

ATENCIÓ A LES PERSONES QUE HAN SOFERT ALGUN MALTRACTAMENT

Grup de treball:

Maria Bargadà

Mercè Canet

Margarita Coll

Carmen García

M. Antònia González

Cristina Martínez

Gemma Martínez

Í N D E X

	pàgina
Presentació	4
1. Sensibilització de les institucions	6
2. Sensibilització dels professionals	7
3. Recepció	8
3.1 Infraestructures amigables	8
3.2 La comunicació, com fer l'entrevista	8
3.3 Aspectes generals a tenir en compte	11
4. Consideracions en el maltractament a menors	13
5. Consideracions en el maltractament a la dona	17
6. Consideracions en el maltractament a les persones grans	26
7. Recursos	27
7.1 Acollida	27
7.2 Humans	27
7.3 Públics	28
7.4 Socials – Intervencions	28
8. Marc jurídic	30
9. Documents referents en relació als maltractaments	31
10. Bibliografia	32



Aquesta guia ha estat elaborada, de forma participativa, pel grup presentat a la portada i resta a la vostra disposició per rebre els suggeriments i comentaris que considereu oportuns, millorant-la així, de forma continuada.

Les aportacions les podeu trametre a Núria Nuix, secretària del Comitè de pilotatge del Pla de receptivitat, mitjançant el correu electrònic : nnuix@ics.scs.es.



Presentació del Pla de Receptivitat:

El Pla de Receptivitat de l'ICS neix amb l'objectiu d'adequar l'organització a les expectatives de servei i a les necessitats de salut dels ciutadans, sobretot en l'àmbit de la qualitat percebuda, seguint les principals línies d'actuació del Departament de Sanitat i Seguretat Social, basades en el Pla de Salut de Catalunya.

Es diu que un procés és receptiu o que millora la receptivitat quan els professionals que el duen a terme són capaços de donar tota la informació i el suport necessaris perquè els ciutadans puguin relacionar-se amb l'organització i sentir-se acollits, orientats i tractats en un marc de confiança i respecte.

El concepte de receptivitat forma part de les estratègies de reforma de l'Administració, fomenta els serveis orientats als ciutadans i accepta la diversitat de necessitats (clients diferents poden tenir necessitats diferents).

Els conceptes clau que defineixen el Pla de Receptivitat de l'ICS són: accessibilitat, acollida, atenció, tracte i continuïtat.

El Pla és una aposta estratègica que implica el desenvolupament d'eines concretes que permetin superar barreres físiques, organitzatives, tecnològiques, culturals i, fins i tot, emocionals que separen l'organització dels ciutadans que són usuaris dels centres i serveis de l'Institut Català de la Salut.

- Qui ha elaborat el Pla?

El Pla de Receptivitat ha estat elaborat per un grup de treball multidisciplinari format per professionals de l'ICS experts en temes d'atenció i acollida d'hospitals i primària per encàrrec de la Direcció del Grup ICS.

- Quan dura el Pla?

La Receptivitat es una acció constant en el temps. La seva implantació en tots els centres i serveis del Grup té una durada de 3 anys (des de 2002 fins 2005).

A continuació descrivim els objectius a assolir en els propers dos anys, així com les prioritats a treballar durant el 2004.

(Per més informació sobre els objectius a assolir a les diferents fases la trobareu al document marc del Pla de Receptivitat)



PRESENTACIÓ

El Pla de Receptivitat de l'Institut Català de la Salut neix amb l'objectiu d'adequar l'organització a les expectatives de servei derivades de les necessitats de salut dels usuaris.

Es diu que un procés és receptiu quan els professionals son capaços de donar tota la informació i el suport necessari perquè els ciutadans puguin relacionar-se amb l'organització i sentir-se acollits, orientats i tractats en un marc de confiança i respecte.

Aquest procés de ser receptiu té una especial importància davant d'una persona que ha patit o esta patint una situació de maltractaments, es a dir, hem d'estar preparats alhora d'atendre aquestes víctimes. És evident i demostrat que la forma d'atendre millor a aquestes persones, és en primer lloc, estar sensibilitzat pel tema. Aquesta sensibilització dels diferents professionals que poden intervenir en el procés d'atenció integral a les víctimes de maltractament no és fàcil.

Hem de veure els maltractaments com un problema de salut, igual que qualsevol altre, i per tant, han de ser integrats de tal manera que no ens han de passar per alt. Recordem que el fet de passar per alt i no intervenir en aquests casos i el fet de no informar sobre les alternatives que té la víctima, es pot considerar actes de mala praxis professional.

Des de qualsevol punt on es dona atenció, servei d'urgències, hospitalització o atenció primària, podem ser font de prevenció, detecció i d'actuació, si fos necessari.

En el marc del pla de receptivitat, un grup de treball ha elaborat aquesta guia per ajudar-nos a ser més receptius davant un nen, una dona o una persona gran que està patint una situació de maltractament i acudeix als nostres centres.



