
Violència de gènere i violència domèstica

PID_00272626

Marta Ballester Albarracín
María Neri Iglesias Fernández

Temps mínim de dedicació recomanat: 4 hores



Marta Ballester Albarracín

Des d'abril de 2010, treballadora social de l'ABS Peralada (12 municipis). Diplomatura en Treball Social, Escola Universitària de Treball Social de Barcelona. Màster en Polítiques d'igualtat de gènere: agents d'igualtat, de la Universitat Autònoma de Barcelona (3a edició). Postgrau en formació psicossocial: Lideratge, consultoria i direcció, IDEC, de la Universitat Pompeu Fabra. Docent i autora de diverses publicacions.

María Neri Iglesias Fernández

Diplomada en Treball Social per la Universitat d'Oviedo. Màster en Exclusió social, integració i ciutadania (UNED). Especialista universitària en Prevenció, detecció i intervenció en violència de gènere, per l'Institut Ortega i Gasset adscrit a l'OCM. Grau en Treball Social per la Universitat Internacional de la Rioja (UNIR). MU de Treball social sanitari, per la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Diplomada en Salut pública i gènere, per l'Escola Nacional de Sanitat, Institut de Salut Carlos III (ISCIII), en col·laboració amb l'OSM del Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social. Doctoranda en Treball Social a l'OCM. Treballadora social sanitària adscrita al Servei d'Atenció Sanitària i Sociosanitària de la Direcció General de Cures, Humanització i Atenció Sociosanitària de la Conselleria de Salut d'Astúries.

Segona edició: març 2020

© Marta Ballester Albarracín, María Neri Iglesias Fernández

Tots els drets reservats

© d'aquesta edició, FUOC, 2020

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció	5
1. Violència de gènere	11
1.1. Prevalença	11
1.2. Marc normatiu	13
1.3. Arrels i causes de la violència de gènere	14
1.4. Tipus de maltractament	14
1.5. El procés de la violència en la relació de parella	15
1.5.1. Característiques de la violència en la parella	15
1.5.2. Factors explicatius	16
1.5.3. El cicle de la violència	16
1.6. Dones en situació d'especial vulnerabilitat	18
1.7. Detecció del maltractament en diferents àmbits sanitaris	19
1.8. Intervenció des del treball social sanitari	19
1.9. Prevenció	21
2. Maltractaments infantils	22
2.1. Prevalença	22
2.2. Efectes de la violència de gènere en fills i filles	22
2.3. Detecció	23
2.4. Intervenció des del treball social sanitari	23
2.5. Prevenció	24
3. Maltractaments a persones grans	25
3.1. Què són els maltractaments a persones grans?	25
3.2. Prevalença	26
3.3. Intervenció des del treball social sanitari	26
3.3.1. Tipus de maltractaments i senyals d'alerta	26
3.3.2. Diagnòstic social sanitari	28
3.3.3. L'actuació des dels establiments sanitaris	29
3.4. Prevenció	30
3.5. Legislació i protocols existents	31
4. Atenció als homes que exerceixen violència	32
5. Violència de gènere i violència domèstica. Part II	33
5.1. Introducció	33
5.2. Violència de gènere	34
5.2.1. Prevalença	34
5.2.2. Marc normatiu	35
5.2.3. Conseqüències per a la salut	36

5.3.	Violència sexual	37
5.4.	Mutilació genital femenina (MGF)	38
5.5.	El tràfic de persones	38
5.5.1.	Les organitzacions sanitàries davant el tràfic amb finalitats d'explotació sexual	39
5.6.	Maltractaments infantils	40
5.6.1.	Prevalença	40
5.6.2.	Normativa	40
5.7.	Maltractaments a persones grans	41
5.7.1.	Prevalença	41
5.8.	Bibliografia	41
	Bibliografia	45

Introducció

Llegirem 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, conjunta amb la infermera, a una pacient de 88 anys, paraplègica, que viu amb el seu marit de 92 en un poble petit, la cuidadora li va explicar que en rentar-la, va veure blaus i que alguna vegada ha vist com el marit li dona algun cop... També li explica que sovint se la troba amb el cap lligat amb un mocador a la cadira perquè no s'inclini el cap... La cuidadora explica que ho ha parlat amb la filla però aquesta no sembla donar-li importància.

La treballadora social sanitària del centre de salut atén una parella que s'ha presentat sense cita prèvia. Li exposen que els ha cridat la xicota del seu fill gran perquè ahir aquest la va agredir al portal i uns veïns van avisar la policia però quan la patrulla va arribar, ella va negar qualsevol problema. El noi té 22 anys i la noia 17. A la conversa amb la treballadora social sanitària reconeixen que li tenen por, que el noi «fa el que vol», que li estan pagant multes per altres «problemes amb la justícia» que ha tingut i que de vegades els amenaça, fins i tot els ha donat alguna empenta. Els pares de vegades es contradiuen entre si. Així mateix, expliquen que també és violent amb el seu germà de 10 anys, en canvi, diuen que té bona relació amb els seus companys de feina i amb els seus avis paterns. Es mostren molt angoixats.

Ara reflexionarem sobre això: Quins tipus de maltractaments es donen?
En quin àmbit? Com els podem abordar des del treball social sanitari?

Durant 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 aquesta afecta els fills i filles.

La violència intrafamiliar, malgrat ser reconeguda com un greu problema social i de salut, de conseqüències devastadores, ha estat i continua sent un tema en bona part ocult. En aquest tipus de violència, els maltractaments, en les seves diferents formes, es produeixen en l'àmbit domèstic, l'espai personal i íntim de la persona i encara trobem a la nostra societat la creença que el que passa a la família, «de portes cap a dins», 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.

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

En aquest abordatge interdisciplinari, la unitat de treball social sanitari, els seus professionals, exerceix un rol fonamental en tots els protocols. També té un paper important en la sensibilització de la societat i dels altres equips professionals davant els maltractaments i la prevenció d'aquests.

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 de l'any 2000, trobem la cita següent:

«El primer repte i el més important de la comissió és convèncer la resta de professionals que estem parlant d'un problema de salut que afecta la nostra praxi».

La missió d'aquesta comissió és un bon exemple de bona coordinació i bona pràctica en l'abordatge de la violència intrafamiliar en l'àmbit dels establiments sanitaris. També és un bon exemple el «Programa integral de detecció y abordaje de la violencia domestica desde el sistema sanitario público de la Rioja», del Servicio Riojano de Salud.

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

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

1) De què estem parlant?

La violència es pot definir com l'acció o omissió innecessària, lesiva o destructiva d'una persona cap a una altra. El component principal d'aquesta forma de violència és l'abús o 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, la qual cosa fa més difícil la identificació d'aquesta violència així com el 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 finalització de la relació abusiva.

a) Violència domèstica:

Es tracta de la 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 sense importar el rol. És, doncs, un dels àmbits on 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 sofriment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces de tals actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeixen a la vida pública com a la vida privada».

Resolució de l'Assemblea General de Nacions Unides de 1993

Observem que aquesta definició incorpora totes les formes de violència i tots els àmbits on aquesta 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 «aquella que s'exerceix en l'àmbit de la parella o exparella per part d'un home cap a una dona i comprèn tot acte de violència física i psicològica, incloses les agressions a la llibertat sexual, les amenaces, les coaccions o la privació arbitrària de llibertat».

En el text consolidat de 4 d'agost de 2018, s'explica que «La violència de gènere no és un problema que afecti l'àmbit privat. Al contrari, es manifesta com el símbol més brutal de la desigualtat que existeix a la nostra societat. Es tracta d'una violència que es dirigeix sobre les dones pel fet mateix de ser-ho, per ser considerades, pels seus agressors, mancades dels drets mínims de llibertat, respecte i capacitat de decisió».

La llei exclou els casos en els quals la violència s'exerceix per part d'una dona cap a la seva parella o exparella home i els de violència en parelles homosexuals, que en canvi sí que estarien inclosos en el terme *violència domèstica*.

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

2) Mites i prejudicis

Hi ha una sèrie de mites al voltant de la violència familiar que tenen efectes nocius evidents en la intervenció professional i la dificulden, 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 hi intervinguem.
- Culpabilitzen, jutgen i paralitzen les víctimes i es justifiquen les accions i la discriminació dels agressors.

