

# Violència de gènere i violència domèstica

Marta Ballester Albarracín

PID\_00208145



# Índex

<b>Introducció</b> .....	5
<b>1. Violència de gènere</b> .....	11
1.1. Prevalença .....	11
1.2. Marc normatiu .....	12
1.3. Arrels i causes de la violència de gènere .....	13
1.4. Tipus de maltractament .....	13
1.5. El procés de la violència en la relació de parella .....	14
1.5.1. Característiques de la violència en la parella .....	14
1.5.2. Factors explicatius .....	14
1.5.3. El cicle de la violència .....	15
1.6. Dones en situació d'especial vulnerabilitat .....	17
1.7. Detecció del maltractament en diferents serveis sanitaris .....	17
1.8. Intervenció des del treball socio sanitari .....	18
1.9. Prevenció .....	19
<b>2. Maltractaments infantils</b> .....	21
2.1. Prevalença .....	21
2.2. Efectes de la violència de gènere en els fills .....	21
2.3. Detecció .....	22
2.4. Intervenció des del treball socio sanitari .....	23
2.5. Prevenció .....	23
<b>3. Maltractaments a gent gran</b> .....	25
3.1. Què són els maltractaments a gent gran? .....	25
3.2. Prevalença .....	26
3.3. Intervenció des del treball socio sanitari .....	26
3.3.1. Tipus de maltractaments i senyals d'alerta .....	26
3.3.2. Diagnòstic socio sanitari .....	27
3.3.3. L'actuació des dels serveis sanitaris .....	29
3.4. Prevenció .....	30
3.5. Marc normatiu i protocols existents .....	30
<b>4. Atenció als homes que exerceixen violència</b> .....	32
<b>Bibliografia</b> .....	33



## Introducció

Llegiu els casos pràctics següents, basats en casos reals:

La doctora explica a la treballadora social sanitària del centre de salut que en una visita domiciliària de seguiment amb la infermera a una pacient de vuitanta-vuit anys, paraplàgica, que viu amb el seu marit de noranta-dos en un poble petit, la cuidadora externa diu en sortir, d'amagat de les professionals, que quan l'ha rentada ha vist que tenia blaus i que alguna vegada ha vist que el marit li dóna algun cop. També explica que sovint la troba amb el cap lligat amb un mocador a la cadira perquè no se li tombi. N'ha parlat amb la filla però sembla que no hi dóna importància.

La treballadora social sanitària del centre de salut atén una parella que s'ha presentat sense cita prèvia. Li exposen que els ha trucat la xicota del seu fill gran perquè la va agredir al portal; uns veïns van trucar a la policia, però quan hi va arribar la patrulla, ella va negar que hi hagués cap problema. El noi té vint-i-dos anys, i la noia, disset. En la conversa amb la treballadora social reconeixen que aquest noi els fa por, que "fa el que vol", que li estan pagant multes per altres "problemes amb la justícia" que ha tingut, que de vegades els amenaça i que fins i tot els ha donat alguna empenta. Els pares de vegades es contradueixen entre ells. També expliquen que és violent amb el seu germà de deu anys, però en canvi diuen que té bona relació amb els companys de feina i amb els avis paterns. Estan molt angoixats.

Reflexioneu: quins tipus de maltractaments es donen?, en quin àmbit?, com els podem abordar des del treball socio sanitari?

Al llarg d'aquest mòdul parlarem de la violència de gènere i de la violència domèstica, i ens centrarem especialment en els maltractaments a les persones grans i en la violència en la parella i com afecta els fills aquesta violència.

La violència intrafamiliar, malgrat que és reconeguda com un greu problema social i de salut, de conseqüències devastadores, ha estat i continua essent un tema en bona part ocult. En aquest tipus de violència, els maltractaments, en les diferents formes que tenen, es produeixen en l'àmbit domèstic, l'espai personal i íntim de la persona, i encara trobem en la nostra societat la creença que el que passa en la família, "de portes endins", és una qüestió privada. Aquesta creença provoca una gran barrera que dificulta, d'una banda, la visibilitat de la violència domèstica i, de l'altra, l'accés de les víctimes als serveis i la detecció per part dels professionals.

Els serveis sanitaris poden exercir un paper crucial per a ajudar les persones que sofreixen maltractaments ja que la majoria d'aquestes persones hi entraran en contacte en algun moment de la vida. Les necessitats específiques de les víctimes són multidimensionals, de manera que es requereixen intervencions sanitàries que tinguin en compte els aspectes biològics, psicològics i socials. Per a això cal la implicació activa de tot el personal dels serveis sanitaris des d'un model d'atenció integral i de treball en xarxa.

En aquest abordatge interdisciplinari, el treballador sociosanitari té un rol fonamental com a professional referent en tot el procés. També té un paper important en la sensibilització de la societat i dels seus col·legues davant els maltractaments i la prevenció que se n'ha de fer.

En aquest sentit és significatiu que en la presentació de la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona, que funciona des del 2000, hi trobem la citació següent:

"El primer repte i el més important de la Comissió és convèncer la resta de professionals que parlem d'un problema de salut que afecta la nostra praxi".

La feina d'aquesta comissió és un bon exemple de bona coordinació i bona pràctica en l'abordatge de la violència intrafamiliar en l'àmbit dels serveis sanitaris. També ho és el Programa integral de detecció i abordatge de la violència domèstica des del sistema sanitari públic de la Rioja, del Servei de la Rioja de Salut.

No obstant això, i malgrat que en el nostre país hi ha hagut enormes avenços legislatius, una important protocol·lització de procediments relatius als maltractaments, i l'evidència que han proporcionat els diferents estudis internacionals sobre aquest tema, encara hi ha molts professionals sanitaris de totes les disciplines als quals costa d'assumir que els maltractaments en qualsevol dels seus àmbits són, a més d'un greu problema social, un problema de salut de primera magnitud (OMS, 2002).

Un exemple d'això és un estudi publicat el 2008 que es va fer en l'Hospital Clínic de Barcelona als professionals de la medicina i infermeria sobre la violència domèstica i la seva relació amb la salut: un 87% va considerar que era un problema important, però no el consideraven un problema de salut.

## 1) De què parlem?

La violència es pot definir com l'acció o omissió innecessària, lesiva o destructiva d'una persona envers una altra. El component principal d'aquesta forma de violència és l'abús o l'agressió, o sigui, l'acció o la intenció que produeix dany a altres persones. En l'àmbit de la família o de la parella, els abusos es produeixen en el marc d'una relació afectiva, cosa que fa més difícil la identificació d'aquesta violència i també poder sortir d'aquesta situació. L'abús sempre presenta un component de tipus psicològic i emocional que acompanya tota agressió de qualsevol tipus i té greus conseqüències per a les víctimes, moltes de les quals perduren més enllà de la fi de la relació abusiva.

### a) Violència domèstica

Es tracta de la violència que s'exerceix en l'àmbit domèstic i fa referència a totes les formes d'abús que tenen lloc en les relacions entre els membres d'una família (entre la parella, envers els fills, envers els néts, entre germans, de néts a avis, de fills a pares, etc.). És, doncs, un dels àmbits en què es pot donar la violència de gènere.

## b) Violència de gènere:

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

Resolució de l'Assemblea General de les Nacions Unides del 1993

Fixeu-vos que aquesta definició incorpora totes les formes de violència i tots els àmbits en què es pot donar.

La Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, defineix la violència de gènere com la violència que exerceix en l'àmbit de la parella o exparella un home envers una dona i comprèn tot acte de violència física i psicològica, incloent-hi les agressions a la llibertat sexual, les amenaces, les coaccions o la privació arbitrària de llibertat. La llei exclou els casos en què la violència l'exerceix una dona envers la seva parella o exparella home i els de violència en parelles homosexuals, que en canvi sí que s'inclouen en el terme *violència domèstica*.

També exclou els altres àmbits en què es pot donar la violència de gènere, com, per exemple, el laboral (assetjament sexual) o el comunitari (violacions, prostitució forçada). Els delictes contra la llibertat i integritat sexual estan tipificats en el Codi penal.

## 2) Mites i prejudicis

Hi ha una sèrie de mites entorn de la violència familiar que tenen efectes nocius evidents en la intervenció professional i la dificulten, ja que:

- Simplifiquen, minimitzen i normalitzen el problema.
- Eviten el dolor que ens provoca el contacte amb el tema, creen distància davant la situació difícil i eviten que intervinguem.
- Culpabilitzen, jutgen i paralitzen les víctimes i es justifiquen les accions i la discriminació dels agressors.

Els mites principals són els següents:

- La família és un entorn idíl·lic.
- El maltractament solament s'esdevé en nivells socioeconòmics baixos.
- La víctima menteix i fantasia.
- Les víctimes repetiran el maltractament.

- Els nens fan fabulacions i menteixen.
- Les víctimes provoquen l'agressor.
- Si passés en el nostre entorn, ens n'adonariem.
- Les causes són l'alcohol i les drogues, i també els trastorns psiquiàtrics.
- Si la víctima volgués, deixaria la relació.

Com a professionals hem de ser conscients de les nostres pròpies creences i prejudicis davant la violència per a poder intervenir de manera eficaç.

### 3) La intervenció professional

Malgrat que els diferents tipus de maltractaments requereixen un abordatge específic que veurem amb més detall més endavant, hi ha una sèrie d'aspectes comuns que s'han de tenir en compte en la intervenció davant la violència intrafamiliar, i que detallem tot seguit.

#### a) Detecció

- Dificultats:
  - Silenci de les víctimes (pensen que s'ho mereixen, que és normal, tenen por i vergonya de les conseqüències, vulnerabilitat física o psicològica, etc.) i dels professionals.
  - Són difícils de pensar, de veure i de definir. Els maltractaments existeixen si pensem la hipòtesi del maltractament, si els anomenem i consensuem entre els professionals que atenem la situació.
- Instruments de detecció:

Hi ha tècniques (factors de risc i indicadors que s'associen als diferents tipus i manifestacions de la violència, qüestionaris, tests) que ajuden en la detecció i que requereixen sensibilització i formació específica per a documentar-la.

#### b) Avaluació

- Aspectes clau per a avaluar:
  - Estat físic, psíquic, cognitiu, entorn, família, suport extern formal i informal.
  - Gravetat i severitat del maltractament, nivell de risc, capacitats de la víctima.
  - Recursos disponibles.

#### c) Intervenció

- Definició de les característiques del problema de manera integral i integrada en el medi.



- Planificació i aprovació per consens de la intervenció amb l'equip sanitari i coordinació amb els altres agents i institucions socials, jurídiques, policials i educatives.
- Seguiment dels casos i dels canvis d'aquests casos.

La intervenció social feta pels treballadors socials sanitaris, tant de l'atenció primària com de l'especialitzada, unida a altres actuacions preventives i de promoció de la salut tant en l'àmbit individual com familiar, grupal i comunitari, formen part de l'ampli abordatge que cal fer des del camp de la salut davant el problema de la violència.

#### 4) Treball en equip i en xarxa

Dins el camp de la violència familiar no hi ha cap servei que tingui la capacitat per si sol d'abordar amb els seus recursos, de manera integral, totes les necessitats que poden presentar les persones i famílies objecte d'atenció. Qualsevol dels professionals de l'àmbit sociosanitari necessita la col·laboració d'altres especialistes per a poder fer un diagnòstic o un abordatge integral de la situació de violència, de manera que l'atenció que es pot oferir sol ser fruit d'una feina concertada entre diversos serveis o dispositius que varien en funció del tipus de maltractament que s'aborda.

És imprescindible, doncs, planificar adequadament el procés d'atenció i establir una bona col·laboració i coordinació entre tots els agents. Si no es fa així, la falta de coordinació i comunicació pot arribar a agreujar el problema i contribuir a la victimització secundària de les víctimes. La feina de liderar la coordinació i fer el seguiment de les derivacions dutes a terme correspon al treballador sociosanitari.

L'adaptació dels protocols i de les guies existents en les realitats locals, en forma de circuits d'intervenció, faciliten la intervenció professional interdisciplinària.

#### **Exemple**

Un bon exemple d'això és el "Circuit Barcelona contra la violència vers les dones", creat el 2001 entre l'Ajuntament i la Corporació Sanitària de Barcelona.



## 1. Violència de gènere

Llegiu el cas pràctic següent:

L'Ana, mare d'un nen de cinc anys, és atesa pel metge de capçalera per uns marejos que la pacient atribueix a les cervicals. Després d'indagar en les seves circumstàncies, la pacient comenta que està molt nerviosa, que té una ordre de protecció de la seva exparella, al qual van condemnar amb pena de presó però encara és al carrer, i li truca per telèfon, li envia SMS i el veu rondar prop de casa seva. Confessa que la té terroritzada ja que en altres ocasions l'ha agredida greument, de vegades en presència del seu fill. L'agressor la va obligar a deixar de treballar i ara es troba sense recursos econòmics. La seva família viu lluny i no pot comptar amb la seva ajuda.

Reflexioneu: com es pot abordar la situació plantejada?, quines intervencions ha de fer la unitat de treball sociosanitari?

### 1.1. Prevalença

La violència de gènere ha estat reconeguda per l'OMS (1996) no solament com una violació dels drets fonamentals de les dones afectades i dels seus fills, sinó també com un problema greu de salut pública tant per l'alta prevalença que té com per la morbiditat i mortalitat que causa. Aquesta violència afecta les dones al llarg de totes les etapes del cicle de vida.

Segons dades del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, a Espanya el nombre de víctimes mortals entre l'1 de gener de 2003 i el 30 de juny de 2013 va ascendir a 686. El 2012 es van comptabilitzar 52 casos de víctimes mortals, i el 2013, fins al juny, 28.

Del 2007 al setembre del 2012 els jutjats espanyols van registrar 769.478 denúncies, que representa una mitjana de 360 denúncies diàries. En 84.935 casos (un 11,5%), les dones van renunciar a continuar amb el procés judicial.

El percentatge de dones espanyoles que en la macroenquesta del 2011 va assenyalar que havia sofert violència de gènere alguna vegada a la vida va ser del 10,9%, la qual cosa equival a més de 2.150.000 dones. D'aquestes dones, en aquest moment n'hi hauria en situació de maltractament gairebé 600.000 (el 3% de totes les entrevistades). El perfil de la víctima continua essent semblant: el maltractament és més comú en les estrangeres i les dones amb alguna discapacitat.

En l'àmbit sanitari, uns estudis recents estimen que a Espanya les taxes de prevalença entre les dones ateses en atenció primària oscil·len entre el 25% i el 30% (Babi, 2012).

