi ha por. Però no hi ha manifestacions clíniques, per la qual cosa, si no es pregunta, la situació passa desapercibuda. Aquest nivell s'acostuma a detectar a l'Atenció Primària. És el nivell en què es pot ajudar més precoçment i actuar més preventivament.

Nivell II: En aquest nivell el maltractament és fonamentalment de tipus psicològic. Pot haver-hi abús de fàrmacs, ansietat, desvaloració. La parella no deixa sortir la dona de casa sola, no li dona diners. Hi ha control econòmic i social.

Nivell III: En aquest nivell hi ha maltractament de tipus físic o idees autolítiques. La parella amenaça amb pegar o matar la víctima. Aquest nivell representa una situació de molt risc i implica que la víctima no pot tornar a casa seva.

En l'Annex 2 es descriu l'actuació recomanada en cada un d'aquests nivells.

A més, hi ha determinats indicadors de risc vital que s'han de valorar en cada ocasió puntual sigui quin sigui el nivell assistencial en el qual detectem la situació. Aquests indicadors, que acostumen a donar-se en una situació de maltractament de nivell III, són els següents:

- Consum de drogues o abús d'alcohol per part de l'agressor
- Augment de la freqüència dels episodis de violència
- Lesions greus
- Maltractaments a fills o altres membres de la família
- Canvis en la situació laboral de l'agressor
- Fase de separació conjugal
- Amenaces de mort amb posterioritat a la presentació de denúncia per part de la dona
- Psicopatologia (deliri de gelosia, paranoia...)
- Possessió d'armes de foc per part de l'agressor (amb llicència o sense)
- Pertinença de l'agressor a un cos de seguretat (mossos d'esquadra, policia local...)

És molt important no subestimar el risc. Si es detecta algun d'aquests indicadors o la pacient assegura que es troba en situació de risc vital, cal donar-li credibilitat i adoptar les mesures pertinents.

Si creiem que el risc vital és immediat cal fer veure la situació de perill i gestionar la sortida del domicili. Treball social es posarà en contacte amb l'equip d'Atenció a la Dona per tal d'iniciar aquest procés.

Actuació legal

Per últim, s'han d'emplenar els documents legals adequats en cada cas. La història clínica sempre s'ha de redactar correctament i cal descriure les lesions, les troballes, la patologia, la cronologia i els procediments diagnòstics i terapèutics. S'ha d'utilitzar el mapa anatómic, en el qual s'han de dibuixar les lesions trobades a l'exploració física. Si es confirma una situació de violència intrafamiliar i/o de gènere s'ha d'anotar en la història clínica amb les sigles "VIG". Si se sospita, cal anotar "sospita VIG" i codificar el cas d'acord amb l'IC9-CM (Annex 3).

En els casos de lesions físiques, agressions sexuals, intoxicacions, o intents d'autòlisi sempre s'ha d'emplenar un comunicat judicial en què s'expliqui bé el tipus de lesions, les intervencions diagnòstiques i terapèutiques i la gravetat del quadre clínic.

En els casos d'agressions sexuals, si la víctima vol presentar denúncia, s'ha d'avisar el metge forense perquè faci la valoració pertinent a l'hospital (vegeu la Guia d'Agressions Sexuals).

Violència en la gent gran

IDENTIFICACIÓ

La detecció d'una situació de maltractament en aquests pacients és més difícil perquè poden presentar deteriorament cognitiu que els impedeixi respondre correctament l'anamnesi i perquè depenen físicament d'un cuidador, que pot ser l'agressor. En aquest darrer cas, la violència pot incloure no solament el maltractament psicològic, físic o sexual sinó també la negligència amb la medicació, els aliments, l'equipament o el transport necessaris per a la vida diària.

Els factors de sospita són els mateixos que en la població general. El cribatge s'ha de fer igualment en tots els pacients, encara que tindrà alguns trets diferencials:

- Identificació de signes somàtics i símptomes d'abús
- Avaluació de la plausibilitat de les explicacions dels acompanyants
- Provisió de testimonis d'experts
- Valoració del nivell cognitiu i dels factors de salut que el puguin afectar

Encara que hi ha una sèrie d'instruments de cribatge per a la detecció, es considera que no hi ha evidències científiques suficients que aconsellin o rebutgin la utilitat de qüestionaris per al cribatge rutinari d'abús i maltractament a les persones grans. S'aconsella estar alerta davant de signes i símptomes clínics i de conductes relacionats amb l'abús i la negligència. Se suggereix que en el curs de l'entrevista clínica s'inclouguin preguntes per detectar riscos i signes d'abús i maltractament a fi d'identificar-los. La Taula 2 especifica els factors de risc i vulnerabilitat pel fet de ser víctima d'abús i/o maltractament.

L'entrevista clínica s'ha de fer en un marc de tranquil·litat i anonimat. Hem de preguntar pels factors de risc i indagar en els signes que ens han alertat i sobre la possibilitat de l'existència de maltractament, per actituds, comportaments i símptomes. Hi ha algunes normes per facilitar l'entrevista:

- Entrevistar la persona sola i amb qui en té cura, per poder analitzar la relació que tenen i els possibles canvis d'actitud, quan està sola o quan està en la seva presència.
- Donar confiança i facilitar l'expressió de sentiments.
- Garantir la confidencialitat.
- Mantenir la conversa en un llenguatge clar i comprensible.
- Preguntar sobre els factors de risc.
- Fer algunes preguntes que siguin aclaridores perquè la persona expliqui el seu problema.