1. SENSIBILITZACIÓ DE LES INSTITUCIONS

Preparació a nivell institucional: els professionals dins dels seus diferents àmbits d'actuació han de poder treballar amb aquelles eines que els hi son necessàries per poder dur a terme les tasques que tenien assignades, s'ha de disposar d'estructures amigables on poder fer la recepció i acolliment de la víctima. S'han elaborat i s'utilitzen protocols o guies d'actuació pels diferents casos de maltractaments que ens podem trobar (nens, dones, persones grans). Aquests protocols han de ser adaptats al nostre entorn, tenint en compte, els recursos de que es disposen. Son eines de treball útils que han de ser conegudes per tots els professionals que hi puguin estar implicats, per la qual cosa, la Institució s'haurà de fer càrrec de la seva difusió, implantació i seguiment.

Encara que tots els protocols d'actuació que hi ha publicats referent als diferents tipus de maltractaments, ja mencionen quina és la manera d'acollir o rebre aquestes víctimes, de la mateixa manera ens fan un recordatori de tots aquells indicadors clínics (físics psíquics i de context) que els professionals hem de tenir en compte per poder detectar algun tipus de maltractament, com tenir present que:

- És tant important la cura de la lesió, com els factors de l'entorn en el qual s'hagi produït.
- És important que el personal sanitari en exploracions rutinàries vagi fent indagacions sobre els factors de risc i violència a la llar.
- Minimitzar el tems d'espera: prioritat d'assistència.
- Evitar la repetició de diligències, declaracions i exploracions que agreugen l'estat emocional de la víctima i la victimització secundària.



2. SENSIBILITZACIÓ DELS PROFESSIONALS

L'atenció a les persones que han sofert algun tipus de maltractament ha de ser donada per personal professional, es a dir, per professionals que estiguin receptius, preparats alhora d'atendre aquestes víctimes.

Per poder donar una resposta òptima a les necessitats de les víctimes de maltractaments hem de tenir en compte la preparació dels professionals. És evident i demostrat que la forma d'atendre millor aquestes persones és en primer lloc estar sensibilitzat pel tema. Aquesta sensibilització dels diferents professionals que poden intervenir en el procés d'atenció integral a les víctimes de maltractaments, no es fàcil, i encara que les institucions poden incidir fent-os partícips de determinades activitats formatives, també intervenen actituds personals envers el tema.

El primer que hem de fer es convence'ns de que podem aportar el nostre gra de sorra en la prevenció i l'atenció del maltractaments.



3. RECEPCIÓ

3.1 Infraestructures amigables

A nivell d'infraestructura, tots els serveis d'atenció directa a les víctimes de maltractaments han de gaudir de les característiques arquitectòniques que permetin garantir la confidencialitat de la persona, sobretot al que fa referència al procés d'acollida. Normalment quan una persona arriba a un centre sanitari, ha de donar tota una sèrie de dades administratives per poder procedir a la seva admissió, de la mateixa forma, també se li sol fer un petit interrogatori per poder saber quina és la causa que l'ha portat fins a nosaltres. Tots aquests processos han de garantir la intimitat de la persona i la confidencialitat de les dades de les quals ens ha estat fent partícips.

Un cop s'ha fet la recepció administrativa de l'usuari i sempre i quant el seu estat de gravetat ho hagi permès, es procedirà a la ubicació definitiva dins del nostres serveis a on es donarà aquella assistència sanitària que la persona precisi.

3.2 La comunicació, com fer l'entrevista

En la comunicació els professionals han de ser extremadament discrets en la transmissió de la informació que ens ha facilitat la persona afectada o l'acompanyant.

A nivell de recepció inicial ens podem trobar amb dificultats. En cas que la persona sigui estrangera, fet cada cop més freqüent, per la creixent immigració, haurem de paliar en la mesura que sigui possible aquesta situació.

En quant a l'entrevista, s'ha de tenir molt clar un primer concepte: no hi ha relació directa entre la gravetat de les lesions i la gravetat dels problemes que envolten el nucli socio-familiar que aboquen cap als maltractaments. És doncs molt important detectar les més petites manifestacions.

Característiques de l'entrevista en cas de maltractament infantil

En la valoració d'una situació de maltractament infantil es realitzen tres tipus d'actuacions:

1. Confirmació de la veracitat del maltractament
2. Avaluació de l'estat del nen
3. Avaluació diagnòstica



Cadascun d'aquests tres tipus de valoracions té unes característiques i objectius bàsics.

L'entrevista és un instrument molt important de recollida d'informació davant la sospita de maltractament infantil (que forma part de cadascun dels tipus citats anteriorment) i una premissa bàsica per poder arribar a una valoració de la situació el més eficaç i veraç possible.

Centrant-nos en la confirmació de la veracitat del maltractament (de gran importància, doncs determina si es desenvoluparà una intervenció posterior), s'ha de tenir en compte diferents circumstàncies:

- La negació per part dels pares de que s'hagi produït maltractament.
- La impossibilitat o incapacitat del nen per a manifestar-ho.
- L'absència de testimonis o indicadors externs clars del maltractament.

En una primera etapa es recolliran les dades de filiació, els referits als antecedents personals, familiars i socials, així com l'etiologia dels símptomes/lesions actuals. Per tota la complexitat del tema, és precís posar una cura especial en el procediment de recollida d'aquestes dades que realitzem ja en la primera acollida del nen, així com en la nostra observació.