#### Lectura recomanada

A Espanya, el referent més utilitzat per les persones expertes en relació amb la magnitud de la violència contra la dona el constitueixen les macroenquestes promogudes en tres ocasions (1999, 2002 i 2006) per l'Institut de la Dona i el 2011 per la Delegació del Govern per a la Violència de Gènere, la més recent fins ara.

*Macroenquesta de violència de gènere 2011.*

És interessant, però, destacar que la proporció de dones que ha aconseguit sortir de la situació de violència de gènere ha augmentat de manera significativa des del 1999, de manera que ha passat del 2,9% al 7,9% (1.560.000 dones). Això ens ha d'animar a treballar per augmentar la detecció i l'atenció a les dones víctimes.

## 1.2. Marc normatiu

En els últims anys, al nostre país han passat una sèrie d'esdeveniments legislatius i socials que han canviat la consideració de la violència de gènere des de la societat en general i el sistema sanitari en particular. Alguns dels més rellevants són els següents:

- La promulgació de la Llei orgànica 1/2004, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere.
- La inclusió del diagnòstic i l'atenció a la violència de gènere en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut (SNS) mitjançant el Reial decret 1030/2006.
- L'aprovació el 2007 pel Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut del Protocol comú per a l'actuació sanitària davant la violència de gènere, revisat i actualitzat el 2012.
- La majoria de comunitats autònomes disposen de protocols específics creats a partir del Protocol comú.

La finalitat del Protocol comú, document de referència imprescindible, és oferir orientacions al personal sanitari del Sistema Nacional de Salut (SNS) per a l'atenció integral (física, psicològica, emocional i social) a les dones de més de catorze anys que pateixen violència de gènere i que acudeixen a un centre sanitari. El protocol també ofereix indicacions per a la detecció precoç, valoració i actuació amb els fills de les dones en situació de maltractament.

Del 2007 al 2011, hi ha hagut 32 homes que han perdut la vida a les mans de les seves parelles, femenines o masculines, la qual cosa representa un 9% de les víctimes. De totes les denúncies presentades cada any per violència en la parella, unes 130.000 de mitjana, el 2% corresponen a l'home.

### Lectura complementària

Cada mes es publiquen les dades, disponibles al web del Ministeri:

<<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home.htm>>

### 1.3. Arrels i causes de la violència de gènere

La històrica declaració del 1993 de l'Assemblea General sobre l'eliminació de la violència contra la dona va brindar el marc per a l'anàlisi i l'acció en els àmbits nacional i internacional. El desembre del 2003, aquesta assemblea va ordenar per primera vegada que s'elaborés l'Estudi a fons sobre totes les formes i manifestacions de la violència contra la dona, que va sortir a la llum el 2006.

Segons les conclusions d'aquest estudi, la violència contra la dona:

- És un **problema estructural generalitzat i greu** que afecta les vides d'innombrables dones i constitueix un obstacle per a assolir la igualtat, el desenvolupament i la pau en tots els continents.
- És una **violència instrumental** que constitueix una **violació dels drets humans**, arrelada en les relacions de poder històricament desiguals entre els homes i les dones i la discriminació sistèmica contra la dona que s'estén tant en l'esfera pública com en la privada.
- Té **nombroses formes i manifestacions** i es dona en una àmplia gamma d'escenaris.
- Té un **caràcter continu** en la vida de les dones i travessa les esferes **pública i privada**, i sovint les diferents formes de violència es reforcen mútuament.

### 1.4. Tipus de maltractament

Exemples de maltractaments extrets de casos reals (font: autora):

"Obligar a menjar sense parar fins a pesar més de 130 quilos, orinar a la tassa preferida de la dona, cremar-li el cotxe, tancar-la a casa, no deixar-la anar a treballar, obrir-li la panxa estant embarassada de set mesos, tirar-li el menjar a la cara, amenaçar-la de matar-li els fills, controlar-la a tota hora, no deixar-li posar la calefacció, torturar-li el gos, escanyar-la fins a gairebé matar-la [...]".

Hem de tenir en compte que, en una relació de maltractament, es poden donar tots els tipus de maltractament (físic, sexual, psicològic, econòmic) o solament alguns, però no sempre hi ha violència física. En canvi, quan la violència física és present, sempre va acompanyada de la violència psicològica, que la sol precedir.

No hem de passar per alt en la nostra intervenció amb les víctimes que el maltractament és un **procés**, no un fet aïllat o puntual, i que té efectes en les diferents esferes de la vida de la dona, que s'han d'abordar de manera integral en la intervenció.

## 1.5. El procés de la violència en la relació de parella

La violència en la parella és un dels àmbits en què es pot donar la violència de gènere, és la forma més comuna de violència experimentada per les dones arreu del món i la més atesa en els serveis sanitaris. Aquesta violència comparteix amb les altres formes de violència el fet de ser intencionada i de perseguir com a objectiu la submissió i el control sobre l'altra persona.

### 1.5.1. Característiques de la violència en la parella

- Hi ha un vincle afectivosexual inicial.
- Existeix una intimitat, una predisposició a voler compartir una part de la vida i, per tant, a generar projectes comuns.
- Hi ha una distància emocional mínima entre l'home abusador i la dona agredida, la qual cosa comporta un impacte emocional en les víctimes molt alt.
- Es dona bàsicament en l'àmbit privat i, per tant, sovint és invisible per als altres; d'això se n'ha dit *fenomen de la doble façana*: <<http://www.amnistiacatalunya.org/edu/humor/mujeres/acudit-08-03--08.html>>
- S'arriba a normalitzar, es fa crònic i amb el temps augmenta la gravetat: és contínua i sistemàtica i mai s'atura per ella mateixa.
- Té com a conseqüències un dany en la salut física, psicològica i social de la dona i és un risc per a la seva vida.



L'estudi multipaís de l'OMS del 2005 mostra una taxa de violència dins la parella al món que oscil·la entre el 23% i el 49%:

"Les gravíssimes conseqüències per a la salut i el benestar de les dones víctimes d'aquesta violència tenen efectes semblants en la salut de la dona amb independència del lloc on visquin, del caràcter més o menys violent del seu entorn, i del seu horitzó cultural i econòmic".

### 1.5.2. Factors explicatius

Quan des del treball sociosanitari s'aborden casos de maltractament en la parella i s'hi intervé, és important tenir en compte que es tracta d'un fenomen multicausal.

#### Socials

- Desigualtat de gènere: l'existència de relacions asimètriques. Els homes que maltracten ho fan perquè poden: continua pesant una cultura sexista que

atribueix i legitima un paper més agressiu als homes i de submissió a les dones.

- El vincle relacional en la parella: concepcions referides a l'amor i a la parella com a fusió ("la seva mitja taronja"). La parella com un objectiu principal vital basada en el binomi gelosia-fidelitat, i la gelosia concebuda com la màxima expressió d'amor (Rojas Marcos, 2003). El mite de l'amor romàntic encara vigent en la nostra cultura.
- Legitimació social històrica de l'ús de la violència per a resoldre els conflictes interpersonals dins o fora de la parella.

## Individuals

Es considera que no hi ha un perfil d'"home maltractador", com tampoc no n'hi ha cap de "dona maltractada", però sí que hi pot haver factors individuals, tant de la víctima com de l'agressor, que poden desencadenar o agreujar la violència: nivell d'interiorització dels rols de gènere patriarcals, situacions de més vulnerabilitat i dependència, addiccions o haver sofert o presenciat maltractaments en la infància.