Alguns exemples d'aquestes preguntes són els suggerits per les associacions mèdiques següents:

ASSOCIACIÓ MÈDICA AMERICANA

- Algú li ha fet mal a casa?
- Té por d'alguna de les persones que viuen amb vostè?
- L'han amenaçat/da?
- L'han obligat a signar documents que no entén?
- Algú li ha posat dificultats perquè pugui valdre's per si mateix/a?

CANADIAN TASK FORCE

- Algú l'ha tocat sense el seu consentiment?
- Algú l'ha obligat a fer coses en contra de la seva voluntat?
- Algú agafa coses seves, sense el seu permís?
- Està sol/a sovint?

L'exploració física ha de ser acurada amb la finalitat de detectar algun signe que ens pugui mostrar l'evidència d'abús. Cal objectivar si hi ha lesions i/o hematomes i veure si la versió que ens dona de com s'ho ha fet es correspon a la lesió que s'observa. També cal tenir en compte si hi ha desnutrició sense causa aparent, visites repetides a urgències per diferents motius i contradiccions en el relat del que ha passat entre el/la pacient i la persona que en té cura.

També cal explorar les actituds i l'estat emocional: por, inquietud, passivitat, alteracions de l'estat emocional, depressió, ansietat, confusió.

Els signes següents ens poden alertar precoçment d'una situació d'abús o de maltractament:

- Explicacions poc coherents de com s'ha produït una lesió determinada
- Retard en la sol·licitud d'assistència
- Visites repetides als serveis d'urgències per diferents motius
- Administració involuntària de fàrmacs
- Absència de resposta a tractaments adequats
- Mala evolució de les lesions, com úlceres, després d'aplicar-hi les mesures adients
- Desnutrició sense causa aparent
- Deshidratació
- Caigudes reiterades

- Contradiccions entre les explicacions que dona el/la pacient i la persona que en té cura
- Actitud de por, inquietud, passivitat
- Estat emocional alterat, depressió, ansietat, confusió
- Negativa del cuidador a deixar sola la persona gran

ACTUACIÓ

Si s'arriba a una clara sospita que la persona gran està patint abús i/o maltractament, s'ha de fer una valoració del risc i s'ha d'esbrinar si és una situació aguda o crònica, i establir un pla d'actuació integral que, com en el capítol anterior, ha de contemplar l'atenció mèdica i d'infermeria, l'atenció social i l'actuació legal.

Atenció mèdica i d'infermeria

S'ha d'abordar la situació física i psicològica de la persona gran. S'ha de contactar amb els serveis especialitzats que es requereixin en cada cas (Traumatologia, Medicina Interna, Cirurgia, Psiquiatria...). En el cas que la detecció sigui a l'Atenció Primària també s'ha de tenir en compte la possibilitat de remetre el/la pacient al Servei d'Urgències per fer-ne una valoració específica. Si es diagnostica un trastorn depressiu cal tenir cautela en la indicació de psicofàrmacs i sobretot valorar sempre el risc d'autòlisi.

Atenció social

En tots els casos s'ha de contactar amb Treball Social, que serà l'encarregat d'adoptar les mesures pertinents en cada cas.

S'ha de tenir especial cura en el coneixement del context en el qual viu la persona gran i la seva voluntat, quan encara conserva les seves facultats mentals, a l'hora de prendre una decisió. S'ha d'informar el/la pacient sobre la tendència i les conseqüències de l'abús i cercar estratègies de protecció i un pla de seguretat (telèfons d'ajuda, teleassistència...). També se li han d'explicar les alternatives, escoltar els seus desitjos i fer un seguiment de la situació.

Si la persona no està capacitada cal posar-ho en coneixement dels serveis socials i dels de protecció de l'adult.

També cal veure si aquesta situació ha vingut motivada per la sobrecàrrega o per un trastorn psicopatològic del cuidador o cuidadora. En aquest sentit es poden posar en pràctica mesures de suport social i mèdiques.

En l'Annex 4 es detallen una sèrie d'estratègies i intervencions orientades a l'ajut de la persona gran que pateix abús i/o maltractament i al responsable d'aquesta situació.

Atenció legal

En aquests casos, també és fonamental redactar bé la història clínica i anotar-hi totes les troballes de l'anamnesi i de l'exploració física, i també la situació psicològica i social del/de la pacient.

Si procedeix, s'ha de fer un comunicat de lesions.

És possible que ens trobem amb el rebuig de la pròpia víctima en el moment de formular la denúncia, per por a represàlies del cuidador o cuidadora, que en molts casos és un familiar. Aquesta qüestió l'ha d'analitzar l'equip assistencial, tenint en compte la seva voluntat i la d'altres membres de la família. En el cas que finalment vulgui interposar una denúncia, se li hauran d'explicar les passes legals necessàries per formalitzar-la.