Els principals mites són els següents:

- La família és un entorn idíl·lic.
- El maltractament solament succeeix en nivells socioeconòmics baixos.
- La víctima menteix i fantasia.
- Les víctimes repetiran el maltractament.
- Els nens i nenes fabulen i menteixen.
- Les víctimes provoquen l'agressor.
- Si passés en el nostre entorn ens n'adonaríem.
- Les causes són l'alcohol i les drogues, així com els trastorns psiquiàtrics.
- Si la víctima volgués deixaria la relació.

Com a professionals del treball social sanitari hem de ser conscients de les nostres pròpies creences i prejudicis davant la violència per a poder intervenir de forma eficaç, objectiva, i d'acord amb el corpus de coneixement que es va elaborant sobre aquest tema.

3) La intervenció professional des de la unitat de treball social sanitari

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, que a continuació detallem.

a) Detecció

- Dificultats:
 - El silenci de les víctimes (creuen que el mereixen, que és normal, tenen por i vergonya de les conseqüències, vulnerabilitat física o psicològica...) i dels equips 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 atenen la situació.
- Instruments de detecció:

Existeixen 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, el suport extern formal i informal.
 - Gravetat i severitat del maltractament, nivell de risc, capacitats de la víctima.
 - Recursos disponibles.

c) Diagnòstic social sanitari i intervenció

- Definir les característiques del problema de forma integral i integrada en el medi.
- Planificar i consensuar la intervenció amb l'equip sanitari i coordinació amb els altres agents i institucions socials, jurídiques, policials i educatives.
- Seguiment dels casos i els seus canvis.

La intervenció social realitzada des de les unitats de treball social sanitari, 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 des del camp de la salut cal realitzar davant el problema de la violència.

4) Treball en equip i en xarxa

Dins del camp de la violència familiar cap dels equips professionals té la capacitat per si sola d'abordar amb els seus recursos, de manera integral, totes les necessitats que poden presentar les persones i famílies objecte d'atenció. Qualsevol dels equips professionals de l'àmbit sanitari i social necessitarà 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 pugui dispensar sol ser fruit d'un treball concertat entre diversos equips o dispositius que variaran en funció del tipus de maltractament que s'abordi.

És imprescindible, doncs, planificar el protocol d'atenció adequadament 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. Correspondrà a la unitat de treball social sanitari liderar la coordinació i fer el seguiment de les derivacions efectuades.

L'adaptació dels protocols i de les guies existents a les realitats locals, en forma de circuits d'intervenció, facilita 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

Llegirem el cas pràctic següent.

La senyora Anna, mare d'un nen de 5 anys, és atesa pel seu metge de capçalera per uns marejos que la pacient atribueix a les cervicals. En indagar en les seves circumstàncies, la pacient comenta que està molt nerviosa, que té una ordre de protecció de la seva exparella, al que van condemnar amb pena de presó però ara mateix encara és al carrer, i la truca per telèfon, li deixa un missatge i ho veu rondar prop de casa seva. Confessa que li té terror, ja que en altres ocasions l'ha agredit 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.

Reflexionem: Com es podria abordar la situació plantejada? Quines intervencions s'haurien de fer des de la unitat de treball social sanitari?

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 i filles, sinó també com un problema greu de salut pública, tant per la seva alta prevalença com per la seva morbiditat i mortalitat. Aquesta violència afecta les dones durant totes les etapes del seu cicle de vida.

Segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), a Espanya el nombre de víctimes mortals entre l'1 de gener de 1999 i el 30 de desembre de 2017 va ascendir a 1.148. El 2017 es van comptabilitzar un total de 51 casos de víctimes mortals.

La taula 1 mostra l'evolució de les víctimes de violència de gènere des de 1999 fins a 2017. En total, en aquest període van ser assassinades 1.148 dones.

Taula 1. Víctimes mortals per violència de gènere

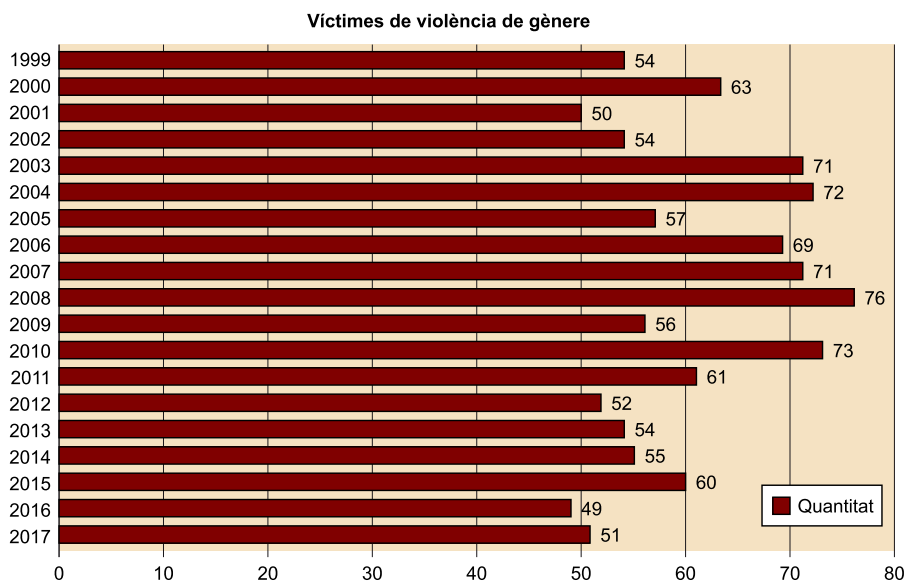
	Quantitat
2017	51
2016	49
2015	60
2014	55
2013	54
2012	52
2011	61

Font: INE.

	Quantitat
2010	73
2009	56
2008	76
2007	71
2006	69
2005	57
2004	72
2003	71
2002	54
2001	50
2000	63
1999	54
Total	1.148

Font: INE.

Figura 1. Evolució de les víctimes de violència de gènere (1999-2017)



Font: 1999-2005: Institut de la Dona a partir de notícies de premsa i de dades del Ministeri de l'Interior. A partir de 2006, dades de la Delegació del Govern per a la Violència de Gènere. <http://ine.es>. Notes: s'inclouen aquells casos en els quals l'agressor és el cònjuge, excònjuge, company sentimental, excompany sentimental, xicot o ex-xicot.

Com a dada que s'ha de considerar, del 2007 a setembre del 2012 els jutjats espanyols van registrar un total de 769.478 denúncies, una mitjana de 360 denúncies diàries. En 84.935 casos (un 11,5 %) les dones van renunciar a continuar amb el procés judicial

Un altre exemple és el percentatge de dones espanyoles que va assenyalar a la Macroenquesta del 2011 haver sofert violència de gènere alguna vegada a la vida, que va ser del 10,9 %, la qual cosa equival a més de 2.150.000 dones. D'aquestes, estarien en aquest moment en situació de maltractament gairebé 600.000 dones (el 3,0 % del total d'entrevistades). El perfil de la víctima segueix sent similar: el maltractament és més comú a les estrangeres i les dones amb alguna discapacitat.

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

És interessant, no obstant això, destacar que la proporció de dones que ha aconseguit sortir de la situació de violència de gènere ha anat augmentant de forma significativa des de 1999, i ha passat d'un 2,9 % fins al 7,9 % (1.560.000 dones). Això ens ha d'animar a treballar per a augmentar la detecció i l'atenció a les dones víctimes.

1.2. Marc normatiu

En els últims anys al nostre país s'han succeït 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 a la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut Reial decret 1030/2006.
- L'aprovació el 2007 pel Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut (SNS) 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 última 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 més grans de 14 anys que sofreixen 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 i filles de les dones en situació de maltractament.

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 avui.

Macroencuesta de Violencia de Género 2011.

Lectura complementària

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

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

Del 2007 al 2011, 32 homes han perdut la vida a mans de les seves parelles, femenina o masculina, la qual cosa suposa un 9 % de les víctimes. Del total de denúncies presentades cada any per violència a la parella, unes 130.000 de mitjana, el 2 % correspon a l'home.