### Lectura complementària

Per saber-ne més podeu consultar l'estudi *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja* (2007) del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

### 1.5.3. El cicle de la violència

El primer gran estudi que es va dur a terme sobre la resposta psicològica de les dones involucrades en relacions en què eren maltractades el va publicar Leonore Walker el 1979. Walker es va adonar que en un gran nombre de dones que havien patit relacions abusives es repetia en la relació un patró cíclic que feia més difícil la separació. Aquest cicle es desenvolupa en tres fases, que es poden estendre durant un llarg període.

#### Fases del cicle

##### 1) Acumulació de la tensió

La persona agressora va creant tensió i irritació mitjançant insults, amenaces, humiliacions i ridiculitzacions; manipula situacions, crea confusió, provoca llargs silencis i desvalora. La dona rep missatges que fan que senti que la seva percepció de la realitat és incorrecta, dubta, se sent culpable de tot el que passa, perd l'autoritat, l'autoestima, intenta no "provocar". Aquests antecedents, la dona **no** els sol identificar com a abusos.

##### 2) Explosió de la violència

És el moment en què la violència explota en forma d'agressió física, psicològica, sexual, etc. Es pot tractar d'una agressió brutal, sense un motiu aparent, sorprenent. La desvaloració i la inseguretat adquirida deixen atrapada la dona, que experimenta el pànic i la por, que la poden paraitzar. Pot ser que no

reaccioni, però també és freqüent que en aquest moment la dona posi una denúncia o que acudeixi a un servei social o sanitari per demanar ajuda o que vulgui fugir.

### 3) Fase de manipulació emocional, reconciliació o "lluna de mel"

L'agressor mostra una actitud de justificació de l'agressió o de penediment: demana disculpes, plora, promet canvis i projectes en comú, es mostra afectuós, amable i li demana que retiri la denúncia (si n'hi ha). Per la seva banda, la dona, desconcertada davant el canvi, com que es torna a sentir valorada en la relació de parella, el perdona i pensa que ell ha fet un pas cap al canvi d'actitud; li sol donar una nova oportunitat. Pot ser que retiri la denúncia o que es retiri de l'ajuda sol·licitada, o que vulneri l'ordre de protecció. També pot ser que negui o minimitzi la violència que està vivint i s'incrementi el seu sentiment de culpabilitat.

#### Activitat

Vegeu el curt *Subir y bajar* de David Planell: <[http://www.youtube.com/watch?v=x0ek5u\\_J-Dc](http://www.youtube.com/watch?v=x0ek5u_J-Dc)>

Reflexioneu: quina fase del cicle de la violència ens mostra?

Recomanació: per a aprofundir en el tema, també és interessant la pel·lícula *Te doy mis ojos* (2003) d'Icíar Bollaín.

Cal tenir en compte que el cicle no es para mai per si sol sinó que se sol accelerar, es fa crònic i hi ha una intensitat creixent que comporta un risc més gran per a la dona.

És important, doncs, saber **en quin moment del cicle la dona acudeix al servei** i les repercussions que pot tenir això en el seu procés i en la relació d'ajuda. Per exemple, és probable que la víctima arribi a un servei d'urgències després de la fase d'explosió de la violència, i minimitzi les lesions i justifiqui l'agressor.

Encara que el cicle de la violència és molt freqüent en les relacions de parella en què hi ha maltractament, no s'observa en tots els casos. Recentment s'ha descrit una altra forma de relació violenta anomenada **forma moderada de violència** (Krug i altres, 2002), en la qual hi ha una situació contínua de frustració i amenaça, o dinàmiques de relació amb l'estructura de dominació, en què solament de manera ocasional apareix l'agressió física i que costa més de detectar.

#### Lectura complementària

E. G. Krug; L. Dalhberg; J. A. Mercy; A. B. Zwi; R. Lozano (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization.



## 1.6. Dones en situació d'especial vulnerabilitat

Totes les dones –pel fet de ser-ho– tenen risc de viure situacions de violència de gènere, però l'afrontament d'aquestes situacions depèn de la conjugació de factors psicosocials de risc i protecció que cada dona viu de manera individual. Avaluar aquests factors és una tasca central del procés d'ajuda (Aretio, 2009).

Tot seguit destacarem les principals situacions de més vulnerabilitat (Protocol comú per a l'actuació sanitària davant la violència de gènere, 2012):

- Canvis vitals (embaràs i puerperi, festeig, separació, jubilació, mort de persones significatives).
- Migració, tant interna com internacional.
- Discapacitat de qualsevol tipus (física, psíquica i sensorial).
- Situacions d'exclusió social (addiccions, prostitució, reclusió, indigència).
- Residència en l'entorn rural.
- Dones grans.
- Dones amb VIH.

En direcció oposada hi ha els factors protectors davant la violència (Ruiz i altres, 2004):

- Autoritat i poder fora de la família.
- Ràpida intervenció condemnatòria de la violència per part de la família extensa.
- Elevat suport social.

I no poden oblidar les capacitats i els recursos de les dones mateixes i l'acompanyament professional adequat.

## 1.7. Detecció del maltractament en diferents serveis sanitaris

Les formes agudes de presentació del maltractament (lesions físiques greus, intent de suïcidi) són més visibles en els serveis d'urgències i des del sistema judicial.

L'atenció primària de salut (d'ara endavant, APS) és un entorn privilegiat per a detectar i visibilitzar situacions difícils de detectar des d'altres àmbits com l'abús psicològic o l'abús a dones grans.

La consulta de pediatria de l'APS permet sospitar el maltractament mitjançant les manifestacions en els fills de la dona i permet detectar-lo en moltes dones que només consulten el sistema sanitari com a mares.

Uns altres serveis especialment sensibles a aquesta situació són les consultes de ginecologia o obstetrícia i de salut mental.

### Lectura complementària

A. Aretio (2009). "La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios". A: *IX Congreso Estatal de Trabajo Social*. Ponència.

### Lectura complementària

I. Ruiz; P. Blanco; C. Vives (2004). "Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas socio-sanitarias". *Gaceta Sanitaria* (vol. 18, supl. 2, pàg. 4-12).

## 1.8. Intervenció des del treball sociosanitari

Quan qualsevol professional sanitari detecta una dona en situació de violència (o en té una sospita fonamentada), cal que derivi el cas al treballador sociosanitari del centre tan aviat com sigui possible, que és el professional referent que gestionarà amb la dona la globalitat de la situació, en farà el corresponent diagnòstic sociosanitari de la situació i planificarà amb la resta de l'equip la intervenció integral.

### El diagnòstic sociosanitari

El diagnòstic sociosanitari ha d'incloure el següent:

- Tipus de maltractaments patits, durada i intensitat.
- Avaluació del nivell de perill de la víctima i d'altres familiars i necessitat de protecció.
- Comportament de l'agressor a escala familiar i social; agressions a altres persones o familiars.
- Situació familiar: relacions familiars, persones que resideixen a la casa, tipus d'habitatge.
- Afectació en els fills menors.
- Situació emocional.
- Mecanismes d'afrontament que ha desenvolupat la dona: actuacions que ha fet, peticions d'ajuda a altres serveis, denúncies prèvies.
- Fase del procés de motivació per al canvi en la qual es troba (precontemplativa, contemplativa, determinació, acció, manteniment, recaiguda, terminació i consolidació; Prochaska i Diclemente, 1982).
- Situació econòmica: ingressos i procedència d'aquests ingressos.
- Xarxa de suport social: familiars, amics, companys de feina o d'escola, veïns, associacions.
- Situació legal: procés de separació o divorci, temes d'immigració, règim de visites als fills, documentació.
- Situació judicial: denúncies, judicis, ordres de protecció.
- Necessitats d'atenció específiques.