En certs casos, si la víctima no vol interposar una denúncia, pot ser útil posar en coneixement de la fiscalia la situació de risc greu detectada pels professionals sanitaris. Aquesta comunicació s'hauria de fer amb el coneixement de la víctima i, preferentment, amb el seu consentiment.

D'altra banda, també és important saber que podem actuar d'ofici davant la fiscalia, si ho creiem oportú, per tal d'iniciar un procés d'incapacitació en aquells casos de deteriorament cognitiu en què la persona gran no pugui prendre decisions per ella mateixa.

Violència en la infància

IDENTIFICACIÓ

Hi ha una sèrie de conductes que es repeteixen en un gran nombre de casos i que, per aquest fet, la seva presència pot ser senyal d'alerta d'un maltractament. Malgrat això, en la majoria de casos cal fer un diagnòstic diferencial ja que alguns símptomes de certs tipus de maltractaments poden ser comuns als causats per altres etiologies.

Senyals d'alerta:

Els pares:

ELS PARES:

- Retarden la sol·licitud d'atenció mèdica.
- Donen versions discrepants, i fins i tot contradictòries, pel que fa a l'origen de les lesions.
- Han acudit, per episodis similars, a altres centres sanitaris.
- Prenen una actitud passiva davant el fill lesionat.
- Demanen ajuda de forma indirecta mitjançant una sol·licitud d'atenció urgent per problemes aparentment banals o inexistents.
- Són incapaços d'aplicar-hi una disciplina coherent.
- Desconeixen el desenvolupament normal d'un infant i tenen expectatives exagerades pel que fa al seu comportament.
- Minimitzen els símptomes del menor i/o rebutgen les ajudes.

L'INFANT:

- Presenta lesions característiques en diferents períodes evolutius:
 - Lesions cutànies (mossegades, cremades, macadures)
 - Fractures recents i/o antigues
 - Hematoma subdural, amb fractura o sense
- És subjecte de negligència habitual o bé presenta malnutrició i/o retard pondoestatural i psicomotor.
- Ha sofert traumatismes recentment i té antecedents d'episodis similars.
- Millora el seu estat físic i psicològic quan se'l separa del medi en què viu habitualment.
- Afirma directament o indirectament que ha estat víctima d'algun tipus de maltractament.

Indicadors físics per identificar un nen maltractat: (vegeu la taula 3)

ACTUACIÓ

En els maltractaments a infants cal recordar el gran valor que té allò que l'infant diu.

Sempre és necessari fer una bona història clínica i social, fer una exploració física i observar les conductes dels pares i dels infants.

Ens podem trobar amb tres situacions, que comportaran una actuació diferent en cada una d'elles:

- **Situacions de risc:** famílies en situació d'aïllament social, problemes de parella, atur, pares massa centrats en la feina... que poden comportar situacions lleus i fàcilment recuperables.
- **Sospita de maltractament:** situació de risc o no amb lesions compatibles amb una malaltia o accident.
- **Maltractament confirmat:** agressions físiques o lesions no compatibles amb una malaltia o accident, i situacions greus de negligència i abandonament.

Intervenció en situació de risc

La detecció de situació de risc en Atenció Primària vindrà donada per la relació de confiança i el seguiment acurat que s'estableix en la consulta de Pediatria, entre els professionals que en formen part i els pares o cuidadors.

El seguiment que es fa des d'abans del naixement d'un infant en Atenció Primària, amb les entrevistes dels professionals amb els pares, ha de permetre fer una valoració de la possible situació de risc.

- Previ al naixement de l'infant: derivació des de Ginecologia en dates prèvies al part per fer un primer contacte amb l'equip de Pediatria.
- Dins del protocol de seguiment del nen: fer un test de cribratge de situació de risc social:
 1. Antecedents de trastorns psiquiàtrics
 2. Antecedents d'addiccions
 3. Antecedents de negligències, abús o maltractament
 4. Pobresa i/o marginalitat
 5. Mares adolescents

Si una de les respostes és afirmativa considerarem que hi ha risc social.

- Igualment, des de pediatria es farà un seguiment del risc de depressió pos part en la mare, que podria arribar a suposar una situació de risc.

Sempre que la situació sigui lleu cal donar una sortida a les preocupacions dels pares, escoltar activament i aconsellar, per reorientar la situació en benefici de l'infant.

En molts casos, la millor manera d'ajudar els infants és fer costat als pares i afrontar la situació des del mateix centre d'Atenció Primària: quan un professional sanitari es troba amb una situació de risc, el pri-

mer que ha de fer és parlar-ne amb l'equip i fer-ne un seguiment per part de Pediatria i Treball Social. Si, malgrat tot, el pla de millora no té èxit, cal seguir i implicar altres professionals i altres nivells d'atenció: coordinació amb serveis socials, escola, salut mental...

El fet de no aconseguir resultats després de molt de temps intentant arribar a un diagnòstic de certesa pot significar mantenir el nen en una situació de desprotecció greu per a la seva salut.

Intervenció en sospita de maltractament

- Atenció a les lesions
- Escoltar activament l'infant
- Valoració sociofamiliar

1. En cas de diagnòstic dubtós (lesions compatibles amb malaltia o accident):

- Informar els Serveis Socials d'Atenció Primària Municipal

2. En cas de sospita clara de maltractament o d'atenció inadequada:

- Cal coordinar-se telefònicament amb la DGAIA (telèfon 900 300 777).
- Cal comunicar el cas a la Fiscalia de Protecció de Menors (telèfon 933 036 244).