1.3. Arrels i causes de la violència de gènere

La històrica declaració de 1993 de l'Assemblea General sobre la «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 el «Estudi a fons sobre totes les formes i manifestacions de la violència contra la dona», que va sortir a la llum l'any 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 l'assoliment de 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 a l'esfera pública com a 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 freqüentment 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 7 mesos, tirar-li el menjar a la cara, amenaçar-la de matar els seus fills, controlar-la a tota hora, no deixar-li posar la calefacció, torturar el seu 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 (físics, sexuals, psicològics, econòmics) o solament alguns, però no sempre existeix violència física. En canvi, quan la violència física està present, sempre va acompanyada de la violència psicològica, que la sol precedir.

No hem d'oblidar 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 hauran de ser abordats 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 on es pot donar la violència de gènere; és la forma més comuna de violència experimentada per les dones a tot el món i la més atesa en el sistema sanitari. 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

- Existència d'un vincle afectivosexual inicial.
- Existència d'una intimitat, una predisposició a voler compartir part de la vida i, per tant, a generar projectes comuns.
- Distància emocional mínima entre l'home abusador i la dona agredida, la qual cosa comporta un impacte emocional molt alt a les víctimes.
- Es dona bàsicament en l'àmbit privat i, per tant, sovint és invisible per als altres, la qual cosa s'ha anomenat fenomen de la doble façana: <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/humor/mujeres/acudit-08-03--08.html>
- S'arriba a normalitzar, es cronifica i amb el temps n'augmenta la gravetat: és contínua i sistemàtica i mai s'atura per si sola.
- 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 de la parella en el 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 semblats 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

En abordar i intervenir des del treball social sanitari en casos de maltractament a la parella, és important tenir en compte que es tracta d'un fenomen multi-causal.

Socials

- Desigualtat de gènere: l'existència de relacions asimètriques. Els homes que maltracten ho fan perquè poden: segueix pensant una cultura sexista que atribueix i legitima un paper més agressiu als homes i de submissió a les dones.
- El vincle relacional a la parella: concepcions referides a l'amor i a la parella com a fusió («la 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 la resolució dels conflictes interpersonals dins o fora de la parella.

Individuals

Es considera que no hi ha un perfil «d'home maltractador» igual que no n'hi ha de «dona maltractada» però sí que poden existir 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 i/o haver sofert o presenciat maltractaments a la infància.

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 envoltades de relacions en les quals eren maltractades va ser publicat per Leonore Walker el 1979. Walker es va adonar que en un gran nombre de dones que havien sofert 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 de temps.

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 desvaloritza. La dona rep missatges que fan que senti que la

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.

seva percepció de la realitat és incorrecta, dubta, se sent culpable de tot el que succeeix, perd l'autoritat, l'autoestima, intenta no «provocar». Aquests antecedents **no** solen ser identificats com abusos per part de la dona.

2) Explosió de la violència

És el moment en què la violència explota en forma d'agressió física, psicològica, sexual... Es pot tractar d'una agressió brutal, sense 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 els serveis socials o sanitaris 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, ja que es torna a sentir valorada en la relació de parella, el perdona i creu 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 infringeixi 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

Visioneu el curt *Subir y bajar* de David Planell: <http://www.youtube.com/watch?v=x0ek5u_J-Dc>

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

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

Hem de tenir en compte que el cicle no s'atura mai per si sol, sinó que se sol accelerar, es cronifica i hi ha una intensitat creixent que comportarà un risc més gran per a la dona.

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

Encara que el cicle de la violència és molt freqüent en les relacions de parella on es dona 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 sota l'estructura de dominació, on solament de manera ocasional apareix l'agressió física i que és més difícil de detectar.

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 dependrà de la conjugació de factors psicosocials de risc i protecció que cada dona viurà de manera individual; avaluar aquests factors serà una tasca central del procés d'ajuda (Aretio, 2009).

A continuació destaquem les principals situacions de més vulnerabilitat (Protocol comú per a l'actuació sanitària davant la violència de gènere, 2012):

- Aquelles que tenen a veure amb el canvi vital (embaràs i puerperi, festeig, separació, jubilació, mort de persones significatives).
- Migració, tant interna com internacional.
- Discapacitat de qualsevol tipus (física, psíquica i sensorial).
- Estar en situació d'exclusió social (addiccions, prostitució, reclusió, indigència).
- Residir a l'entorn rural.
- Dones grans.
- Dones amb VIH.

En direcció oposada es troben aquells factors protectors enfront de la violència (Ruiz i altres, 2004):

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

Lectura complementària

E. G. Krug; LL. Dalhberg; J. A. Mercy; A. B. Zwi; R. Lozano (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization.

Lectura complementària

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

Sense oblidar les capacitats i els recursos de les pròpies dones i l'adequat acompanyament professional.

1.7. Detecció del maltractament en diferents àmbits sanitaris

Les formes agudes de presentació del maltractament (lesions físiques greus, intent de suïcidi) són més visibles a les àrees 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 difícilment detectables des d'altres àmbits, com l'abús psicològic o l'abús a dones grans.

La consulta de pediatria d'APS permet sospitar el maltractament a través de les manifestacions en els fills i filles de la dona, i permet detectar-lo en moltes dones que solament consulten el sistema sanitari com a mares.

Altres àrees i unitats especialment sensibles són les consultes de ginecologia/obstetrícia i salut mental.

1.8. Intervenció des del treball social sanitari

Quan es detecti que una dona es troba en situació de violència (o existeixi una sospita fonamentada) per part de qualsevol professional de l'equip sanitari, seria desitjable que es derivi el cas a la unitat de treball social sanitari del centre tan aviat com sigui possible, que serà el professional referent que gestionarà amb la dona la globalitat de la situació i les possibles sortides, realitzarà el corresponent diagnòstic social sanitari i planificarà conjuntament amb la resta de l'equip la intervenció integral.

El diagnòstic social sanitari

El diagnòstic social sanitari en aquest context haurà d'incloure el següent:

- Tipus de maltractaments soferts, durada i intensitat d'aquests.
- Avaluació del grau de perill de la víctima i altres familiars i necessitat de protecció.
- Comportament de l'agressor en la dimensió familiar i social; agressions a altres persones o familiars.
- Situació familiar: relacions familiars, persones que resideixen a casa, tipus d'habitatge.
- Afectació en els fills i filles menors.
- Situació emocional.
- Mecanismes d'afrontament desenvolupats per la dona: actuacions realitzades, peticions d'ajuda a altres equips, denúncies prèvies.
- Fase del grau de motivació per al canvi en la qual es troba (precontemplativa, contemplativa, determinació, acció, manteniment, recaiguda, terminació i consolidació; Prochaska i Diclemente, 1982).

Lectura complementària

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

Bibliografia

D. Colom Masfret (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.

- Situació econòmica: ingressos i procedència.
- 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 i filles, documentació.
- Situació judicial: denúncies, judicis, ordres de protecció.
- Necessitats d'atenció específiques.

Recordem que dins del diagnòstic social sanitari, com ens va assenyalar Mary E. Richmond, incloem sempre els serveis que prestarem des del treball social sanitari.

Pla d'intervenció

Una vegada completat el diagnòstic social, s'assenyalaran els serveis que s'han de prestar i tot seguit s'elaborarà el pla d'intervenció biopsicosocial comú per part de l'equip sanitari que garanteixi l'atenció integral a la víctima i als individus menors al seu càrrec. En el pla d'intervenció cada professional tindrà assignades les seves responsabilitats i tasques, així com el seguiment posterior.

Aspectes bàsics a tenir en compte en la intervenció, que haurà de ser consensuada amb la dona:

- Informatius: drets, serveis, temes legals i recursos de suport.
- Elaboració d'un pla de seguretat.
- Atenció als fills i filles.
- Econòmics: gestionar ajuda econòmica quan sigui necessari, donar suport amb la cerca d'ocupació.
- 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, desenvolupament d'estratègies d'afrontament de la violència si la víctima decideix seguir convivint amb la persona agressora, eliminar el sentiment de culpa per la violència soferta, millorar l'autoestima i l'autonomia personal.

Si és necessari, es farà la derivació total o parcial a altres equips 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 en els supòsits d'urgència vital en els quals calgui per la gravetat de la situació recórrer als cossos de seguretat, jutjats o telèfons d'urgències per a realitzar acompanyaments i allotjaments alternatius, totes les derivacions, preferentment, hauran de ser gestionades per la unitat de treball social sanitari corresponent, que és la competent per a la coordinació amb la resta d'equips.

