



Memòria de la Bona Pràctica en l'atenció de la violència masclista en l'àmbit de la Salut, 2020-2021.

Resolució Expedient número 1/2021, de la Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut (14-12-2020)

Fundació Vidal i Barraquer

Incorporació de la mirada de gènere al model biopsicosocial d'atenció pública en la salut mental en una experiència de transferència transdisciplinar de coneixement entre universitat, l'àmbit professional i l'activisme:

Implantació de un programa que millori la detecció, atenció i seguiment de les dones ateses que han patit o pateixen violències masclistes en els serveis de Salut Mental de Sant Andreu (Barcelona)

Dr. Joan Tremoleda Sintes

Coordinador CSMA S. Andreu

Serveis Salut Mental S. Andreu Fundació Vidal i Barraquer

Index

Reconeixements	1
1. Context de l'experiència	2
2. Objectius de l'experiència	11
3. Població diana a què està dirigida l'experiència	13
4. Activitats en el Desenvolupament de l'experiència.....	15
5. Funcionament i organització interna de l'experiència	17
6. Resultats i avaluació de l'experiència. Productes / outputs / resultats	22
7. Avaluació de l'impacte	23
8. Conclusions, recomanacions i aprenentatges	24
Annex 1 : Aspectes importants en relació les violències masclistes i la salut mental	26
Annex 2: Recerca participativa / intervenció, "Transformacions Contemporànies de l'Atenció a la Salut Mental: Projecte de Recerca Participativa (TASM-P)"	36
Annex 3: Planificació de la gestió de l'experiència.....	40
Annex 4 : Resum del programa d'abordatge de les violències masclistes del Centre de Salut Mental de Sant Andreu (Barcelona).....	43
BIBLIOGRAFIA	55
Resolució de la Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut.....	59

Reconeixements

La bona pràctica descrita es el resultat la col·laboració i la implicació dels professionals dels equips participants en el procés d'ampliar el gènere a la mirada biopsicosocial en l'atenció a les persones ateses per patiment emocional i/o trastorns mentals:

- Grups de recerca feminista de la Universitat autònoma de Barcelona (Departament de sociologia i de Psicologia Social): Dra. Margot Pujol, Dr Enrico Mora, Beatriz Pérez, i col·laboradors.
- Professionals dels equips dels Serveis de Salut Mental de Sant Andreu (Centre de salut Mental, Programa d'atenció domiciliària i seguiment individualitzat, i el Servei de Rehabilitació).
- Equip promotor del programa d'atenció a la violència masclista del CSMA de Sant Andreu: Judith Gallego, Carmen Ortega, Anna Paris, Sara Casals, Eva de Quadras i Joan Tremoleda.

1. Context de l'experiència

Les violències de gènere, masclistes i LGTBIQ+, no són una (psico) patologia, son un problema social greu i de salut pública per la seva magnitud, i, per les morts i el patiment que provoca en les dones afectades i als seus fills (ONU 1995, Corsi 2010). Son reconegudes com una violació dels drets humans i una forma de discriminació (Conveni Istanbul 2011).

A l'Estat Espanyol, una de cada dues dones havien patit algun tipus de violència masclista en la seva vida (19,8% en l'últim any), que pot ser en qualsevol etapa del seu cicle vital (Annexa 1:[Taula 1](#)). La majoria de es donen en les relacions de parella (41,4%), encara que també és alta la violència fora de la parella (15,2%). A Catalunya, de les violències masclistes de parella al llarg de la vida, la més “visible” es la violència física i/o sexual (18%). Les violències psicològiques són més freqüents (28% emocional, 35% per control, 15% econòmiques), però queden més invisibilitzades, amb important dificultats per denunciar-les i abordar-les. (Macroencuesta 2019)

A més de les morts (feminicidi) i de les lesions físiques possibles per agressions, les violències masclistes provoquen importants danys en la salut mental, i un major risc de conductes suïcides. (Annexa 1:Figura 1, [Taula 2](#)).

En la xarxa d'atenció de salut mental, encara que es contempla la concepció de la salut i del subjecte com un sistema dinàmic biopsicosocial, en la pràctica clínica, molts cops, es tracta el malestar psicològic i el patiment des de una perspectiva biològica e individual, ignorant la influència que les desigualtats socials, les estructures de poder i la cultura tenen en la salut (Martínez-Hernández 2009). Si els diagnòstics o situacions problemàtiques es valoren de forma descontextualitzada, i no es relacionen amb les experiències de viscudes, poden quedar invisibilitzades, tant les violències patides, com els seus efectes.

Les violències masclistes, des d'una perspectiva de gènere interseccional, afecten més a les dones ateses en la xarxa de salut mental diagnosticades de trastorn mental, on molts cops queda invisibilitzada, amb el risc de produir iatrogènia i revictimització.

En el nostre medi, fins al 80% de les dones ateses diagnosticades de trastorn mental en la xarxa de salut mental han patit violències masclistes. Fins a un 60% d'aquestes dones que han tingut parella, han patit violència de parella, i, una de cada quatre varen patir violència sexual en la seva infància. A més, el que també és molt preocupant, és que quasi la meitat de les dones diagnosticades de trastorn mental que pateixen o han patit violència masclista, no la identifiquen com a violència (42%) (García 2017), i tenen una major dificultat per identificar la situació i desvelar-la sumant altres dificultats que tenen que veure amb la posició de més vulnerabilitat, i més dependència emocional i social, influenciades per l'estigma que sovint afecta a les persones amb trastorn mental (Matud 2016, Polo 2001; Annexa 1: [Taula 3](#)).

Pot passar que el professional de referència que les atén en la xarxa de salut mental no conegui la situació fins en la meitat dels casos (García 2017). Quan desvelen la situació i demanen ajuda a un professional, és més freqüent que es posi en dubte la certesa del seu relat, donant-li menor credibilitat (Indu 2017), i presenten més dificultats per accedir a la informació i als serveis presentant més dependència d'altres persones (poder ser les que exerceixen la violència) (Gonzalez 2010, Martínez 2009, Atmetlla 2013).

Si aquestes violències masclistes viscudes no són reconegudes ni ateses adequadament, i tractant solament el trastorn mental diagnosticat, hi ha el risc de que es perpetui la situació de violència i/o dels seus efectes, i és pot promoure involuntàriament la cronificació dels trastorns mentals. Així, poden existir formes de revictimització secundària en l'atenció de professionals, i iatrogènies per tractaments no específics dels efectes de la violència (Garriga 2011, Annexa 1: [Taula 4](#))

Les polítiques públiques per erradicar les violències de gènere, entre elles les masclistes, tenen dificultats per aconseguir canviar les pràctiques assistencials en l'àmbit de la salut mental.

A Catalunya, s'han fet avenços importants en els últims anys per abordar el problema de la violència masclista en les polítiques públiques a nivell legislatiu, amb el desplegament de la xarxa d'atenció a les dones víctimes de la violència masclista o amb propostes a nivell de salut (Annexa 1: [Taula 5](#)).

Així i tot, en l'àmbit de la salut i, especialment en l'atenció a la salut mental, observem que actualment encara hi ha una invisibilització important de les violències masclistes i dels seus efectes. És manifesta en la infradetecció en les xarxes d'atenció, en el reconeixement que el protocol per al seu abordatge ha tingut un impacte petit (Equip VM AQuAS 2019), o, per exemple, en les dificultats en incorporar recomanacions en relació a la violència masclista en la pràctica assistencial en salut mental (en l'atenció a les persones que fan intents de suïcidi (Tremoleda 2019) o en l'atenció a les persones amb TLP (GPC 2011)). (Annexa 1: [Taula 6](#)).

La infradetecció de les violències masclistes en l'àmbit de la salut, esta relacionada amb el nivell de coneixement i la formació rebuda sense perspectiva de gènere, que tenen els i les professionals. També amb la seva sensibilitat envers la violència masclista, i, amb la consciència de poder intervenir de forma significativa en la seva erradicació o no. Els i les professionals tenen dificultats per fer vincles de confiança amb les dones (manca de temps, rotació dels i les professionals, poca formació per abordar temes complexos,), i, hi ha una manca de confiança en la resposta que podrà donar el circuit i les institucions (saturació serveis, eficàcia dels sistemes de ajuda, manca de suport institucional a les dones i als professionals)(Equip VM AQuAS 2019).

En salut mental, a més a més, creiem que el fet de tenir la possibilitat de posar un diagnòstic clínic a símptomes psicopatològics com "explicació del que li passa" (com

un trastorn mental), en un moment transversal de la vida de la dona, sense buscar una relació amb les experiències viscudes, les relacions desiguals i el context social específic, pot “tapar” el reconeixement i la valoració de les violències masclistes viscudes o actuals, i dels seus efectes. Si no s’explora específicament en un context de confiança, i, també, per les dificultats de la pròpia dona en identificar i/o desvelar la situació que viu o ha viscut, però sobretot per les dificultats de la mirada dels i les professionals sense perspectiva de gènere per captar o treure a la llum els indicis d’haver patit violències de gènere, aquesta pot quedar invisibilitzada i psiquiatritzada/psicopatologitzada dificultant l’atenció integral adequada, i augmentant el risc de iatrogènia i revictimització.