Intervenció en situació de maltractament confirmat

En cas de certesa diagnòstica de maltractaments és necessari prendre mesures de protecció immediata, ja que no hi ha garantia suficient de protecció del menor en el nucli familiar. El metge que n'hagi fet la detecció s'ha de coordinar telefònicament amb la DGAIA (900 300 777) i li ha de derivar el cas. Totes aquestes gestions s'han de comunicar a Treball Social, ja que seran ells qui faran la coordinació necessària de seguiment.

Si hi ha urgència mèdica, s'ha de traslladar el menor als serveis d'urgències de l'hospital de referència (Hospital Sant Joan de Déu).

Tant si hi ha urgència mèdica com si no n'hi ha s'ha de comunicar el cas a la Fiscalia de Protecció de Menors i al jutjat de guàrdia.

Bibliografia

C. García-Moreno. *Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women*. The Lancet. Vol 359. April 27, 2002.

C. García-Moreno. *Violence against women*. et al. Science. Vol 310 25. November 2005.

M. Ángeles Pico-Alfonso. *Psychological intimate partner violence: the major predictor of post-traumatic stress disorder in abused women*. Neuroscience and behavioral reviews 29 (2005) 181-193.

Guia de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica en el sistema de salud de Aragón. 2005.

Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de Salud. 2003 y actualización 2005.

Protocolo de actuación en Atención Primaria para mujeres víctimas de malos tratos. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Participación. Castilla-León.

Tolerancia Zero. Obra Social-Fundació La Caixa. 2005.

Dra. Elena Villalva Quintana. *Violencia de género y Atención Primaria*. Curso de depresión y Ansiedad. Ediciones Médicas. 2006.

M. S. Lachs, K. Pillemer. *Elder abuse*. Lancet 2004; 364: 1263-1272.

J. M. Levine. *Elder neglect and abuse. A primer for primary care physicians*. Geriatrics 2003; 58: 37-40.

K. M. Jayawardena, S. Liao. *Elder abuse at end of life*. J. Palliat Med. 2006; 9: 127-36.

Violència contra la gent gran a Llibre blanc. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'Atenció Primària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2005.

S. Scout Polsky, J. Markowitz. *Color Atlas of Domestic Violence*. St. Louis, Missouri: Mosby. 2004.

J. Waalen, M. M. Goodwin, A. M. Spitz, R. Petersen, L.E. Saltzman. *Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions*. Am. J. Prev. Med. 2000; 19 (4): 230-237.

J. Plazaola-Castaño, I. Ruiz. *Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica*. Med. Clín. 2004; 122: 461-467.

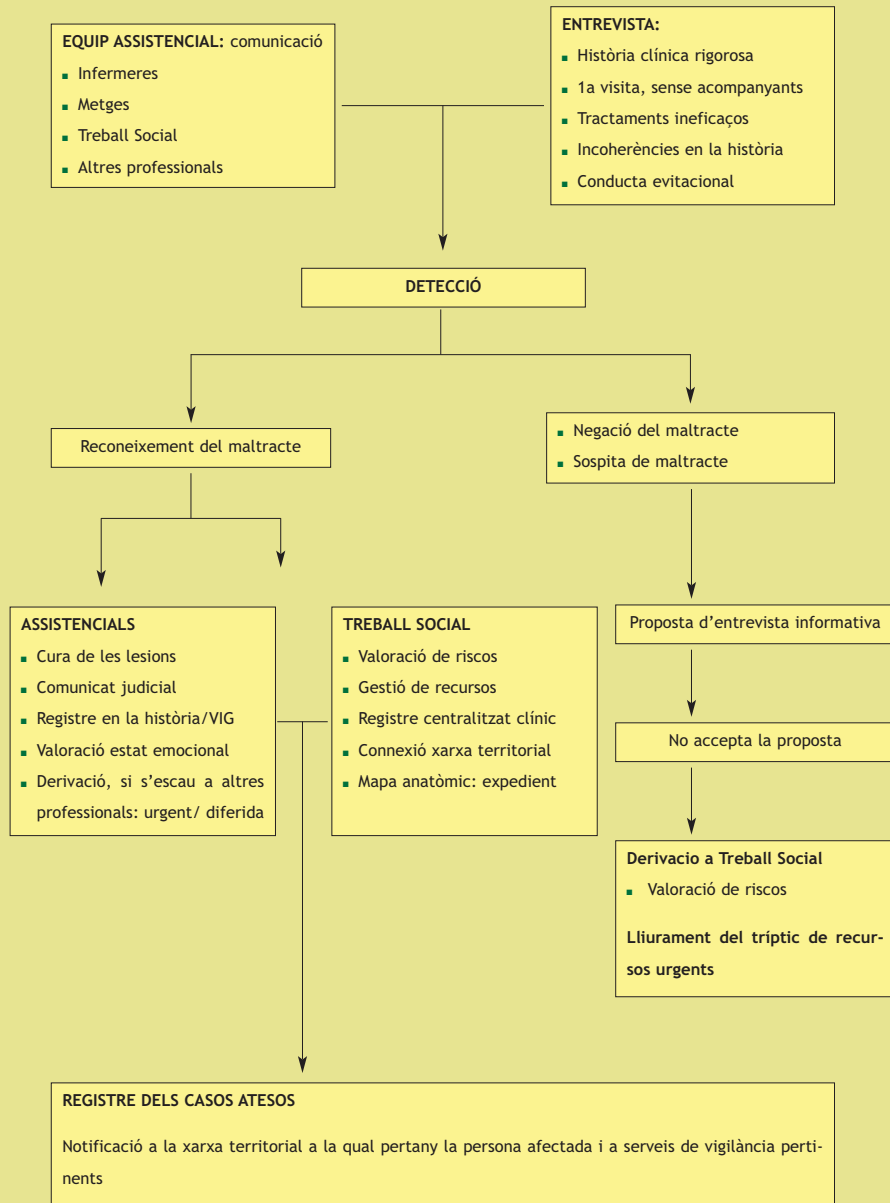
A. Kramer, D. Lorenzon, G. Mueller. *Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics*. Women's health issues 2004; 14: 19-29.