L'informe de treball social sanitari per a remetre al jutjat

En funció de les circumstàncies particulars de cada situació, l'equip de treball social sanitari pot realitzar un informe de treball social sanitari amb l'objecte d'aportar el diagnòstic social sanitari de la dona afectada.

1.9. Prevenció

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

- Sensibilització i formació dels professionals de l'equip.
- Commemoració del Dia Internacional contra la Violència de Gènere (25 de novembre), fer actes de sensibilització de la població.
- Aplicació, posada al dia, de protocols, guies i altres materials.
- Promoció i educació per a la salut amb perspectiva de gènere.
- Grups de pares i mares per a reforçar habilitats parentals.
- Grups de suport a dones víctimes.

Exemple

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

2. Maltractaments infantils

Llegim el cas pràctic següent:

La pediatra del centre es posa en contacte amb la treballadora social sanitària perquè ha atès dos nens de 12 i 9 anys, un per una crisi d'ansietat i l'altre perquè té trastorns del son des de fa un mes. La mare, una dona de 39 anys, explica que la seva exparella, que tenia una ordre d'allunyament i de qui no sabien res des de feia dos anys, ha descobert on viuen ara i fa un mes que amenaça amb matar-los a tots tres, truca al timbre de casa de matinada i fuig, la truca per telèfon des d'un número ocult...

Reflexionem: 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

A la macroenquesta realitzada el 2011, citada anteriorment, es conclou que uns 840.000 menors 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, uns 517.000 reben agressions directes, la qual cosa representa el 6,2 % del total.

Es considera que aquests nens i nenes són víctimes directes de la violència de gènere sempre. L'exposició reiterada a un ambient de maltractament cap a la mare constitueix una forma greu de maltractament psicològic cap a les filles i fills al seu càrrec, que viuen sota una àmplia gamma d'experiències nocives.

2.2. Efectes de la violència de gènere en fills i filles

Les conseqüències que presenten els nens i les nenes que neixen i creixen en un context de violència en la parella són molt similars 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.
- Pors: pors específiques, pressentiments que passarà alguna cosa dolenta, por a la mort, por a perdre la mare, por a perdre el pare.
- Alteracions del son: malsons, por a dormir sol, terrors nocturns.

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*.

Vídeo recomanat

Per a aprofundir en les conseqüències del maltractament us proposem veure el vídeo següent: *Mamás y Papás*.

- 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 amb altres nens.
- Respostes emocionals i de comportament: ràbia, canvis sobtats d'humor, ansietat. Sensació de desprotecció i veure el món com alguna cosa amenaçadora. Sentiments de culpa (per ser responsable dels conflictes entre els pares o per no haver fet res per a 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 dins de la llar i respostes violentes davant altres persones com a defensa. Fugida de la llar.
- Síntomes d'estrès posttraumàtic: insomni, malsons recurrents, fòbies, ansietat, experimentació reiterada del trauma, trastorns dissociatius.
- Parentalització: assumir rols parentals i protectors cap als germans petits.
- En alguns casos, la mort.

2.3. Detecció

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

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

2.4. Intervenció des del treball social sanitari

L'avaluació psicosocial serà competència de la unitat de treball social sanitari i si és necessari es podrà 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 social sanitari

Amb la finalitat d'identificar l'exposició d'un nen o nena a una situació de violència de gènere, és imprescindible garantir-li un espai on l'individu senti que es pot comunicar i ser escoltat; cal crear un entorn tan càlid i acollidor com sigui possible, i utilitzar un llenguatge i unes preguntes apropiats per a la seva edat.

Aspectes que s'han de 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 propi menor: estratègies i recursos d'afrontament aplicats.
- Aspectes legals i jurídics.
- Necessitats específiques.

En el cas que es determini una situació de maltractament que comporti un risc vital per al menor o que requereixi una atenció mèdica especialitzada, serà necessària la coordinació amb la unitat de treball social sanitari de l'hospital de referència. Així mateix, serà necessària la coordinació amb els dispositius de serveis socials d'atenció i protecció del menor.

2.5. Prevenció

Algunes de les estratègies de prevenció són 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 usen els fills i filles per fer mal a la dona, i arriben fins i tot a assassinar el menor amb una gran crueltat. Però també aquests últims anys ens trobem amb notícies en les quals és la mare la que els maltracta, fins i tot els treu la vida.

Podem veure la nota de premsa de l'INE de maig de 2019 on presenta el perfil de la violència domèstica i de la violència de gènere.

http://www.ine.es/prensa/evdvg_2018.pdf

3. Maltractaments a persones grans

«De totes les formes de violència, aquesta és la més oculta», Mercedes Tabueña, experta en el maltractament a la tercera edat, professora a la UB i membre d'EIMA.

Llegim el cas pràctic següent:

En Pere, a l'entrevista que ha sol·licitat amb el treballador social 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 el truquen per telèfon no deixen que s'hi posi, que solament el seu net li dona suport però que el visita de tant en tant...

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

3.1. Què són els maltractaments a persones grans?

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

«Qualsevol acte o omisió 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 la qual hi hagi una expectativa de confiança i que provoca danys o angoixa en una persona gran».

OMS Toronto (2002)

Trobem diferents formes: abús físic, psicològic, sexual, econòmic, negligència, abandó i vulneració de drets; les més freqüents són l'econòmic i el psicològic. El maltractament a les persones grans 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'edadisme» (la discriminació per l'edat dels grans), mites i estereotips sobre la vellesa que provoquen una infravaloració pròpia i dels altres... a les quals cal afegir les característiques individuals i les circumstàncies, tant de la persona maltractada com de la persona que exerceix la violència.

Nota

El maltractament a les persones grans ocorre 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 per a denunciar o sol·licitar ajuda, bé perquè se senten indefenses, perquè temen represàlies, no volen escàndols, no se n'adonen 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, és fonamental la detecció i l'abordatge del maltractament que podem fer des dels àmbits 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 literatura especialitzada afirma l'existència de 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 més grans de 60 anys van sofrir maltractament físic, un 0,7 % maltractament sexual, un 2,8 % econòmic, i un 19,4 % van patir maltractament psicològic. Cada any moren a Europa 2.500 ancians a causa de maltractaments. Podem ampliar la informació sobre aquest tema dins de la mateixa OMS (<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>).

Segons un 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 eren maltractats. Les persones amb Alzheimer pertanyen al grup de més risc.

3.3. Intervenció des del treball social sanitari

3.3.1. Tipus de maltractaments i senyals d'alerta

Per a poder detectar les diferents formes de maltractament serà necessari reconèixer els indicadors que acompanyen cadascuna de les formes esmentades. Cal tenir en compte, no obstant això, que serà necessari contextualitzar els senyals d'alerta descrits a continuació i valorar-los amb prudència. L'existència d'un o més indicadors no sempre significa que estiguem davant un cas de maltractament. Els haurem de tractar com a signes que requeriran una atenció específica o bé una recerca concreta.

Qualsevol professional de la salut pot detectar maltractament en qualsevol dispositiu sanitari. Així mateix, també es pot produir a partir del reconeixement i l'expressió de la pròpia persona afectada o per la comunicació de sospita de maltractament per part de familiars o persones properes i per part d'altres equips professionals.