Aportacions de l’avaluació del protocol per l’abordatge de les violències masclistes per millorar l’atenció integral a les dones ateses als serveis de salut mental.

El departament de Salut, en l’avaluació del protocol per l’abordatge de les violències masclistes a Catalunya, planteja la necessitat de fer canvis per aconseguir una millor implantació i aplicació del protocol. (Equip VM AQuAS 2019; Annexa 1: Taula 7). També senyala la situació que actualment, en salut, manquen recursos de psicologia per l’acompanyament i recuperació de les dones en els diferents àmbits de la vida, i que hi ha una gran dificultat per atendre casos de gran complexitat (Equip VM AQuAS 2019).

Creiem que la mirada de gènere per entendre el problema, i la capacitat per fer una intervenció bàsica i adequada per abordar les situacions de violència masclista, s’han de generalitzar en els equips, i no “delegar” en algun tipus de professional del servei quedant la resta de professionals al marge. Creiem que, a més, es necessiten recursos per desenvolupar intervencions especialitzades en matèria de violència de gènere, que actualment no s’ofereixen des de la cartera de serveis dels centres de salut mental i que requereixen figures professionals amb una formació més específica.

Necessitat de crear un context on s'incorpori la mirada de gènere al model d'atenció biopsicosocial, i no solament afegir un protocol al funcionament dels serveis de salut mental

Per tot això, ens sembla clar que es necessita la sensibilització dels i les professionals i millorar la seva formació específica en relació al gènere, lliurant-la dels prejudicis culturals i de la formació reglada cega al gènere, per poder desenvolupar de forma transversal en l'atenció pública en salut mental un abordatge integral, en col·laboració amb els recursos necessaris de la comunitat, quan fan falta.

En aquest sentit, un equip professionals i uns serveis que volen introduir la perspectiva de gènere per poder visibilitzar violència masclista en els seus serveis d'atenció, requereix prèviament una anàlisi de gènere del propi equip, que és el que més el capacitarà per millorar la pràctica professional.

D'altra banda, incorporar la mirada de gènere al model biopsicosocial, implica no sols oferir una atenció biomèdica no esbiaixada, androcèntrica o binària i diferencial pels dos sexes, sinó també tenir en compte i incorporar la diversitat més enllà del binarisme home-dona (incloent, dones, posicions no binàries, dones trans, intersexuals, persones amb diversitat sexual, etc.) i finalment aspectes de la pròpia relació d'atenció entre el o la professional i les dones identificant els determinants socials i psicosocials de gènere que afecten tant a la salut i la salut mental (per influir en el canvi) com a la mateixa relació professional-usuària introduint una ètica de la cura articulada, i promovent metodologies que facilitin canvis subjectius (transformació personal dels i les professionals i de les persones usuàries). Suposa un abordatge integral interdisciplinari i comunitari, amb metodologies de intervenció que evitin revictimitzar a la dona passant per molts/moltes professionals de diferents serveis, explicant la seva situació, per poder accedir als recursos necessaris per l'abordatge psicoterapèutic i/o facilitar el procés de recuperació. (Velasco 2006, Annexa 1: [Taula 8](#)).

En aquest sentit, és necessari introduir al mateix temps metodologies que revisin la dimensió de poder de la pràctica professional d'atenció i parteixin del reconeixement de l'agència, la voluntat, el desig i la diversitat de la persona atesa que ha patit violència masclista sense patologitzar-la (en concordança amb la perspectiva de gènere interseccional) i, per evitar la patologització o psiquiatrització de la violència masclista en l'atenció en salut mental, cal analitzar la relació entre els diagnòstics de salut mental amb les situacions de violència viscudes, tenint en compte els mandats i el sistema d'estatus de gènere d'aquests contextos socials.

Això és especialment rellevant, en l'atenció a les dones que han patit o pateixen violències de gènere, perquè més enllà dels efectes directes de les violències, s'ha d'abordar la posició activa o passiva que la persona afectada té en les relacions (incloent-hi les de ajuda), ajudar a satisfer les necessitats bàsiques per viure i desenvolupar-se (determinants), que molts cops han quedat afectades per la relació de maltractament o en el trencament de la relació, i acompanyar en la transformació subjectiva i d'actituds per millorar la capacitat de controlar la pròpia vida i la seva autonomia en el procés de recuperació. (Velasco 2006).

Al incorporar la mirada de gènere en el model d'atenció biopsicosocial, algunes pràctiques que utilitzàvem deixen de ser útils, i, sovint, hem de desenvolupar noves pràctiques en l'atenció psicoterapèutica més congruents amb el model, que s'han de promoure amb formació dels equips. (Velasco 2006, Annexa 1: [Taula 9](#))

Procés de creació de context propi per desenvolupar un programa de detecció i atenció a les violències masclistes des de un model biopsicosocial i de gènere.

El Centre de Salut Mental per Adults de Sant Andreu (CSMA), és el centre de referència per l'atenció a la Salut Mental Comunitària al Districte de Sant Andreu de Barcelona, que pertany al sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Forma part dels Serveis de Salut Mental de Sant Andreu de la Fundació Vidal i Barraquer, juntament amb el Servei de Rehabilitació comunitària, i el Programa

d'atenció domiciliària i de seguiment individualitzat. Estan integrats en la xarxa de salut mental del districte de Sant Andreu (amb altres centres hospitalaris i comunitaris), i, des de fa anys, manté una coordinació funcional amb altres xarxes de la comunitat, que inclou, a més de la de primària de salut i la de salut mental, la de serveis socials, i la xarxa d'atenció a les dones que pateixen violència masclista. Participa des de fa anys en el Circuit de Violència de Sant Andreu (Barcelona).

Dona atenció a uns 170.000 habitants, de 5 Centres d'Atenció Primària (Sant Andreu, Casernes, Sagrera-Congrés, Bon Pastor, Trinitat Vella). Al 2019, es varen atendre a 4.914 persones majors d'edat, dels quals 3.077 eren dones (un 62%).

Des de fa tres anys (2017), estem treballant per veure com incorporar a l'activitat quotidiana assistencial les implicacions derivades de les noves polítiques públiques que es van definint des de les institucions legislatives i de planificació sanitària, en l'àmbit de l'atenció a la salut mental. Especialment, com incorporar la mirada de gènere, el model de recuperació centrat en la persona, la perspectiva dels drets humans i la participació dels usuaris en els processos d'atenció i organització els serveis, per desenvolupar els canvis necessaris per ser més coherents i efectius amb les noves necessitats detectades i propostes de intervenció. Vàrem iniciar un procés de reflexió buscant ampliar la mirada amb el suport extern, de forma transdisciplinar, amb professionals, equips i organitzacions activistes que estan fora de la nostra xarxa assistencial però amb qui compartíem objectius i espais de col·laboració.

Fa 2 anys, en aquestes dinàmiques de col·laboració, vàrem acceptar entrar en una recerca qualitativa amb una perspectiva participativa i de gènere transversal, dirigida per la Dra. Margot Pujal (IP, Professora Titular al Departament de Psicologia Social de la Fac. de Psicologia de la UAB) i el Dr. Enrico Mora (IP, Professor Agregat del Departament de Sociologia de la Fac. de Sociologia i Ciències Polítiques de la UAB), amb la participació d'Activament Catalunya Associació (una entitat autogestionada per persones amb l'experiència de trastorn mental), on des d'un enfoc psico-sociològic i històric s'analitza els reptes, les dificultats, i les condicions de possibilitat

generades actualment per les noves polítiques públiques de la Generalitat de Catalunya.

Els Serveis de Salut Mental de Sant Andreu son l'objecte d'estudi i promoció de canvis, i l'estudi parteix de la necessitat de promoure transformacions de les pràctiques d'atenció a la salut mental en tres eixos centrals i complementaris: la implementació (a) d'una perspectiva de gènere interseccional als espais d'atenció en salut mental, (b) d'un model d'atenció centrat en la persona fonamentat en el respecte dels drets humans de les persones usuàries; i, (c) el desenvolupament d'eines individuals i col·lectives per promoure el benestar grupal dels equips professionals de salut mental com a eina per a millorar l'atenció en salut mental.

La recerca participativa ha estat la primera fase de la nostra experiència que presentem, que ha creat un context de possibilitat d'on ha sorgit aquesta proposta de revisió de l'abordatge que fem a les dones ateses que han patit o pateixen violència de gènere, i ha permès desenvolupar canvis necessaris per poder arribar a incorporar un programa d'abordatge a les violències masclistes en els nostres centres.

És important destacar que aquest projecte inicial no ha rebut finançament i s'ha conduït des del compromís mutu a partir d'un disseny preliminar i emergent. El fet que s'ha dut a terme sense finançament és indicador de la implicació de les diverses parts participants en assolir una experiència pilot de transferència de coneixement entre universitat, àmbit professional i activisme.

