

Desembre
2012



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Edita:

COL·LEGI
OFICIAL DE METGES
DE BARCELONA
CENTRE D'ESTUDIS COL·LEGIALS

Quaderns de la Bona Praxi

"L'abordatge mèdic
de la violència
envers les dones
i llurs fills i filles"

31



Experts redactors d'aquest quadern

Coordinadors:

Pilar Arrizabalaga Clemente. Secretària de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Manel Santiñà Vila. President de la Comissió de violència intrafamiliar i de gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Equip redactor:

Manel Santiñà Vila. Metge del Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia. Direcció de Qualitat i Seguretat Clínica. Hospital Clínic de Barcelona.

Lluïsa Garcia-Esteve. Coordinadora del Programa de Psiquiatria Perinatal i Gènere. Servei de Psiquiatria. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona.

Pilar Babi Rourera. Metgessa de Família EAP La Pau. Membre del Grup de Maltractament a la Dona i Atenció Primària de Salut. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

Amaia Hervás Zúñiga. Cap de Psiquiatria Infantil i Juvenil. Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

Maria Isabel Morán González. Fiscal per la Violència de Gènere. Audiència Provincial de Barcelona.

Experts revisors i assessors d'aquest quadern

Miquel Bruguera Cortada. Expresident del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Jordi Medallo Muñiz. Metge forense. Director de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.

Rosa Maria Pérez Pérez. Presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida.

Izabella Rohlf. Doctora en Epidemiologia i Salut Pública. Unitat de Planificació. Regió Sanitària Girona. Servei Català de la Salut.

Comitè editorial dels Quaderns de la Bona Praxi

Miquel Vilardell Tarrés. President del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Ramon Pujol Farriols. Vocal vuitè de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Jordi Craven-Bartle Lamote de Grignon. Vocal sisè de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Marius Morlans Molina. President de la Comissió Deontològica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Alex Ramos Torre. Director del Centre d'Estudis Col·legials del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Edita

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA.

Centre d'Estudis Col·legials. Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona. e-mail: cecfmc@comb.cat

Direcció editorial: **Alex Ramos Torre** • *Coordinació editorial:* **Raquel Dolado Murillo**

Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB, editada pel seu Centre d'Estudis Col·legials des de 1991 i caracteritzada per ser:

- Una acció de Formació Mèdica Continuada que promou el Desenvolupament Professional dels metges en benefici dels ciutadans.
- Una Guia de Pràctica Clínica que fomenta la Bona Praxi i la prevenció de riscos professionals.
- Una eina de l'àmbit medicolegal que protegeix alhora el ciutadà i el professional de la medicina.

© 2012 COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA. No es pot reproduir cap part d'aquesta publicació, ni emmagatzemar-la en un sistema recuperable, ni transmetre-la per cap mitjà electrònic, mecànic, fotocopiat, en discos, ni de qualsevol altra forma, sense la prèvia autorització per escrit del propietari del copyright.

Coordinació gràfica, disseny i impressió:

AMBIENT GRÀFIC. Roger de Llúria, 90, baixos. T. 93 459 23 98. 08009 Barcelona. Dipòsit legal: B-46.873-96

L'any 2001 s'edità el primer Quaderns de la Bona Praxi (QBP) sobre "Detecció del maltractament intrafamiliar a la dona", que llavors s'identificava en gran part als serveis d'urgències hospitalàries. En l'actualitat ha esdevingut una condició mòrbida emergent que s'aborda des de diferents àmbits de l'exercici de la medicina i aquest és el motiu de la reedició del QBP present.

índex

Concepte de violència de gènere	4
Els comportaments: com actua el maltractador i com actua la dona maltractada i el que comporta	5
El model integral d'atenció: el treball en xarxa	9
El paper dels professionals sanitaris	11
La detecció precoç de la violència de gènere	14
Impacte de la violència de gènere en l'àmbit familiar sobre la salut dels fills i les filles	17
La violència de gènere des del punt de vista legal: importància de l'informe mèdic	20
Conclusions	22
Bibliografia	22

1 Concepte de Violència de Gènere (VG)

La Violència de Gènere (VG) és aquell tipus de violència masclista que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat, en el marc del sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones, i que, exercida per mitjans físics, econòmics o psicològics, produeix danys o patiment físic, sexual o psicològic a la dona, incloent-hi les amenaces a partir d'aquests actes i la privació arbitrària de llibertat, tant si es produeix en l'àmbit públic com privat.

La violència es pot donar en diferents àmbits, però en aquest QBP ens referirem a l'àmbit de la parella que identificarem com a violència de gènere. Dins d'aquesta terminologia incloem implícitament els termes de violència envers les dones, violència per raó de sexe, violència intrafamiliar i violència domèstica.

La VG no és un acte puntual, sinó que és un procés que es va instaurant i cronificant en el temps, per la qual cosa cal detectar-la precoçment i prevenir-ne el desenvolupament, manteniment i seqüeles.

La VG té greus conseqüències per a la salut de la dona a curt i llarg termini. El 60% de les dones que pateixen maltractaments presenten trastorns psicosomàtics, a més de lesions físiques. La violència continuada genera estrès crònic, que afavoreix l'aparició de malalties i empitjora les existents.

No se sap amb exactitud quantes dones la pateixen, ja que només es coneixen els casos que arriben als serveis sanitaris o jurídicosocials. La darrera macroenquesta de VG, realitzada el 2011 pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i

Igualtat, estima que a Espanya el 10,9% de les dones l'han patit alguna vegada a la vida i el 3% identifiquen maltractaments actius.

La violència afecta totes les edats i totes les classes socials, nivells econòmics i educatius, i tant les dones que viuen en zones rurals com les que viuen en zones urbanes.

Habitualment coexisteixen diferents tipus de violència en una mateixa relació de parella, però cal diferenciar el que és VG del que és una mala relació o un conflicte de parella. En aquesta segona situació hi ha una relació igualitària entre dona i home, amb diferents tipus de conflicte, però no hi ha una situació d'abús. En el primer cas la relació és desigual.

En molts casos el maltractament comença amb conductes de control i desvaloració de la dona. Més endavant, si no s'aconsegueixen els objectius d'obediència i submissió per part de la dona, el maltractament s'intensifica amb la violència física i sexual. La major part de les víctimes d'agressions físiques es veuen sotmeses a múltiples formes de violència durant llargs períodes de temps. La identificació a l'inici pot aturar la progressió de la VG cap a formes més severes. Aquí rau la seva importància.