La negació dels pares es produeix davant la por a les possibles conseqüències, sentiment de culpa existent i la percepció de que les nostres intervencions son intrusives. L'actitud del/s professional/s, així com la forma i contingut de l'entrevista, son elements imprescindibles per establir l'empatia necessària que permeti la col·laboració i legitimació de la intervenció professional.



L'entrevista serà transcrita segons paraules textuais.

ENTREVISTA AMB ELS PARES	
<i>Actitud</i>	<i>Forma – contingut</i>
D'escolta i acceptació	En privat
No desaprobació, no amenaçant	Dos professionals
Directa i honesta (sense notificar prèviament)	Una entrevista amb cada un
Positiva	No recerca de culpable
Utilitzar un llenguatge comprensible	
Confidencialitat	

En quant a l'entrevista amb el menor, en l'hospital es recomana no realitzar-la en el departament d'Urgències si no és imprescindible. Es farà posteriorment per un professional expert, amb la fi d'obtenir la màxima informació i, per altra banda, evitar una possible victimització secundària.

En cas d'entrevistar al nen, aquesta haurà de ser feta pel professional més expert. Pot ser aconsellable realitzar-la prèviament al primer contacte amb els pares, ja que hi ha la possibilitat de que aquests puguin intentar influir en el nen perquè ocultí o distorsioni dades.



Els elements a tenir en compte en la realització d'aquesta entrevista son:

ENTREVISTA AMB EL MENOR
<p>En privat</p> <p style="text-align: center;">Ambient de confiança</p> <p>Adaptada a l'edat del nen, al joc del nen</p> <p>No insistir en temes que eludeix, no forçar</p> <p>Una sola vegada</p> <p>Alliberar de sentiments de culpa</p> <p>No emitir judicis</p>

S'ha de ressaltar que en els casos de maltractament emocional i sexual, la història dels fets no serà tan orientativa, únicament serà útil amb totes les reserves, quan el nen mateix, objecte del maltractament ens ho expliqui, però això només ho podrem fer a partir d'edats pre-puberals o puberals.

3.3 Aspectes generals a tenir en compte

- Guardar la suficient intimitat ajuda a confegir el clima de confiança adient perquè la víctima ens pugui expressar el que li passa. S'ha d'anar en compte amb els acompanyants, molts cops son participants dels maltractaments. Si és possible fer l'interrogatori i l'exploració física sense acompanyants.
- Mantenir una escolta activa.
- No jutjar, cal donar un recolzament moral realista i respectar les decisions que prengui la víctima si és adulta.
- Creure's a la presumpta víctima.
- Principi de mínima intervenció, fer només les actuacions estrictament necessàries.
- Tenir sempre en compte l'interès i els drets de la víctima.



L'èxit de les nostres actuacions depèn de la interrelació que tinguem amb els diferents esglaons del procés per donar assistència a les víctimes de maltractaments, es a dir, cada SAP o EAP i Hospital ha de tenir dissenyat el seu circuit de derivació per poder, en cas de ser necessari, procedir a la derivació de la víctima . S'han de tenir en compte els tràmits legals establerts en el protocol (comunicat de lesions) que s'han de fer en cada cas, així com els recursos existents en la comunitat, socials o legals.



4. CONSIDERACIONS SOBRE EL MALTRACTAMENT A MENORS

Tipus de maltractament

- Físic (inclou la síndrome de Munchausen per poders)
- Per negligència i abandonó (inclou el maltractament prenatal)
- Emocional
- Sexual
- Institucional

Maltractaments físics

Signes d'alerta:

- El retard en la sol·licitud mèdica.
- Versions discrepants i fins i tot contradictòries per explicar les lesions.
- Existència d'altres episodis similars assistits en el mateix hospital o en altres centres sanitaris.
- Acudir al Servei d'Urgències per problemes aparentment banals o inexistents.
- Actitud passiva davant el fill lesionat.
- Millora del seu estat físic i psíquic quan se'l separa del medi en què viu.

Indicadors:

- De pell i mucosa: hematomes, mossegades, ferides, cremades, etc.
- Lesions osteo-articulars: fractures d'extremitats, costals, vertebrals, etc.
- Lesions intracranials: edema cerebral, síndrome del nen sacsejat, etc.
- Lesions viscerals: hematoma duodenal, contusions pulmonars, etc.
- Lesions oculars: hematoma en antifaç, hemorràgies retinals, etc.



La Síndrome de Munchausen per poders

Descriu un quadre de simulació de símptomes o provocació de símptomes d'una malaltia per part dels pares, d'aquí el nom de "per poders".

Indicadors:

- La majoria de nens solen tenir menys de 5 anys.
- Signes i símptomes inventats, incongruents, confusos, repetitius.
- Malaltia fictícia, inexplicable, recurrent.

Negligència i abandó

- Es dona quan les cures afectives, nutricionals, educacionals, sanitàries i higièniques són deficitàries u omïtides.
- És subjecte de negligència habitual, presenta retard inexplicable de creïxement i psicomotor i malnutrició, empitjorament de malalties cròniques sense tractar, trastorns conductuals.