La bona pràctica que presentem, incorporar la mirada de gènere al model biopsicosocial, a partir de la transferència transdisciplinar de coneixement entre universitat, l'àmbit professional i l'activisme, en un procés reflexiu dels professionals i la institució, per millorar l'abordatge de les violències masclistes en les dones ateses als serveis de salut mental de Sant Andreu, implantant un programa transversal de detecció i atenció que arribi a totes les dones ateses, vol millorar la sensibilitat i capacitat de les i els professionals perquè puguin incorporar la mirada de gènere

interseccional al model biopsicosocial d'atenció, i minimitzar les seves dificultats per ser capaços de identificar i promoure la detecció i atenció adequada de les dones ateses que han patit o pateixen violències masclistes, de forma transversal en la seva activitat assistencial quotidiana.

Pretén revertir la infradetecció de les violències masclistes; la invisibilització dels seus efectes en el procés de valoració i atenció; la possible cronificació tant dels efectes com de la violència; les pràctiques d'atenció no específiques per manca de formació específica quan es detecten; la possible iatrogènia i revictimització promoguda per tractaments no específics dels efectes de la violència quan ho necessiten (farmacològics sense contextualitzar ni ampliar l'atenció); i, la medicalització e individualització de les problemàtiques psicosocials.

2. Objectius de l'experiència

Objectius principals:

- 1- Millorar la presa de decisions en els serveis d'atenció a la salut mental des de una perspectiva de gènere interseccional, a partir de l'anàlisi de la relació entre l'impacte de les violències de gènere en la salut mental i els diagnòstics de trastorn mental rebuts, incorporant l'anàlisi feminista interseccional de l'abordatge de les violències de gènere de manera progressiva en la xarxa d'atenció a la salut mental per construir una atenció més igualitària, incloent i transdisciplinar.
- 2- Millorar la detecció, l'atenció i l'acompanyament a les dones que han patit o pateixen violències masclistes ateses als Serveis de Salut Mental de Sant Andreu (SSMSA)

Objectius específics:

- Millorar la capacitat dels i les professionals (sensibilització i formació), per poder detectar, atendre de forma integral, i acompanyar a les dones ateses que han patit o pateixen violències masclistes, incorporant la perspectiva de gènere interseccional.
- Mantenir la reflexió de gènere iniciada dins dels equips professionals.
- Incorporar l'ús del diagnòstic social i de gènere.
- Incorporar el cribratge universal de les violències de gènere en l'atenció.
- Revisar críticament els diagnòstics de salut mental, de les dones que han patit violències de gènere en direcció a reconstruir-los com a diagnòstics psicosocials de gènere.
- Implantar, de forma progressiva, un Programa de d'abordatge de les violències masclistes actualitzant el protocol d'abordatge a les violències masclistes en salut a Catalunya del 2009 incorporant les recomanacions derivades de la seva avaluació de l'any 2019, i, adaptant-lo al nostre medi, en coordinació amb els serveis d'atenció a les dones de la comunitat (amb els criteris de derivació del circuit de violència de Barcelona).

- Incorporar les tècniques d'atenció clínica necessàries per oferir una atenció integral en funció de les necessitats i recomanacions amb evidència: EMDR, Teràpia conductual cognitiva, Teràpia psicosocial, grups terapèutics, i accés a recursos de recuperació.

3. Població diana a què està dirigida l'experiència

1- Professionals dels Serveis de Salut Mental de Sant Andreu, (Centre de Salut Mental d'Adults - CSMA, Servei de Rehabilitació -SRC, i Programa d'atenció a domicili i seguiment individualitzat - PADI-PSI):

- Nº de professionals sobre els que es produeixen canvis: 40 professionals.
CSMA: 29 professionals. 21 dones (72%), i 8 homes (28%).
SRC: 6 professionals. 5 dones (83%), i 1 home (17%).
PADI-PSI: 5 professionals. 4 dones (80%), i 1 home (20%)
- Criteris d'inclusió: tots els professionals dels SSMSA.
- Criteris exclusió: no n'hi ha.
- Facilitat accés: Les activitats de reflexió i la formació en perspectiva de gènere s'han inclòs dins de l'horari del professional.

2- Dones ateses als Serveis de Salut Mental de Sant Andreu.

- Nº de dones ateses sobre les que es produeixen canvis en l'atenció: unes 3.000 anualment. Durant l'any 2019, s'han ates a 3.077, de les quals, 1.748 son ateses per primera vegada.
- Facilitat d'accés: L'accés als SSMSA es realitza a través de la derivació des del Equip de Salut d'Atenció Primària i, per facilitar l'accés, s'han establert circuits i protocols de derivació directa amb alguns serveis de la comunitat que tenen la capacitat de fer una valoració del patiment o de la simptomatologia, dels possibles contextos de vulnerabilitat, i/o de l'existència de violències masclistes: Serveis de la xarxa de Salut Mental, Serveis Socials del districte, Equip d'atenció a la infància del districte (EAIA), Centres de salut mental infanto juvenil (CSMIJ; CDIAP), i servei de interconsulta comunitària en salut mental (dels propis serveis de salut mental de Sant Andreu de la Fundació Vidal i Barraquer).

Població diana de la implantació del programa pilot (1-9-2020 a 28-2-2021)

- Dones ateses per primer cop per professionals de l'equip de la prova pilot (5 dels 24 professionals, 4 dones i 1 home).

S'inclouran aproximadament unes 100 dones, segons la programació prevista (i per la disponibilitat de recursos inicials).

4. Activitats en el Desenvolupament de l'experiència

- 1- Recerca participativa (Annexa 2 i 3), amb formació i sensibilització dels i les professionals (setembre 2019 a Febrer 2020).
 - Entrevistes individuals a professionals i gestores dels serveis (30 trobades)
 - Etnografies focalitzades en diversos espais dels serveis d'atenció com les consultes i grups terapèutics, les reunions d'equips i de circuit o les sales d'espera (50 observacions).
 - Comunitats reflexives amb professionals, en grups mixtes i no mixtes segons el gènere, de 6 a 15 persones (4 comunitats, 16 trobades).
 - Comunitat reflexiva amb persones usuàries (5) i familiars (2) (7 trobades).
- 2- Taller formatius:
 - En el Model de Recuperació en salut Mental, per l'Associació Activament (Col·lectiu Actiu de Persones amb l'experiència de Trastorn Mental)(setembre 2017, 4 hores).
 - en Perspectiva de gènere per el Departament de Transversalitat i Gènere de l'Ajuntament de Barcelona: eines pràctiques per als professionals dels Serveis de Salut Mental de Sant Andreu. (octubre 2019, 2 h.).
- 3- Sessions de informació amb serveis específics d'atenció a les dones que pateixen o han patit violències masclistes de la comunitat (2 sessions, 3 h.):
 - Circuit de violència i Punts d'atenció i informació a les dones (novembre 2019)
 - Servei d'atenció als homes per la promoció de relacions no violentes (febrer 2020).
- 4- Revisió i adaptació al nostre medi del protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut mental a Catalunya en forma de Programa.
- 5- Implantació pilot del programa per l'abordatge de la violència masclista.
- 6- Preparació de grups terapèutics per dones ateses amb violència masclista.

- 7- Incorporació de tècniques específiques per l'atenció al trastorn per estrès posttraumàtic crònic o complexa.
- 8- Reunions de planificació i gestió de l'experiència (10 reunions, grup promotor).
- 9- Reunions de clíniques i de coordinació dels professionals de l'equip de professionals de la prova pilot de implantació (3 reunions, equip prova pilot).
- 10- Reunions de supervisió del programa (1 reunió, equip de professionals de la prova pilot i equip promotor).

5. Funcionament i organització interna de l'experiència

5.1. Recursos estructurals, tècnics i humans emprats.

Hores de professionals:

Dels Serveis de Salut Mental de Sant Andreu (FVB)	1.232 hores: Dones: 924 h, Homes: 308 h 30,8 hores per professional.
Dels equips de recerca De la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)	359 hores: Dones: 270 h, Homes: 89 h Han participat 8 professionals amb diferent intensitat segons les activitats.
De l'Associació Activament	21 hores: Dones: 15 h, Homes: 6 h Han participat 2 professionals amb diferent intensitat segons les activitats.
De serveis de la comunitat (Ajuntament):	26 hores: Dones: 26 h, Homes: 0 h Han participat 2 professionals.

Per executar l'experiència hem tingut el recolzament de les institucions participants. Han valorat la importància del problema de la violència masclista en el nostre context, i prioritzat recursos per intercanviar coneixement transdisciplinar per abordar-lo. L'experiència s'ha desenvolupat a través:

- D'un equip promotor, amb funcions de planificació i gestió de la experiència. L'equip promotor està format per: la Direcció dels SSMSA, els coordinadors del CSMA, SRC, i PADI-PSI, els responsables de la recerca participativa vinculats a la Universitat Autònoma de Barcelona (grups de recerca feminista), i un membre de l'Associació Activament (7 professionals).
- Un equip de recerca i docència de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Professionals de serveis de la comunitat.
- Un equip de professionals de la prova pilot.