Els comportaments: com actua el maltractador i com actua la 2 dona maltractada i el que comporta

2.1. La conducta de l'home que maltracta

La VG no és un fi en si mateix, sinó un instrument de dominació i control, que s'utilitza com a mecanisme de manteniment del poder masculí i de reproducció de la submissió femenina. Per tant, parlem d'un comportament habitual, de tracte abusiu i violent, sustentat per un sistema de creences masclistes, amb la finalitat d'infondre por, controlar, dominar, aïllar i aconseguir la subordinació de la dona. La conducta violenta s'expressa de diferents maneres i amb diferents intensitats, que inclouen la violència psicològica, la violència física i la violència sexual.

El maltractador nega i minimitza les seves actuacions violentes, racionalitza els atacs de manera que sembli que eren necessaris, treu importància als danys causats: "Només va ser una empenta, no li vaig fer mal." Atribueixen els seus actes a causes externes, com problemes a la infància, l'atur, l'alcohol, dificultats econòmiques i carreguen a la dona la responsabilitat de la seva conducta violenta: "Em fa perdre el control, em posa nerviós, em fa enfadar."

2.2. Tipus de conductes violentes

La violència psicològica inclou un repertori de comportaments hostils verbals i gestuals d'abús emocional, com les amenaces, les humiliacions, els actes de control, la restricció dels moviments i de relacions, així com les conductes destructives dels objectes i de les pertinences.

La violència física és més fàcil de detectar, tot i que sovint la dona l'amaga atribuint les lesions observables a un accident. Es tracta d'actes d'agressió física dirigits a fer mal, a danyar i aniquilar físicament la víctima, que inclouen empentes, estirades de cabells, cops, puntades de peu, cremades, ferides, mossegades, escanyaments, pallisses, punyalades, agressió amb armes, objectes i, en alguns casos, l'assassinat.

La violència sexual, la més invisible de les violències, inclou qualsevol activitat sexual forçada no consentida.

La violència es manifesta també en:

- situacions socials o en la consulta, quan el maltractador interromp la dona i contesta per ella, la desqualifica, la critica;
- la posa en evidència públicament criticant la seva manera de fer les coses, la seva feina, les seves amistats i la seva família;
- no la deixa mai sola amb els professionals;
- posa de manifest actituds paternalistes decidint per ella el que li convé o el que necessita;
- exigeix conèixer la seva documentació clínica o terapèutica i tenir-hi accés;
- sol exhibir una actitud demandant i exigent davant d'un problema de salut de la dona.

A la **Taula 1** es presenten els tipus de conductes de VG i com explorar-les.

TAULA 1. TIPUS DE CONDUCTES DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE I COM EXPLORAR-LES

CONDUCTES DE VIOLÈNCIA PSICOLÒGICA	COM EXPLORAR-LES?
Desvaloracions freqüents en públic	La posa en evidència contínuament davant dels altres? Ridiculitza les seves opinions?
Crítiques sobre el menjar, la manera de vestir, la manera d'educar els fills, la manera de ser o comportar-se	Li diu que vesteix malament? Que la roba li queda fatal? Que els menjars que fa són dolents? Que no sap fer de mare? Que no sap anar pel món? Que cada dia està més lletja?
Culpabilització	Li dóna la culpa de tot el que passa? De tot el que surt malament? De les dificultats quotidianes?
Humiliacions. Agressivitat verbal	Li diu boja, estúpida, inútil o puta? Sovint li diu les coses cridant?
Acusacions	L'acusa sovint de ser infidel? De coquetejar amb tothom?
Amenaces	Li diu que s'endurà els fills? Que la matarà? Que li farà mal? Que li trencarà la cara?
Control de la comunicació, del temps i dels moviments	Li controla les trucades de telèfon? Li mira els missatges del mòbil o de l'ordinador? Li obre la correspondència? Li truca constantment mentre és fora? Vol saber on és en cada moment?
Control i restricció dels diners i de l'economia	Qui controla els diners, els comptes bancaris, les targetes de crèdit? Li controla sovint les despeses?
Restricció de moviments	Controla el temps que està fora de casa? Controla amb qui va i a on va?
Limitació de les relacions familiars	Li impedeix anar a casa dels pares o germans? Boicoteja les trobades familiars?
CONDUCTES DE VIOLÈNCIA FÍSICA	COM EXPLORAR-LES?
Conductes destructives de violència ambiental	Quan s'enfada dóna cops de porta? Maltracta els animals domèstics?, Trenca o destrueix els seus objectes (fotografies, llibres, cartes,...)?
Agressions físiques. Mossegades, puntades, escanyaments, cremades	Què fa ell quan es barallen? Alguna vegada li ha pegat? Li ha donat cops, l'ha escanyada? Li ha donat alguna bufetada? L'ha fet fora de casa?
Agressió als fills i filles	Alguna vegada ha fet mal als seus fills?
Intents d'assassinat	Alguna vegada li ha tirat un objecte, l'ha ferit o ha intentat matar-la?
CONDUCTES DE VIOLÈNCIA SEXUAL	COM EXPLORAR-LES?
Relacions sexuals no consentides	L'ha obligat a tenir relacions sexuals en contra de la seva voluntat? L'obliga a pràctiques sexuals que no desitja?
Ús de la força durant les relacions sexuals	Li fa mal mentre mantenen relacions sexuals? L'ha escanyada alguna vegada?
Imposició dels mètodes i formes d'anticoncepció	Pot fer ús de preservatiu o d'altres anticonceptius quan vol? Té en compte els seus desitjos? Ha tingut algun embaràs no desitjat?

2.3. El curs cíclic de la violència

El curs de la violència és previsible. Quan apareix un episodi de violència, el més probable és que es repeteixi. S'intensifica amb els anys i en determinades condicions, com l'embaràs, en el moment de cessament de la convivència i quan la dona refà la seva vida amb una altra parella.

Al llarg de la convivència es va produint un augment progressiu dels episodis de violència en forma de tres fases cícliques que s'han descrit com el "cicle de la violència". Els comportaments són diferents en cada una de les tres fases:

1) Fase d'acumulació de tensió en la qual s'inicien actes i conductes hostils que augmenten en escalada. En aquesta fase el maltractador té conductes hostils cap a la dona en forma d'humiliacions, amenaces, insults, desqualificacions i control. Ell la culpabilitza de la seva violència, argumentant que és el seu caràcter el que el fa posar fora de si. Es produeix un increment progressiu en la tensió. La dona intenta adaptar-se i modifica el seu comportament desenvolupant estratègies de submissió per calmar-lo, evita qualsevol conducta o comentari que el pugui molestar i creu que podrà canviar aquestes actituds agressives; no obstant això, la tensió continua augmentant fins a la següent fase.