Maltractaments prenatal

Signes d'alerta:

- Consum de drogues, alcohol o tabac per part de la mare.
- Nutrició deficient de la mare.
- No seguiment controls prenatals.
- Manca d'abordatge de les infeccions maternes de transmissió vertical.
- Assistència mèdica incorrecta en malalties sistèmiques.
- Abusos físics contra la mare o contra el fetus.



Maltractament emocional

Signes d'alerta:

- Desvalorar qualsevol acció, manifestació o sentiment del nen.
- Privar a l'infant de les oportunitats d'establir relacions socials.
- Utilitzar la por com a instrument de control, amenaces o càstigs extrems.
- Exigència desmesurada dels les fites dels fills.
- Escàs contacte directe amb els fills.

Indicadors:

- Dificultat d'establir vincles afectius
- Trastorn negativista desafiant
- Hiperactivitat
- Baix rendiment escolar
- Trastorns de comportament
- Depressions, ansietat
- Suïcidis, ...

Maltractament sexual

Signes d'alerta:

- Signes físics específics
- Manifestacions verbals del nen
- Conductes sexualitzades
- Agressivitat, irritabilitat
- Dificultat en treure la roba interior del nen



Indicadors:

- Vocabulari de contingut sexual
- Excés de masturbació
- Enuresi, encopresi
- Baix rendiment escolar
- Trastorns de comportament

Falsos abusos sexuals (instrumentalització)

Indicadors:

- Al·legacions inconsistents o contradictòries
- Excessiva assertivitat sobre l'abús
- Separacions conflictives
- Sobreinterpretació de les conductes del nen

Maltractament institucional

Signes d'alerta:

- Canvis continuats de cuidadors
- Característiques personals dels cuidadors

Indicadors:

- Impossibilitat o dificultat d'establir vincles afectius
- Carències afectives importants



5. CONSIDERACIONS EN EL MALTRACTAMENT A LA DONA

Un dels obstacles principals que dificulten la identificació de dones maltractades en l'àmbit familiar és el silenci que aquestes fan d'aquest fet. Sovint identificarem aquests casos per les conseqüències que aquest llarg procés produeix en les dones.

Recordar que qualsevol dona es pot convertir en una víctima, independentment de la seva raça, edat, nivell econòmic, educatiu i entorn cultural.

Quan una víctima de maltractament arriba a un servei d'urgències ho fa per rebre atenció sanitària, ja sigui per lesions físiques com per altres quadres que requereixen atenció i que emmascaren el maltractament al qual han estat sotmeses.

De vegades, les víctimes no hi van de forma immediata, sinó que acostumen a fer-ho algun temps després, per la qual cosa, la simptomatologia que descriuen és vaga i poc específica, per tant, haurem de ser capaços de detectar tant les lesions físiques com les psíquiques, siguin o no aparents.

El metge classificador haurà d'establir prioritat d'ubicació en cas que la víctima manifesti haver estat maltractada o en cas que el professional ho sospiti.

Des del Servei d'Urgències s'haurà de:

- Rebre i atendre la víctima donant-li l'assistència sanitària que necessiti. En tot moment ha de ser respectada la seva intimitat i confidencialitat. És molt important com s'estableixi el primer contacte amb aquestes pacients perquè expressin allò que realment els ha passat.
- Mai s'ha de realitzar ni l'exploració física ni l'interrogatori davant del company agressor (en cas de dubtes, cal fer sortir a tots els acompanyants que hi hagi al box). És important que el facultatiu vagi acompanyat d'altre personal sanitari (metge, infermera) que actuarà com a testimoni.



Signes de sospita de maltractaments

- Discordància entre l'incident que explica i el tipus de lesió que presenta.
- Retard entre la lesió i la petició d'atenció mèdica.
- Presència de lesions durant la gestació o avortaments "espontanis" després d'una "caiguda accidental" (és freqüent que el primer episodi de violència física sigui a l'embaràs).
- La víctima es mostra sovint temorosa, amb sentiments de culpa o vergonya, amb explicacions confuses o contradictòries. Solen evitar el contacte visual i poder adoptar una actitud defensiva.
- Moltes vegades la parella acompanya a la víctima i pot mostrar-se excessivament preocupat durant l'entrevista o tot el contrari: despreocupat, despectiu, irònic o amb actitud de menyspreu.

Signes en l'examen físic

- La dona s'amaga les lesions amb la roba, ulleres fosques o maquillatge.
- Les lesions solen tenir una distribució central (cara, coll, pits, tòrax, abdomen i genitals).
- Les lesions en el cap solen ser als costats o sobre (els cops accidentals solen ser al front o a la zona occipital superior).
- Hematomes en la part interior de braços i cuixes.
- Presència de lesions en diverses fases de curació suggereixen violència física al llarg del temps.
- Qualsevol lesió durant l'embaràs.
- Hematomes, ferides o inserció de cossos estranys a l'àrea genital.

Signes en la història clínica continuada

- Dona amb una recurrència d'accidents o lesions.
- Queixes psicossomàtiques repetides.
- Incompliment de tractaments perquè a la seva parella no li agrada que prengui medicació.