- Resta pendent implantar el programa de forma transversal a tots els professionals dels equips dels SSMSA (CSMA, SRC, PADI-PSI).

L'experiència no ha estat subvencionada per la creació de context durant aquests anys, ni per la seva planificació i gestió (finançat per les institucions participants).

La implantació de la prova pilot del programa de detecció i atenció a dones que pateixen o han patit violència masclista ateses al CSMA sant Andreu (1-9-2020 a 28-02-2021) ha rebut 25.000 €, del fons del "Pacto de Estado contra la violencia de género" de la Secretaria de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género del Gobierno de España. L'assignació atorgada correspon aproximadament al 40 % de la despesa. (s'ha agafat la referencia de categoria professional de nivell I del II conveni de Sanitat Concertada).

En l'experiència hem incorporat la mirada de gènere al enfocament biopsicosocial a través d'una transmissió transdisciplinar de coneixement entre equips de diferents formacions i contextos (clínica, docent, recerca).

En la implementació del programa de detecció i atenció a les violències masclistes, la valoració es integral (independentment del perfil professional que la realitzi inicialment). La participació dels diferents professionals en l'atenció, ja sigui directament atenent a la persona en alguna de les seves necessitats, o, indirectament assessorant a altres professionals en les reunions d'equip i coordinacions, es determina de forma personalitzada, segons les demandes plantejades o necessitats detectades, i, si s'escau, en un treball en xarxa amb altres serveis de la comunitat.

Els clínics, a més de l'avaluació, participen en la gestió de les emocions, la construcció d'una narrativa on entendre el que li està passant i agafar més control sobre la pròpia vida (psicoeducació, re definició i significació), en l'abordatge dels símptomes psicopatològics o trastorns detectats, i en l'atenció o tractament dels efectes de les violències viscudes, plantejant, a més del tractament, un procés de recuperació personal i funcional acompanyat, promovent les capacitats i l'autonomia. Infermeria participa especialment en el control de símptomes (inclosa la gestió

emocional de malestars), la promoció de l'autocura, la gestió de crisis (amb els referents clínics), i la prevenció i reducció de danys en diferents àmbits (farmacològic, conductual, ...). Treball social, participa en l'abordatge dels determinants socials problemàtics i en el desenvolupament de capacitats pròpies, facilitant l'accés a recursos per millorar l'autonomia personal i la seva integració social, en col·laboració amb recursos i serveis de la comunitat.

Costos directes:

L'experiència s'ha realitzat, fonamentalment, reorientant recursos estructurals ja existents (del Pla de formació dels SSMSA, d'espais de treball d'equip ja existents, de l'activitat assistencial ja programada), augmentant les intervencions relacionades amb l'aplicació del programa, i, de la sinergia i col·laboració amb altres equips amb qui compartíem objectius generals (UAB, Activament, Ajuntament).

No han calgut equipaments ni material específic.

Costos indirectes:

No s'han produït pèrdues de productivitat. Els costos que estalvia l'experiència a les dones ateses no esta quantificat ni hi han experiències similars publicades d'on es puguin definir. Formarà part del procés d'avaluació del programa el poder identificar-los i visibilitzar-los. Estarien relacionats amb la millor evolució dels símptomes i de la funcionalitat, reduint costos sanitaris, facilitant processos de recuperació i autonomia.

5.2. Descripció de la planificació de la gestió de l'experiència.

La planificació de la intervenció s'ha fet escalant els objectius específics intermedis per anar creant el context que possibiliti la implantació dels canvis en l'atenció (cronograma que ha estat flexible segons les condicions de l'entorn de les institucions), i fent les actuacions de forma seqüencial (Annexa 3 [Taula 1](#)).

La capacitat de l'equip no es uniforme, perquè també depèn de factors personals de cada professional (formació bàsica, formació específica sobre gènere i/o violències masclistes, sensibilització, etc...), essent important assolir uns mínims comuns per arribar a implantar el programa de transversal.

La planificació, des de l'equip promotor, es flexible en funció dels objectius aconseguits (valorats segons indicadors: Annexa 3, [Taula 2](#)), i del coneixement incorporat a partir de l'avaluació dels resultats de les intervencions realitzades (experiència subjectiva dels professionals, de les dones ateses, i dels indicadors d'activitat).

En la implantació pilot inicial s'utilitzen espais de coordinació ja establerts de forma periòdica (freqüència quinzenal) de coordinació per el treball conjunt de casos i situacions, i per temes generals del programa.

En la implantació transversal, s'establiran espais definits específicament per al programa, tant de coordinació per el treball conjunt de casos i situacions, com per temes generals del programa i supervisions del seu funcionament.

Hi ha una coordinació entre els professionals implicats en l'experiència i els diferents nivells assistencials, utilitzant espais no específics del programa que ja estan establerts, tant per la coordinació de casos, com per reunions periòdiques amb serveis i circuits del nostre entorn (districte de Sant Andreu a Barcelona): veure 5.4.

5.3. Accions de comunicació.

El pla de comunicació actual, que segueix en construcció, contempla:

- 4-2-2021, en la reunió del circuit de violència de sant Andreu presentació dels resultats inicials de l'experiència i de la implantació pilot del programa.
- Quan s'implanti de forma transversal es farà una comunicació formal a les institucions i serveis de les diferents xarxes del nostre entorn (de salut, serveis socials i atenció a les dones) i entitats de la comunitat.

El projecte de recerca participativa inclou la difusió dels resultats a nivell acadèmic i una tesis doctoral que està en procés.

5.4. Treball amb xarxa amb altres professionals del territori.

El treball en xarxa amb altres serveis, centres i organitzacions del territori, mantenint els protocols de confidencialitat de cada centre o servei, es realitza a través d'espais ja establerts en la nostra zona, que poden ser:

- Reunions periòdiques de referents de centre per definir plans de treball conjunt en casos compartits o treball de derivació mutu (amb equips d'atenció primària de salut (5), serveis socials del barri (3), serveis específics de salut mental (5) i el circuit de la xarxa de salut mental, centre de salut mental infanto-juvenil, i l'Equip d'atenció a la infància (1).
- Reunions de professionals que participen en un cas atès per múltiples serveis per intercanviar informació i establir un pla de treball conjunt.
- Intervencions conjuntes de professionals de diferents serveis en situacions puntuals.
- Intercanvis de informació en la comunicació entre professionals.
- reunions del circuit de violència de Sant Andreu, i circuit de salut mental.

6. Resultats i avaluació de l'experiència. Productes / outputs / resultats

Resultats de l'experiència per als professionals

Nombre de professionals formats i sensibilitzats: 40
Eina clara per prendre decisions en l'atenció a les dones ateses: Protocol revisat per l'abordatge de la violència masclista que incorpora el cribratge universal, les recomanacions de la seva avaluació, i els criteris de derivació de casos a serveis de la xarxa de dones de la comunitat del Circuit de Barcelona.
Espais per pensar junts i coordinar intervencions en l'atenció multiprofessional, i en el treball en xarxa.
Mantindran la reflexió de gènere amb un pla de formació continuada per millorar la capacitat, per al 2021.

Per a les dones ateses (en prova pilot)

Les dones ateses són acompanyades i tractades sense prejudicis amb una escolta activa i oberta a la possibilitat de desvelar i reconèixer les violències viscudes actuals o passades, sense revictimitzacions.
S'ha reduït la invisibilització que pateixen en relació a les violències masclistes viscudes, sent ateses de una forma més integral (augmenta la detecció i l'atenció més adequada). De les 80 dones ateses, 43 dones van explicar situacions de patir o haver patit violències masclistes ja en l'inici de l'atenció (54%): 13 per violència de parella actual (un 16% de les dones ateses), 18 per antecedents d'abús infantil (22% d'elles dones ateses), i 12 per altres formes de violència masclista.
Les dones ateses que han patit o pateixen violències masclistes poden tenir un espai grupal on poder rebre reconeixement de la pròpia experiència i significar-la, recolzament mutu i treballar juntes per la seva recuperació.

7. Avaluació de l'impacte

En l'objectiu de millorar la presa de decisions en relació a les dones ateses, les violències masclistes i els trastorns mentals, encara que hi ha una part de la capacitat que segueix en procés durant el 2021 (pla formació), hem aconseguit fer les activitats formatives programades (indicadors: recerca participativa, tallers formatius, sessions informatives), revisar i actualitzar el protocol de detecció, atenció i acompanyament, oferint eines per millorar la detecció, l'atenció i el seguiment i (cribratge universal, valoració integral incloent les violències masclistes i els seus efectes, riscos, i avaluació continuada clínica i funcional), i fer sessions formatives per la seva implantació. Estem pendents d'acabar la capacitat general per avaluar l'impacte i la satisfacció en els professionals.

