

*Detecció i atenció psico-social
precoç de la violència domèstica
contra dones vulnerables*

Elvira Méndez



Associació · Asociación
SALUD Y FAMILIA

Via Laietana, 40, 3è 2a B · 08003 Barcelona · Tel. 93 268 36 00 · Fax 93 319 85 66
E-mail: saludyfamilia@saludyfamilia.es · www.saludyfamilia.es

Amb el suport financer de:



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Títol:
Detecció i Atenció Psicosocial Precoç de la Violència Domèstica contra Dones Vulnerables.

© Elvira Méndez Méndez, 2008

© Associació Salut i Família, Barcelona, 2008
Via Laietana, 40, 3è 2ª B
08003, Barcelona
www.saludfamilia.es

Il·lustració de coberta: *Watiya Tjuta (Trees)*, 2000. © Mitjili Napurrula.

Fotocomposició i Impressió: Gràfiques Marcet, S.A.

D.L.B-12224-2008

Col·laboradores del Projecte:

Associació Salut i Família:
Mara Martínez Morant, Cristina Nieto Carrillo, Laura Gómez Fernández

Institut Genus:
Llum Polo Sangüesa, Ana Plaza Morales.

Agraïments:

El nostre agraïment a Caixa Terrassa que va finançar l'atenció psicosocial precoç durant el període 1 de Juny 2005 a 1 de Juny 2006.

ÍNDEX

I	Introducció: la violència domèstica com a problema de salut pública. _____	2
II	La violència domèstica als grups vulnerables de dones i famílies _____	4
III	Detecció i atenció psicosocial precoç de la violència domèstica contra dones vulnerables _____	6
	<ul style="list-style-type: none">• Context de la intervenció.• Components essencials de la intervenció.• Resultats.• Característiques de les dones amb sospita i/o risc confirmat de violència domèstica.• Discussió.	
IV	Conclusions _____	14
V	Taules Estadístiques _____	15
VI	Annexes _____	20
VII	Bibliografia _____	27

I INTRODUCCIÓ: LA VIOLÈNCIA DOMÈSTICA COM A PROBLEMA DE SALUT PÚBLICA

La violència domèstica contra les dones és un problema d'abast mundial que esdevé a tots els àmbits socials. La violència domèstica inclou les agressions físiques i el maltractament sexual i psicològic. La gran magnitud de la violència contra les dones va portar que l'OMS (1996) la declarés un problema prioritari de salut pública.

A Espanya, (Instituto de la Mujer, 2006) un 2,1% de les dones es consideraven a sí mateixes com a maltractades durant l'últim any mentre que 6,3% referia algun tipus de maltractament al llarg de la seva vida. La mortalitat femenina a mans de la parella va ésser de una per cada 100.000 dones (1998-2001) registrant-se un lleuger descens l'any 2004 amb un nou repunt l'any 2006, mentre que continuen morint més de mig centenar de dones cada any. Les denúncies per maltractaments van ésser de una per cada 200 dones (1997-2000) i no han fet més que continuar augmentant, de tal manera que al període 2002-2006 es va produir un increment del 43,5% (d'ençà l'any 2002 es va ampliar la tipificació dels maltractaments incloent-hi agressions i d'altres conductes violentes posteriors a la finalització de la convivència en parella). Així mateix, s'estima que dos de cada deu ciutadans/es majors d'edat han conegut algun cas de violència domèstica al seu entorn familiar i/o social.

L'ONU defineix la violència contra les dones com a "qualsevol acte o intenció que origina dany o patiment físic, sexual o psicològic a les dones. Inclou les amenaces i la coerció o privació arbitrària de llibertat tant a la vida pública com privada". Les conductes violentes comprenen diferents aspectes com ara: a) el control dels moviments de les dones o la restricció del seu accés a la informació o l'assistència així com l'aïllament de la seva família i d'altres relacions socials b) les relacions sexuals sense consentiment o forçades c) el maltractament psicològic que comporta la desvalorització, la intimidació, el menyspreu i la humiliació en públic o privat i, d) els actes físics d'agressió. Habitualment, coexisteixen diferents tipus de violència en una mateixa relació de parella. Sovint, el maltractament comença per conductes de control i desvalorització de la dona i va extenent-se a d'altres formes de maltractament sexual i físic. Tanmateix, la mortalitat entre dones menors de 21 anys (2005) podria apuntar cap un canvi en els patrons del comportament violent de les parelles masculines el qual tradicionalment s'ha descrit com un procés de cronificació al llarg del temps. Alguns autors (Castells, M. Subirats, M., 2007) senyalen un nou sentit de la violència domèstica com a expressió de desesperació masculina quan els homes s'adonen de la pèrdua del seu predomini i dels seus privilegis dintre de la parella i no veuen com a recuperar-los en situació d'igualtat.

Les reformes públiques rellevants més recents han estat la promulgació de la Ley Orgànica de Protección Integral contra la Violencia de Género 1/2004 de 28 de Diciembre i l'aprovació del II Plan Integral contra la Violencia Doméstica (2001-2004) així com diverses iniciatives legislatives i de coordinació en la mateixa línia a Catalunya i d'altres Comunitats Autònomes. El gran esforç públic per afrontar la violència domèstica s'ha concentrat principalment en la millora de la protecció jurídica de les víctimes i l'enduriment del tractament penal dels maltractadors. Les administracions sanitàries i els experts recomanen la detecció sistemàtica dels maltractaments a les dones als centres d'atenció primària de salut, als serveis de planificació familiar, als serveis de salut mental i als serveis d'urgències. Tot i que des d'un punt de vista normatiu s'afirma que els serveis sanitaris han de jugar un paper fonamental en la detecció i tractament de la violència domèstica, encara una bona part dels professionals sanitaris considera que es tracta més aviat d'un problema social i també judicial. Així, encara en moltes ocasions, els professionals de salut no detecten les dones víctimes de violència domèstica que acudeixen a les seves consultes. Les principals barreres per part dels professionals sanitaris són la manca de temps i de formació específica tant per la detecció com per l'atenció al problema (Coll-Vinent, B. 2008)

Per això, la intervenció consistent a detectar i tractar psico-socialment de forma precoç la violència domèstica contra les dones vulnerables:

- a) Ha dissenyat instruments de cribatge oportunista que fan possible la detecció en el curs d'una entrevista única motivada per una sol·licitud de suport socioeconòmic a una interrupció voluntària de l'embaràs
- b) Ha format les treballadores socials de primera línia per a que es focalitzin a identificar la disposició de les dones a canviar la seva situació vital
- c) Ha seleccionat els serveis i equips especialitzats actius en violència domèstica que són accessibles a cada ciutat i/o província de Catalunya
- d) Ha posat a disposició de les dones vulnerables víctimes de violència domèstica l'atenció gratuïta a tres visites de suport psicològic i orientació amb l'equip especialitzat de l'Institut Genus.