Taula 2. Definicions i senyals d'alerta de les diverses categories de maltractament a les persones grans

Definició	Senyals d'alerta
1. Abús físic	
Ús de la força física que ocasiona dolors o lesions corporals. Inclou a més restriccions o confinaments no apropiats a llits, 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 guarides, lesions en zones del cos amagades, caigudes reiterades, inexplicables fractures. Sobredosi o infradosi de medicació en sang. Desnutrició o deshidratació, hipotèrmia i hipertèrmia.
2. Abús psicològic o emocional	
És infligir angoixa, pena o estrès a través d'actes o paraules. S'inclouen les agressions verbals repetides com amenaces, intimidacions que denigren la persona o fereixen la seva 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.
3. Abús sexual	
Inclou tot contacte sexual sense consentiment: violació, atemptat contra el pudor, assetjament. També els contactes sexuals amb una persona incapaç de donar el seu consentiment, i els tocaments.	Declaració de la pròpia persona. Roba interior esquinçada o tacada. Comportament sexual desinhibit. Rebuig a contactes físics.
4. Abús econòmic o financer	
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; negar el dret a l'accés i control dels fons personals; frau, robatoris o furts comesos per una persona de confiança; signatura de documents sense informació clara del contingut. També inclou acords poc equitatius en relació amb el traspass de béns a canvi d'uns serveis d'atenció. S'exclouen delictes comuns realitzats 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 fraudulentos i enganyoses. Interès inusitat per fer-se càrrec de la persona gran. Demandes no justificades d'incapacitació.
5. Negligència	
No atendre les necessitats de la persona gran. Inclou les necessitats bàsiques de salut, roba, higiene, alimentació, habitatge, seguretat, confort i el no compliment 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 bruta, amb acumulació d'escombraries i males olors. 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 són necessàries.
6. Abandó	
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, ja sigui en un hospital, residència geriàtrica, al carrer o al domicili.
7. Vulneració de drets	

Definició	Senyals d'alerta
<p>Consisteix en l'agressió, privació o no reconeixement dels drets fonamentals, com dignitat, respecte, intimitat, confidencialitat i participació.</p> <p>La llibertat és un dret fonamental com ho és el dret a decidir.</p>	<p>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, com i amb qui vol viure). Els tractes discriminatoris i desconsiderats.</p>

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

3.3.2. Diagnòstic social sanitari

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

La valoració interdisciplinària haurà 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 compta amb les seves pròpies eines de suport que solen ser les escales i tests validats: Barthel, Lawton, MEC, Goldberg o Yesavage, per exemple.

Quant a l'avaluació social i familiar, competència de la unitat de treball social sanitari, haurem 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.
- També és necessari avaluar la situació d'esgotament i estrès de la persona cuidadora de les persones depenents amb deterioració cognitiva.

Algunes de les tècniques i escales que podem utilitzar per complementar el nostre diagnòstic són les següents:

- entrevista,
- visita domicili,
- escala Zarit,
- escala Filadelfia,
- escala OARS,
- escala de Gijón,
- qüestionari DUKE-UN i
- APGAR familiar.

La clau principal per a les entrevistes serà generar una relació de confiança. Es faran per separat: 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. Serà necessari

generar en tot moment un ambient de calidesa i confort, i usar un llenguatge que s'adapti a les condicions de la persona gran. També haurem 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 ajudar els equips professionals a destriar l'existència o no de maltractaments, que requereixen coneixement i entrenament específics per a la seva administració (Guia de la Diputació de Barcelona, pàg. 22):

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

És convenient realitzar un informe de treball social sanitari que podrà ser útil per a futurs processos judicials, en cas que n'hi hagués.

3.3.3. L'actuació des dels establiments sanitaris

Una vegada realitzada l'avaluació integral i consensuada per part de l'equip multidisciplinari, tindrem els elements per decidir si cal iniciar accions per a protegir a la persona gran víctima de maltractaments, i per a definir amb quins altres serveis jurídics, policials, socials o sanitaris ens haurem de coordinar. En qualsevol cas, la intervenció s'orientarà a preservar abans de res els drets de les persones grans i s'hauria de coordinar des de la unitat de treball social sanitari.

Si la víctima té capacitat de decidir, la nostra intervenció se centrarà en:

- Informar-la i assessorar-la sobre els recursos als quals pot accedir.
- Donar-li suport emocional i potenciar els seus recursos personals.
- Consensuar amb la persona el pla d'actuació proposat pels professionals.
- Potenciar els vincles familiars i socials.
- Considerar les accions legals (denúncia, mesures cautelars, etc.).

Si la víctima **no** té capacitat de decidir, se centrarà en:

- Comunicació i/o denúncia de la situació a jutjat o fiscalia segons que correspongui.
- Sol·licitud de mesures cautelars.
- Valoració professional per a l'aplicació de recursos d'urgència.
- Coordinació amb altres equips i dispositius.
- 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, així com accions dirigides a sensibilitzar la ciutadania, especialment les persones grans.

Taula 3. Factors de risc

Factors de risc persona gran	Factors de risc persona responsable 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 conducta. Demència. Història de violència familiar, sobretot entre cònjuges.	Cuidar al dependent sense ajudes durant períodes molt llargs: claudicació, sobrecàrrega. Falta de formació i suport. Abús de substàncies tòxiques. Malaltia mental. Transmissió violència familiar. Dificultats familiars: atur, estrès, aïllament, divorci, problemes econòmics, baixa autoestima... Parella d'edat avançada cuidadora.

Exemples de mesures de prevenció

- Dur a terme 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 la realització del document de voluntats anticipades (DVA), document de previsions patrimonials, mesures cautelars, etc.
- Actuacions dirigides a millorar la qualitat de vida de les persones grans i intervenir en les situacions de vulnerabilitat.
- Mesures de suport per als cuidadors: cursos específics, grups de suport...

Vegeu també

Recordeu que hem vist aquests aspectes en el mòdul 1 de l'assignatura.

Exemples de bona pràctica

Campanya «Tracta'm bé» (Catalunya)

Campanya «No dejes que ocurra» (País Basc)

Dia Mundial de Presa de Consciència de l'Abús i Maltractament a la Vellesa (15 de juny)

Projecte de Creu Roja: «Bon Tracte a les Persones Grans: Promoció del tracte adequat i protecció enfront del maltractament»

Blog grup EIMA

3.5. Legislació i protocols existents

No existeix 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 anat elaborant diferents documents, protocols i guies que orienten l'actuació en l'abordatge d'aquesta problemàtica. És recomanable, sempre que sigui possible, l'elaboració de protocols locals per a optimitzar la intervenció interdisciplinària i el treball en xarxa.

Destaquem els documents següents de la base de dades de Portal Mayores relacionats amb el maltractament en els seus diferents àmbits, editats per Portal Mayores, IMSERSO y Observatorio de Personas Mayores.

- **A. Martínez Maroto** (2005). *El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española*. IMSERSO.
- **Govern Basc** (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 Ocupación y Servicios Sociales.
- **Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia** (2011). *Guía Práctica del Buen Trato a las Personas Mayores*.
- **Govern d'Aragó** (2011). *El trato a las personas mayores. Promoción del buen trato y detección de maltratos*.
- **Ajuntament de Madrid** (2010). *Buen trato a las personas mayores*.
- **Consell General del Poder Judicial** (2010). *Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso*.
- **Obra Social Caixa Catalunya** (2009). *Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans*.
- **N. Ararteko Etxaniz; F. J. Leturia Arrazola** (2009). *Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato*.
- **IMSERSO; OMS; SEGG** (2007). *Maltratos 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, a través de la Secretaria General d'Institucions Penitenciàries (excepte a Catalunya), tot això sense perjudici dels programes desenvolupats per algunes comunitats autònomes al seu territori.

En aquells casos en els quals ell mateix, com a pacient, sol·licités ajuda als equips sanitaris per a modificar la seva conducta violenta, la unitat de treball social sanitari li oferirà informació sobre els recursos i programes disponibles al seu lloc de residència (Protocol comú, pàg. 71).

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

Aquest text es veu complementat a continuació per l'elaborat per la professora Neri Iglesias Fernández.

Lectura recomanada

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

5. Violència de gènere i violència domèstica. Part II

5.1. Introducció

En aquesta segona part del mòdul de violència de gènere i violència domèstica, s'han actualitzat dades i conceptes a data d'avui.

Aquelles definicions, intervencions des del treball social sanitari o recursos que no han canviat s'han deixat com estaven.

a) Violència domèstica¹

S'entén per **violència domèstica** tot acte de violència física o psicològica exercida tant per un home com per una dona, sobre qualsevol de les persones enumerades a l'article 173.2 del Codi penal (descendents, ascendents, cònjuges, germans, etc.) a excepció dels casos específics de violència de gènere.

Víctimes de violència domèstica: el 2018 es van registrar 7.388 víctimes en assumptes de violència domèstica amb ordre de protecció o mesures cautelars, un 6,9 % més que l'any 2017. D'aquestes, el 62,2 % van ser dones i el 37,8 %, homes.