2) Fase d'explosió de la violència, en la qual el maltractador esclata amb un repertori de conductes violentes amb actes d'agressió física, sexual, emocional, així com agressions contra objectes (trencar coses, cops de porta) i amenaces contra la vida de la dona i la dels fills i filles. Aquesta fase pot durar minuts, hores, dies o setmanes. És un moment de risc vital per a la dona i els fills i filles, en el qual aquesta pot decidir demanar ajuda, avisar la policia, interposar denúncia o comunicar-ho a la família, als amics i als professionals. So-

vint quan ja s'han repetit diverses vegades, pot contactar amb un servei sanitari i a partir d'aquí la situació de violència a la qual està exposada pot ser identificada. Els episodis d'intensificació de la violència poden produir una crisi que afavoreixi el començament del procés de canvi.

3) Fase de reconciliació o lluna de mel en la qual la tensió desapareix, ell li demana perdó, nega els seus actes violents, es mostra amable i afectuós i li promet que canviarà. Li diu que l'estima, que la necessita i que ella l'ha d'ajudar, amb el compromís que no tornarà comportar-se així. En aquesta fase la dona pot retirar la denúncia, restablir la convivència si l'havia trencat, perdonar-lo i disculpar-lo davant els familiars, amics, professionals o fills i filles. És fàcil que pensi que ella també n'és culpable. Amb els anys aquesta fase pot anar desapareixent, s'escurcen els cicles i queden només les fases de tensió i agressió.

La durada de la convivència amb l'agressor oscil·la entre cinc anys en la població general i deu anys o més en dones amb problemes de salut.

2.4. Conseqüències i danys per a la salut de la dona

Els diferents tipus de violència (psicològica, física i sexual) es relacionen i produeixen efectes i danys en diferents aspectes de la salut física, psíquica i sexual, a curt i llarg termini. La salut de la dona queda afectada per una condició mòrbida que presenta fases agudes, tendeix a la cronicitat i a les recaigudes (retiren denúncies, tornen amb el maltractador, el perdonen,...). Mentre es manté l'exposició al factor patògen (maltractador), la recuperació de la salut està limitada. Els efectes de la violència romanen durant anys, fins i tot després d'haver cessat l'exposició al maltractament. Les dones que han estat exposades a la violència de parella presenten alteracions complexes i diverses en la salut físi-

ca, reproductiva i molt especialment en la salut mental (**Taula 2**).

Aproximadament un 60% presenta patologia psíquica. Els trastorns mentals i el tractament psiquiàtric esdevé cinc vegades més freqüent que en la població general. Poden veure's afectades des de les emocions fins a la personalitat. Les capacitats cognitives (alteració de la planificació, execució i memòria); les estratègies d'afrontament amb predomini de l'evitació i l'absència de resposta emocional davant la violència; disminució de l'assertivitat i l'autoconcepte (baixa autoestima, pobra autoconfiança, pobra autoimatge); la manera de relacionar-se amb l'altre i amb el món (ambivalència amb l'agressor i desconfiança, distanciament amb la resta).

La presència de trastorns per estrès post-traumàtic, trastorns depressius, l'abús de l'alcohol i de substàncies i els intents autolítics són de quatre a cinc vegades més freqüents que en la població general de dones no maltractades. Entre un 20-40% dels suïcidis en població femenina estan relacionats amb els maltractaments.

La dona sol ser la protagonista del canvi. Es tracta d'un procés llarg de canvis cognitius que faciliten la identificació de les violències i de la responsabilitat i el coneixement de les capacitats d'autonomia i gestió de la pròpia vida i la dels seus fills i filles. El suport professional, familiar i institucional serà molt rellevant per aconseguir el canvi.

TAULA 2. IMPACTE DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE SOBRE LA SALUT FÍSICA, PSÍQUICA, SEXUAL I REPRODUCTIVA DE LES DONES

Salut física	• Mort • Trastorns funcionals (dolor crònic, budell irritable, somatitzacions) • Lesions i traumatismes • Hipòxia per escanyament • Lesions cerebrals • Fibromiàlgia • Més dies d'hospitalització
Salut sexual i reproductiva	• Malalties de transmissió sexual • Disfuncions sexuals • Dolor pèlvic • Embarassos no desitjats • Prematuritat • Baix pes • Avortaments
Salut psíquica	• Trastorn per estrès posttraumàtic • Trastorns depressius • Trastorns d'ansietat • Trastorns del son • Trastorns de la conducta alimentària • Abús o dependència d'alcohol i drogues • Intents d'autòlisi • Abús o dependència de psicofàrmacs

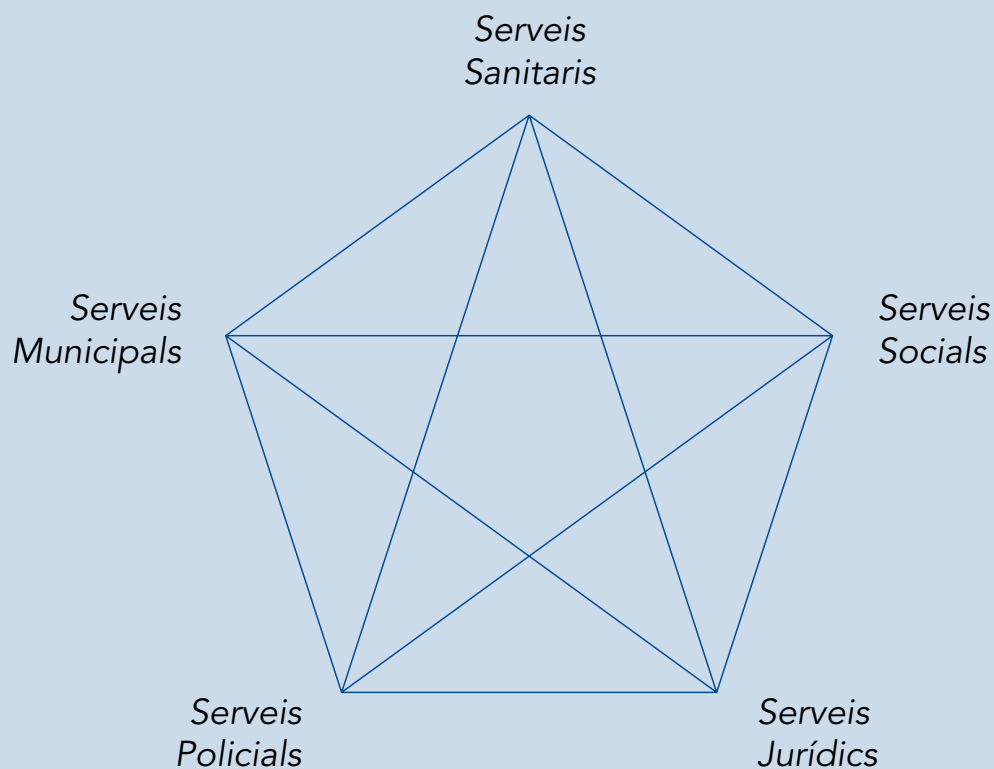
El model integral d'atenció: El treball en xarxa

Atès la multifactorialitat de la VG, la seva atenció exigeix compartir recursos, esforços i objectius. La finalitat és articular un treball comú, coordinat i amb uns objectius ben formulats.