II LA VIOLÈNCIA DOMÈSTICA ALS GRUPS VULNERABLES DE DONES I FAMÍLIES

Els diferents estudis poblacionals (Instituto de la Mujer, 1999) mostren com la violència domèstica es manifesta a totes les classes socials, nivells econòmics i educatius i tant a l'àmbit rural com urbà. S'admet que la violència domèstica no té un sol factor causal i que més aviat és el resultat d'una interacció entre factors que operen a diferents nivells (individual, familiar, comunitari i socio-cultural). Així, la violència domèstica no seria el resultat de casos inexplicables de conducta desviada o patològica sinó una pràctica apresada, conscient i orientada producte d'una organització social estructurada sobre la base de la desigualtat entre homes i dones (Alberdi, I, 2002).

Malgrat que la violència domèstica apareix a tots els grups socials, les dones amb pocs recursos educatius i econòmics refereixen patir violència de parella més freqüentment que les dones pertanyents a classes socials menys desfavorides. Entre els homes que tenen conductes violentes no s'han evidenciat diferències rellevants pel que fa a l'edat o la situació laboral en comparació al total de la població masculina. Recentment s'ha posat en dubte que inclús estiguin prou documentades diferències significatives de menors nivells educatius entre els homes que maltracten les seves parelles (Alvarez-Dardet, C. 2008).

Les dones i les noies amb pocs recursos educatius i econòmics constitueixen un grup vulnerable de població, de tal manera que tenen risc de patir un ampli ventall de riscos que van acumulant-se i potenciant-se al llarg de la vida. Així mateix, els grups vulnerables de dones presenten dèficits en les seves capacitats per obtenir beneficis o avantatges de l'atenció sanitària i social i sovint, es produeix una exclusió "de facto" de l'atenció sanitària preventiva com ara el consell i l'assistència a la seva salut sexual i reproductiva. Els grups vulnerables de població femenina es transformen i canvien acceleradament a les societats desenvolupades. Actualment, a casa nostra, hem de sumar a les capes més desfavorides de dones autòctones, alguns sectors de noies adolescents i amplis grups de dones immigrants amb orígens força diversos.

Les intervencions o programes preventius d'abast general pensats per a tota la població femenina, molt freqüentment no arriben als grups vulnerables de dones, i en conseqüència, els seus riscos i desavantatges socials i de salut es van potenciant i cronificant. Com a resposta a aquest tipus de barreres van sorgir els programes i intervencions que ofereixen "segones oportunitats" a les dones vulnerables de forma que es puguin minimitzar les conseqüències adverses de decisions i entorns psico-socials precaris.

Els programes que donen “segones oportunitats” intenten amortiguar les conseqüències de les conductes de risc social i sanitari animant a les dones a moure's cap endavant: a invertir en sí mateixes millorant la seva informació i capacitat d'autocura així com la seva autonomia. En absència de programes de “segones oportunitats” les dones vulnerables acostumen a perdre una bona part dels seus actius socials i de salut cada cop que es presenta una situació crítica a les seves vides.

Seguint una línia de pensament i acció orientada a promoure l'equitat d'accés i d'utilització dels bens sanitaris i socials públics per part dels grups vulnerables de població, i especialment de les dones i les seves famílies, l'Associació Salut i Família¹ va dissenyar i desenvolupar el Programa “Atenció a la Maternitat a Risc”. Aquest Programa, ha vingut combinant (1991-2007) una elevada accessibilitat i adaptabilitat als grups de dones vulnerables oferint-les “segones oportunitats” per millorar la salut sexual i reproductiva com ara: a) donar un espai per a que les dones reafirmin la seva decisió d'interrompre o continuar l'embaràs b) Cofinançar selectivament la interrupció voluntària de l'embaràs en funció de criteris de necessitat c) Prevenir l'avortament de repetició oferint a les dones la implantació immediata i gratuïta d'un dispositiu intrauterí.

El Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” atén una població vulnerable que l'any 2007 va superar les quatre mil cinc-centes dones. La crisi personal i familiar que provoca un embaràs inesperat i/o no desitjat fa que les dones desenvolupin conductes actives per buscar ajut i que mostrin una receptivitat força elevada als consells preventius. L'existència d'aquesta finestra d'oportunitat, juntament amb les repetides evidències de violència domèstica entre les dones ateses, va motivar el disseny i desplegament d'una intervenció consistent a detectar i tractar psico-socialment de forma precoç la violència domèstica contra les dones vulnerables (Novembre 2005 - Abril 2007).

¹ L'Associació Salut i Família és una organització privada no lucrativa de caire independent i pluralista inspirada en principis liberals a favor de la capacitat d'elecció i l'autonomia de les dones en totes les esferes de la vida pública i privada.

III DETECCIÓ I ATENCIÓ PSICOSOCIAL PRECOÇ DE LA VIOLÈNCIA DOMÈSTICA CONTRA DONES VULNERABLES

Context de la intervenció

La intervenció de detecció i atenció psico-social precoç de la violència domèstica contra dones vulnerables es realitza sobre la població de dones ateses al Programa “Atenció a la Maternitat a Risc”. Aquest Programa ha incrementat any darrera any el nombre absolut de dones ateses (1991-2007: creixement interanual del 14,43%) i té una cobertura poblacional al voltant del 20% de les dones que interrompen voluntàriament el seu embaràs a Catalunya. El programa complementa les accions i prestacions dels serveis públics i privats de salut sexual i reproductiva combinant la facilitació socioeconòmica de l'accés als serveis disponibles per a la interrupció voluntària de l'embaràs amb la prevenció de l'avortament de repetició mitjançant l'oferta d'implantació gratuïta post-avortament d'un dispositiu intrauterí que garanteix una protecció contraceptiva de cinc anys.