El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Departament de Salut, 1996.

Protocol d'actuació clínic-assistencial de maltractaments aguts a la infància. Direcció General de Salut Pública, 2006.

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Guia bàsica. Departament d'Acció Social i Ciutadania, 2007.

Esquema General d'Actuació



Circuit de notificació interna dels casos de VIG



Notificació d'atenció a la víctima de VIG, atesa a l'Hospital Clínic de Barcelona

- Manifestació espontània de la víctima
- Detecció professional
- Servei d'Urgències
- Altres serveis

Cognoms

Nom

CAP

Edat anys Nacionalitat Data

Motiu de la consulta

.....

Ingressa: Sí No

Denúncia: Sí No Agressions prèvies: Sí No

Denúncies prèvies: Sí No Agressió sexual: Sí No

Agressor: Marit Exmarit Parella Exparella Familiar Altres:

Nombre de familiars al seu càrrec Nombre de fills

Observacions:

.....

.....

Derivació:

GAV EAD CAP Salut Mental Hospital CCEE SSAP Altres:

Comunicat judicial: Sí No

EL/LA PACIENT ÉS CONEIXEDOR/A DEL TRASPÀS DE LA INFORMACIÓ AL CAP

Taules

TAULA 1. FACTORS DE SOSPITA DE MALTRACTAMENT EN LES DONES

En la revisió de la història clínica	A Urgències
<ul style="list-style-type: none"> ■ Visites prèvies per lesions inexplicables o amb explicacions il·lògiques. ■ Múltiples visites per problemes relacionats amb ansietat, incloent-hi insomni. ■ Consultes per mal de cap, dolor toràcic, pèlvic o de columna. ■ Consulta per sensació d'ofec. ■ Història d'intents d'autòlisi, depressió o abús de fàrmacs o drogues. ■ Conducta erràtica: cancel·lació de cites, visites imprevistes, visites repetides a serveis d'urgències. ■ Història de trauma a mama o genitals; trauma a boca o dents; cremades; lesions musculoesquelètiques; àrees del cuir cabellut sense cabell; o hematomes a braços, cara o coll. ■ Història de lesions a teixits tous o cara, fractures dentals o perforació del timpà. ■ Excessiva conformitat, conducta passiva i submissa o resistència i respostes evasives. ■ Història d'embarassos no desitjats o d'avortaments; parts preterme; nadons de pes baix; sagnat al primer o segon trimestre; controls inadequats. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lesions amb un patró central. ■ Contusions o lesions a cap, coll o pit. ■ Lesions que suggereixen una postura defensiva. ■ Tipus o extensió de lesions que no concorden amb les explicacions del/de la pacient. ■ Retard entre el moment en què va produir-se la lesió i la consulta ■ Lesions durant l'embaràs. ■ Patró de visites repetides al Servei d'Urgències. ■ Evidència d'abús d'alcohol o 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 excessivament sol·lícit, que respon les preguntes per la pacient, o que es manifesta hostil, defensiu o agressiu, o que estableix barreres de comunicació.

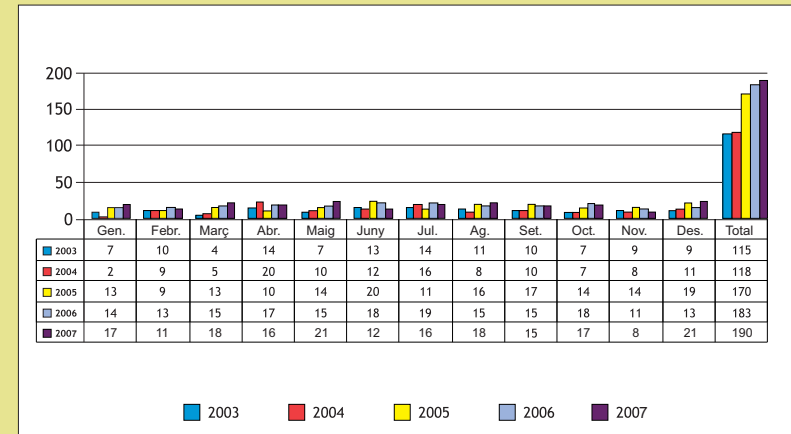
TAULA 2. FACTORS DE RISC I VULNERABILITAT DE LES PERSONES GRANS D'ÉSSER VÍCTIMA D'ABÚS I/O MALTRACTAMENT