Hem iniciat el programa pilot per millorar la detecció, atenció i seguiment en les dones ateses, implantant l'aplicació del cribratge universal i el protocol, complint amb els objectius inicials en relació a la població atesa en la fase pilot (dones que inicien atenció amb professionals de l'equip pilot), amb un nivell alt de detecció que concorda amb la literatura publicada en quan a la incidència i magnitud del problema.

Encara no tenim resultats de l'impacte que ha suposat en l'evolució segons les intervencions realitzades en la reducció de la cronificació i les seves conseqüències, o en evitar individualització i psicopatologitzar el problema social de la violència de gènere, invisibilitzant-lo, i la psiquiatrització i medicalització dels seus efectes.

8. Conclusions, recomanacions i aprenentatges

- Per poder implementar la millora en la detecció i atenció a les violències masclistes en els serveis de salut i salut mental, creiem necessari crear el context adequat, incorporant la mirada de gènere a l'atenció biopsicosocial, essent necessari el recolzament clar i decidit des de la direcció de les institucions per prioritzar el treball de reflexió i capacitació, que creiem ha de ser transdisciplinar. Valorem molt positivament l'experiència de transmissió de coneixement transdisciplinar entre la universitat, l'àmbit professional d'atenció clínica i l'activisme. Creiem que no sols es important per la creació de context i la capacitació dels professionals, sinó que pot ser útil mantenir-lo de forma continuada en el desenvolupament dels programes i la seva supervisió i avaluació.
- Incloure la mirada de gènere en l'atenció biopsicosocial suposa incorporar l'ús del diagnòstic social i de gènere en els malestars emocionals de les dones, i canvis en les pràctiques de intervenció psicològica, aconseguint una atenció més integral des del reconeixement en la persona atesa dels drets humans, l'autonomia, les capacitats i recolzaments, emfatitzant en la interacció de la persona amb el seu entorn, i considerant determinants socials que influeixen en les seves dificultats o trastorns i patiment emocional.
- El cribratge universal de les violències masclistes en l'atenció en salut mental es una eina útil per visibilitzar el problema social de la violència de gènere.
- La detecció de les violències de gènere , i el diagnòstic social i de gènere, poden evitar individualitzar i psicopatologitzar el problema social de la violència de gènere (invisibilitzant-lo), reduir la psiquiatriització i medicalització dels seus efectes, i facilitar l'accés a intervencions més específiques que millorin l'evolució i el pronòstic, facilitin processos de recuperació, i evitin cronificació, iatrogènia i revictimització institucional. Calen estudis per mostrar evidència.

- A l'augmentar la detecció de les dones que han patit i pateixen violència masclista, es important disposar dels recursos necessaris per abordar-les de forma adient segons les recomanacions amb evidència i protocols, per evitar revictimitzacions i iatrogènia, incloent tècniques psicoterapèutiques que actualment no estan en la cartera de serveis dels centres de salut mental (EMDR).
- Per acabar de fer una implantació transversal en els serveis (inclusió de tots els professionals clínics en la detecció abordatge bàsic), queden aspectes formatius mínims importants recollits en el pla de formació per al 2021 dels SSMSA, (devolució dels resultats de la recerca participativa en mirada de gènere, i formació en transsexualitat, en l'atenció a adults amb seqüeles psicològiques per abús sexual durant la infantesa, en mentalització i en metodologia AMBIT de intervenció en situacions complexes).

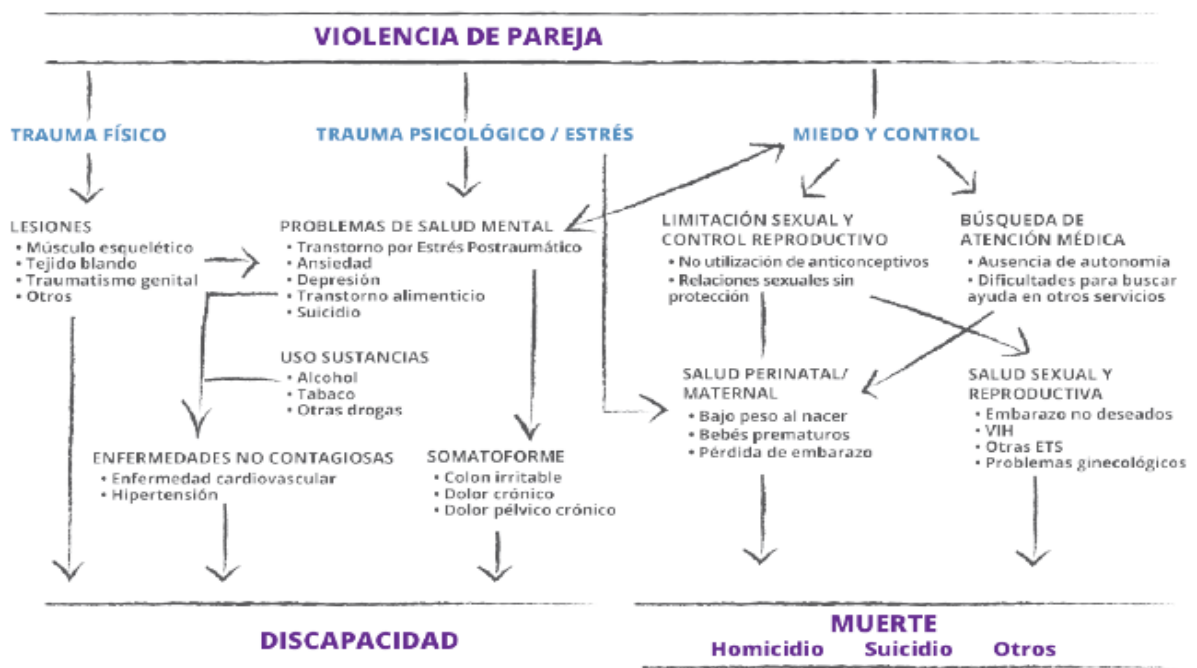
Annex 1 : Aspectes importants en relació les violències masclistes i la salut mental

Taula 1: La violència de gènere al llarg de la vida (Bustinduy 2019)

Fase de la Vida	Tipus de violència
Abans de néixer	Avortament selectiu en funció del sexe Conseqüències per els efectes dels maltractes a la mare en embaràs.
Infància precoç	Infanticidi femení. Violències física, sexual, i psicològica.
Infància	Incest Matrimoni de nenes. Mutilació genital femenina. Pornografia infantil. Prostitució infantil. Violències física, sexual, i psicològica.
Adolescència i edat adulta	Abús d dones amb diversitat funcional (física, psicològica) Abús i homicidis relacionats amb la dot. Assetjament sexual. Embaràs forçat. Incest. Pornografia forçada. Prostitució forçada. Relacions sexuals imposades. Tracta de dones. Violències física, sexual, i psicològica de la parella o ex parella. Violències física, sexual, i psicològica fora de la parella.
Vellesa	Homicidis de vídues. Suïcidi forçat de vídues. Violències física, sexual, i psicològica.

Figura 1: Vías i efectos en la salut de la violència de parella (OMS 2013)

Figura 5. Vías y efectos en la salud de la violencia contra la pareja



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2013.

Taula 2: Efectes de les violències masclistes en la Salut Mental

Trastorn d'estres posttraumàtic es alta (31-85%) (Garriga 2011) - La prevalença es alta (31-85%) (Garriga 2011) - pot aparèixer fins molt temps després d'haver viscut el maltracta dificultant la seva detecció, i quedar emmascarat per altres problemes (Larrion 2000), - freqüentment es fa crònic (50%), - molts cops sense atenció en les dones ateses a salut mental (Garriga 2011)
Les dones afectades reben freqüentment diagnòstics de "trastorn mental": T depressius, T dissociatius, símptomes psicòtics, diferents formes d'ansietat, trastorns límits de la personalitat, o, trastorns de la conducta alimentaria, entre d'altres (Garriga 2011, Gonzalez 2010).
És freqüent que es diagnostiquin més malalties mèdiques que alteren la seva funcionalitat, que presentin més consum d'alcohol o d'altres substàncies, i que prenguin més psicofàrmacs (ansiolítics, antidepressius i analgèsics) (Raya 2004).
S'ha descrit clarament la relació entre els intents de suïcidi en dones i l'haver patit o estar patint violències masclistes (Dufort 2015, Angst 2014, Indu 2017). S'ha relacionat l'augment del risc de suïcidi amb la violència de parella, la violència física fora de la parella, l'abús sexual infantil, o l'haver tingut una mare maltractada (Liu 2017, Ng 018). Fins a un 26% de les dones que pateixen o han patit violències masclistes fan un intent de suïcidi (Gonzalez 2010, Matud 2016).