El nombre total de víctimes va ser més gran que el de persones denunciades, amb una relació d'1,5 víctimes per cada persona denunciada.

A diferència de la violència de gènere, la violència domèstica va afectar de manera més uniforme totes les edats, i destaca la incidència en el grup de menys de 18 anys, amb una de cada quatre víctimes (24,3 % del total).

L'edat mitjana de les víctimes va ser de 41,3 anys.

En termes relatius, s'observa que les víctimes en els assumptes de violència domèstica van ser més freqüents entre les dones de menys de 18 anys i de 18 a 24 anys (0,26 per cada 1.000 dones, en cada grup d'edat), i entre els homes de menys de 18 anys (0,17 per cada 1.000 homes).

⁽¹⁾ Estadística de violència de gènere i violència domèstica, Institut Nacional d'Estadística (INE) referida a 2018 [en línia].

5.2. Violència de gènere

5.2.1. Prevalença

L'Organització Mundial de la Salut², en una nota descriptiva sobre la violència de la dona, afirma:

- La violència contra la dona –especialment l'exercida per la seva parella i la violència sexual– constitueix un greu problema de salut pública i una violació dels drets humans de les dones.
- Les estimacions mundials publicades per l'OMS indiquen que al voltant d'una de cada tres (35 %) dones al món han sofert violència física i/o sexual de parella o violència sexual per tercers en algun moment de la seva vida.
- La majoria d'aquests casos són violència infligida per la parella. A gairebé tot el món, gairebé un terç (30 %) de les dones que han tingut una relació de parella refereixen haver sofert alguna forma de violència física i/o sexual per part de la seva parella en algun moment de la seva vida.
- Un 38 % dels assassinats de dones que es produeixen al món són comesos per la seva parella masculina.
- La violència pot afectar negativament la salut física, mental, sexual i reproductiva de les dones i, en alguns entorns, pot augmentar el risc de contraure el VIH.

(2) «Nota descriptiva de l'OMS, sobre la violència contra la dona (29/XI/2017)» [en línia]. <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>

A Espanya, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística³ (INE), referides a 2018:

- **El nombre de dones víctimes de violència de gènere va augmentar un 7,9 % respecte a l'any anterior, fins a 31.286.**
- **La taxa de víctimes de violència de gènere va ser d'1,5 per cada 1.000 dones de 14 anys o més.**
- La taxa de víctimes en relació amb la població total de dones **va arribar al seu màxim** en els trams d'edat de 25 a 29 anys i de 30 a 34 anys (amb 3,5 víctimes per cada 1.000 dones en tots dos casos).

(3) Dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) referides a 2018 [en línia].

En referència als **denunciats per violència de gènere**, un total de **31.250 homes** van ser registrats per violència de gènere en els assumptes amb ordre de protecció o mesures cautelars dictades inscrits en el Registre durant el 2018, la qual cosa representa un **7,8 % més** que el 2017.

Per **lloc de naixement**, dos de cada tres denunciats (el 65,1 % del total) havien nascut a **Espanya**.

Atenent al **tipus de relació existent** entre la víctima i el denunciat:

- Eren cònjuges en el 20,9 % dels casos.
- Excònjuges en el 5,9 %.
- Parella de fet en el 22,0 %.
- Exparella de fet en el 23,2 %.

Segons el **lloc de naixement**, en el 55,1 % de les parelles ambdós havien nascut a **Espanya**, en el 8,9 % a Amèrica i en el 5,9 % a altres països de la Unió Europea.

Noteu que s'està parlant de denúncies presentades per violència de gènere. Se sap que moltes dones víctimes de violència de gènere no presenten denúncia, la qual cosa incrementaria considerablement les dades presentades si aquestes es coneguessin.

5.2.2. Marc normatiu

A més de la normativa contemplada en aquest epígraf, cal considerar:

- La Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes. En destaquem l'article 27, «**Integració del principi d'igualtat en la política de salut**».

Enllaç recomanat

Pacto de Estado contra la Violencia de Género [en línia].

http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf

- El Conveni del Consell d'Europa⁴ sobre prevenció i lluita contra la violència contra la dona i la violència domèstica, signat a Istanbul l'11 de maig de 2011, a l'article 5.2, exigeix a les parts del conveni que prenguin les mesures legislatives i altres necessàries per a actuar amb la deguda diligència per a prevenir, investigar, castigar i concedir una indemnització pels actes de violència inclosos en el seu àmbit d'aplicació.
- Pacto de Estado contra la Violencia de Género⁵: el 15 de novembre de 2016, el Ple del Congrés dels Diputats va aprovar, per unanimitat, una Proposició no de llei per la qual s'instava al Govern a promoure la subscripció d'un Pacte d'Estat en matèria de Violència de Gènere, pel Govern de la Nació, les comunitats autònomes i ciutats amb estatut d'autonomia i la Federació Espanyola de Municipis i Províncies, que segueixi impulsant polítiques

⁽⁴⁾Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra la dona i contra la violència domèstica [en línia]. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947

per a l'eradicació de la violència sobre la dona com una veritable política d'Estat.

⁽⁵⁾Pacto de Estado contra la Violencia de Género [en línia]. http://www.violenciagenero.igualtat.mpr.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf

- Reial decret llei 9/2018, de 3 d'agost, de mesures urgents per al desenvolupament del Pacte d'Estat contra la Violència de Gènere (BOE núm. 188, de 4 d'agost de 2018). Va suposar modificacions en la Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, entre altres la recollida a l'**article 23, «Acreditació de les situacions de violència de gènere»**. També cal destacar l'articulació del Pacte en deu eixos d'actuació.

Per a aprofundir en aquest tema:

La sèrie completa de fulls informatius «Comprendre i abordar la violència contra les dones» es pot descarregar del lloc web del Departament de Salut Reproductiva de l'OMS, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>, i del lloc web de l'Organització Panamericana de la Salut, <http://www.paho.org/violence>.

5.2.3. Conseqüències per a la salut

La violència contra la dona és un greu problema de salut pública i una violació dels drets humans.

Lectura recomanada

OMS (2013). «Comprendre i abordar la violència contra les dones. Conseqüències per a la salut» [en línia]. Washington, DC: OPS, 2013. WHO/RHR/12.43. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?sequence=1

Segons manifesta l'Organització Mundial de la Salut (OMS, WHO/RHR/12.43), la violència té efectes immediats sobre la salut de la dona, que en alguns casos són mortals. Les conseqüències físiques, mentals i conductuals sobre la salut també poden persistir molt temps després que hagi cessat la violència.

A més, comporta:

- repercussió en els nens,
- costos socials i econòmics.

Prevenió i resposta: si bé prevenir la violència contra la dona requereix un enfocament multisectorial, l'àmbit **sanitari** té un important paper que exercir.

L'enfocament de salut pública basat en el gènere⁶

Integrar les perspectives de gènere a la salut pública significa tenir en compte les diferents necessitats de la dona i de l'home en totes les fases del desenvolupament de polítiques i programes. L'objectiu **fonamental és aconseguir**

Lectura recomanada

Macroenquesta de violència contra la dona 2015. Avanç de resultats [en línia]. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violencia-EnCifras/macroencuesta2015/Avance_Resultados2015/home_valida.htm

la igualtat de gènere. La incorporació d'una perspectiva de gènere a la salut pública implica abordar la influència dels factors socials, culturals i biològics en els resultats sanitaris, per a millorar així l'eficiència, cobertura i equitat dels programes.

⁽⁶⁾OMS. «Preguntes i respostes en línia» [en línia]. <http://www.who.int/features/qa/56/es/>

Els treballadors socials sanitaris, ells i elles, adquireixen formació oficial en Ciències de la Salut a través del MUTSS. Per això, igual que la resta dels professionals sanitaris, s'han d'implicar en totes les estratègies de salut tant del Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, com de l'Administració competent en matèria de salut de les diferents comunitats autònomes.

Tenim l'obligació d'actuar des de la nostra disciplina com a possibilitadors del canvi, tant en les persones que atenem, com en les polítiques, protocols, estratègies, educació per a la salut, activitats comunitàries, etc., des del coneixement que generem a través de la recerca científica des del treball social sanitari.