	A Urgències
A LA PERSONA GRAN	<ul style="list-style-type: none"> ■ Edat avançada. ■ Estat de salut deficient. ■ Incontinència. ■ Deteriorament cognitiu i alteracions de la conducta. ■ Dependència física i/o emocional de la persona que en té cura. ■ Aïllament social. ■ Antecedents d'abús i/o maltractament.
QUAN L'AGRESSOR ÉS QUI EN TÉ CURA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sobrecàrrega física i/o emocional (situacions d'estrés). ■ Patir trastorns psicopatològics. ■ Abús d'alcohol i/o d'altres drogues d'abús. ■ Experiència familiar d'abús i/o maltractament en gent gran i/o violència intrafamiliar prèvia. ■ Incapacitat de qui en té cura per suportar emocionalment les cures.
SITUACIONS DE VULNERABILITAT ESPECIAL	<ul style="list-style-type: none"> ■ Habitatge compartit. ■ Males relacions entre la víctima i l'agressor. ■ Manca de suport familiar, social i financer. ■ Dependència econòmica i/o d'habitatge de la persona gran.

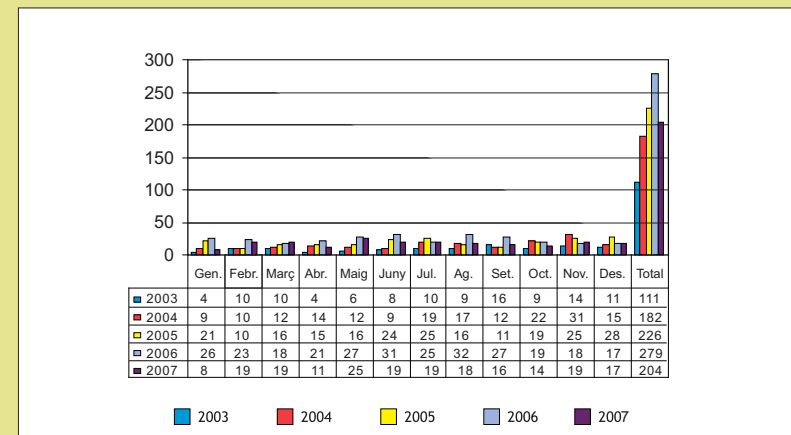
TAULA 3.
INDICADORS PER IDENTIFICAR UN INFANT MALTRACTAT

	A Urgències
ABÚS SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultat per caminar i asseure's. ▪ Roba interior estripada o tacada. ▪ Es queixa de dolor o picor a la zona genital. ▪ Contusions o sang als genitals. ▪ Té una malaltia venèria. ▪ Té el cèrvix o la vulva inflamats o vermells. ▪ Té semen a la boca, als genitals o a la roba. ▪ Embaràs.
MALTRACTAMENT FÍSIC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Macadures i blaus en diferent fase de cicatrització, amb formes no normals, en àrees diferents. ▪ Cremades. ▪ Fractures. ▪ Ferides o rascades. ▪ Lesions abdominals. ▪ Senyals de mossegades humanes.
NEGLIGÈNCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constantment brut, manca d'higiene, afamat i vestit de manera inadequada. ▪ Constant manca de supervisió, especialment quan l'infant està fent activitats perilloses o durant llargs períodes de temps. ▪ Cansament i apatia permanents. ▪ Problemes físics i necessitats mèdiques no ateses o absència de l'atenció mèdica rutinària necessària. ▪ És explotat, se'l fa treballar en excés, no va a l'escola. ▪ Ha estat abandonat.
SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN (PER PODERS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes i símptomes incongruents, persistents i repetitius. ▪ Malaltia inexplicable, perllongada i recurrent. ▪ No hi ha correlació dels exàmens complementaris amb l'estat de salut de l'infant. ▪ Els múltiples exàmens complementaris no ajuden a establir el diagnòstic. ▪ Convulsions que no remetent amb tractament el habitual. ▪ Manifestacions físiques habituals: hemorràgies, alteracions neurològiques, digestives, cutànies, respiratòries, estat febril, caos bioquímic...
MALTRACTAMENT PRENATAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndrome alcohòlica fetal. ▪ Síndrome tabàquica fetal.

TAULA 4.
EVOLUCIÓ DEL NOMBRE DE VÍCTIMES D'AGRESSIONS SEXUALS, ATESES EN EL SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL CLÍNIC EN EL PERÍODE 2003-2007



TAULA 5.
EVOLUCIÓ DEL NOMBRE DE VÍCTIMES DE MALTRACTAMENTS, ATESES EN EL SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL CLÍNIC EN EL PERÍODE 2003-2007



Annexos

Annex 1

- L'INDEX OF SPOUSE ABUSE (ISA).

Aquest qüestionari ha estat dissenyat per valorar aspectes negatius en el tracte que una dona rep en la seva relació de parella. No es tracta d'un examen, no hi ha respostes veritables o falses.