El treball en xarxa de les diferents Institucions implicades és un model necessari, eficient i eficaç (**Figura 1**):

Un exemple és el circuit Barcelona contra la violència vers les dones. Aquest circuit es replica per a cadascun dels deu districtes de la ciutat i hi participen serveis municipals d'atenció a la dona, serveis socials, serveis sanitaris, serveis jurídics, diferents cossos policials i diferents entitats de dones.

**FIGURA 1. MODEL INTEGRAL D'ATENCIÓ
A LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE**



Serveis Sanitaris:

- Centres de Salut Mental
- Hospitals
- Centres d'Atenció Primària
- 061
- Centres d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (CAS)
- Programes d'Atenció Sexual i Reproductiva (PASSIR)

Serveis Policials:

- Mossos d'Esquadra
- Guàrdia Urbana

Serveis Municipals:

- Punts d'Informació i Atenció a la Dona (PIAD)
- Equip d'Atenció a la Dona (EAD)

Serveis Socials:

- Centre d'Urgències i Emergències Socials (CUESB)
- Serveis Socials Municipals

Serveis Jurídics:

- Oficina d'Atenció a la Víctima del Delicte del Departament de Justícia (OAVD)
- Torn d'Ofici Especialitzat en Violència Domèstica del Col·legi d'Advocats de Barcelona
- Serveis d'Atenció a la Víctima de la Fiscalia del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya

- Equip d'Assessorament Tècnic Penal (EATP)
- Institut de Medicina Legal de Catalunya

La Comissió Tècnica del Circuit és l'encarregada de vetllar pel bon funcionament del Circuit i per la bona coordinació dels diferents dispositius i Institucions que en formen part. En aquesta comissió hi participen representants de diverses institucions i serveis dependents de les diferents Administracions, el que garanteix que l'abordatge integral de la violència envers les dones sigui possible: Consorci Sanitari de Barcelona i Entitats Proveïdores (hospitals, atenció primària, salut mental, drogodependències, servei d'emergències mèdiques), Ajuntament de Barcelona (direcció de programes de dones, direcció de prevenció, direcció de serveis socials, institut municipal d'educació, guàrdia urbana), Consorci d'Educació de Barcelona, Consorci de Serveis Socials de Barcelona, Mossos d'Esquadra, Institut Català de les Dones, Pla Director de Salut Mental i Addiccions del Departament de Salut, Departament de Justícia, Jutjats, Metges/ses Forenses i Fiscalia.

4 El paper dels professionals sanitaris

Les pautes d'intervenció en l'àmbit de la VG han de tenir lloc des de la prevenció, la detecció i l'assistència.

Les estratègies preventives han d'anar dirigides a impedir la normalització de la violència, a evitar-la i a reduir els factors de risc. A tal efecte la formació dels professionals en l'abordatge de situacions de VG, la sensibilització i conscienciació de la ciutadania i l'educació en la salut sexual i afectiva són els tres eixos d'acció de les activitats preventives i de promoció de la salut.

La detecció de la VG pot tenir lloc en qualsevol consulta mèdica, atès que durant el contacte pacient-metge pot presentar-se l'oportunitat de plantejar qüestions relacionades. El que és molt important és que el/la professional sanitari hi pensi i sigui proactiu en aquest tema.

La majoria de dones que pateixen VG no manifesten obertament la situació en la qual es troben. A més, la simptomatologia derivada de la violència acostuma a ser inespecífica o poc evident. Les lesions traumàtiques, que són les que més criden l'atenció, són les més infreqüents. D'altra banda, tot i que existeixi i que hi hagi alguns indicadors que poden fer sospitar d'aquesta situació, el personal sanitari rarament sospita. Molts casos poden passar desapercebuts i, per això, s'aconsella el cribratge sistematitzat mitjançant preguntes orientades a detectar-los com aquestes:

- En el darrer any algú li ha donat cops, bufetades o puntades de peu?
- Es relaciona vostè amb algú que la maltracti físicament o que l'amenaci?
- Alguna vegada la seva parella o exparella l'ha pegat o lesionat físicament?
- Alguna vegada algú pròxim a vostè l'ha amenaçat de lesionar-la?

- Se sent vostè controlat/da o aïllat/da per la seva parella?
- A casa seva van bé les coses?
- Alguna vegada ha tingut por de la seva parella? Se sent vostè en perill? És segur per a vostè tornar a casa?
- Alguna vegada la seva parella l'ha forçat a tenir relacions sexuals? Alguna vegada la seva parella s'ha negat a practicar sexe segur?

Les preguntes sobre la possible situació de violència s'han de fer privadament. No s'han de fer si hi ha present algun membre de la família, ni tan sols els fills. S'han de tenir en compte les peculiaritats culturals de cada pacient que mai s'ha de culpabilitzar pel que li passa. Les persones agredides sovint se senten culpables de la situació i necessiten que els confirmin que no són les culpables de la violència.

Per facilitar la comunicació i l'empatia amb les persones afectades i per trencar les barreres que puguin existir, hi ha algunes frases que faciliten introduir el tema. Alguns exemples són els següents:

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

Cal saber que les dones víctimes de maltractaments utilitzen més els serveis sanitaris que les altres i se sotmeten més a

cirurgia, prolonguen més la seva estada hospitalària i consumeixen més fàrmacs.