5.3. Violència sexual

L'Organització Mundial de la Salut (2011) defineix la violència sexual com:

«tot acte sexual o temptativa de consumir un acte sexual sense el consentiment de la persona; també es pot donar a través de comentaris o insinuacions sexuals no desitjades, o les accions per a comercialitzar o utilitzar de qualsevol altra manera la sexualitat d'una persona, independentment de la relació d'aquesta amb la víctima, en qualsevol àmbit, inclosos la llar i el lloc de feina».

La violència sexual pot ser perpetrada per estranys però també per persones conegudes: membres de la família, parelles actuals o exparelles, amics i coneguts en general. La violència sexual es pot donar en una àmplia varietat de relacions de poder: caps, metges, religiosos, cuidadors, policies, professors, etc.

No és fàcil que les víctimes de violència sexual denunciïn les agressions.

Segons l'OMS⁷, hi ha moltes raons lògiques que expliquen per què les dones no notifiquen els fets sobre la violència sexual.

La violència sexual també té conseqüències per a la salut en les víctimes.

Lectura recomanada

OMS (2013). «Comprendre i abordar la violència contra les dones. Violència sexual» [en línia]. Washington, DC: OPS, 2013. WHO/RHR/12.37. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1

⁽⁷⁾«Comprendre i abordar la violència contra les dones. Violència sexual». Washington, DC: OPS, 2013. WHO/RHR/12.37.

Lectura recomanada

OMS (2018, 31 de gener). «Nota descriptiva» [en línia]. <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

5.4. Mutilació genital femenina (MGF)

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la mutilació genital femenina està reconeguda internacionalment com una violació dels drets humans de les nenes i les dones que reflecteix una desigualtat entre els sexes molt arrelada. Com que la mutilació genital femenina gairebé sempre es practica en menors, constitueix una violació dels drets de les nenes.

Comprèn tots els procediments que impliquen la resecció parcial o total dels genitals externs femenins o altres lesions dels òrgans genitals femenins per raons no mèdiques.

Segons el Protocol comú per a l'actuació sanitària davant la mutilació genital femenina (MGF) del Ministeri de Sanitat (2015), en la majoria dels casos, tant les persones que la practiquen com les famílies i les víctimes desconeixen la relació entre la MGF i les seves conseqüències perjudicials per a la salut. Per això, és important esgrimir com un dels principals arguments per a eradicar aquesta pràctica les greus conseqüències que té per a la salut, a curt i llarg termini, de les nenes i de les dones a les quals es practica la MGF.

Aquest Protocol comú es va aprovar en resposta a la mesura 185 de l'Estratègia Nacional per a l'Eradicació de la Violència contra la Dona 2013-2016, una bàsica per a la sensibilització i formació de professionals en la lluita contra la MGF i l'harmonització de les actuacions en el conjunt del Sistema Nacional de Salut (SNS), que permetin millorar la salut de les dones i nenes a les quals ha estat practicada la MGF, així com treballar en la prevenció i detecció del risc de la seva pràctica, quan pel seu context familiar, estiguin en una situació d'especial vulnerabilitat.

5.5. El tràfic de persones

La definició més citada de tràfic de persones és l'establerta en el Protocol de les Nacions Unides per a prevenir, reprimir i sancionar el tràfic de persones:

«Per "tràfic de persones" s'entendrà la captació, el transport, el trasllat, l'acolliment o la recepció de persones, recurrent a l'amenaça o a l'ús de la força o altres formes de coacció, al rapte, al frau, a l'engany, a l'abús de poder o d'una situació de vulnerabilitat o a la concessió o recepció de pagaments o beneficis per a obtenir el consentiment d'una persona que tingui autoritat sobre una altra, amb finalitats d'explotació».

Lectura recomanada

Protocol comú per a l'actuació sanitària davant la mutilació genital femenina (MGF) [en línia], 2015.
<http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun2015.htm>

Lectura recomanada

OMS (2013). «Comprendre i abordar la violència contra les dones. Tràfic de persones» [en línia]. OPS, 2013. WHO/RHR/12.42.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/

L'annex al Protocol comú per a l'actuació sanitària davant la violència de gènere en el SNS («Actuació sanitària enfront del tràfic amb finalitats d'explotació sexual», novembre de 2017) té per objecte donar a conèixer en el context de les organitzacions sanitàries les característiques específiques del tràfic de dones i nenes amb finalitats d'explotació sexual i establir pautes per a una actuació homogènia, que afavoreixin la detecció primerenca de possibles víctimes de tràfic o d'explotació sexual, així com l'actuació davant els casos detectats.

Així mateix, posa de manifest que el tràfic amb finalitats d'explotació sexual segueix sent la forma més estesa de tràfic d'éssers humans, i que el 95 % de les seves víctimes són dones i nenes.

Aquest annex recull com a **definició de tràfic d'éssers humans** aquell conforme al que es disposa a l'article 177 bis del Codi penal.

5.5.1. Les organitzacions sanitàries davant el tràfic amb finalitats d'explotació sexual

L'Annex ⁸ fa referència al fet que entre les unitats a les quals accedeixen possibles víctimes de tràfic amb finalitats d'explotació sexual es troben les organitzacions i establiments sanitaris. Per això, aquest àmbit és un espai essencial per a la prevenció i detecció de les situacions de violència que sofreixen les dones.

La fase de detecció d'una possible víctima consisteix en el reconeixement de senyals bàsics que suggereixen que podem estar davant una possible situació de tràfic. És una fase prèvia a la identificació formal com a víctima que li correspon a l'autoritat policial.

Per augmentar les possibilitats de detecció de potencials víctimes, és fonamental la implicació de tots aquells professionals de l'àmbit sanitari que, en l'acompliment de les seves funcions, poden entrar en contacte amb elles.

En aquest sentit, els treballadors socials sanitaris, ells i elles, tenen un paper fonamental en la detecció de possibles víctimes coordinant-se amb medicina, infermeria, llevadora... L'escolta activa i empàtica, l'observació reflexiva, l'entrevista i el diagnòstic social sanitari són imprescindibles per a la detecció i intervenció amb les presumptes víctimes.

Lectura recomanada

«Actuació sanitària enfront del tràfic amb finalitats d'explotació sexual» [en línia]. <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/trataExplotacionSexual.htm>

⁽⁸⁾«Annex. Actuació sanitària enfront del tràfic amb finalitats d'explotació sexual» [en línia]. <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/trataExplotacionSexual.htm>.

Lectura recomanada

D. Colom Masfret (2012). *El diagnóstico social sanitario. Aval de la intervención y seña de identidad del Trabajo Social Sanitario*. Barcelona: Editorial UOC. Disponible a la Biblioteca de la UOC.

5.6. Maltractaments infantils

5.6.1. Prevalença

Des que el 2013 es comencessin a comptabilitzar a Espanya els nens i nenes víctimes de violència de gènere fins ara, 221 han quedat orfes i 25 menors d'edat han estat assassinats, o bé per les parelles de les seves mares o, en el cas de noies joves, per la seva pròpia parella. La de gènere és solament un dels tipus de violència que sofreixen els nens i les nenes a Espanya⁹.

⁽⁹⁾«Baròmetre de la Infància» [en línia]. <http://www.savethechildren.es/barometro-infancia/violencia-genero>.

De 2013 a 2016, a Espanya els menors víctimes mortals per violència de gènere ascendeixen a quinze (en quatre anys).

A Espanya, durant l'any 2017, 38.433 menors d'edat van ser víctimes d'infraccions penals. El 3 % de totes les víctimes de delictes no havia complert els 18 anys i sofreixen, més que els adults, delictes molt més greus, com són aquells contra les persones, la llibertat i la indemnitat sexual. Aquestes dades són només la punta de l'iceberg, ja que solament mostren els fets denunciats, i la majoria dels casos de violència contra la infància romanen ocults¹⁰.

4.875 menors van ser víctimes de maltractaments en l'àmbit familiar; 4.542 menors d'edat van ser víctimes de delictes contra la llibertat i integritat sexual el 2017. Les víctimes menors suposen el 47,63 % de totes les víctimes.

5.6.2. Normativa

- Normativa nacional: lleis de modificació del sistema de protecció a la infància:
 - Llei orgànica 1/1996, de protecció jurídica del menor, de modificació parcial del Codi civil i de la Llei d'enjudiciament civil.
 - Llei orgànica 5/2000, de 12 de gener, de responsabilitat penal dels menors.
 - Llei 26/2015, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència.