El Programa parteix del posicionament estratègic de l'Associació Salut i Família com a organització civil pro-elecció que fa realitat la possibilitat de triar una maternitat desitjada i, per tant, responsable entre les dones i famílies vulnerables. La sostenibilitat al llarg del temps del Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” és el resultat de la creació d'un marc de cooperació estable entre l'Associació Salut i Família, l'administració sanitària de Catalunya i els proveïdors públics i privats de serveis de salut sexual i reproductiva. El Programa treballa identificant i donant cobertura a les necessitats insatisfetes de les dones vulnerables pel que fa a l'accés i la utilització de tota la gama de serveis relacionats amb la salut sexual i reproductiva i, especialment, l'oferta de contracepció i d'avortament legal.

Al llarg dels anys el Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” ha desenvolupat una forma de treballar flexible i adaptativa al tipus de demandes que manifesten les dones vulnerables. Així, s'ha pogut acollir una demanda d'un volum creixent que registra fluctuacions estacionals considerables alhora que presenta una gran diversitat d'orígens i cultures i diferents perfils de risc psico-social. El Programa compta amb una primera línia d'atenció a càrrec de treballadores socials que mitjançant una entrevista única amb cada dona valoren el grau de suport socioeconòmic a l'avortament legal i informen i aconsellen activament sobre la contracepció immediata post-avortament. En aquesta mateixa atenció, es facilita la derivació i la programació en una de les clíniques privades proveïdores d'avortament o bé als hospitals públics si s'escau.

El Programa compta amb una experiència atresorada d'agrupar activitats interrelacionades en un únic procés assistencial i disposa d'una estructura descentralitzada territorialment amb punts d'atenció a les ciutats de Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona. Aquests factors van esdevenir fortaleces decisives en el moment de valorar la factibilitat d'incorporar a l'entrevista de rutina una acció sistemàtica de detecció i atenció psico-social precoç de la violència domèstica contra les dones vulnerables.

Components essencials de la intervenció

La detecció i atenció psico-social precoç de la violència domèstica contra les dones vulnerables ateses al Programa "Atenció a la Maternitat a Risc" es va dissenyar com una intervenció a) Sistemàtica, és a dir, adreçada a tot el col·lectiu d'usuàries del Programa, b) Compactada, és a dir, comença, es desenvolupa i finalitza en el curs de l'entrevista única que mantenen les dones amb les treballadores socials de primera línia, c) De resposta assistencial immediata consistent a fer reconèixer i mobilitzar les capacitats de la pròpia dona per canviar la seva situació vital, d) Paralegal, és a dir, col·locant en tot moment la possibilitat de denunciar al maltractador en mans de la dona i enfocant la denúncia més aviat com un recurs facilitador d'una reparació personal de la víctima i no tant com una finalitat en sí mateixa.

Els components essencials de la intervenció per a detectar i donar atenció psico-social precoç a les dones vulnerables víctimes de violència domèstica són:

- Disseny d'un instrument de cribatge oportunista: Els criteris de sospita (veure Annex III). Aquest instrument cal que sigui *consistent* amb la demanda primària de les dones (sol·licitud de suport socioeconòmic a la interrupció voluntària de l'embaràs), *senzill* d'aplicar (no comporta una sol·licitud de dades addicionals a les que ja es demanen per a fer la valoració del grau de necessitat que presenta cada dona) i presumiblement *fiable* com a indicador de sospita de maltractament.
- Adaptació del model transteòric de canvi (Prochaska i DiClemente, 1982) a les situacions de violència domèstica: Definició de les fases del canvi en casos de violència contra dones vulnerables (veure Annexos I i II). Treballar amb aquesta aproximació suposa que el focus del diàleg és explorar les capacitats, motivacions i barreres de la dona per canviar la seva situació vital. Per tant, no es tracta pròpiament de conduir una entrevista clínica centrada en caracteritzar la tipologia, la intensitat i/o l'evolució del maltractament.

- Treball de xarxa amb les organitzacions i equips especialitzats en violència domèstica: Obtenció d'informació actualitzada sobre la cartera de serveis reals que ofereix cada organització i/o equip especialitzat en violència domèstica a les províncies de Catalunya.
- Optimització de la derivació activa de les dones als recursos o equips especialitzats en violència domèstica: Ajustament entre la fase del canvi de la dona i la cartera de serveis reals dels equips especialitzats (veure Annex V)
- Formació “a mida” de les treballadores socials de primera línia: Participació activa de les treballadores socials en el disseny dels elements clau de la intervenció i discussió periòdica de casos amb l'equip especialitzat en violència domèstica de l'Institut Genus.
- Producció d'una nova prestació complementària: Oferta a totes les dones víctimes de violència domèstica d'un paquet gratuït de tres visites de suport psicològic i orientació amb l'equip especialitzat en violència domèstica de l'Institut Genus.

El Diagrama de Detecció i Atenció Psico-social Precoç a la Violència Domèstica contra Dones Vulnerables (veure Annex IV) descriu el procediment seqüencial de treball així com les tècniques de relació i comunicació utilitzades durant l'entrevista per la treballadora social de primera línia. Com es pot observar, les tècniques utilitzades van variant dinàmicament i s'ajusten a cada fase de treball (Cribatge, Identificació de Cas, Exploració de la Disposició al Canvi i Orientació/Derivació a Recursos Especialitzats).

Cal remarcar el caràcter oportunista del cribatge, doncs les dones acudeixen a l'Associació Salut i Família per un motiu diferent al maltractament. Aprofitant l'oportunitat que suposa la consulta realitzada per les dones en un moment especialment crític i receptiu, el qual sovint provoca espontàniament una revisió personal de la situació vital, s'ha encabint la intervenció de detecció i tractament psico-social precoç de la violència domèstica dintre del funcionament diari del Programa “Atenció a la Maternitat a Risc”.

És important assenyalar, que durant tot el procés d'atenció la guia i la iniciativa de la dona és primordial. Així, és la dona qui confirma si es sent maltractada a la fase d'identificació de cas i novament són les dones (en fases de canvi de preparació i/o acció) qui accepten o declinen la programació de la primera visita de suport psicològic i orientació amb l'equip especialitzat en violència domèstica de l'Institut Genus.