En la major part dels casos no es detecta que el problema de salut que presenta la pacient tingui el seu origen en una violència, sovint, crònica. Hi ha barreres psicològiques i culturals que dificulten que les dones ho expliquin. Aquestes barreres conviuen amb les barreres organitzatives dels centres sanitaris i formatives dels professionals. La conseqüència de tot això és la dificultat per identificar de forma correcta i precoç els casos de maltractament. Factors que ens han de fer pensar en una possible situació de violència són:

- Visites repetides, per problemes diversos, cops inexplicables o amb explicacions il·lògiques.
- Visites reiterades per problemes relacionats amb ansietat, incloent-hi l'insomni.
- Consultes per mal de cap, dolor toràctic, pèlvic o de columna.
- Història d'intents d'autòlisi, depressió o abús de fàrmacs o drogues.
- Conducta erràtica: anul·lació de visites, visites imprevistes, visites repetides a serveis d'urgència.
- Història de traumatismes en mama, genitals, boca; cremades; fractures dentals o perforació del timpà.
- Lesions musculoesquelètiques; àrees del cuir cabellut sense cabell; hematomes en braços, cara, coll; lesions en teixits tous, cara.
- Excessiva conformitat, conducta passiva i submissa o resistència i respostes evasives.
- Història d'embarassos no desitjats o d'avortaments; parts preterme; nadons de baix pes; sagnat durant el primer o segon trimestre; controls inadequats de l'embaràs.

Davant d'una resposta afirmativa, el següent pas és la intervenció i assistència. És molt important donar suport a les pacients que es troben en aquesta situació. Si no, la detecció no solament haurà estat

inútil, sinó que fins i tot podria ser perjudicial. Per aquest motiu és bàsic que hi hagi una bona comunicació amb els diferents nivells assistencials que hi poden intervenir.

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

En tots els casos s'ha de tenir en compte l'atenció sanitària, la social i la legal. Inicialment i independentment del grau de sospita o de risc que es valori, s'ha d'atendre el motiu mèdic de consulta. Aquest motiu pot estar relacionat directament amb la violència (lesions traumàtiques, intents d'autòlisi, violacions), estar-ho indirectament (somatitzacions, símptomes psiquiàtrics) o no estar-ho. Quan la violència s'identifica, s'han de fer les interconsultes pertinents, en funció dels problemes que presenti, amb les diferents especialitats i serveis que poden ajudar la pacient.

És important comunicar qualsevol situació de maltractament, encara que només sigui una sospita a Treball Social, que s'haurà d'encarregar d'informar la pacient dels recursos que hi ha disponibles per ajudar-la i, si escau, posar-la en contacte amb el recurs més adequat a la seva situació. L'actuació concreta dependrà de la voluntat d'aquesta persona de reconèixer o denunciar la seva situació i del grau de risc que patirà quan torni al seu domicili.

Es poden donar tres situacions:

1. Que el personal sanitari sospiti una situació de violència, però que la pacient no la reconegui. En aquest cas mai no s'ha de forçar la pacient a reconèixer la situació i molt menys a actuar per sortir-se'n. S'ha d'oferir suport de manera general i deixar la porta oberta a noves consultes.
2. Que la pacient reconegui la situació, però que no la vulgui denunciar. En aquest cas, cal oferir els recursos necessaris d'acord amb la situació social i el risc de la pacient.
3. Que la pacient reconegui la situació i la vulgui denunciar. En aquest cas, cal oferir els recursos necessaris d'acord amb la situació social i el risc de la pacient i informar-la sobre els tràmits que haurà de fer per posar la denúncia.

La situació de maltractament que pateix una persona es pot classificar globalment en tres nivells de risc:

- **Nivell I.** Nivell subclínic. Es dona quan la relació de parella no va bé. Per exemple, la dona no té la possibilitat de parlar amb la parella, o li té por. Però no hi ha manifestacions clíniques, per la qual cosa, si no es pregunta, la situació passa desapercebuda. Aquest nivell s'acostuma a detectar en l'atenció primària. És el nivell en què es pot ajudar més precoçment i actuar més preventivament.
- **Nivell II.** En aquest nivell el maltractament és fonamentalment de tipus psicològic. Pot haver-hi abús de fàrmacs, ansietat, desvaloració. La parella no deixa sortir la dona de casa sola, no li dona diners. Hi ha control econòmic i social.
- **Nivell III.** En aquest nivell hi ha maltractament de tipus físic o idees autolítiques.

La parella amenaça amb pegar o matar. Aquest nivell representa una situació de molt risc i pot implicar que la dona no pugui tornar a casa seva.

Hi ha situacions de risc vital que s'han de valorar en cada ocasió puntual, sigui quin sigui el lloc en el qual es detecten. Aquestes situacions s'acostumen a donar en el nivell III de risc i són:

- Consum de drogues o abús d'alcohol per part de l'agressor.
- Augment de la freqüència dels episodis de violència.
- Patir alguna lesió o lesions greus.
- Maltractament dels fills o altres membres de la família.
- Canvis en la situació laboral de l'agressor (ex.: pèrdua de feina, atur).
- Fase de separació conjugal.
- Amenaces de mort amb posterioritat a la presentació de denúncia.
- Psicopatologia de l'agressor (deliri de gelosia, paranoia, etc.).
- Possessió d'armes de foc per part de l'agressor, amb llicència o sense.

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

Si creiem que el risc vital és immediat, cal fer-li veure la situació de perill i gestionar la sortida del domicili a través de Treball Social.

Per últim, s'han d'emplenar els documents legals adequats en cada cas. La història clínica sempre ha de recollir tota la informació, descrivint les lesions, les troballes, la patologia, la cronologia i els procediments diagnòstics i terapèutics.

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

Les dades de mortalitat, morbiditat i l'elevada prevalença entre la població general justifiquen mesures proactives per a la detecció precoç de la VG.

Dins de l'atenció a les patologies o circumstàncies relacionades amb la salut que es consideren emergents, la VG n'és una de destacada. Aquesta xacra social rep la repulsa dels governs i d'una part molt important de la ciutadania. Tant la Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere de l'Estat Espanyol com la Llei del 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista de la Generalitat de Catalunya en són un valuós exemple. Les dues lleis obliguen els professionals de la salut a detectar i assistir les dones en situació de violència.

5.1. Cal fer detecció precoç des del sistema de salut?

La prevalença de la VG en la població justifica la detecció, però són les conseqüències per a la salut de les dones (**Taula 2**) les que justifiquen la detecció des del sistema de salut.

Sense oblidar les repercussions que la violència vers la mare té en els fills i filles, que, a més de ser testimonis d'aquesta violència, sovint són també víctimes de la violència (vegeu capítol 6).

5.2. Per què les dones no expliquen als professionals la seva situació de VG?

- Perquè no identifica la situació de violència viscuda com a maltractament.

- Perquè la relació de violència és viscuda amb ambivalència, de vegades amb vergonya i amb culpa.
- Per la por a no ser cregudes: sovint s'ha contestat a la dona que aquests eren assumptes privats o bé que no era possible que aquest home, que potser és un pacient conegut, fos un home que maltracta.
- La por a l'agressor: els homes que maltracten augmenten la tensió i les conductes violentes en moments que la dona pren iniciatives que acabin amb la relació. Comunicar-ho al sistema de salut pot ser-ne una.
- Por a conseqüències legals que no desitgen.
- Tolerància a la situació de VG: el procés de sotmetiment i victimització fa que visquin com a normals situacions de VG molt greus.