### Pla d'intervenció

Una vegada completat el diagnòstic social, l'equip sanitari ha d'elaborar un pla d'intervenció psicobiosocial comuna que garanteixi l'atenció integral a la víctima i als menors que té a càrrec seu i en què cada professional tingui assignades les responsabilitats i tasques i també el seguiment posterior.

Aspectes bàsics que cal tenir en compte en la intervenció que ha de ser consensuada amb la dona:

- Informatius: drets, serveis, temes legals i recursos de suport.
- Elaboració d'un pla de seguretat.

- Atenció als fills.
- Econòmics: gestionar ajudes econòmiques quan calgui, donar-li suport a l'hora de buscar feina.
- Habitatge o allotjament alternatiu, casa d'acolliment.
- Xarxa de suport social i familiar.
- Autocura: exercici físic, recuperació d'un oci constructiu, inclusió en activitats comunitàries, millora de l'alimentació, descens de substàncies tòxiques.
- Emocionals i cognitius: facilitar l'expressió de sentiments dolorosos i contradictoris, enfortir el procés de la presa de decisions, manejar els sentiments de pèrdua i nostàlgia en cas d'una separació, elaborar estratègies d'afrontament de la violència si la víctima decideix continuar convivint amb la persona agressora, eliminar el sentiment de culpa per la violència patida, millorar l'autoestima i l'autonomia personal.

Si cal s'ha de fer la derivació total o parcial a altres serveis de la xarxa d'atenció a la violència de gènere: serveis socials d'atenció primària; serveis socials especialitzats, jutjats, cossos de seguretat; oficina d'atenció a la víctima del delictes, associacions especialitzades, etc.

Excepte els supòsits d'urgència vital en què per la gravetat de la situació s'hagi de recórrer als cossos de seguretat, jutjats o telèfons d'urgències per a fer acompanyaments i allotjaments alternatius, totes les derivacions les ha de gestionar el professional de treball socio sanitari corresponent, que és el competent per a la coordinació amb la resta de serveis.

### **L'informe social per a remetre al jutjat**

En funció de les circumstàncies particulars de cada situació, el treballador socio sanitari pot fer un informe social amb l'objectiu d'aportar el diagnòstic i la valoració social de la situació de violència detectada en la qual s'està duent a terme la intervenció professional.

### **1.9. Prevenció**

Algunes de les accions i estratègies preventives que poden impulsar les unitats de treball socio sanitari són les següents:

- Sensibilitzar i formar els professionals de l'equip.
- Commemorar el Dia Internacional contra la Violència de Gènere (25 de novembre), fer actes de sensibilització de la població.
- Aplicar i posar al dia protocols, guies i altres materials.
- Promocionar i educar per a la salut amb perspectiva de gènere.
- Crear grups de pares i mares per a reforçar habilitats parentals.
- Generar grups de suport a dones víctimes.

**Exemple**

Aquí teniu un exemple del sistema de salut basc (desembre del 2012). "Un vídeo invitará en los ambulatorios de Bilbao a las maltratadas a pedir ayuda".

## 2. Maltractaments infantils

Llegiu el cas pràctic següent:

La pediatra del centre es posa en contacte amb la treballadora sociosanitària perquè ha atès dos nens de dotze i nou anys, un per una crisi d'ansietat i l'altre perquè té trastorns de son des de fa un mes. La mare, una dona de trenta-nou anys, explica que la seva exparella, que tenia una ordre d'allunyament i de la qual fa dos anys que no saben res, ha descobert on viuen ara i fa un mes que l'amenaça de matar-los a tots tres, els truca al timbre de matinada i fuig, li truca per telèfon des d'un número ocult, etc.

Reflexioneu: quines afectacions detectem en els menors?, com podem avaluar el nivell de risc?

### Nota

En aquest mòdul ens centrarem bàsicament en la intervenció amb els menors exposats a situacions de violència de gènere.

### 2.1. Prevalença

En l'última macroenquesta del 2011, esmentada més amunt, es conclou que hi ha uns 840.000 menors que estan exposats a situacions de violència de gènere, xifra que representa el 10,1% del total de menors d'edat residents a Espanya. D'aquests menors, uns 517.000 reben agressions directes, que representen el 6,2% del total.

Es considera que aquests menors són víctimes directes de la violència de gènere sempre. L'exposició reiterada a un ambient de maltractament envers la mare constitueix una forma greu de maltractament psicològic als fills que té a càrrec seu, que estan exposats a una àmplia gamma d'experiències nocives.

### 2.2. Efectes de la violència de gènere en els fills

Les conseqüències que presenten els nens que neixen i creixen en un context de violència en la parella són molt semblants a les que presenten les dones i els menors que han viscut maltractaments directes.

Vegem alguns efectes extrets d'Orjuela i altres (2009):

- Problemes de socialització: aïllament, inseguretat, agressivitat, reducció de les competències socials.
- Síntomes depressius: plor, tristesa, autoestima baixa, aïllament.

### Lectura complementària

L. Orjuela i altres (2009). "Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar". Save the Children.

- Pors: pors específiques, pressentiments que passarà alguna cosa dolenta, por de la mort, por de perdre la mare, por de perdre el pare.
- Alteracions del son: malsons, por de dormir sol, terror nocturn.
- Síntomes regressius: enuresi, encopresi, retard en el desenvolupament del llenguatge, actuar com a nens més petits del que són.
- Problemes d'integració a l'escola: problemes d'aprenentatge, dificultats de concentració i atenció, disminució del rendiment escolar. Dificultats per a compartir coses amb altres nens.
- Respostes emocionals i de comportament: ràbia, canvis sobtats d'humor, ansietat. Sensació de desprotecció i de veure el món com una cosa amenaçadora. Sentiments de culpa (pel fet de ser responsable dels conflictes entre els pares o per no haver fet res per evitar la violència). Dificultat en l'expressió i el maneig de les emocions. Negar o treure importància a la situació violenta. Tendència a assumir el sofriment i l'agressió com a formes naturals de relació. Aprenentatge de models violents i possibilitat de repetir-los, tant en el paper de víctima com en el d'agressor, amb la interiorització de rols erronis de gènere. Relacions conflictives i addiccions. Comportaments de risc i d'evasió. Comportaments violents a casa i respostes violentes davant altres persones com a defensa. Fugida de casa.
- Síntomes d'estrès posttraumàtic: insomni, malsons recurrents, fòbies, ansietat, experimentació reiterada del trauma, trastorns dissociatius.
- Parentalització: assumir rols parentals i protectors envers els germans petits.
- En alguns casos, la mort.

#### Vídeo recomanat

Per a aprofundir en les conseqüències del maltractament us proposem que vegeu el vídeo *Mamás y papás*.

### 2.3. Detecció

El personal de pediatria i de treball socio sanitari té un paper important en la detecció, atenció i prevenció davant situacions de violència de gènere.

En l'atenció sanitària a nens i adolescents, la sospita que els problemes de salut que presenten pot ser conseqüència d'estar exposats a la violència de gènere facilita també la detecció i la intervenció amb dones víctimes de maltractament.