Característiques de les dones amb sospita i/o risc confirmat de violència domèstica

Les característiques sociodemogràfiques de les dones que van presentar sospita i/o risc confirmat de violència domèstica no difereixen significativament entre si pel que fa al seu origen estranger i tampoc en relació al nombre de dones estrangeres ateses al Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” durant 2006 (veure taula pàgina 15)

L'edat de les dones no presenta diferències rellevants entre amdos grups tot i que és lleugerament més nombrosa la franja d'edat de 26 a 35 anys en comparació al total de dones ateses al Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” durant 2006 (veure taula pàgina 15)

Tots els indicadors socioeconòmics, amb excepció de la proporció de dones sense estudis o amb estudis primaris, són més desfavorables pel que fa a l'atur, l'economia submergida i el treball assalariat en els grups de dones amb sospita i/o risc confirmat de violència domèstica si es contrasta amb les dones ateses al Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” durant 2006 (veure taula pàgina 15)

Les principals característiques de salut reproductiva són més desfavorables pel que fa a la manca d'utilització de contraceptius i al nombre d'interrupcions legals de l'embaràs anteriors en els grups de dones amb sospita i/o risc confirmat de violència domèstica si es confronta amb les dones ateses al Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” durant 2006 (veure taula pàgina 15). En contrast, cal remarcar el fet esperançador de la bona acceptació de la implantació del DIU post-IVE entre les dones amb risc confirmat de violència domèstica.

Pel que fa a la utilització de serveis de salut reproductiva crida l'atenció que una major proporció de dones amb risc confirmat de violència domèstica havien consultat els SASSIR durant l'últim any en comparació a les dones ateses al Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” (veure taula pàgina 16). La major freqüentació dels serveis públics de salut reproductiva no va evitar que aquestes dones presentin embarassos no desitjats, raó per la qual van acudir a l'Associació Salut i Família.

Durant el període (Novembre 2005-Abril 2007) que va durar la intervenció de detecció i atenció psico-social precoç de la violència domèstica contra les dones vulnerables, la població total atesa al Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” va ésser de 6.426 dones. La sospita de violència domèstica es va establir en un 6,7% de dones que reunien un o més indicadors de sospita (veure taula pàgina 16). Els indicadors de sospita utilitzats tenen a veure amb la manca de control de la dona sobre la seva salut sexual i reproductiva i sobre l'economia familiar, així com amb la manca de comunicació de l'embaràs i/o de la interrupció voluntària de l'embaràs a la parella. Els indicadors de sospita que orienten cap un dèficit d'autonomia de la dona són la manca de control sobre la salut sexual i reproductiva (4,6% de totes les dones ateses al PAMR i 68,2% de les que tenen algun indicador de sospita) i la manca de decisió sobre l'economia familiar (3,2% de totes les dones ateses al PAMR i 47,7% de les que tenen algun indicador de sospita). L'indicador de sospita relatiu a la manca de comunicació de l'embaràs i/o de la interrupció voluntària de l'embaràs a la parella acostuma a donar-se entre les dones maltractades que estan a les fases de canvi de preparació i acció (2,6% de totes les dones ateses al PAMR i 39,4% de les que tenen algun indicador de sospita).

Entre les dones amb indicadors de sospita de violència domèstica, solament el 37% (2,5% del total de les dones ateses al PAMR) van confirmar que eren víctimes de violència domèstica. A banda, el 62,7% de les dones que van confirmar ésser víctimes de violència domèstica manifesten que la situació afecta a d'altres membres de la família i, en el 61,5% dels casos han demanat ajut a la seva xarxa de suport social, (veure taula pàgina 18) tot i que les denúncies a la policia s'estima que no arriben al 10% dels casos.

Pel que fa a les fases del canvi a les quals es troben les dones que van confirmar ésser víctimes de maltractament, el 67% es va valorar que estaven en fases de preparació i/o acció (veure taula pàgina 19). Tanmateix, d'aquestes dones solament el 52,8% van acceptar la programació de la primera visita de suport psicològic i orientació amb l'equip especialitzat en violència domèstica de l'Institut Genus (veure taula pàgina 19).

Pel que fa a l'acceptació de la derivació activa i consegüent programació amb l'equip de l'Institut Genus, suposa el 35,4% de les dones que van confirmar ésser víctimes de maltractament. Així mateix, van acudir a la primera visita programada amb l'equip especialitzat de l'Institut Genus únicament 18 dones que suposen el 31,5% de les derivacions actives i el 11,2% de les dones que van identificar-se com a víctimes.

Entre les dones derivades i ateses per l'Institut Genus s'adhereixen més a l'oferta de suport psicològic les dones més grans de trenta cinc anys i pel contrari, acudeixen en un nombre mínim les menors de vint-i-cinc anys. Pel que fa a la procedència geogràfica i cultural no es presenten diferències marcades entre les dones autòctones i les d'origen estranger (veure taula pàgina 19). Un cop que acudeixen a la primera visita, el 61% de les dones tornen a d'altres visites successives i gairebé el 66,7% de totes les que van acudir a alguna visita inicien algun tipus de canvi per tal d'augmentar la seva autonomia (veure taula pàgina 19).

Les principals observacions qualitatives recollides entre les dones ateses per l'Institut Genus, fan referència als diferents recursos potencials que les dones víctimes de violència domèstica poden mobilitzar per assolir quotes més elevades d'autonomia. Entre les dones musulmanes, el marit acostuma a controlar l'economia familiar mentre que elles no tenen activitat laboral i pateixen dificultats en el procés de regularització administrativa. Entre les dones llatinoamericanes, la major part treballen com empleades del servei domèstic, viuen dificultats extremes de conciliació de la vida familiar i laboral i es plantegen la separació i la denúncia. Entre les dones autòctones una bona part tenen activitat laboral i la seva principal dificultat és assolir la separació emocional de la parella en un context de maltractaments de repetició.

L'anomenada prevalença de dones “tècnicament” maltractades podria assimilar-se en aquest cas al 6,7% de dones que reuneixen un o més indicadors de sospita de violència domèstica. Aquesta xifra està lleugerament per damunt de les trobades a Espanya [5,1% (1999) al 6,3% (2006)] a les macroenquestes realitzades per l'Instituto de la Mujer. La prevalença de sospita de maltractament és del 7,3% entre les dones autòctones ateses i del 6,5% entre les dones estrangeres. La distància entre la prevalença de sospita de violència domèstica en aquesta intervenció respecte als resultats de les macroenquestes pot explicar-se pel fet de que el Programa “Atenció a la Maternitat a Risc” s'adreça a grups de dones especialment vulnerables alhora que l'activitat de cribatge oportunista presenta algunes limitacions². El fet de que la prevalença de sospita sigui més elevada entre les dones autòctones respecte a les estrangeres apunta la necessitat d'enfortir les competències interculturals de les professionals de primera línia, doncs existeixen prou evidències de taxes més elevades de maltractament i de mortalitat per violència domèstica entre les dones estrangeres.