Lectura recomanada

Per a saber-ne més:
Observatori de la Infància
<http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/infanciaEspana/contexto/marcoLegal.htm>

⁽¹⁰⁾Save the Children. «Victimització dels nens» [en línia]. <http://www.savethechildren.es/barometro-infancia/victimizacion-ninos>

5.7. Maltractaments a persones grans

5.7.1. Prevalença

Segons afirma J. Daniel Roda¹¹ (2015), el maltractament a les persones grans té moltes arestes i és complexa no solament la detecció i quantificació, la incidència i prevalença, sinó també la conceptualització. El llenguatge de vegades oculta la realitat: *maltractament, abús, violència, conducta inadequada*, etc., són eufemismes que s'utilitzen per al seu estudi. Se solen usar com a sinònims, però de vegades fa l'efecte que són formes d'ocultar la realitat.

⁽¹¹⁾ Daniel Rueda (2015). «De la esclavitud a la desvinculació forzada, dos formas de maltrato a personas mayores un reto para los servicios sociales sanitarios». *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (any 15, núm. 4, pàg. 24-35).

Segons l'Organització Mundial de la Salut¹², el maltractament a persones grans és un problema important de salut pública.

⁽¹²⁾ OMS. «Nota descriptiva» [en línia]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

El maltractament de les persones grans pot comportar lesions físiques –des d'esgarrapades i blaus menors a fractures òssies i lesions cranials que poden provocar discapacitats– i seqüeles psicològiques greus, de vegades de llarga durada, en particular depressió i ansietat.

Segons l'Informe de l'IMSERSO (2016), en referència a l'abast dels maltractaments a les persones grans¹³, les estimacions sobre el grau d'extensió dels maltractaments a les persones grans que s'obtenen en aquests estudis són extremadament heterogènies, i van des del 0,8 % de més grans de 65 anys que reconeixen haver sofert almenys un tipus de maltractament fins a un 56,2 % de les persones grans usuàries dels serveis socials o de centres d'atenció primària en els quals se sospita que han sofert maltractaments.

⁽¹³⁾ IMSERSO. «Informe 2016. Las personas mayores en España» [en línia]. http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm

Segons l'enquesta nacional del Centro Reina Sofía «Maltrato de personas mayores en la familia en España» (Iborra, 2008¹⁴), el 0,8 % dels ancians espanyols reconeixen que sofreixen maltractament per part d'algun familiar. Els cuidadors de persones grans amb dependència reconeixen taxes molt altes de maltractament, en concret del 4,5 %.

⁽¹⁴⁾ Iborra (2008). «Maltrato de personas mayores en la familia en España» [en línia]. http://www.inpea.net/images/espana_Informe_2008_Maltrato.pdf

Lectura recomanada

Protocolo sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores [en línia]. Gobierno del Principado de Asturias. <http://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-sociosanitario-para-la-promocion-del-buen-trato-y-la-deteccion-e-intervencion-ante-el-maltrato-a-personas-mayores>

5.8. Bibliografia

Boletín Oficial del Estado (BOE). Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra la dona i contra la violència domèstica [en línia]. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947

Govern del Principat d'Astúries. Protocol contra la Violència Sexual del Principat d'Astúries [en línia]. <http://institutoasturianodelamujer.com/iam/biblioteca-digital/protocolo-contra-la-violencia-sexual/>

Iborra (2008). «Maltrato de personas mayores en la familia en España» [en línia]. http://www.inpea.net/images/Espana_Informe_2008_Maltrato.pdf

IMSERSO. «Informe 2016. Las personas mayores en España» [en línia]. http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm

Informe sobre els progressos realitzats en la lluita contra el tràfic d'éssers humans (2016) conforme a l'article 20 de la Directiva 2011/36/UE relativa a la prevenció i lluita contra el tràfic d'éssers humans i a la protecció de les víctimes {SWD(2016) 159 final} [en línia].

Institut Nacional d'Estadística (INE). Base de dades. Dades sobre la violència de gènere i la violència domèstica referides a 2018 [en línia].

Ministeri de Presidència, Relacions amb les Corts i Igualtat. Pacte d'Estat contra la Violència de Gènere [en línia]. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf

Ministeri de Presidència, Relacions amb les Corts i Igualtat. Macroenquesta de la violència contra la dona, 2015. Avanç de resultats [en línia]. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/macroenquesta2015/Avance_Resultados2015/home_valida.htm

Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social (2015). Annex: Actuació sanitària enfront del tràfic amb finalitats d'explotació sexual [en línia]. <http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/trataExplotacionSexual.htm>

Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social (2015). Protocol comú per a l'actuació sanitària davant la mutilació genital femenina (MGF) [en línia]. <http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun2015.htm>

OMS (2017). «Preguntes i respostes en línia» [en línia]. <http://www.who.int/features/qa/56/es/>

OMS (2018). «Nota descriptiva» [en línia]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

OMS (2018). «Nota descriptiva» [en línia]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

OMS/OPS (2013). «Comprendre i abordar la violència contra les dones. Conseqüències per a la salut» [en línia]. WHO/RHR/12.43. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/who_rhr_12.43_spa.pdf?sequence=1

OMS/OPS (2013). «Comprendre i abordar la violència contra les dones. Violència sexual» [en línia]. WHO/RHR/12.37. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1

OMS/OPS (2013). «Comprendre i abordar la violència contra les dones. Mutilació Genital Femenina» [en línia]. WHO/RHR/12.41. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/es/>

OMS/OPS (2013). «Comprendre i abordar la violència contra les dones. Tràfic de persones» [en línia]. WHO/RHR/12.42. http://www.who.int/reproductive-health/topics/violence/vaw_series/es/

Organització Mundial de la Salut (OMS). «Nota descriptiva sobre la dona (26/XI/2017)» [en línia]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Projecte EuroTrafGuiD (2013). «Directrius per a la detecció de víctimes de tràfic a Europa» [en línia]. <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/trata/detectarla/pdf/ManualDirectricesDeteccionTSH.pdf>

Rueda, J. Daniel (2015). «De la esclavitud a la desvinculació forzosa, dos formes de maltracto a personas mayores un reto para los servicios sociales sanitarios». *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar* (any 15, núm. 4, pàg. 24-35).

Save the Children. «Baròmetre de la Infància» [en línia]. <http://www.savethechildren.es/barometro-infancia/violencia-genero>

Save the Children. «Victimització dels nens» [en línia]. <http://www.savethechildren.es/barometro-infancia/victimizacion-ninos>

Bibliografia

Alda, M.; Garcia, J. (2011). «Detección y tratamiento de la violencia de género en atención primaria». *Siete días médicos*.

Aretio, A. (2009). «La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios». Ponència presentada al IX Congrés Estatal de Treball Social.

Aretio, A. (2007). «Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres». *Gaceta Sanitaria* (vol. 21, núm. 4, pàg. 273-277).

Babi P. i altres (2102). «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). Generalitat de Catalunya.

Barber, 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. IMSERSO.

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 domestica como un problema de salud». *Gaceta Sanitaria* (vol. 22, núm. 1, pàg. 7-10).

Coll-Vinent, B. i altres (2008). «El personal sanitario no percibe la violencia domestica como un problema de salud». *Gaceta Sanitaria* (vol. 22, núm. 1, pàg. 7-10).

Colom Masfret, D. (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.

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». *Declaración de Almería, Revista Española de Geriátria y Gerontología* (núm. 31, pàg. 367-372).

Krug, E. G.; Dalhberg, LL.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B.; Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization.

Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). «Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género». Comisión contra la Violencia de Género. Madrid: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Morlan, A. (2009). «Protección jurídica. Violencia y Maltrato». Ponència presentada al IX Congrés Nacional d'Organitzacions de Gent Gran (octubre). 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*. Madrid: Espasa Hoy.

Servicio Riojano de Salud. «Programa integral de detección y abordaje de la violencia domestica desde el sistema sanitario público de la Rioja».

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).

Tabueña, M.; Muñoz, J. (2012). «Guia local per fer front als maltractaments dels persones grans». Diputació de Barcelona.

Touza, C. (2010). «Por qué y cuando 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*. EUA: Harper and Row Publishers.