- La parella es nega a acompanyar-la si se'l requereix.
- Cites programades anul·lades per ella o la seva parella de manera repetitiva.
- Automedicació amb analgèsics i ansiolítics sense consulta prèvia.
- Inici d'abús d'alcohol.
- Signes d'estrès pot traumàtic: angoixa, insomni, evitació, etc.
- Intents d'autolisi.

Si sospitem per tots els signes anteriors que estem davant d'una situació de probable violència domèstica i la dona ve acompanyada, haurem d'intentar buscar una excusa per fer-li una entrevista a soles, el metge o la infermera.

Emplenar l'informe d'assistència i el comunicat mèdic de les lesions i tramitar-lo juntament amb el comunicat judicial al Jutjat de Guàrdia corresponent.

En cas d'agressió sexual cal posar-se en contacte immediatament amb el jutge de Guàrdia.

S'informarà al Sistema de Denúncia (comunicat judicial) per tal que es faci càrrec del cas, el qual sempre és perseguible d'ofici.

El comunicat de lesions i l'informe mèdic s'ha de fer de forma exhaustiva (si és possible, diferenciant quina ha estat la causa o instrument que provoca la lesió), en aquests s'han de recollir de forma detallada i exacta el tipus de lesions físiques i l'estat psíquic en què es trobi la dona.

Per realitzar aquesta tasca és molt útil seguir un protocol en el qual es registri:

- Dades d'identificació del centre. Dades administratives.
- Dades de filiació de la víctima.
- Motiu de la consulta (actitud de la pacient, de la parella, accidents de dubtosa etiologia).



- Antecedents patològics i hàbits tòxics (cal interrogar la víctima buscant factors que puguin representar un alt risc: presència d'armes, drogues, increment de la intensitat o freqüència de les lesions, maltractaments a altres membres de la família, fracàs dels sistemes de recolzament ...).
- Antecedents ginecològics (FUR, paritat, ús d'anticonceptius). En cas d'agressió sexual cal realitzar un examen ginecològic.
- Mecanisme utilitzat en l'agressió: amb les mans, amb algun instrument (tovalloles molles), empentes, cops de puny, arma blanca, cigarretes, arma de foc).
- Descripció de les lesions: diferenciar entre contusions, hematomes, excoriacions, erosions, ferides simples i complexes (de les quals s'haurà d'especificar la mida, localització amb un dibuix, i la fase evolutiva). Si és possible, amb el previ consentiment de la víctima, adjuntar fotografies de les lesions evidents.
- Valoració de l'estat emocional. L'exploració psiquiàtrica és fonamental especialment en els casos de maltractament psicològic, emocional i/o econòmic. Cal detectar la presència de depressió major, trastorn d'estrès postraumàtic i/o dependència a alguna substància tòxica (freqüentment és a l'alcohol, tant en la víctima com en l'agressor).
- Exploracions complementàries sol·licitades amb els resultats.
- Conclusions mèdiques i/o orientació diagnòstica.
- Tractament realitzat i prescrit a l'alta.
- Pronòstic (lleu, greu, molt greu ...).
- Derivació.
- Dades i signatura del facultatiu corresponent,
- Dades del testimoni.

Actuacions legals

1. La dona no diu que ha estat agredida o encara que ho explica, no vol denunciar els fets.



Si observa signes físics i antecedents a la història clínica que el fan arribar a la conclusió que existeixen maltractaments, o quan la pròpia dona ho manifesta espontàniament o en resposta a les preguntes del metge però no vol denunciar-lo, s'han de preveure dos línies d'actuació.

- Existeixen lesions objectibables i el professional té la convicció o la certesa que no poden ser degudes a un accident casual o fortuït. En aquest cas s'haurà de fer la comunicació al Jutjat de Guàrdia acompanyat de l'informe mèdic on es detallin les lesions.
- Existeix evidència de maltractament psíquic o lesions de caràcter lleu o sospita de maltractament sense confirmar. Anotar detalladament a la història clínica totes les dades de l'exploració i les circumstàncies de l'assistència prestada, les anotacions han de ser exhaustives i clares i si les lesions són clarament derivades d'agressió, els antecedents constin i puguin servir com a prova documental en les actuacions judicials.

2. La dona explica els fets i vol denunciar l'agressor.

- Quan la dona explica els fets i manifesta la seva voluntat de denunciar l'agressor, igualment des del Centre s'ha de comunicar al Jutjat de Guàrdia juntament amb l'informe mèdic de l'assistència i el document gràfic.

Formalitzar el comunicat judicial i tramitar-lo juntament amb el comunicat de lesions al Jutjat de Guàrdia corresponent.

En el comunicat judicial han de constar: les dades d'identificació del centre, les dades de filiació de la víctima, mitjà d'accés, lloc de l'agressió, descripció de les lesions i tractament, pronòstic, destinació, dades i signatura del metge (hi ha un model hospitalari).

Informar a la víctima d'on pot anar per rebre més informació. Fer-li veure la importància de tramitar la denúncia a la comissaria de la policia, al quarter de la Guardia Civil i, si és possible al Jutjat de Guàrdia de la localitat on viu.