## 2.4. Intervenció des del treball socio sanitari

La valoració psicosocial és competència del treballador socio sanitari i si cal es pot sol·licitar la col·laboració d'altres professionals, com equips de salut mental infantojuvenil, equips d'atenció psicològica de serveis socials i equips d'atenció psicopedagògica del sistema educatiu (Protocol Comú, pàg. 60).

### Diagnòstic socio sanitari

Amb la finalitat d'identificar l'exposició d'un infant a una situació de violència de gènere, és imprescindible garantir un espai en què el menor senti que es pot comunicar i que pot ser escoltat; cal crear un entorn tan càlid i acollidor com sigui possible, i fer servir un llenguatge i unes preguntes adequats per a la seva edat.

Aspectes que cal valorar:

- Tipologia, severitat i freqüència de l'exposició a la violència de gènere.
- Danys produïts per la violència.
- Salut física i equilibri psicoemocional.
- Nivell de risc.
- Grau de protecció per part de l'entorn més immediat.
- Escolarització i temps lliure.
- Força i qualitat del vincle amb la mare.
- Relació amb el pare.
- Grau de resiliència del menor: estratègies i recursos d'afrontament aplicats.
- Aspectes legals i jurídics.
- Necessitats específiques.

En cas que es determini una situació de maltractament que comporti un risc vital per al menor o que requereixi una atenció mèdica especialitzada, caldrà la coordinació amb l'hospital de referència. També farà falta la coordinació amb els dispositius de serveis socials d'atenció i protecció del menor.

## 2.5. Prevenció

Algunes de les estratègies de prevenció poden ser les següents:

- Actuacions de sensibilització i conscienciació de la ciutadania.
- Treball en xarxa i comunitari.
- Formació a professionals sanitaris i educatius.
- Tallers de capacitació parental per a mares i pares.
- Grups de suport a mares joves.
- Educació en salut sexual i afectiva per a menors i adolescents.

**Exemples**

Sovint els homes que exerceixen violència fan servir els fills per a fer mal a la dona, i fins i tot arriben a assassinar el menor amb una gran crueltat. Vegeu els últims casos apareguts a la premsa:

"Un hombre mata a su hijo y se estrella con él en su coche a la vista de su mujer" (juliol del 2012).

"Paternidad criminal", article de l'exdelegat per a la Violència de Gènere, Miguel Lorente.



### 3. Maltractaments a gent gran

"De totes les formes de violència aquesta és la més oculta". Mercedes Tabueña, experta en el maltractament a la tercera edat, professora de la Universitat de Barcelona i membre de l'EIMA.

Llegiu el cas pràctic següent:

En Pedro, en l'entrevista que ha sol·licitat amb el treballador sanitari del centre, es posa a plorar i li explica que la seva dona i la seva filla no el deixen sortir per anar al metge, ni rebre visites, que ara s'ha escapat, que si li truquen per telèfon no deixen que s'hi posi, que solament li dóna suport el seu nét però que el visita de tant en tant...

Penseu que es tracta d'una situació de maltractament? De quin tipus?  
Com podem enfocar la intervenció?

#### 3.1. Què són els maltractaments a gent gran?

De totes les definicions que apareixen en la literatura especialitzada en destaquen dues:

"Qualsevol acte o omissió que generi un dany, intencionat o no, que es produeixi en el medi familiar, comunitari o institucional, que vulneri o faci perillar la integritat física o psíquica, el principi d'autonomia o la resta de drets fonamentals de l'individu, i que es pugui constatar de manera objectiva o percebre de manera subjectiva independentment de la intencionalitat o no de l'entorn en què es produeix".

Declaració d'Almeria (1995)

"Acció única o repetida, o la falta d'una resposta adequada, que es produeix en qualsevol relació en què hi hagi una expectativa de confiança i que provoca danys o angoixa en una persona gran".

OMS Toronto (2002)

Hi ha diferents formes de maltractament: abús físic, psicològic, sexual, econòmic, negligència, abandó i vulneració de drets; els més freqüents són l'econòmic i el psicològic. El maltractament a la gent gran és un fenomen multidimensional i multifactorial.

Com en altres manifestacions de la violència, les causes són múltiples: envelliment progressiu de la societat, canvis en les estructures familiars, increment del nombre de persones dependents, l'"edatisme"(la discriminació per l'edat de la gent gran), mites i estereotips sobre la vellesa que provoquen una infravaloració pròpia i dels altres, etc. A aquestes causes hi calen afegir les característiques individuals i les circumstàncies tant de la persona maltractada com de la persona que exerceix la violència.

#### Nota

El maltractament a la gent gran s'esdevé en diferents àmbits, però en aquest mòdul ens centrarem en el que té lloc en l'àmbit domèstic.

A les víctimes els costa molt fer el pas de denunciar o sol·licitar ajuda, sia perquè se senten indefenses, o perquè tenen por de represàlies, no volen escàndols, no s'adonen del maltractament o el justifiquen, ignoren la possibilitat d'ajuda, volen protegir els seus familiars o se senten culpables i impotents. L'entorn, a més, sol negar el problema, el minimitza o desconeix els recursos de suport. Com en els altres tipus de maltractament, el silenci és sempre còmplice de la violència. Per això són fonamentals la detecció i l'abordatge del maltractament que podem fer des dels serveis socio-sanitaris, hospitalaris i d'atenció primària.

### **3.2. Prevalença**

Els maltractaments a persones grans es poden observar en totes les classes socials i en qualsevol nivell cultural, i afecten tant dones com homes encara que la bibliografia especialitzada afirma que hi ha diferències significatives associades al gènere (Bazo, 2003; Barbero i altres, 2005; Morlan, 2009) segons les quals les dones presenten una prevalença més gran.

No hi ha estadístiques precises, però sí que hi ha estimacions que ens mostren una alta prevalença. Segons l'informe de l'OMS publicat el 2011, *European report on preventing elder maltreatment*, a Europa un 2,7% de les persones de més de seixanta anys van patir maltractament físic, un 0,7% maltractament sexual, un 2,8% econòmic i un 19,4% psicològic. Cada any moren a Europa 2.500 ancians a causa de maltractaments.

Segons un altre estudi del 2008, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, d'Isabel Iborra, el maltractament augmenta a mesura que augmenta la dependència. El 2,9% dels ancians amb gran dependència són maltractats. Les persones amb Alzheimer pertanyen al grup de més risc.

### **3.3. Intervenció des del treball socio-sanitari**

#### **3.3.1. Tipus de maltractaments i senyals d'alerta**

Per a detectar les diferents formes de maltractament cal reconèixer els indicadors que acompanyen cadascuna de les formes esmentades. Cal tenir en compte, no obstant això, que s'han de contextualitzar els senyals d'alerta descrits tot seguit i valorar-los amb prudència. Que hi hagi un o més d'un indicador no vol dir sempre que tinguem al davant un cas de maltractament. Els hem de tractar com a signes que requereixen una atenció específica o bé una recerca concreta.

Qualsevol professional de la salut pot detectar maltractament en qualsevol dispositiu sanitari. També es pot produir a partir del reconeixement i de l'expressió de la mateixa persona afectada o per la comunicació de familiars o persones pròximes i altres professionals de sospita de maltractament.