La meua parella	Mai	Poques vegades	De tant en tant	Freqüentment	Molt freqüentment
1 Em menysprea					
2 Exigeix obediència als seus capricis					
3 Es posa de mal humor i s'enfada si li dic que ha begut massa					
4 M'obliga a tenir relacions sexuals que em desagraden					
5 S'enfada molt si no té el menjar, la feina de casa feta i la roba llesta quan ell vol					
6 És gelós i desconfia dels meus amics					
7 Em dona cops de puny					
8 Em diu que soc lletja i poc atractiva					
9 Em diu que sense ell no em puc arreglar					
10 Em tracta com si fos la seva minyona					
11 M'insulta i m'avergonyeix davant els altres					
12 S'enfada molt si no li dono la raó					
13 M'amenaça amb una arma					
14 Li costa donar-me diners per a la casa					
15 Em subestima intel·lectualment					
16 Vol que em quedi a casa a tenir cura dels fills					
17 Em pega tan fort que haig d'anar d'urgències					
18 Pensa que no haig de treballar fora de casa o estudiar					
19 És una persona poc amable					
20 No vol que em relacioni amb les meves amigues					
21 Exigeix sexe sense importar-li el que penso					
22 Em crida i m'insulta					
23 Em dona cops a la cara i al cap					
24 Quan beu es torna agressiu					
25 Sempre està manant-me					
26 Menysprea els meus sentiments					
27 Es comporta amb mi com un milhomes					
28 M'amenaça					
29 Em tracta com si fos imbècil					
30 Es comporta com si volgués matar-me					

Per analitzar els resultats es necessita una aplicació informàtica específica. (Traducció i validació catalana: Garcia-Esteve, LL., Navarro, P., Tarragona, M. J., Gutiérrez, F., Torres, A.; 2007).

El Woman Abuse Screening Tool (WAST).

Instrument de cribatge per a la identificació de dones que estan sofrint abús físic i/o emocional de les seves parelles. El WAST va ser originalment desenvolupat en llengua anglesa als Estats Units.

El qüestionari consta de 7 preguntes que tenen 3 opcions de resposta. Cada opció es puntua amb 3, 2 i 1 punt, respectivament:

1. En general, com descriuria la seva relació de parella? Molt tensa / Amb certa tensió / Sense tensió
2. Vostè i la seva parella resolen les seves discussions amb... Molta dificultat / Alguna dificultat / Sense dificultat
3. En finalitzar les discussions se sent decaiguda o malament amb vostè mateixa? Moltes vegades / A vegades / Mai
4. Les discussions acaben a cops, empentes, puntades de peu? Moltes vegades / A vegades / Mai
5. Sent por del que la seva parella digui o faci? Moltes vegades / A vegades / Mai
6. La seva parella l'ha maltractat a vostè físicament? Moltes vegades / A vegades / Mai
7. La seva parella ha abusat de vostè sexualment? Moltes vegades / A vegades / Mai

Les puntuacions se sumen. El punt de tall per al maltractament físic/psicològic està en els 14 punts (sensibilitat 94%, especificitat 90%). El punt de tall per al maltractament físic està en els 14 punts (sensibilitat 92%, especificitat 67,5%). (Traducció i validació catalana: Garcia-Esteve, LL., Navarro, P., Tarragona, M. J., Gutiérrez, F., Torres, A.; 2007).

El **Partner Violence Screen (PVS)**. Instrument de cribatge per a la identificació de dones que estan

sofrint abús físic i/o emocional de les seves parelles. Ideal per ser utilitzat en els serveis d'urgències hospitalaris. Està format per 3 preguntes sobre antecedents de violència física i percepció de seguretat personal:

1. Durant el darrer any ha esta colpejada, ha rebut puntades de peu o cops de puny o ha patit algun altre tipus de maltractament físic? SÍ / NO. En cas afirmatiu, per part de qui?
2. Se sent segura en la seva relació de parella actual? SÍ / NO / No tinc parella
3. Se sent amenaçada per alguna de les seves parelles anteriors? SÍ / NO

Les puntuacions se sumen. El punt de tall per al maltractament físic/psicològic és d'1 punt (sensibilitat 93%, especificitat 88%). El punt de tall per al maltractament físic és de 2 punts (sensibilitat 83%, especificitat 88%).

(Traducció i validació catalana: Garcia-Esteve, LL., Navarro, P., Tarragona, M. J., Gutiérrez, F., Torres, A.; 2007).

Annex 2

INTERVENCIÓ SOCIAL SEGONS EL NIVELL DE RISC DEL MALTRACTAMENT

Intervenció en Nivell I (Esquema 1) en Atenció Primària.

Detecció a través de:

1. La relació de confiança que s'estableix entre els professionals i els ciutadans.
2. Les preguntes del Programa d'Activitats Preventives (PAPS):
 - A casa seva van bé les coses? (Nivell I)
 - Alguna vegada s'ha sentit maltractada per la seva parella? (Nivell II)

Si es detecta un Nivell I cal:

1. Treballar la sensibilització sobre la problemàtica

ca de la relació de parella

2. Treballar l'autoestima de la dona.
3. Treballar les següents àrees de la dona: treball/inserció laboral, relacions socials, activitats lúdiques i culturals.
4. Valorar la derivació a teràpia de parella.
5. Treballar l'educació: el model relacional de parella que es transmet als fills.