En la denúncia ha de constar:

- Informe mèdic i comunicat de lesions
- Autor de l'agressió i la relació entre ambdós
- Lloc de l'agressió
- Documents sobre agressions anteriors
- Data i hora dels fets

En cas que el facultatiu detecti un risc potencial de que la víctima pugui tornar a patir lesions més greus, pot sol·licitar als cossos de seguretat de l'Estat que estableixin mesures de protecció.

En cas d'agressió sexual: en un servei d'urgències hospitalari pot ser que la víctima vingui acompanyada pel metge forense, però si no és així, cal avisar-lo i també al Jutjat de Guàrdia. El ginecòleg del centre realitzarà la història clínica ginecològica de la pacient. Esbrinarà si hi ha hagut relacions sexuals prèvies consentides fins a 48 hores, el tipus d'agressió sexual si després de la suposada agressió i abans de l'exploració, la dona es va dutxar, banyar, efectuar irrigació vaginal, orinar, es va canviar de roba o va prendre algun medicament i si hi ha possibilitat que tingui alguna malaltia de transmissió sexual.

Posteriorment, es realitzarà l'exploració ginecològica que inclourà l'inspecció de la vulva, l'hímen, el cervix, la vagina, el perineu, l'anus, la zona bucal i peribucal, els pits, la cara interna de les cuixes, els glutis, i es realitzarà un tacte vaginal i rectal.

S'obtindran les mostres següents:

- Roba tacada de sang, semen (cada peça en una bossa independent).
- Si a la superfície corporal hi ha taques de semen cal que es prengui una mostra mitjançant torunda humitejada amb sèrum fisiològic, col·locada en un tub d'assaig tancat.
- Hi poden haver pèls adherits a la víctima o a la seva roba. Cal raspallar el borrisol púbic i prendre'n una mostra (s'han de guardar amb bosses separades).



- Netejar i tallar les ungles.
- Raspallar i rentar la boca.
- Presa de mostres de: líquid d'introit, vulva intravaginal, anal, perianal i/o orofaringi per realitzar un cultiu microbiològic i un estudi de semen i DNA (es pren hisop de cotó en un tub tancat). Rentat vaginal amb 4 cc de sèrum fisiològic i aspiració amb xeringa a la qual s'haurà adaptat sonda vesical, col·locant el líquid al tub d'assaig tancat per veure en fresc espermatozous, frotis per a la citologia cervico-vaginal (útil per descartar cànides i tricomonos).

A més, cal realitzar:

- Test d'embaràs, grup sanguini i Rh.
- Cultiu per descartar gonorrea i clamídies.
- Serologia de Lues, Hepatitis i VIH (previ consentiment).

Les mostres s'introduiran en sobres tancats i individuals, etiquetats amb data, nom de la dona i identificació del facultatiu. Es lliuraran al metge forense o la Jutjat de Guàrdia. A l'informe mèdic es farà constar la identificació de la persona a la qual es lliuren.

El ginecòleg prescriurà el tractament profilàctic de tipus infeccions (antibiòtic) i anticoncepció postcoital abans de les 72 hores després del coit (excepte en els casos en que la víctima ja prengui anticonceptius).

És útil fotografies a qualsevol part de les lesions evidents, sempre amb el consentiment de la víctima.



Mutilació genital femenina

Origen i significació social

La pràctica de la mutilació genital femenina regeix de diverses formes en uns quaranta països, d'aquestes vint-i-vuit són africans i la resta són països del Pròxim Orient i Àsia.

La mutilació genital femenina és una pràctica cultural que té sentit en el context d'una comunitat i d'un grup que la justifica des de molt diversos àmbits:

- El **costum i la tradició** que determinen el rol de la dona dins la comunitat.
- El **control de la sexualitat** i el foment de la castedat. Es creu que mitiga el desig sexual, garanteix la fidelitat i incrementa el plaer sexual masculí.
- Funcions **reproductives**. Hi ha la creença que les dones no mutilades no poden concebre o que millora o facilita el part. També es pensa que es pot arriscar la vida del nadó si aquest en el moment del part toca el clítoris.
- Raons d'**higiene**. La dona no mutilada es considerada bruta, i per tant, la comunitat li prohibeix la manipulació de l'aigua i els aliments.
- Raons d'**estètica**. Es considera els genitals com una part mancada de bellesa i excessivament voluminosa.
- Els motius **religiosos**. Sovint es justifica la MGF emparant-se en la religió, apuntant que es tracta d'un precepte islàmic emanat de l'Alcorà.

Hem de tenir en compte que la intervenció sol produir-se en un entorn on el que és comunitari preval per sobre del que és individual.



Factors de risc

1. Pertinença a ètnies que practiquen la MGF.

La majoria de les noies i de les dones que han experimentat la mutilació genital viuen en 28 països africans, encara que també a l'Àsia i l'Orient Mitjà. També es troben, cada vegada més a Europa, Austràlia, Canadà i els EUA, sobretot entre immigrants d'aquests països.