La prevalença de dones vulnerables que es consideren a sí mateixes maltractades (2,5%) també està lleugerament per damunt de les xifres publicades per l'Instituto de la Mujer que oscil·len del 2,2% (1999) al 2,1% (2006) de dones maltractades durant l'últim any entre la població general femenina. La prevalença de risc confirmat de violència domèstica és del 2,3% entre les dones autòctones i del 2,6% entre les dones estrangeres.

Cal remarcar la distància entre les dones que reuneixen un o més criteris de sospita i les dones que confirmen el maltractament. Existeix, doncs, una subpoblació de dones vulnerables per a les quals les conductes de control exclusiu sobre l'economia familiar i sobre la salut sexual i reproductiva per part de la seva parella són viscudes com aspectes naturals o normalitzats de la relació.

El desplegament de conductes actives de sol·licitud d'ajut s'ha produït en el 61,5% de dones que es consideren maltractades predominant el protagonisme de la xarxa de suport social molt per sobre del recurs a denunciar que no arriba al 10% dels casos. Aquesta troballa és consistent amb les estimacions realitzades per diverses organitzacions a Espanya (del 2% al 10% de dones maltractades presenten denúncia, Blanco, P. 2004).

² Les treballadores socials de primera línia formades per portar a terme la intervenció de detecció i tractament psico-social precoç de la violència domèstica formen part del staff de l'Associació Salut i Família. No així les treballadores socials que atenen pics de demanda i períodes vacacionals.

El fet de que solament el 52,8% de les dones maltractades que es trobaven en fases de disposició al canvi avançades (fases de preparació i acció) acceptessin la programació de la primera visita de suport psicològic i orientació a l'Institut Genus suggereix que pot haver-se produït una sobrevaloració de les fases avançades de disposició al canvi alhora que la decisió de programació s'havia de prendre de forma immediata. En aquest sentit, la situació de crisi que suposa la gestió d'un embaràs inesperat i/o no desitjat remou els conflictes que pot viure qualsevol dona a la vegada que produeix un augment de motivació per canviar. En bastants casos, la motivació pot tornar a decaure un cop resolta la crisi de l'embaràs inesperat.

Un 11,2% de les dones que van identificar-se com a víctimes van acudir a la primera visita programada a l'Institut Genus. Tot i que el volum de dones ateses és petit despenen uns resultats acceptables tan pel que fa a l'adherència a aquest recurs com a la progressió dels canvis per part de les dones.

IV CONCLUSIONS

La intervenció de detecció i atenció psico-social precoç de la violència domèstica contra dones vulnerables ha reunit una bona part dels requisits tècnics, formatius, organitzacionals i cooperatius recomanats a la literatura nacional i internacional (Ruiz-Pérez, J, 2004).

Aquesta experiència ens mostra la *factibilitat* d'oferir una intervenció sistemàtica, compacta i integral que abordi el problema de la violència domèstica entre els grups vulnerables de dones, tot i que aquestes vinguin a consultar per un altre motiu.

La intervenció ha gaudit d'una bona *acceptabilitat* entre les dones ateses al Programa "Atenció a la Maternitat a Risc" produint elevats nivells de satisfacció i afegint un plus de qualitat a l'assistència habitual (Associació Salut i Família, 2007).

La *sostenibilitat* de la intervenció és potser l'aspecte més controvertit: les necessitats d'un major temps d'atenció i de formació específica esdevenen veritables obstacles al llarg del temps. En aquest sentit, la mitjana de temps extra per entrevista quan la dona confirma la sospita de maltractament és de quinze minuts³, la qual cosa produeix un efecte cascada de retard entre la resta de visites programades. Pel que fa a la formació, cal la seva actualització i extensió a totes les treballadores socials de primera línia (noves incorporacions, reforços i suplents).

L'*efectivitat* de la intervenció no es pot establir prenent com a principal indicador l'acceptació de la programació de la primera visita de suport psicològic i orientació a l'Institut Genus. Amb relativa independència de la resposta immediata de la dona pel que fa a la progressió visible del seu procés d'autonomia, és remarcable el valor i la necessitat d'oferir a les dones vulnerables l'oportunitat de desvetllar i tractar els problemes de violència domèstica. El diàleg obert, la contenció, la informació i l'orientació que han pogut viure les dones víctimes de maltractament tenen per sí mateixos el valor de reforçar les seves malmeses identitats, de confirmar-lis que compten per a la societat i de fer que l'esperança de canvi esdevingui un treball de vida.

³ Aquesta dedicació extra es suma a la mitjana de vint minuts d'atenció establerta per a una entrevista de rutina pel Programa "Atenció a la Maternitat a Risc".

V TAULES ESTADÍSTIQUES

PRINCIPALS CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DE LES DONES AMB SOSPITA I/O RISC CONFIRMAT DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA

		Sospita n=434	Risc confirmat n=161	PAMR 2006 n=4210
Estrangeres		63,5%	69,4%	68%
Edat	≥ 25 anys	37,2%	36,9%	42,7%
	26-35 anys	47,1%	48,8%	43,6%
	≤ 36 anys	15,7%	14,4%	13,7%
Sense Estudis / Estudis Primaris		49,4%	41,9%	50%
Atur		48,7%	49,4%	45%
Economia submergida		18%	20%	15%
Treball assalariat		23,3%	21,9%	29%

PRINCIPALS CARACTERÍSTIQUES DE LA SALUT REPRODUCTIVA DE LES DONES AMB SOSPITA I/O RISC CONFIRMAT DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA

		Sospita n=434	Risc confirmat n=161	PAMR 2006 n=4210
Cap mètode contraceptiu utilitzat		60,1%	62,1%	56,1%
IVES anteriors		39,8%	40,9%	35%
Usuàries anteriors Salut i Família		16,3%	14,3%	14,4%
Primer trimestre gestació		81,7%	78,2%	82%
DIU implantat post-IVE		41,4%	48,4%	47,6%

FONT: Programa "Atenció a la Maternitat a Risc". (Període: 1 Novembre 2005 - 30 Abril 2007)

PRINCIPALS CARACTERÍSTIQUES D'UTILITZACIÓ DE SERVEIS DE SALUT REPRODUCTIVA DE LES DONES AMB SOSPITA I/O RISC CONFIRMAT DE VIOLÈNCIA

	Sospita n=434	Risc confirmat n=161	PAMR 2006 n=4210
Freqüentació als SASSIR per motius contraceptius	27,1%	35,4%	28,1%
Dones derivades a Salut i Família des dels SASSIR	26,2%	30,4%	30%

PREVALENÇA DE SOSPITA I RISC CONFIRMAT DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA

	Autòctones	Estrangeres	TOTAL
Dones ateses al Programa "Atenció a la Maternitat a Risc"	2.179 (33,9%)	4.247 (66,1%)	6.426 (100%)
Sospita de Violència Domèstica (*)	159 (7,3%)	275 (6,5%)	434 (6,7%)
Risc confirmat de Violència Domèstica (**)	50 (2,3%)	111 (2,6%)	161 (2,5%)

(*) Dones que reuneixen un o més criteris de risc.