Eines de treball:

1. Relació d'ajuda.

Intervenció en Nivell II (Esquema 2)

Detecció a través de:

1. La relació de confiança que s'estableix entre els professionals i els ciutadans.
2. Les preguntes del Programa d'Activitats Preventives (PAPS):
 - A casa seva van bé les coses? (Nivell I)
 - Alguna vegada s'ha sentit maltractada per la seva parella? (Nivell II)
3. Les alteracions psicoemocionals que presenti.
4. Les somatitzacions, l'abús de fàrmacs i demandes inespecífiques.

Si es detecta un Nivell II cal fer el següent:

1. Treballar la presa de consciència de la problemàtica de la VIG.
2. Identificar, conjuntament amb la dona, les seves necessitats per poder adreçar-la als serveis adequats.
3. Facilitar la continuïtat per tal d'anar adaptant la intervenció a les necessitats de la dona, ja que aquestes aniran canviant en funció del moment que estigui vivint, del seu procés dins el cicle de la violència.
4. Treballar la llista de recursos amb ella pot facilitar elements de comprensió del seu procés i activar la demanda d'ajut. Aquest treball pot facilitar la vinculació professional amb la

dona a través del treball d'identificació i reconeixement de les conseqüències de la violència i de les necessitats emergents i convertir el professional en un punt de referència i d'ajut. La vinculació professional amb la dona és una manera de contribuir a la prevenció de la victimització secundària i del «pelegrinatge» de la dona maltractada.

5. Amb la finalitat de prevenir atacs cal:
 - Identificar la fase de tensió del cicle.
 - Treballar perquè la dona accepti l'ajut que se li ofereix.

Eines de treball:

1. Relació d'ajuda.
2. Recursos psicossocials de la comunitat.

Intervenció en Nivell III (Esquema 3)

Detecció a través de:

1. Amenaces d'agressió i/o de mort.
2. Agressions físiques.
3. Idees / intents autolítics.

Si es detecta un Nivell III cal:

1. Facilitar l'atenció a les ferides externes i internes (si cal, coordinar l'atenció amb l'hospital de referència) i emplenar l'informe de lesions.
2. Intentar identificar el dany psicològic i/o emocional (coordinant-ho amb les entitats i/o institucions que disposen d'atenció psicològica).
3. Assessorar la sortida del domicili, encara que sigui de forma temporal:
 - Cal intentar que ho faci en un moment que estigui tranquil·la
 - Hauria de:
 - Tenir els documents bàsics o fotocòpies preparats (material d'emergència).
 - Tenir les adreces i telèfons importants (familiars, serveis, cossos de seguretat...).

- Disposar d'un inventari dels béns (propietats, objectes de valor, inversions...).
 - Tenir obert un compte bancari que l'agressor desconegui i anar fent estalvi.
 - Anar cercant feina si no en té o demanar permís a la feina i, fins i tot, explicar-ho perquè li puguin facilitar el suport necessari a l'hora de marxar del domicili.
 - Decidir el millor lloc per marxar, en funció del perill, dels objectius de la marxa, dels recursos disponibles...
 - Demanar ajut.
4. Aconsellar el no consum de tranquil·lizants, alcohol o drogues: disminueixen les defenses i dificulten la identificació dels senyals d'alarma.

Eines de treball:

1. Recursos sanitaris.
2. Relació d'ajuda.
3. Recursos psicossocials de la comunitat.
4. Recursos judicials.

Annex 3 CODIS IC9-CM

995.80 Maltractaments inespecífics

995.81 Abús físic

995.82 Abús emocional/psicològic

995.83 Violació

995.84 Negligència nutricional

995.85 Altre abús o negligència

995.89 Altre tipus de maltractaments (abús sexual)

Annex 4 ESTRATÈGIES I INTERVENCIÓ EN EL MALTRACTAMENT EN LES PERSONES GRANS

Orientat a la persona que ho pateix:

1. Evitar l'aïllament social mitjançant serveis d'atenció domiciliària, centres de dia, tutela dels serveis socials.
2. Organitzar l'atenció clínica del pacient facilitant mitjans i simplificant la medicació.
3. Avaluat l'adequació de l'habitatge a les limitacions de la persona gran.
4. Valorar la necessitat d'institucionalitzar la persona gran si la família no pot garantir l'atenció.

Orientat a la persona que causa el maltractament:

1. Reduir l'estrès de la família o del cuidador mitjançant la implantació de mesures com compartir l'atenció amb altres membres de la família i facilitar, si fos possible i necessari, el trasllat a un altre domicili d'un familiar més capacitat per fer aquesta tasca.
2. Contactar amb grups de suport.
3. Garantir períodes de descans al cuidador, facilitant persones de suport en el domicili, centres de dia...
4. Proporcionar suport tècnic i emocional al cuidador.
5. Si hi hagués un problema psiquiàtric o de consum de substàncies psicoactives, cal facilitar suport i tractament.
6. Valorar la capacitat de la família per garantir-ne les cures.