2. Pertinença a una família on la mare i/o les germanes més grans l'hagin patit.

3. Pertinença a un grup familiar que té molt present el mite del retorn al país d'origen.

Indicadors de sospita

- Antecedents de viatges/vacances al país d'origen
- Tristesa i manca d'interès
- Canvis de caràcter
- Caminar amb les cames juntes o molt separades
- Actitud a l'hora d'asseure's
- Síntomes d'anèmia subaguda
- No realitza exercicis físics (jocs actius)



6. CONSIDERACIONS EN EL MALTRACTAMENT A LES PERSONES GRANS

El maltractament en les persones grans és una problemàtica infravalorada, existeix poca sensibilitat per part del professional. Manca d'instruments vàlids per a la detecció, tendència a la negació del problema per l'interessat i en ocasions impossibilitat de notificació per part del pacient degut a un deteriorament funcional cognitiu.

La síndrome de maltractament i abús de l'ancià és qualsevol acte u omissió sofert per persones majors de 65 anys que vulneri o posi en perill la integritat física, sexual o econòmica, el principi d'autonomia o un dret fonamental que és percebut per aquest o constatat objectivament, amb independència de la intencionalitat i del medi on tingui lloc (família, comunitat, institucions).

La persona gran pot patir maltractament físic amb agressions físiques de qualsevol tipus (cops, bufetades, pallisses, punxades, provocar cremades o bé patir alimentació forçada, restriccions físiques o alimentació restringida).

També cal tenir present el maltractament psicològic en forma d'insults verbals, silencis ofensius, aïllament social provocat, amenaces d'abandonament o institucionalització, humiliacions, abús sexual de qualsevol tipus no acordat (National Aging Resource del National Center of Elder Abuse).

Retard entre l'aparició d'una lesió i/o malaltia i la sol·licitud d'atenció, discordança entre el que ens diu el pacient i la persona suposadament agressora, explicacions molt vagues o poc plausibles per les dues parts, visites freqüents per agudització de malalties cròniques que ja disposen de pautes d'actuació i recursos adequats, pacient sol amb trastorn funcional, troballes de laboratori que no concorden amb els fets que ens expliquen.



7. RECURSOS

El tractament a les dones víctimes de la violència domèstica ha de permetre l'adopció de mesures que contemplin tota la dimensió del problema.

7.1 Recursos en l'acollida

- Cal poder gaudir d'un marc idoni en el qual es pugui estar en intimitat per poder fer l'entrevista i les exploracions necessàries.
- La utilització dels protocols dels centres:
 1. Quan hi ha sospites de maltractaments cal tenir indicadors per identificar aquests maltractaments, indicadors que haurien d'estar en els protocols específics per aquest tema que haguessin desenvolupat en atenció primària i hospitals de l'ICS.
 2. Quan s'han detectat els maltractaments s'haurà d'actuar seguint els protocols que els centres disposin per aquesta finalitat.

7.2 Recursos humans

- El Metge: desenvoluparà la seva tasca d'entrevista i exploració. En cas de que existeixi signes de violència física facilitarà un parte de lesions i farà un parte judicial.
- La infermera: donarà atenció d'infermeria, iniciarà el pla de cures personalitzat i les cures en cas de presentar lesions. També aportarà les seves observacions amb un informe d'infermeria al parte judicial.
- El treballador/a social: quedarà com a referent del cas, donarà suport emocional i informarà i es coordinarà amb els recursos externs. Aportarà un informe social al parte judicial (sempre que el centre disposi d'aquest professional).
- Psicòleg/a: realitzarà el treball de suport psicològic, i pot desenvolupar treball de grups com a grups de suport o grups d'ajuda mútua (sempre que el centre disposi d'aquest professional).
- Mediadors: com a suport a les persones immigrades i com a pont d'enllaç intercultural amb el sistema de salut (sempre que el centre disposi d'aquest professional)



7.3 Recursos públics

- Hospitals de referència de la zona: per exàmens amb més profunditat o per lesions importants ocasionats pels maltractaments. També per tots aquells casos d'agressions sexuals.
- Servei d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR): per a problemes relacionats amb agressions sexuals.
- Serveis de drogodependències (CASD): pels casos de violència domèstica relacionats amb el consum d'alcohol i drogues.
- Servei de Salut Mental: pels casos relacionals amb trastorns que hagin pogut induir a la violència domèstica.
- Guardia urbana o policia comunitària per acompanyaments.
- Servei d'atenció a la Família de la Policia Nacional o Guardia Civil, per tramitació de denúncies (SAF).
- Fiscalia/ Jutjats de Guàrdia del territori: per a tots els comunicats i denúncies relacionats amb el temes de violència domèstica.
- Policia de menors.
- Fiscalia de menors.

7.4 Recursos socials - Intervencions

- Serveis Socials Municipals o dels Consells Comarcals (EBSAP): per cobrir els assessoraments i realitzar els contactes i les gestions necessàries per facilitar solucions als problemes que plantegin les dones.
- Servei Municipal d' Urgències Socials (SMUS): centres d'atenció social permanents que atenen qualsevol urgència i/o d'alt risc les 24 h. inclosos festius (grans ciutats).
- Equips d'Atenció a la Dona (EAD): Serveis Municipals especialitzats en l'atenció a les situacions de violència vers les dones que ofereixen un espai d'acollida per poder treballar els processos de recuperació.



- Equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (EAIA): equips interdisciplinars distribuïts territorialment (en cada districte municipi o comarca) que son els encarregats de valorar les situacions d'alt risc social de maltractaments i abandó.
- Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA): entitat pública del Departament de Justícia competent que té encomanades les tasques de prevenció, detecció i protecció dels infants i adolescents en alt risc social. Actua protegint i tutelant als menors que són objecte de maltractaments tant físic i/o psíquic, com d'abandonament i abusos sexuals.
- Entitats especialitzades: sindicats, entitats de dones del districte/població, associacions de dones, dones juristes, fundacions tutelars, etc. (víctimes persones grans amb problemes de demències o altres).

No tots els recursos nomenats poden estar desplegats en tots els territoris, per tant, cada territori haurà de treballar amb els recursos de que disposi de forma coordinada.

Per treballar els casos de violència domèstica cal tenir en compte la necessària coordinació i l'efectiva resposta dels serveis al tema tractat de forma global.

Intervencions

Complimentar adequadament l'informe assistencial, el comunicat de lesions, el comunicat judicial (si precisa) i els comunicats a fiscalia.

Estar alerta en la situació i l'escenari en el que ens trobem ja que ens pot donar molta informació.

En el cas dels menors, estar alerta en els retards a la sol·licitud d'atenció mèdica, història inacceptable, cessions discrepants i/o contradictòries dels fets, història de múltiples accions o traumatismes i insistència a ingressos hospitalaris. El nen te lesions característiques en diferents períodes evolutius i aquest procés cal tenir-lo en compte.



8. MARC JURÍDIC

Modificació del Codi Penal de 1995 i de la Llei d'Enjudiciament Criminal mitjançant la Llei Orgànica 14/1999, de 9 de juny. La modificació inclou la definició del delictes de maltractaments i la pena corresponent a l'article 153.

Llei 27/2003 que modifica l'article 1 i 2 de la Llei d'enjudiciament criminal.



9. DOCUMENTS REFERENTS EN RELACIÓ ALS MALTRACTAMENTS

El Llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut Català de la Salut. 1996.

Protocol d'atenció a la dona víctima de maltractaments. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut Català de la Salut. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. 2001.

Protocol de prevenció de la mutilació genital femenina a la demarcació de Girona. Juliol 2002.

Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina. Departament de la presidència. Secretaria per a la immigració. 2002

Guia per a l'abordatge del maltractament de gènere a l'atenció primària. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut Català de la Salut. 2003.

Circuit Barcelona contra la violència vers les dones. Consorci Sanitari de Barcelona, Corporació Sanitària de Barcelona i Ajuntament de Barcelona. Novembre 2003.



10. BIBLIOGRAFIA

Physical abuse ranking scale: identification and assessment, documentation and intervention. Surgeon General's Workshop on Violence and Public Health Report. 1985. Extret del llibre "The physician's guide to domestic violence". Patricia R. Salber, Ellen Taliaferro traduït per Consuelo Barea. Editorial Cedecs.

Protocol interdepartamental d'atenció a la dona maltractada en l'àmbit de la llar, elaborat el mes de juliol de 1998 per la Comissió d'anàlisi dels actes de violència contra les dones en l'àmbit de la llar, de la Generalitat de Catalunya.

Protocol d'atenció a les dones maltractades en els serveis d'urgències, elaborat pel Col·legi de Metges de Barcelona i la Societat Catalana de Medicina d'Urgències. 1999.

Nogueiras, B, Arechederrea, A, Bonino, L. La atención socio-sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Instituto de la Mujer 2001.

Cantera, L. Te pego porque te quiero. La violencia en la pareja. UAB Servei de publicacions. Bellaterra. 1999.

Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Instituto de la Mujer. 1999.

Equip interdisciplinari de ternaia "Vincula't" Oficina Tècnica del Pla d'Igualtat. Diputació de Barcelona. 2000.

Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Plan contra la violencia doméstica (1998-2000). Elaborat amb la col·laboració de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) i de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN).



Blanco, P. Abordaje de la violencia contra las mujeres desde los servicios sanitarios de atención primaria. Llibre de varies autores proposades de les associacions de dones per un pla integral contra la violencia vers les dones. Madrid. 2001.

Quaderns de la bona praxi. Detecció del maltractament intrafamiliar a la dona (MID). Manual Informatiu per a Metges de Serveis d'Urgència Hospitalaris i d'Atenció Primària. Pautes bàsiques per a l'entrevista clínica. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Abril 2001.

Pla integral de prevenció de la violència de gènere i d'atenció a les dones que la pateixen 2002-2004. Comissió Permanent Interdisciplinària contra la Violència de Gènere. Generalitat de Catalunya. Abril 2002.

Feixes, T. Informe Violència Domèstica. Normativa europea i legislació estrangera en matèria de prevenció de la violència domèstica. Institut Europeu de Dret.

Protocolo de actuación en los casos de violencia contra las mujeres. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