(**) Dones que percebeixen la seva situació com a maltractaments de la parella.

FONT: Programa "Atenció a la Maternitat a Risc". (Període: 1 Novembre 2005 - 30 Abril 2007)

DE LA SOSPITA AL RISC CONFIRMAT DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA: INDICADORS DE RISC I FASES DEL CANVI PERSONAL

Indicadors de Risc (n=434)		
Indicador inespecífic	Un indicador específic	Dos-Tres indicadors específics
29 (6,7%)	175 (40,3%)	230 (53%)

Fases del Canvi (n=161)				
No valorada	Precontemplació	Contemplació	Preparació	Acció
16 (10%)	6 (3%)	32 (20%)	47 (29%)	61 (38%)

RESULTATS DEL PROGRAMA EN CASOS DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA CONTRA DONES VULNERABLES

Acció Desenvolupada al PAMR (n=161)	
Orientació	Derivació Activa
104 (64,6%)	57 (35,4%)

Adherència al Recurs recomanat (n=57)		
No adherència	Si adherència	No consta (*)
33 (58%)	18 (31,5%)	6 (10,5%)

(*) Es disposa d'informació sobre l'adherència únicament quan les dones han estat derivades a l'Institut Genus (n=51).
FONT: Programa "Atenció a la Maternitat a Risc". (Període: 1 Novembre 2005 - 30 Abril 2007)

PRESÈNCIA D'INDICADORS DE RISC

Atenció per Recursos Especialitzats	Manca de control sobre salut sexual i reproductiva	Manca de decisió sobre economia familiar	Manca de comunicació de la IVE a la parella
29 (6,7%)	296 (68,2%)	207 (47,7%)	171 (39,4%)

N=434

NOTA: Cada dona pot reunir més d'un indicador.

RESTRICCIONS PERSONALS I SOCIALS EN CASOS DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA CONTRA DONES VULNERABLES

Manca de control sobre la seva persona	Dificultats de control de les relacions socials	Manca d'autonomia econòmica i laboral
146 (90,7%)	127 (78,9%)	108 (67,1%)

N=161

INFORMACIÓ SOCIAL RELLEVANT EN CASOS DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA CONTRA DONES VULNERABLES

Afectació d'altres membres de la família
101 (62,7%)

No utilització de recursos d'ajut
62 (38,5%)

N=161

FONT: Programa "Atenció a la Maternitat a Risc". (Període: 1 Novembre 2005 - 30 Abril 2007)

PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC DE LES DONES DERIVADES I ADHERENTS AMB RISC CONFIRMAT DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA

Edat			
	Fins 25 anys	26-35 anys	36-45 anys
Derivades (n=51)	14 (27,4%)	30 (59%)	7 (13,6%)
Adherents (n=18)	2 Taxa: 14%	12 Taxa: 40%	4 Taxa: 57%

Procedència	
Espanyoles	Estrangeres
19 (37,3%)	32 (62,7%)
7 Taxa: 37%	11 Taxa: 34%

FONT: Programa "Atenció a la Maternitat a Risc" i Institut Genus. (Període: 1 Novembre 2005 - 30 Abril 2007)

RESULTATS DEL PROGRAMA ENTRE LES DONES ATESES PER L'INSTITUT GENUS

Intensitat d'utilització	
Una entrevista	Entre 2-4 entrevistes
18	11 (61%)

Canvis iniciats per les dones			
Separació parella	Recerca de feina	Corresponsabilitat	Contenció
7 (39%)	3 (22,2%)	1 (5,5%)	6 (33,3%)

(n=18)

FONT: Institut Genus. (Període: 1 Novembre 2005 - 30 Abril 2007)

ANNEX I

DEFINICIÓ DE LES FASES DEL CANVI EN CASOS DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA CONTRA DONES VULNERABLES (I)

PRECONTEMPLACIÓ

La dona verbalitza conflictes però no creu tenir un problema a resoldre.

- Justifica les agressions de la parella.
- Es culpa per no col·laborar suficientment en l'economia familiar.
- L'origen dels conflictes està en la precària situació que viu la parella i que cap dels dos pot resoldre.
- Es culpa de l'embaràs inesperat. En general la parella coneix l'embaràs i participa en la decisió de l'avortament.

CONTEMPLACIÓ

La dona es mostra ambivalent i contradictòria. Creu que viu conflictes importants però no identifica el problema a resoldre.

- Justifica les agressions de parella però es capaç de diferenciar responsabilitats. Intueix que existeix un problema en la relació.
- Es culpa per no col·laborar en l'economia familiar però s'adona de les acusacions de la parella.
- L'origen dels conflictes està en la precària situació que viu la parella i ella no pot fer gaire perquè no té independència econòmica.
- Es culpa de l'embaràs inesperat, tot i que veu que la parella també és responsable. En general la parella coneix l'embaràs i participa en la decisió de l'avortament.

Adaptació del model transteòric de canvi de Prochaska i DiClemente als casos de violència domèstica contra dones vulnerables que consulten per una interrupció voluntària de l'embaràs. (Méndez, Elvira. Martínez, Mara. 2006).

ANNEX II

DEFINICIÓ DE LES FASES DEL CANVI EN CASOS DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA CONTRA DONES VULNERABLES (II)

PREPARACIÓ

La dona identifica el problema i busca la forma i els recursos per a resoldre'l.