## Definicions i senyals d'alerta de les diverses categories de maltractament a les persones grans

Definició	Senyals d'alerta
<b>1. Abús físic</b>	
Ús de la força física que causa dolors o lesions corporals. A més, inclou restriccions o confinaments no adequats a llits, a cadires o en una habitació, i l'ús inadequat de fàrmacs, com sedacions sense prescripció o alimentació forçada.	Talls, cops, cremades, punxades, blaus, marques de subjecció, nafres no curades, lesions en zones del cos amagades, caigudes reiterades inexplicables, fractures. Sobredosi o infradosi de medicació a la sang. Desnutrició o deshidratació. Hipotèrmia i hipertèrmia.
<b>2. Abús psicològic o emocional</b>	
És infligir angoixa, pena o estrès mitjançant actes o paraules. S'hi inclouen les agressions verbals repetides, com amenaces, intimidacions que denigren la persona o en fereixen la identitat, dignitat o autoestima; els càstigs com el del silenci o de privacions; aïllar o apartar la persona de les seves amistats i de les seves activitats habituals, i la infantilització.	Insults, humiliacions, tracte diferent, amenaces, crits, desemparament, passivitat, aïllament, infantilització. Por, eludir el contacte visual, físic o verbal amb la persona agressora. Ira, negació, agitació, actituds contradictòries o ambivalents. Confusió, desorientació, ansietat i depressió. Intent de suïcidi.
<b>3. Abús sexual</b>	
Inclou tot contacte sexual sense consentiment: violació, atemptat contra el pudor, assetjament. També els contactes sexuals amb una persona incapaç de donar el consentiment, i els tocaments.	Declaració de la persona mateixa. Roba interior esquinçada o tacades. Comportament sexual desinhibit. Rebuig a contactes físics.
<b>4. Abús econòmic o financer</b>	
Ús il·legal o indegut de propietats o finances que pertanyen a la persona gran; modificació forçada o coercitiva del testament o altres documents jurídics; negació del dret a l'accés i al control dels fons personals; frau, robatoris o furtos comesos per una persona de confiança; signatura de documents sense informació clara del contingut. També inclou acords poc equitatius en relació amb un traspàs de béns a canvi d'uns serveis d'atenció. S'exclouen delictes comuns comesos per desconeguts.	Desaparició de joies, objectes d'art o de valor. Moviments bancaris sospitosos, deutes i despeses anormals. Pèrdua de patrimoni, renúncia o canvis amb transmissió de poders sobtats. Vendes fraudulentament i enganyoses. Interès inusitat per fer-se càrrec de la persona gran. Demandes no justificades d'incapacitació.
<b>5. Negligència</b>	
No atendre les necessitats de la persona gran. Inclou les necessitats bàsiques de salut, roba, higiene, alimentació, habitatge, seguretat, confort i l'incompliment dels deures fiduciaris d'una persona. Pot ser intencionada o no intencionada per falta de capacitat, informació, interès o recursos.	Condicions de vida perilloses; no disposar d'un habitatge amb condicions d'habitabilitat o també brut, amb acumulació d'escombraries i pudor. Roba inadequada, falta d'higiene personal, paràsits o infeccions. Malnutrició, problemes de salut sense tractament o cura. Falta de pròtesis auditives, dentals o ulleres, si calen.
<b>6. Abandó</b>	
És la deserció per part de la persona (o institució) cuidadora que està al càrrec de la persona gran i la desempara voluntàriament.	Abandonar la persona gran en una institució, sia un hospital, una residència geriàtrica, al carrer o al domicili.
<b>7. Vulneració de drets</b>	
Consisteix en l'agressió, privació o no-reconeixement dels drets fonamentals, com la dignitat, el respecte, la intimitat, la confidencialitat i la participació. La llibertat és un dret fonamental, com ho és el dret a decidir.	Falta de respecte a la intimitat i a la llibertat. Censura de la correspondència. No tenir en consideració els desitjos i les decisions de la persona gran sobre aspectes vitals (on vol viure, com i amb qui). Els tractes discriminatoris i desconsiderats.

Font: M. Tabueña; J. Muñoz (2012). *Guia local per fer front als maltractaments de les persones grans*. Barcelona: Diputació de Barcelona

### 3.3.2. Diagnòstic sociosanitari

Una vegada detectada una possible situació de maltractament s'han de fer una sèrie d'actuacions per a confirmar o descartar les sospites de maltractaments.

La valoració interdisciplinària ha de fer referència als aspectes de salut física, psíquica i cognitiva, social i familiar i tenir en compte la severitat del maltractament, la capacitat de la persona, l'aptitud per a decidir, l'accessibilitat i els recursos disponibles. Cadascun d'aquests aspectes disposa d'eines pròpies de suport que solen ser les escales i tests validats: Barthel, Lawton, MEC, Goldberg o Yesavage, per exemple.

Pel que fa a l'avaluació social i familiar, competència del treballador sociosanitari, hem de tenir en compte el següent (*Guia* de la Diputació de Barcelona, pàg. 19):

- Ha d'incloure una àmplia gamma de paràmetres: ambientals, econòmics, xarxa de suport, afectes i conflictes familiars, activitat social, hàbits, creences i actitud per a acceptar la situació i l'ajuda que se li ofereix.
- Cal avaluar la situació d'esgotament i estrès de la persona cuidadora de les persones dependents amb deterioració cognitiva.

Algunes de les tècniques i escales que cal utilitzar són les següents:

- entrevista,
- visita a domicili,
- escala de Zarit,
- escala de Filadèlfia,
- escala d'OARS,
- escala de Gijón,
- qüestionari Duke-UNC i
- Apgar familiar.

La clau principal per a les entrevistes és generar una relació de confiança. S'han de fer separatament: a la persona gran maltractada, a la presumpta responsable del maltractament i a altres persones del seu entorn. Les visites a domicili, quan siguin possibles, ens donaran una informació molt valuosa. Cal generar sempre un ambient de calidesa i confort, i fer servir un llenguatge que s'adapti a les condicions de la persona gran. També hem d'estar atents als elements de la comunicació no verbal i potenciar la seva autoestima fent èmfasi en la no-culpabilització de la persona gran.

Hi ha una sèrie d'instruments específics dissenyats per a ajudar els professionals a destriar l'existència o no de maltractaments que requereixen coneixement i entrenament específics per a administrar-los (*Guia de la Diputació de Barcelona*, pàg. 22):

- Elder Abuse Suspicion Index (EASI).
- Qüestionari de detecció de la Canadian Task Force.
- Indicadors de maltractament en el cuidador i la persona gran (IOA).
- Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST).

És convenient fer un informe social que pot ser útil per a futurs processos judicials, en cas que n'hi hagi.

### **3.3.3. L'actuació des dels serveis sanitaris**

Una vegada l'equip multidisciplinari ha fet l'avaluació integral i consensuada, tenim els elements per a decidir si cal iniciar accions per a protegir la persona gran víctima de maltractaments, i per a definir amb quins altres serveis jurídics, policials, socials o sanitaris ens hem de coordinar. En qualsevol cas, la intervenció s'ha d'orientar a preservar abans de res els drets de les persones grans i s'ha de coordinar des de la unitat de treball sociosanitari.

Si la víctima té capacitat de decidir, la nostra intervenció s'ha de centrar:

- A informar-la i assessorar-la sobre els recursos a què pot accedir.
- A donar-li suport emocional i potenciar els seus recursos personals.
- A consensuar amb la persona el pla d'actuació proposat pels professionals.
- A potenciar els vincles familiars i socials.
- A considerar les accions legals (denúncia, mesures cautelars, etc.).