Per tant, és necessari que els professionals preguntin per la possibilitat de violència en la relació de parella (vegeu preguntes capítol 4).

Les dones no es molesten quan se'ls pregunta per la possibilitat de violència en les seves relacions personals. Hi ha estudis de tipus qualitatiu que mostren justament el contrari, que esperen ser preguntades pels professionals de la salut i agraeixen el seu interès.

5.3. Quina és l'estratègia que cal fer servir?

- **Detecció universal.** La detecció sistemàtica realitzada a través de l'anamnesi habitual com a estratègia de cribratge s'ha recomanat per l'alta prevalença de la VG i les greus conseqüències per a la salut, tot i que no hi ha dades que l'estratègia hagi comportat canvis en la situació de violència a llarg termini.

TAULA 3. DETECCIÓ SELECTIVA DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE (VG): SITUACIONS OPORTUNES PER A LA DETECCIÓ

Dones en moments de risc del cicle vital	• Embaràs, sobretot en adolescents • Separació de la parella • Jubilació pròpia o del marit • Tenir cura d'altres
Dones amb trastorns mentals	• (vegeu Taula 2)
Consultes gine/obstètriques (vegeu Taula 2)	• Sol·licitud d'anticonceptius • Infeccions ginecològiques de repetició • Embaràs • Disfuncions sexuals • Interrupció de l'embaràs • Anticoncepció d'emergència
Dones amb història traumatològica suggestiva	• Lesions suggerents d'agressió • Reiteració de les lesions • Discordança entre la clínica i el relat • Retard en la consulta després d'un traumatisme
Segons la forma de presentació a la consulta	• Consultes massa freqüents • Dificultats de relació amb els professionals • Mala adherència als règims terapèutics • Dificultat per ser entrevistades sense parella
Situacions que disminueixen la autonomia	• Ancianes fràgils • Règim d'atenció domiciliària • Deteriorament cognitiu • Cures pal·liatives • Trastorns mentals greus • Discapacitats físiques o psíquiques • Situacions socials que disminueixin la llibertat: dones recluses, que exerceixen la prostitució, emigració irregular, marginació social • Abús o dependència a alcohol o substàncies
Per sospita o derivació d'altres professionals	• Nens i nenes amb símptomes d'estrès posttraumàtic o maltractaments • Casos derivats pels serveis socials, educatius o d'altres

Font: VG i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) (en premsa).

- **Detecció selectiva.** La detecció lligada a situacions que afavoreixen la identificació pot resultar més eficaç (**Taula 3**).
- **Detecció mitjançant l'autoinforme.** A més de la detecció a través de l'anamnesi, es disposa d'instruments autoinformat, qüestionaris i escales, dissenyats per la identificació de la VG, alguns dels quals han estat validats al nostre país.

5.4. Per a què ha de servir la detecció?

La detecció de la violència envers les dones és només el començament de l'atenció. Si el professional identifica una situació de VG pot iniciar intervencions dirigides a facilitar la presa de consciència i l'inici del canvi (**Taula 4**).

Els diferents serveis d'atenció han de tenir protocol·litzats els passos per a l'atenció posterior.

Cal registrar a la història clínica la presència o els indicis de VG (el tipus de violència, les conseqüències per a la salut, la valoració del risc) ja que ajuda a l'atenció clínica de la dona i té potencials implicacions medicolegals.

Detectar la violència contra la dona i no fer res més és mala pràctica. En finalitzar la detecció, la dona pot sortir de la consulta amb la idea que aquest és un factor rellevant per a la salut, que hi ha persones i organismes que la poden ajudar i que els serveis de salut estan compromesos amb la seva atenció.

TAULA 4. MISSATGES INEQUÍVOCOS QUE LA DONA HA DE REBRE EN EL MOMENT DE LA DETECCIÓ DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE (VG)

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

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

Font: VG i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) (en premsa).

Impacte de la violència de gènere en l'àmbit familiar sobre la salut dels fills i les filles

6

La paraula "infància" prové del llatí i significa "el que no parla". Durant la història més aviat ha significat "el que no té paraula" ja que al nen sempre se l'ha considerat un adult petit i vulnerable, que treballava i acudia als espais dels adults, que es podia controlar i decidir-ne el destí. Així, tot i existir el maltractament infantil físic, sexual, emocional i laboral en tots els nivells socials no es considerava maltractament, atès que el concepte d'infància amb necessitats de protecció no sorgeix fins passada l'era industrial (segle XIX). Però no és fins a la segona meitat del segle XX quan es reconeix des de la comunitat científica i l'opinió pública, que els nens són objecte de maltractament de tot tipus i sorgeix la necessitat de formular els seus drets amb la Convenció dels drets del nen el 1989.

La VG en l'àmbit familiar és el factor de risc més important d'abús de qualsevol tipus de violència vers els fills. Els fills i les filles no són només espectadors silenciosos, sinó que són víctimes que viuen en la violència. Els i les menors que pateixen VG viuen en una família en la qual el seu pare o la parella de la seva mare té comportaments contra la dona. Presencien actes violents, crits, insults, sorolls de cops, senten la por i la tensió en les seves mares i viuen immersos en el cicle de la violència.

En el 30-60% dels casos, a més, hi ha abús físic, sexual, emocional o negligència vers els fills. Creixen pensant que la violència dels homes contra les dones és una pauta de relació normal entre els adults. Entre el 26 i el 73% de les famílies amb abús vers els seus fills existeix violència de la parella envers la mare.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2002) posa de manifest els efectes nocius sobre la salut, la supervivència, el desenvolupament i la dignitat que causa en els i les menors l'exposició a la VG en l'àmbit familiar. A més, la violència emocional, física i sexual envers la dona inclou diverses formes de maltractament envers els fills: ser testimonis presencials de la violència, ser víctimes directes de maltractament i ser utilitzats per l'agressor per danyar, amenaçar, controlar i sotmetre la dona.

6.1. Violència de gènere en l'àmbit familiar: Psicopatologia en els fills

Els fills poden mostrar símptomes inespecífics d'estancament o retards en el desenvolupament o bé de psicopatologia emocional o conductual. Els/les nens/es no expliquen generalment les agressions de les quals són testimonis a casa, generalment per por de l'agressor o perquè se'ls ha dit que no se n'ha de parlar, com si fos una mena de secret familiar. Per això manifesten el seu malestar generalment amb psicopatologia (**Taula 5**).