Taula 3: Dificultats de les dones amb diagnòstic de trastorn mental per identificar i desvelar les violències masclistes que han patit o pateixen (Garcia 2017, Matud 2016, Polo 2001)

60% de les dones amb diagnòstic de trastorn mental que han tingut parella, han patit violència de parella (García 2017) 25% de les dones amb diagnòstic de trastorn mental varen patir violència sexual en la seva infància (García 2017)
Quasi la mitat de les dones diagnosticades de trastorn mental que pateixen o han patit violència masclista, no la identifiquen com a violència (42%) (García 2017)
Les dones diagnosticades de trastorn mental que pateixen o han patit violència masclista tenen una major dificultat per identificar la situació i desvelar-la (Matud 2016, Polo 2001) A les dificultats generals de les dones per desvelar la situació, relacionades amb l'impacte i el trauma (bloqueig, culpa, evitació, pors, incertesa de les conseqüències, desempoderament, desesperança), amb la percepció de que la resposta dels serveis no són moltes vegades una opció real de solució a la situació de patiment, o, a les dificultats relacionades amb situacions per a determinats col·lectius de dones (com la situació legal no regularitzada de dones migrades), les dones diagnosticades d'un trastorn mental sumen altres dificultats que tenen que veure amb la posició de més vulnerabilitat, i més dependència emocional i social, influenciades per l'estigma que sovint afecta a les persones amb trastorn mental (més dificultat per ser escoltades i reconegudes, més dificultat per accedir a recursos tant d'ajuda com de necessitats bàsiques (com a l'habitatge, o l'autonomia econòmica), o més pors a les conseqüències que pot tenir el desvelar la violència en que viuen i fer un procés de separació en una situació de més dependència).
Pot passar que el professional de referencia que les atén en la xarxa de salut mental no conegui la situació fins en la mitat dels casos (García 2017). Quan desvelen la situació i demanen ajuda a un professional, és més freqüent que es posi en dubte la certesa del seu relat, donant-li menor credibilitat (Indu 2017) Presenten més dificultats per accedir a la informació i als serveis (per por o vergonya), i, poden ser objecte de prejudicis i estereotips associats al trastorn mental, afectant la seva autoestima i l'autonomia, i presentant més dependència d'altres persones (especialment les seves parelles, que poden ser, en alguns casos les que exerceixen la violència) (González 2010, Martínez 2009, Atmetlla 2013).

Taula 4: Possibles efectes de revictimització i iatrogènia per no identificar ni abordar les violències masclistes viscudes. (Garriga 2011, González, 2010, Atmetlla 2013)

Sobremedicacions amb psicofàrmacs que empitjoren la seva evolució i el pronòstic produint efectes adversos en els nivells orgànics, cognitius i volitius, dificultant el procés de recuperació a partir de la interiorització d'un rol de malalta i la manca de significació del propi patiment, que promou pèrdua d'agència sobre la pròpia vida, i provocant més despesa sanitària poc útil.
Augment de la cronicitat.
Invisibilització de la violència viscuda i els seus efectes
Pitjor evolució i pronòstic: - mes ingressos psiquiàtrics, - major gravetat dels símptomes psicopatològics, - més risc de suïcidi, - més pèrdues de la funcionalitat amb greus conseqüències psicosocials per elles i els seus fills (pèrdua de rols i autonomia, pèrdues de funcions parental en processos judicials, ...

Taula 5: Avenços en els últims anys per abordar el problema de la violència masclista en les polítiques públiques

Llei del 2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista del Parlament de Catalunya.
Protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya de l'any 2009. Avaluat al 2019 (Equip VM AQUAS).
Desplegament progressiu de la xarxa d'atenció a les dones víctimes de la violència masclista.
Propostes en el Pla de Salut del 2016 al 2020 per promoure la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones que han patit o pateixen violència masclista, i els seus fills i filles.

Taula 6: Invisibilització de les violències masclistes i els seus efectes en salut mental.

Solament un 0,16% de les dones ateses en la xarxa de salut han rebut el diagnòstic d'haver patit o patir violències masclistes (Equip VM AQuAS 2019).

En salut mental, quan expliquen la seva activitat, no hi ha cap referència a les violències masclistes (no hi han dades recollides) (Observatori sistema salut Catalunya 2017).

No hi han dades de violències masclistes en les dones ateses per un intent de suïcidi a Catalunya (codi de risc suïcidi), a pesar de la relació clara entre els intents de suïcidi i les violències masclistes, i, que afecta a un nombre important de dones.

Entre 2016-2017 es van atendre més de 3.500 intents de suïcidi (2.240 eren en dones; 64%) i entre els factors de risc relacionats no es nombren les violències masclistes (70% tenien un diagnòstic de trastorn mental, 62% presentaven situacions vitals adverses, un 47% referien desesperança). (Departament de Salut 2016)

Al 2019, l'Agència de Salut Pública de Catalunya informa de que es varen registrar 4.486 episodis de conducta suïcida a Catalunya, realitzats per 4.148 persones, sense especificar el gènere.

En la Guia d'atenció al TLP de Catalunya (2011), es reconeix que el 84% dels que pateixen un TLP descriuen una experiència de maltracta en la infància, i, després, sols es fan recomanacions en relació al "trastorn mental", per controlar símptomes, gestionar crisis, organitzar serveis i programes, i proposar recomanacions per a la investigació, sense menció de les violències viscudes ni els seus efectes (ni recomanacions per el reconeixement ni per abordatge) .

Les dones amb diagnòstics de trastorn mental sovint son excloses i discriminades dels serveis específics d'atenció a la violència de gènere, que fins i tot en alguns casos tenen com a criteri d'exclusió el diagnòstic de trastorn mental, i, des del Comitè sobre drets de les persones amb discapacitat de NU (NU 2019), es recomana a l'Estat Espanyol vetllar perquè les persones amb discapacitat tinguin accés als serveis específics i instal·lacions, inclosos els centres d'acollida, els serveis de recolzament a les víctimes i als mecanismes de denúncia de les violències patides.

Taula 7: Recomanacions a rel de l'avaluació del protocol per l'abordatge de les violències masclistes a Catalunya (Equip VM AQuAS 2019)

Anar més enllà de la violència física, per incloure altres violències en la detecció i atenció (psicològica, sexual, econòmica, institucional, ...).

Ampliar els àmbits de detecció més enllà del de la parella, per incorporar altres actors (pares, germans, fills, companys de feina, professionals que els atenen...)

Incorporar col·lectius de dones més vulnerabilitzades, menys visibles i/o estigmatitzades (incloent dones diagnosticades de trastorn mental)

Implementar en el dia a dia dels servei i professionals, de forma transversal i coordinada amb els serveis de la comunitat, amb els altres protocols o acords de cada territori, per atendre de forma integral, i sense revictimitzar; oferint una atenció integral que requereix de recursos de la comunitat (socials, econòmics, d'habitatge, laborals, legals, de seguretat, ...); mantenint la coordinació i el treball en xarxa necessari entre els serveis del territori.

Personalitzar les intervencions en funció de les necessitats de expressades per la dona, el moment vital en que es troba, el nivell de consciència de la seva situació, el nivell de consciència de la situació, la seva voluntat i preferències, el seu ritme, i el nivell de risc.

Acompanyar de forma continuada el procés de recuperació prenent com a centre la voluntat i preferències de la dona, de manera transdisciplinar i coordinada entre els i les persones professionals i serveis que intervenen, respectant la confidencialitat. La dona s'ha de sentir acompanyada (no pressionada) en tot el procés de conscienciació i recuperació, i cal evitar revictimitzacions.

Fer un seguiment sobre la seva implementació, amb els suports necessaris (tècnics i de recursos), i dels indicadors d'avaluació necessaris per adaptar-lo a les necessitats canviants.

Definir espais i situacions on el cribratge universal es útil, per poder activar l'atenció adequada.

Buscar més eines per valorar el risc i la urgència, entenent que l'ús del RVB-BCN RVD es una eina útil però que queda curta i esta molt centrada en la violència física.

Disposar dels recursos necessaris per atendre les necessitats de les dones, que no suposa solament més professionals, sinó la disponibilitat per aplicar les tècniques recomanades (EMDR, teràpies grupals i individuals), i amb recursos per adreçar les desigualtats i activar una recuperació de rols i vida comunitària (habitatge, suport a les cures, autonomia econòmica, accés al món laboral i social,).

Taula 8 : Model d'atenció biopsicosocial i de gènere. (Velasco 2006)

Atenció centrada en la pacient.
Relació professional – dona significativa: de subjecte a subjecte.
Atenció biomèdica no sesgada i diferencial per sexes. - Morbilitat diferencial i necessitats - Reflexió sobre els biaixos teòrics, tecnològic-biomèdic, subjectius i biaixos de gènere.
Atenció a determinats psicosocials i transformació - Identificar els determinants socials i psicosocials de gènere per influir en el seu canvi.
Mètode per canvis subjectius: - Escolta activa de la persona - Localitzar fets biogràfics i/o aconteixements vitals significatius - Desxifrar les posicions subjectives apoderades o no dins dels contextos i relacions socials d'estatus on es mouen les dones - Assenyalar la localització i reflexar la posició subjectiva - Produir efectes de subjecte: canvi de posició subjectiva i actituds.