- S'adona de les agressions que pateix ella i/o els/les seus/seves fills/es.
- Es mostra receptiva cap a l'ajut que l'ofereix la seva xarxa de suport social.
- Situa les responsabilitats de cada membre de la parella i ella actua ocasionalment per afrontar les seves. Encara manté un cert grau d'ambigüitat i indecisió.
- No desitja continuar un embaràs resultant de la situació de maltractament. Sovint la parella no coneix l'embaràs ni tampoc la decisió d'avortar.

ACCIÓ

La dona està resolent la seva situació.

- Lamenta no haver actuat abans davant de les agressions.
- Ha demanat ajut a la seva xarxa de suport social i/o als recursos públics.
- S'adona de que no té prous recursos personals per resoldre les seves mancances.
- Demana ajut professional encara que no pot assumir les accions que li proposen.
- Veu prioritària la decisió d'interrompre un embaràs que viu com un obstacle per canviar. Sovint la parella no coneix l'embaràs ni tampoc la decisió d'avortar.

Adaptació del model transteòric de canvi de Prochaska i DiClemente als casos de violència domèstica contra dones vulnerables que consulten per una interrupció voluntària de l'embaràs. (Méndez, Elvira. Martínez, Mara. 2006).

ANNEX III

DETECCIÓ PRECOÇ DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA CONTRA DONES VULNERABLES: CRITERIS DE SOSPITA

Criteri 1: MANCA DE CONTROL SOBRE LA PRÒPIA SALUT REPRODUCTIVA I SEXUAL.

- Dones no autoritzades per la seva parella per a decidir sobre l'ús de contraceptius.
- Dones sense estudis i/o manca d'informació rellevant sobre mètodes contraceptius.
- Precarietat econòmica que anul·la la disposició a pagar el cost econòmic dels mètodes contraceptius.

Criteri 2: MANCA DE COMUNICACIÓ DE LA DECISIÓ D'INTERROMPRE L'EMBARÀS A LA SEVA PARELLA.

- Dones que no informen a la seva parella de l'existència de l'embaràs i/o de la decisió d'avortar.

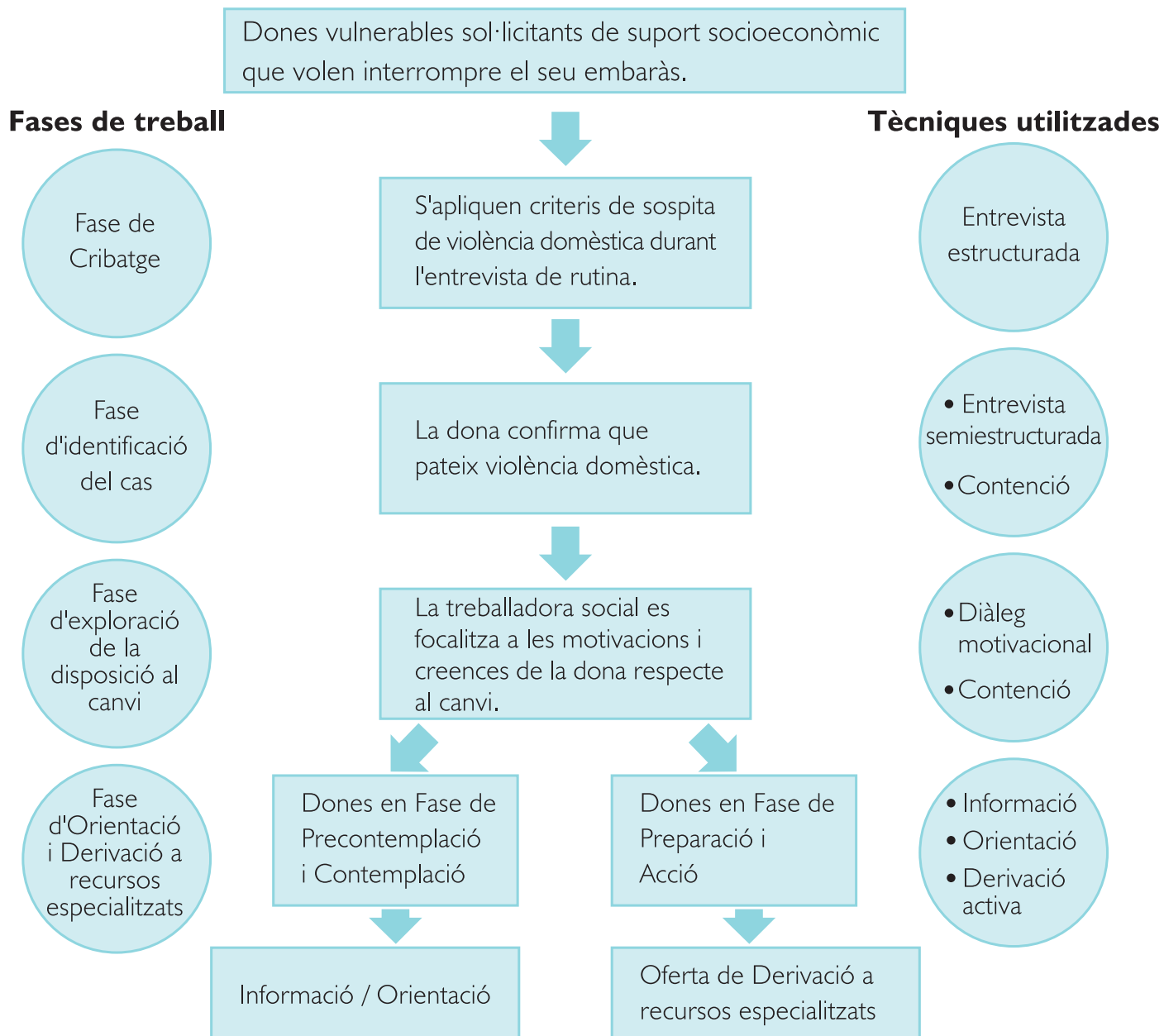
Criteri 3: MANCA DE CONTROL SOBRE L'ECONOMIA FAMILIAR.

- Dones no autoritzades per la seva parella a decidir sobre l'economia familiar encara que tinguin ingressos propis.
- Dones no autoritzades per la seva parella a treballar fora de casa i, per tant, dependents dels ingressos del company.