Els i les menors exposats a violència envers la mare poden desenvolupar creences i valors patriarcal com que "l'home és el que mana, les dones són inferiors als homes i hi estan supeditades. Quan un home pega una dona és perquè s'ho mereix; pegar les dones és normal; si vols que et respectin cal ser violent".

TAULA 5. VIOLÈNCIA DE GÈNERE EN L'ÀMBIT FAMILIAR: PSICOPATOLOGIA EN ELS FILLS

Edat Infantil	Síntomes d'afectació física i del desenvolupament	• Múltiples queixes somàtiques: insomni, cefalea,... • Estancament o retards evolutius: enuresi, encopresi,...
	Síntomes d'afectació socioemocional i conductual	• Conductes inhibides en el joc o en el contacte social: poca parla espontània, desconfiança en els adults. • Estrès posttraumàtic: nens exposats a situacions traumàtiques amb visions altament violentes. • Ansietat amb excessiva dependència de la mare: por a separar-se'n i fòbia escolar. • Sentiments de culpa i de responsabilitat per les conductes violentes. • Problemes escolars: baix rendiment, pocs amics.
Edat Adolescent	Afectació conductual	• Problemes de conducta, agressivitat, consum d'alcohol i drogues, fugides de casa.
Edat Adulta	Factors de risc	• Factor de risc de perpetuació d'actituds d'acceptació o execució de violència en les seves pròpies famílies.

6.2. Abordatge de la violència de gènere en l'àmbit familiar

És necessari el desenvolupament de polítiques preventives i millora en la detecció o tractament del maltractament, incloent-hi el maltractament envers els fills (**Taula 6**).

- Detectar possibles abusos i tractar-los de manera especialitzada.
- En casos d'agressions severes amb hospitalitzacions o fins i tot mort de la mare, els/les fills/es poden requerir tractaments farmacològics per a crisis agudes d'ansietat per dol o perquè veuen en perill la seva pròpia vida.

6.3. Tractament del/la menor

Abordatge des de la salut mental infantil i juvenil:

- Facilitar el processament d'experiències traumàtiques.
- Alliberar el menor de sentiments de culpa o responsabilitat, por i submissió vers l'agressor.
- Millorar les habilitats socials: autoestima i resolució de conflictes per trencar possibles cercles de violència en nois i evitar víctimes de violència en noies.

Abordatge escolar:

- Avaluar les necessitats curriculars considerant suports tutorial i adaptacions curriculars.

Abordatge social:

- Des dels serveis socials locals, amb integració d'aquests nens i nenes en programes esportius i culturals, mitjançant suports econòmics i socials.

TAULA 6. ABORDATGE DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE (VG) EN L'ÀMBIT FAMILIAR

MESURES PREVENTIVES DE LA VG	MESURES DE DETECCIÓ DE LA VG	MESURES D'INTERVENCIÓ DE LA VG
Abordatge àmbit territorial: Equips multidisciplinaris que dissenyin polítiques i protocols en la prevenció, detecció i tractament de la violència de gènere i maltractament infantil.	Programes de formació als professionals: Principalment de l'àmbit educatiu i pediàtric, quan hi ha signes d'alarma de maltractament en la mare o en el/les fills/es. Formació en el protocol a seguir.	En casos d'agressió lleu i mare capaç de cuidar els seus fills: Protocol d'atenció a la dona maltractada. Exploració dels fills i filles per avaluar l'impacte o l'exposició a la violència, i que siguin víctimes d'abús.
Abordatge àmbit escolar: Elaboració de programes educacionals de prevenció dirigits a nens i adolescents per promoure el desenvolupament de relacions de gènere igualitàries.		En casos d'agressions severes i mare hospitalitzada o morta: Primordialment preservar la seguretat dels nens i nenes: seguretat, residència d'acolliment, tutoria. És obligatòria l'activació local del protocol urgent de maltractament infantil. Coordinació de la situació infantil per part dels equips locals d'atenció general a la infància: planificació a curt i llarg termini de la situació dels nens en el context familiar. Cal l'allunyament immediat dels nens i nenes de l'agressor fins que no se'n faci una valoració especialitzada. Valoració per part de l'equip especialitzat de salut mental infantil de tots els fills i filles, per detectar qualsevol signe d'abús, estrès posttraumàtic o psicopatologia. Suport immediat econòmic i social en el cas dels familiars en acolliment. Assessorament judicial sobre drets, incloent-hi els econòmics, de mare i fills o en acolliment-tutela. Assessorament escolar (via psicòlegs escolars o inspecció d'educació) si és necessària una intervenció o canvi escolar.
Abordatge àmbit familiar: Programes preventius per a famílies en risc de violència facilitant programes d'educació en tècniques parentals.	Coordinació dels equips d'urgència hospitalària o policia amb els pediatres de referència dels fills, una vegada que es detecta el maltractament en la mare o en els fills i filles.	

La violència de gènere des del punt de vista legal: importància de l'informe mèdic

Quan es produeix un acte de VG, el procés penal és necessari per impedir, reprimir i sancionar la conducta violenta.

La informació dels mecanismes legals, a totes les dones que pateixen maltractament físic, psíquic o sexual per part de les seves parelles, és una de les formes més eficaces per lluitar contra el fenomen de la VG.

És necessària la col·laboració de l'àmbit penal amb altres àmbits, entre els quals es troba el sanitari, per obtenir resultats òptims en la lluita contra la VG.

La Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de protecció integral contra la violència de gènere, va establir aquesta actuació conjunta, que va quedar reflectida a l'article 15: "Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia [...] En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley."

La funció de la coordinació entre els diferents agents té dues finalitats:

- Amb la denúncia, evitar les conseqüències del maltractament sobre les víctimes,

amb una resposta immediata i contundent, degut a que, com s'ha constatat, les agressions reiterades provoquen una destrucció psicològica, a més de física.

- Després de la denúncia, la necessitat que tant l'agressor com la víctima percebin una actuació ferma i decidida, amb l'adopció de mesures de protecció per a la víctima, si cal.

La majoria dels delictes en l'àmbit de la VG són lesius i necessiten atenció mèdica. El mateix succeeix en la violència psicològica, que exigeix la intervenció d'un professional.

La importància del professional sanitari en el procediment penal és indubtable perquè:

- És el primer que entra en contacte amb la víctima.
- Refereix el que li és manifestat.
- Aporta dades objectives de les lesions o de l'estat que presenta la víctima.
- L'Òrgan Judicial tindrà un testimoni imparcial totalment aliè als fets, professional i qualificat.