Taula 9: Canvi en les pràctiques de intervenció psicològica en el model biopsicosocial i gènere (Velasco 2006)

Promoure (bones practiques) • Construcció conjunta del problema i del procés. • Posar al subjecte com al centre de la seva recuperació terapèutica. • Ajust d'expectatives amb la persona, tenint en compte que podrem incidir encara de forma limitada en l'arrel social del problema. • Informar a la persona i treballar amb els diferents recursos comunitaris (cultura, oci, participació ciutadana). • Assegurar que la persona coneix els diferents tractaments i que decideixi quins vol seguir. Responsabilització i apoderament. • Acompanyament terapèutic amb percepció de risc. • Ser accessible a les demandes posteriors que es puguin donar. • Haver-se format en els estudis psicoterapèutics amb mirada biopsicosocial a la salut i al subjecte i amb perspectiva de gènere. Incloure les relacions de poder en l'anàlisi. • Promoure un canvi de perspectiva entre els i les professionals de la salut, les institucions públiques i privades i la societat en general que canviï un paradigma (psico) patologitzador i engegui processos terapèutics que potenciïn l'agència, la participació i l'empoderament del o de la usuària. • Formar part de les xarxes comunitàries de salut. Des-intitucionalització del sofriment mental. • Terapèutica conjunta entre afectats/des, familiars i professionals. • Revaloritzar els sabers subjectius de l'aflicció que té el pacient. • Aprofitar el poder atribuït a la posició de terapeuta per promoure l'empoderament al o la usuària.
Evitar: • Limitació de la comunicació, fer-la unidireccional (invisibilitzar). • Relació de terapeuta-pacient, superioritat-inferioritat (inferioritzar i abusar) • Aïllament de l'exterior. No pot prendre decisions autònomes (Control i possessió,

desinformació, dependència).

- Estigmatització: ser malalts/tes, en comptes d'estar o tenir malestars psicològics (etiquetar).
- Institucionalització del patiment mental (tancar-lo en la institució biopsicomèdica).
- Limitar-se als símptomes explícits i observables.
- Individualitzar i ignorar els contextos socials de vulnerabilitat que condicionen malestar.
- No ser reflexiu ni revisar prejudicis propis que poden afectar l'escolta del malestar de gènere.
- No treballar conjuntament amb el context o la comunitat.
- Que l'efecte sigui una normativització de la persona atesa.
- Que l'efecte sigui una cronificació del malestar psicològic de gènere.
- Que l'efecte sigui una individualització, patologització i medicalització dels problemes socials.

Annex 2: Recerca participativa / intervenció, “Transformacions Contemporànies de l’Atenció a la Salut Mental: Projecte de Recerca Participativa (TASM-P)”

La recerca participativa / intervenció, “Transformacions Contemporànies de l’Atenció a la Salut Mental: Projecte de Recerca Participativa (TASM-P)”, sorgeix de la col·laboració i el compromís entre tres entitats promotores; la Universitat Autònoma de Barcelona (a través dels grups de recerca feminista Lis Estudis Socials I de Gènere sobre la corporalitat, subjectivitat i patiment evitable i Des-subjectant GESPGO Estudis Socials de la Subjecció i la Subjectivitat des d’una Perspectiva de Gènere Interseccional), la pròpia Fundació Vidal i Barraquer (com a proveïdora de serveis públics de salut mental al barri de Sant Andreu), i Activament Catalunya Associació (una entitat autogestionada per persones amb l’experiència de trastorn mental).

Ha estat la primera fase de la nostra experiència que presentem, ha creat un context de possibilitat, d’on ha sorgit aquesta proposta de revisió de l’atenció que fem a les dones ateses que han patit o pateixen violència de gènere incloent tant les Violències Masclistes de qualsevol tipus, com les violències LGTBIQ+), i ha permès desenvolupar canvis necessaris per poder arribar a incorporar un programa d’atenció a les violències masclistes en els nostres centres al funcionament del servei.

La recerca participativa s’ha desenvolupat als Serveis de Salut mental de Sant Andreu de la Fundació Vidal i Barraquer, amb la participació dels i les professionals del Centre de Salut Mental de Adults (CSMA), del Servei de Rehabilitació Comunitària (SRC), i dels Serveis d’atenció domiciliària (PSI-PADI). Durant la primera fase del projecte, que ha consistit en un Estudi de Cas, ha implicat la realització d’un treball de camp de més de un any i mig en el que s’han empleat diverses tècniques de recerca reflexives i de producció de dades qualitatives: entrevistes en profunditat a professionals i gestores dels serveis, comunitats reflexives amb professionals i amb persones usuàries i familiars, i, etnografies focalitzades en diversos espais d’atenció (com les consultes i grups terapèutics, les reunions d’equips i de circuit, o les sales d’espera).

Les comunitat reflexives han tingut un paper molt especial en aquest projecte. La comunitat reflexiva és una tècnica grupal qualitativa, que a diferencia dels grups de discussió, té per objectiu promoure, entre las persones participants de la recerca, la reflexivitat i la col·laboració activa en el desenvolupament i la interpretació, el desenvolupament, la interpretació i l'activació de processos associats als objectius i tasques de la recerca mitjançant la constitució de comunitats de pensament que es troben freqüentment. En el nostre cas, aquest projecte, ha involucrat de manera transversal la incorporació de la mirada de gènere a la nostra comprensió de la salut mental i en l'activitat d'atenció pública que realitzem.

Gairebé el conjunt dels i de les professionals dels Serveis de Salut Mental de Sant Andreu, repartits en 4 comunitats reflexives d'entre 6 i 15 professionals cadascuna, han tractat des d'una perspectiva de gènere i de canvi històric múltiples temàtiques relacionades amb la practica professional de l'atenció a la salut mental i la intersecció d'aquesta amb el sistema de gènere.

A més dels espais de reflexió relacionats amb les comunitats reflexives, i la anàlisi del context de treball (entrevistes, etnografies), el procés de creació de context de possibilitat ha inclòs valoritzar les formacions específiques individuals de professionals (i detectar necessitats formatives); i, la informació als equips sobre els serveis d'atenció a la dona que pateix o ha patit violència masclista de la comunitat, i trobades amb aquets serveis específics per millorar la coordinació.

Recerca participativa, amb formació i sensibilització dels i les professionals, per la creació del context de necessitat sentida per desenvolupar el programa. "Transformacions Contemporànies de l'Atenció a la Salut Mental: Projecte de Recerca Participativa, TASM-P".

Ha consistit en un Estudi de Cas, dels Serveis de Salut Mental de Sant Andreu (CSMA, SRC, PADI-PSI), des de setembre 2019 a Febrer 2020, utilitzant diverses tècniques de recerca reflexives i de producció de dades qualitatives:

- Entrevistes individuals en profunditat a professionals i gestores dels serveis (30 trobades).

- Etnografies focalitzades en diversos espais dels serveis d'atenció com les consultes i grups terapèutics, les reunions d'equips i de circuit o les sales d'espera (50 observacions).
- Comunitats reflexives amb professionals, en grups mixtes i no mixtes segons el gènere, de 6 a 15 persones (4 comunitats, 16 trobades).
- Comunitat reflexiva amb persones usuàries (5) i familiars (2) (7 trobades).

La comunitat reflexiva és una tècnica grupal qualitativa, que a diferència dels grups de discussió, té per objectiu promoure, entre las persones participants de la recerca, la reflexivitat i la col·laboració activa en el desenvolupament i la interpretació, en relació amb una determinada tasca i objectiu, mitjançant la constitució de comunitats de pensament que es troben en diferents moments. En el procés han tractat, des d'una perspectiva de gènere i de canvi històric, múltiples temàtiques relacionades amb la practica professional de l'atenció a la salut mental i la intersecció d'aquesta amb el sistema de gènere (tant el seu impacte amb les persones professionals com en les usuàries, i les interaccions inter i intra específiques).

- Els ideals i valors que guien la practica professional de l'atenció a la salut mental i la seva relació simbòlica amb el gènere.
- El conflictes, dificultats i problemes i maneres de resoldre'ls.
- L'impacte del gènere en la relació amb les persones usuàries.
- El paper del gènere en les seves demandes i experiències de vulnerabilització psicosocial així como els models de feminitat i masculinitat en relació a les categories diagnòstiques i les formes de patiment.
- El perfil androcèntric dels models d'atenció hegemònics.
- L'impacte específic de la violència de gènere i les dinàmiques de invisibilització i medicalització de les que són objecte.
- La gestió de la cura en el si dels equips professionals i en la relació d'atenció, i la seva relació amb el gènere.
- L'impacte del gènere en les relacions entre professionals.
- La jerarquització de les disciplines professionals, i la seva relació amb el gènere

- La conciliació amb la vida familiar en les persones usuàries i en les pròpies professionals.
- Els reptes i efectes associats a la feminització de l'atenció en salut mental, les relacions de poder entre els diversos agents implicats.