Críteris de sospita de Violència Domèstica aplicats al Programa "Atenció a la Maternitat a Risc" (Martínez, Mara. Méndez, Elvira. Nieto, Cristina, 2005)

ANNEX IV

DIAGRAMA DE DETECCIÓ I ATENCIÓ PSICOSOCIAL PRECOÇ DE LA VIOLÈNCIA DOMÈSTICA CONTRA DONES VULNERABLES



ANNEX V

PROTOCOL D'ATENCIÓ PSICOSOCIAL PRECOÇ AJUSTAT A LES FASES DE CANVI EN CASOS DE VIOLÈNCIA DOMÈSTICA CONTRA LES DONES VULNERABLES

Fases del Canvi	Tipus d'Atenció Psicosocial	Recursos Especialitzats Disponibles	Altres Recursos
PRECONTEMPLACIÓ	Contenció / Informació / Orientació.	1- Institut Genus. 2- Associació Tamaia. 3- Associació Laris.	Barcelona (ciutat) Punts d'Informació i Atenció a la Dona.
CONTEMPLACIÓ	Contenció / Informació / Orientació.	4- Creu Roja. 5- Servei d'atenció als Immigrants, Estrangers i Refugiats.	Catalunya
PREPARACIÓ	<ul style="list-style-type: none"> • Contenció / Informació / Orientació. • Derivació a Equips Especialitzats. 	6- Associació Dones Agredides Sexualment. 7- Equips d'atenció a La Dona.	1- Equips Bàsics d'Atenció Social. 2- Àrees Bàsiques de Salut. 3- Serveis d'Informació i Assessorament a la Dona.
ACCIÓ	<ul style="list-style-type: none"> • Contenció / Informació / Orientació. • Derivació a Equips Especialitzats. 	8- Institut de Reinserció Social. 9- Centre Exil.	4- Centres d'Informació i Assessorament a la Dona.

Font: Programa "Atenció a la Maternitat a Risc" (Martínez, Mara. Méndez, Elvira. Nieto, Cristina, 2006).

ANNEX VI

PROTOCOL ESPECÍFIC PER A LA DERIVACIÓ ACTIVA EN CASOS DE SOSPITA DE MALTRACTAMENT

Núm. _____
(nº història ASF)

SITUACIÓ DE CONTROL RESPECTE A LA SEVA PERSONA

- Com et sents habitualment en el tracte amb la teva parella?

- Bé.
- Regular.
- Mal.
- Ns/Nc.

- Quines actituds repetides de la teva parella cap a la teva persona et disgusten?

Freqüència:	dia	sem.	mes.	esp.
<input type="checkbox"/> Desvaloració:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desqualificacions:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Amenaces:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Coacció sexual:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agressions:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓ DE CONTROL RESPECTE A LES RELACIONS SOCIALS

- Penses que no li agrada que parlis amb la teva família, amics o veïns?

- Sí, sempre.
- A vegades.
- No, mai.
- Ns/Nc.

- En alguna ocasió has deixat de relacionar-te amb alguns familiars o amics per por a que ell es disgustés?

- Sí. Amb quins?.....
- A vegades.
- No, ami.
- Ns/Nc.

SITUACIÓ DE CONTROL RESPECTE A L'AUTONOMIA ECONÒMICA I LABORAL

- Penses que li disgusta que treballis i/o que tinguis els teus propis ingressos?

- Sí, sempre.
- A vegades.
- No, mai.
- Ns/Nc.

- Pots participar activament en l'economia familiar?

- Sí, sempre.
- A vegades.
- No, mai. (Ell controla l'economia familiar)
- Ns/Nc.

INFORMACIÓ ADDICIONAL

- Les situacions que vius afecten a algun altre membre de la unitat familiar?

- Sí, sempre. A qui?.....
- A vegades. A qui?.....
- No, ami.
- Ns/Nc.

- Has acudit en alguna ocasió a algun servei per demanar informació o ajut per aquest motiu?

- Sí. On?.....
- No.
- Ns/Nc.

VII BIBLIOGRAFIA

Associació Salut i Família. Memòries d'Avaluació 2005-2006-2007 del Programa "Atenció a la Maternitat a Risc". Barcelona.

Aretio-Romero, A. "Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres". Gaceta sanitaria 2007; 21 (4): 273-277.

Blanco, P, Ruiz Jarabo, C, Garcia de Vinuesa, L, Martin-Garcia, M "La Violencia de pareja y la salud de las mujeres" Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl 1); 182-188.

Castells, M. Subirats, M. "Mujeres y hombres: ¿un amor imposible? Alianza Editorial, Madrid 2007.

Centro Reina Sofía "Feminicidios de pareja en España 2002-2006". Disponible en <http://www.centroreinasofia.es>.

Coll-Vinent, B, Echevarria, T, Farras, U, Rodríguez, D, Milla, J, Santiña, M. "El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud". Gaceta sanitaria 2008; 22 (1): 7-10.

Concha-Eastman, A, Villareces, A, "Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones". Organización Panamericana de la Salud. Programa de Enfermedades no Transmisibles, 2001.

Heire, L, Ellsberg, M, Gottemoeller, M. "Ending violence against women" Population reports, series L nº 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information Program, 1999.

Instituto de la Mujer "La violencia contra las mujeres". Resultados de las Macroencuestas Sigma Dos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 1999, 2002 i 2006.

Instituto de la Mujer. Plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2001) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 1998.

Miller, W.L, Rollnick, S "Motivational Interviewing". The Guildford Press, New York, 2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo. II Plan Integral contra la violencia doméstica (2001-2004). Disponible en <http://www.msc.es>.

Ruiz-Pérez, I, Blanco-Prieto, P, Vives-Cases, C “Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias”. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (supl 2): 4-12.

Prochaska, JO and Diclemente, CC. “Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change” Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1982, 19: 276-288.

Prochaska, JO, Redding, C, Evers, K. “The transtheoretical model of behaviour change” in: Glanzk, Lewis F.M., Rimer B.K eds Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco, Calif: Jossey-Bass, 1997, 60-84.

Vest, JR and col.I “Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence” Am. Journ. Preventiv. Medicine, 2002; Vol 22; Issue 3: 155-164.

Vives-Cases, C, Gil-González, D, Carrasco-Portino, M, Alvarez-Dardet, C, “Revisión sistemática de los estudios sobre el nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a su parejas”. Gaceta Sanitaria 2007; 21 (5): 425-432.

Vives-Cases, C, Alvarez-Dardet, C, Caballero, P “Violencia del compañero íntimo en España”. Gaceta Sanitaria 2003; 17; 268-274.

Yodanis, C.L. “Gender Inequality, Violence against Women and Fear: A Cross-National Test” J. Interpers Violence 2004; 19: 655-675.