Per tant, sent condició necessària l'assistència mèdica de les víctimes, la detecció precoç de tals situacions en l'àmbit sanitari tindrà un relleu especial en dos moments diferents:

- Quan després de la denúncia ve per ser valorada de les lesions que li han causat.
- Quan sense haver denunciat ve per ser tractada de les lesions que li han causat.

La intervenció del professional sanitari requereix, tant si hi ha denúncia com si no, que es reculli sempre en l'informe

mèdic la valoració del relat de la víctima i l'examen físic complet de les lesions que explica i d'aquelles que estiguin ocultes.

La intervenció és diferent segons la fase en què es trobi el procés judicial:

1. A la fase d'INSTRUCCIÓ (investigació), es necessita obtenir dades concretes del que va passar, qui és l'agressor, quines van ser les lesions, quin era l'estat, què va manifestar.
2. A la fase del JUDICI ORAL (per provar els fets), es necessita un testimoni objectiu del que es va observar i un dictamen professional sobre el mecanisme de producció de les lesions.

L'informe emès pel metge que, en una primera instància, dona coneixement al Jutjat d'uns fets presumptament constitutius de maltractament és la base de la investigació posterior per dues raons:

- De vegades la víctima no presenta denúncia.
- La majoria de les vegades no hi ha testimonis presencials dels fets, que es van esdevenir en l'àmbit privat i, per tant, l'informe mèdic és l'única dada objectiva de la investigació.

Els informes mèdics emesos han de ser extremament clars quant a l'estat de les lesions que presenta la víctima. La finalitat de remetre'ls al jutjat és iniciar una investigació i, des d'aquesta posició preeminent que té el metge que atén la primera vegada, han de facilitar-se totes les dades que es tinguin. Les dades han de ser al més precises possible.

Tots els comunicats d'assistència arriben als jutjats i s'ha de discriminar si es tracta de lesions fortuïtes, produïdes en baralles, accidents laborals, intoxicacions. És necessari fer constar totes les dades que permetin inferir que es tracta d'una agressió en l'àmbit de la VG. Més que en altres delictes és molt important aquesta

minuciositat, perquè de vegades només es compta amb l'informe i, fins i tot, pot ser que no hi hagi testimoni de la víctima.

Cal tenir en compte que, en altres tipus de delictes, l'afectat facilita tota la informació de què disposa, va voluntàriament al metge forense, presenta testimoni de la seva situació i mostra interès perquè la denúncia que ha presentat vagi endavant.

La víctima de VG en el procés penal, fins i tot en casos de lesions greus, pot acollir-se al seu dret de no declarar i fins i tot pot explicar que la lesió ha estat conseqüència d'un accident casual; per tant, en aquests casos, l'informe assistencial serà l'única dada objectiva disponible, atès que pot negar-se a ser visitada pel metge forense, i aquest pot haver d'emetre el seu informe pericial, basant-se exclusivament en l'informe assistencial del metge que l'ha visitat.

La funció del metge forense és la valoració de la VG amb criteris medicolegals.

La pràctica ens demostra que el metge que atén la víctima en el primer moment és fonamental, ja que si aquesta hi confia i se sent escoltada, serà més procliu a contestar i a aportar dades.

No s'ha d'oblidar que en el nostre dret les lesions són un delictes perseguible d'ofici. L'únic requisit és que el jutjat tingui coneixement que s'ha produït una agressió per iniciar el procés i continuar-lo.

- La Violència de Gènere (VG) produeix efectes i danys en els diferents aspectes de la salut física, psíquica i sexual de les dones i els seus fills i filles a curt i llarg termini.
- Els comportaments hostils i violents de l'agressor són observables i identificables i inclouen conductes d'abús emocional, agressions físiques i sexuals.
- La detecció precoç de la VG és clau per poder tractar d'evitar que aquesta situació es mantingui i produeixi més danys en la salut de la dona i els seus fills i filles.
- Els/les metges/ses han de tenir una actitud proactiva en la detecció de la VG, incloent en l'anamnesi de la historia clínica preguntes orientades a aquesta detecció de forma habitual.
- Qualsevol situació de maltractament encara que només sigui una sospita s'ha de comunicar a Treball Social, que s'encarregarà d'informar la dona dels recursos que hi ha disponibles per ajudar-la.
- El protocol a l'atenció a la dona que pateix VG ha d'incloure l'avaluació i l'atenció a la salut de llurs fills i filles.
- La denúncia de la dona víctima de VG és la possibilitat que hi ha d'aconseguir impedir, reprimir i sancionar la conducta violenta de l'agressor.
- L'informe mèdic de l'assistència ha de recollir el relat complet i l'exploració física i psíquica completa de les lesions que presenti la víctima.

1. Chiung A, Shen T. Self-Esteem of Young Adults Experiencing Interparental Violence and Child Physical Maltreatment. Parental and Peer Relationships. *Journal of Interpersonal Violence* 2009; 24: 770-94.
2. García-Esteve L, Torres A, Imaz ML. Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato. *FMC* 2010; 17: 449-59.
3. García-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, Valdés M. Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting. *Med Clin* 2011; 137: 390-7.
4. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Ginebra: OMS; 2005.
5. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
6. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc. Violència en l'àmbit de la parella i família. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Barcelona 2009. <http://www.gencat.cat/salut>.
7. Quaderns de la Bona Praxi núm. 13. Detecció del maltractament intrafamiliar a la dona. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Abril 2001.
8. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Violencia Doméstica. Elaborat pel Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAAPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc). Madrid: 2003.
9. Thompson R, Briggs E, English DJ, et al. Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreatment* 2005; 10: 26-36.
10. Violència de Gènere i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria (CAMFIC) (en premsa).
11. Zolotor AJ, Theodore AD, Coyne-Beasley T, et al. Intimate partner violence and child maltreatment: overlapping risk. *Brief Treat Crisis Interv* 2007; 7: 305-21.
12. Zolotor AJ, Denham AC, Weil A. Intimate Partner Violence. *Prim Care Clin Office Pract* 2009; 36: 167-79.

Números publicats



Els Quaderns de la Bona Praxi són una publicació que s'envia, per correu electrònic, a tots els col·legiats i a la qual també es pot accedir a través de la web dels col·legis de metges de Catalunya com a servei gratuït als professionals per a promoure les bones pràctiques. Es disposen d'exemplars en paper amb un cost de 15 € per a metges col·legiats al COMB, COMG, COMT i COMLL i 20 € per altres interessats i entitats.

Els interessats cal que enviïn una sol·licitud a cecfmc@comb.cat.

Quaderns de la Bona Praxi



Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.
<http://cec.comb.cat>