Si la víctima **no** té capacitat de decidir, la nostra intervenció s'ha de centrar:

- A comunicar o denunciar la situació al jutjat o la fiscalia segons que pertochi.
- A sol·licitar mesures cautelars.
- A fer una valoració professional per a aplicar recursos d'urgència.
- A coordinar-se amb altres serveis.
- A fer una petició d'ingrés involuntari.

### 3.4. Prevenció

Les estratègies preventives van dirigides a evitar o reduir la violència i el maltractament mitjançant la disminució dels factors de risc i impedir la normalització, i també a fer accions dirigides a sensibilitzar la ciutadania, especialment les persones grans.

Factors de risc

Factors de risc de la persona gran	Factors de risc de la persona responsable del maltractament
Dependència física, psíquica, emocional i econòmica Aïllament social Cohabitació Situació de dependència econòmica o bé persones amb estalvis i altres béns Deterioració cognitiva i alteracions de la conducta Demència Història de violència familiar, sobretot entre cònjuges	Cuidar el dependent sense ajudes durant períodes molt llargs: claudicació, sobrecàrrega Falta de formació i suport Abús de substàncies tòxiques Malaltia mental Transmissió de violència familiar Dificultats familiars: atur, estrès, aïllament, divorci, problemes econòmics, baixa autoestima... Parella d'edat avançada cuidadora

Exemples de mesures de prevenció:

- Fer accions de sensibilització amb motiu del Dia Mundial sobre la Prevenció dels Abusos a Persones Grans, el 15 de juny.
- Potenciar la formació de professionals i la recerca.
- Promoure l'elaboració del document de voluntats anticipades (DVA), document de previsions patrimonials, mesures cautelars, etc.
- Impulsar actuacions dirigides a millorar la qualitat de vida de les persones grans i intervenir en les situacions de vulnerabilitat.
- Fomentar mesures de suport per als cuidadors: cursos específics, grups de suport, etc.

#### Exemples de bona pràctica

Campanya "Tracta'm bé" (Catalunya)

Campanya "No dejes que ocurra" (País Basc)

Blog del grup EIMA

### 3.5. Marc normatiu i protocols existents

No hi ha una legislació específica per a combatre el maltractament a les persones grans com sí que passa amb la violència de gènere. No obstant això, en els últims anys s'han elaborat diferents documents, protocols i guies que

orienten l'actuació en l'abordatge d'aquest problema. És recomanable, sempre que sigui possible, elaborar protocols locals per a optimitzar la intervenció interdisciplinària i el treball en xarxa.

Documents destacats de la base de dades de Portal Mayores relacionats amb el maltractament en els diferents àmbits, editats per Portal Mayores, l'Imserso i l'Observatori de Persones Grans.

- **A. Martínez Maroto** (2005). *El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española*. Imserso.
- **Gobierno Vasco** (2011). *Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción*. Departamento de Empleo y Servicios Sociales.
- **Sociedad Española de Geriátría y Gerontología** (2011). *Guía práctica del buen trato a las personas mayores*.
- **Gobierno de Aragón** (2011). *El trato a las personas mayores. Promoción del buen trato y detección de malos tratos*.
- **Ayuntamiento de Madrid** (2010). *Buen trato a las personas mayores*.
- **Consejo General del Poder Judicial** (2010). *Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso*.
- **Obra Social Caixa Catalunya** (2009). *Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores*.
- **N. Ararteko Etxaniz; F. J. Leturia Arrazola** (2009). *Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato*.
- **Imserso; OMS; SEGG** (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*.
- **UGT** (2006). *El maltrato a las personas mayores en la legislación española*.

## 4. Atenció als homes que exerceixen violència

Les competències d'intervenció i tractament dels homes condemnats per violència de gènere corresponen al Ministeri de l'Interior, per mitjà de la Secretaria General d'Institucions Penitenciàries (excepte a Catalunya), tot plegat sense perjudici dels programes desenvolupats per algunes comunitats autònomes al seu territori.

En els casos en què ell mateix, com a pacient, sol·licita ajuda als serveis sanitaris per a modificar la conducta violenta, el treballador sociosanitari li ha d'oferir informació sobre els recursos i els programes disponibles en el seu lloc de residència (Protocol Comú, pàg. 71).

Per exemple, a Catalunya hi ha serveis d'atenció específics per a homes agressors a l'Ajuntament de Barcelona o a l'Hospital Santa Caterina de Girona.

### Lectura recomanada

Per a aprofundir en aquest tema us recomanem la lectura de l'article "Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género".



## Bibliografia

- Alda, M.; García, J.** (2011). "Detección y tratamiento de la violencia de género en atención primaria" [document en línia]. *Siete Días Médicos*.
- Aretio, A.** (2007). "Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres". *Gaceta Sanitaria* (vol. 21, núm. 4, pàg. 273-277).
- Aretio, A.** (2009). "La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios". A: *IX Congrés Estatal de Treball Social*. Ponència.
- Babi, P.** i altres (2012). "Violència de gènere i atenció primària de salut: una visió des de la consulta". *Quadern CAMFiC*.
- Ballester, M.** (2009). "La intervenció en situacions de violència masclista en l'àmbit de la parella". *Papers d'Acció Social* (núm. 3). Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Barbero, J.** i altres (2005). "Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación". *Colección-Manuales y Guías: Serie Personas Mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales / Imsero.
- Bazo, M. T.** (2003). "Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad". *Cuadernos de Trabajo Social* (núm. 11, pàg. 35-46).
- Coll-Vinent, B.** i altres (2008). "El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud". *Gaceta Sanitaria* (vol. 22, núm. 1, pàg. 7-10).
- Irigoyen, M. F.** (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidós: Barcelona.
- Kessel, H.** i altres (1996). "Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado". *Revista Española de Geriátría y Gerontología* (núm. 31, pàg. 367-372). Declaració d'Almeria.
- Krug, E. G.; Dalhberg, L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B.; Lozano, R.** (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** (2012). "Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género". Madrid: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Comisión contra la Violencia de Género.
- Morlan, A.** (2009, octubre). "Protección jurídica. Violencia y maltrato". A: *IX Congrés Nacional d'Organitzacions de Gent Gran*. Sevilla.
- OMS** (2000). "Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores". Ginebra.
- Orjuela, L.** i altres (2009). "Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar". Save The Children.
- Prochaska, J. O.; Diclemente, C.; Norcross, J.** (1982). "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change". *Psychotherapy Theory, Research and Practice* (vol. 19, núm. 3, pàg. 276-288).
- Rojas Marcos, L.** (2003). *La pareja rota. Familia, crisis y superación*. Espasa hoy: Madrid.
- Ruiz, I.; Blanco, P.; Vives, C.** (2004). "Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias". *Gaceta Sanitaria* (vol. 18, supl. 2, pàg. 4-12).
- Servicio Riojano de Salud** (s/d). *Programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario público de La Rioja* [document en línia].
- Tabueña, M.; Muñoz, J.** (2012). *Guía local per fer front als maltractaments de les persones grans* [document en línia]. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Touza, C.** (2010). "Por qué y cuándo se han de utilizar las escalas de detección del riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes (EDMA)". *Cuadernos de Trabajo Social* (vol. 23, pàg. 145-161).
- Walker, L.** (1979). *The Battered Women*. Estats Units d'Amèrica: Harper and Row Publishers.