Annex 3: Planificació de la gestió de l'experiència.

Taula1: Desenvolupament dels objectius de forma progressiva:

CAPACITACIO DETECTAR I ATENDRE	
Reflexió equips	
Revisió propi funcionament (poder)	
	Diagnòstic social i de gènere
	Avaluar i visibilitzar interseccionalitats de vulnerabilitat
	Eines per detectar VM
	Cribratge universal
	Revisió diagnòstics
	Definir atenció adequada: incorporar focus atenció sobre els efectes VM
	Identificar situacions de risc
	Programa Pilot
	Incorporar tècniques indicades
	Generalitzar de forma transversal la detecció i atenció
	Conscienciar serveis, promoure reflexions

Desenvolupament de les activitats

RECERCA PARTICIPATIVA: incorporació mirada gènere	
Taller VM recuperació	
Taller Gènere	
Informació serveis dona	
Revisió protocol	Disseny programa
	Consens institució
	Formació equip pilot
	Preparació grups terapèutics
	Implantació programa pilot
	Reunions equip, supervisió, avaluació
	Generalització programa de forma transversal
	Seguiment programa i supervisió
	Avaluació

Taula 2: Indicadors per l'avaluació i planificació

Activitats de recerca participativa realitzada	Nombre % Realitzat del programat
Avaluació dels continguts de la recerca participativa: descripció qualitativa	Feta / No feta
Tesis associada a la recerca participativa	Feta / No feta
Valoració de la satisfacció dels professionals de l'experiència formativa	Feta / No feta
Tallers formatius	Nombre % Realitzat del programat
Sessions informatives	Nombre % Realitzat del programat
Protocol revisat i actualitzat	Fet / No fet
Sessions de formació interna	Nombre % Realitzat del programat
Preparació grups terapèutics de dones	Fet / No fet
Nombre de grups de dones realitzats	Nombre % Realitzat del programat
Nombre de dones ateses en grup	Nombre
Nombre de sessions	Nombre % Realitzat del programat
Nombre de dones per sessió	Nombre (mitjana)
Implantació pilot del programa de detecció i atenció a les VM al CSMA	Fet / No fet
Implantació transversal del programa de detecció i atenció a les VM als SSMSA	Fet / No fet
Pla de formació 2021	Fet / No fet
Reunions de planificació i gestió del programa	Nombre % Realitzat del programat
Reunions clíniques i de coordinació de l'equip pilot	Nombre % Realitzat del programat

Reunions clíniques i de coordinació de cada servei del SSMSA	Nombre % Realitzat del programat
Supervisions realitzades	Nombre % Realitzat del programat
Dones ateses amb cribratge fet (PVS)	% respecte dones ateses (estàndard > 80%)
Dones ateses amb diagnòstic de violència masclista	Nombre % respecte dones ateses
Dones ateses amb diagnòstic social i de gènere	Nombre % respecte dones ateses
Dones ateses amb diagnòstic de violència masclista amb valoració de riscos feta (RVB)	Nombre % respecte dones ateses amb VM
Dones ateses amb diagnòstic de violència masclista amb coordinacions amb serveis de la comunitat (per vulnerabilitats o riscos)	Nombre % respecte dones ateses amb VM % respecte dones ateses
Dones ateses amb diagnòstic de violència masclista derivades a recursos específics d'atenció a les dones.	Nombre % respecte dones ateses amb VM % respecte dones ateses
Dones ateses amb diagnòstic de violència masclista amb ingressos en centres hospitalaris de Salut Mental	Nombre % respecte dones ateses amb VM % respecte dones ateses
Dones ateses amb diagnòstic de violència masclista amb Codi de risc suïcidi	Nombre % respecte dones ateses amb VM % respecte dones ateses
Dones ateses amb diagnòstic de violència masclista que abandonen l'atenció o tractament	Nombre % respecte dones ateses amb VM % respecte dones ateses
Dones ateses amb diagnòstic de violència masclista amb valoració de l'evolució (ROM: clínica i funcional)	Nombre % respecte dones ateses amb VM % respecte dones ateses
Valoració de la satisfacció d'elles dones ateses (enquesta)	Nombre Dades qualitatives

Annex 4 : Resum del programa d'abordatge de les violències masclistes del Centre de Salut Mental de Sant Andreu (Barcelona)

1- DESCRIPCCIÓ DEL MODEL I PROGRAMES DE INTERVENCIÓ.

Descripció del model:

El programa pretén millorar la detecció i l'atenció a les dones amb diagnòstic de trastorn mental que han patit o pateixen violències masclistes, i que son ateses en el nostre centre. Vol revertir la invisibilització de les violències de masclistes i els seus efectes en l'àmbit de la salut mental.

Les violències masclistes son un problema social i de salut pública molt freqüent (1), especialment en les dones que tenen un diagnòstic de trastorn mental: fins al 80% de les dones ateses amb trastorn mental a la xarxa de salut mental en un medi similar al nostre (País Basc) han patit o pateixen violències masclistes (2)

El model parteix del protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la Salut a Catalunya (PAVIM, 2009)(3,4), incloent propostes de millora realitzades a partir de la seva avaluació (2019)(5) (Taula 1), i dels criteris de derivació del Circuit de Violència de Barcelona (6). A més, incorpora la mirada de gènere al model biopsicosocial en l'atenció a les dones ateses en el Centre de salut Mental (7).

La incorporació de la mirada de gènere en l'atenció, implica no sols oferir una atenció biomèdica no esbiaixada i diferencial per sexes, sinó també tenir en compte aspectes de la relació entre subjectes (professional-dona), identificar els determinants socials i psicosocials de gènere que afecten a la salut (per influir en el canvi), i promoure metodologies que facilitin canvis subjectius per facilitar el procés de recuperació (transformació personal). (Taula 2).

Això es especialment rellevant, en l'atenció a les dones que han patit o pateixen violències de gènere, perquè més enllà dels efectes directes de les violències, s'ha d'abordar la posició que la persona afectada té en les relacions (incloent les relacions d'ajuda), acompanyar i mobilitzar recursos per satisfer les necessitats bàsiques per viure i desenvolupar-se (determinants de la salut), que, molts cops, han quedat

afectades per la relació de maltracta o en el trencament de la relació, i, acompanyar-les en la transformació subjectiva i d'actituds per millorar la capacitat de controlar la pròpia vida i la seva autonomia en el procés de recuperació.

El model, suposa un abordatge integral interdisciplinari i comunitari, amb metodologies de intervenció que evitin revictimitzar a la dona passant per molts professionals de diferents serveis, explicant la seva situació, per poder accedir als recursos necessaris per l'abordatge psicoterapèutic i/o facilitar el seu procés de recuperació, esperant que tingui un impacte positiu en la seva evolució i pronòstic, i, que afavoreixi el procés de recuperació de les violències masclistes viscudes i els seus efectes.

Quan les dones tinguin dificultats per vincular-se, presentin dificultats per mentalitzar i/o estiguin en situacions psicosocials complexes i de difícil gestió clínica, s'inclouran en programes específics d'acompanyament (PSI, Atenció domiciliària), o s'utilitzaran metodologies de treball en xarxa amb els serveis de la comunitat necessaris.

Taula 1: Propostes de millora del protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la Salut a Catalunya realitzades a partir de la seva avaluació (2019)(2).

Anar més enllà de la violència física, per incloure altres violències en la detecció i atenció (psicològica, sexual, econòmica, institucional, ...)
Ampliar els àmbits de detecció més enllà del de la parella, per incorporar altres actors (pares, germans, fills, companys de feina,)
Incorporar col·lectius de dones menys visibles i/o estigmatitzades (incloent dones amb TM Sever)
Deixar d'emfatitzar la responsabilitat de la dona en la detecció i la denuncia posant més el focus en els agressors
Implementar el protocol de forma transversal en el dia a dia dels servei i professionals.
implementar de forma coordinada amb els protocols de cada territori, per donar resposta integral a necessitats que poden presentar les dones (socials, econòmiques, d'habitatge, laborals, legals, de seguretat,). (utilització de serveis i agents de la comunitat de forma coordinada, per atendre de forma integral, i sense revictimitzar)
Definir espais i situacions on el cribratge universal es útil
Buscar més eines per valorar el risc i la urgència, entenent que l'ús del RVD-BCN es una eina útil però que queda curta i esta molt centrada en la violència física
Individualitzar les intervencions en funció de les necessitats de cada dona, el moment vital en que es troba, el nivell de consciència de la seva situació, la seva voluntat, i el nivell de gravetat i risc.
L'atenció ha de ser amb acompanyament continuat i procés de recuperació; multidisciplinari i coordinat entre professionals i serveis; respectant la confidencialitat
Mantenir un seguiment sobre la seva implementació, amb els suports necessaris (tècnics i de recursos), amb indicadors d'avaluació necessaris per adaptar-lo a les necessitats canviants.
Disposar dels recursos necessaris per atendre els casos detectats i les seves necessitats (inclou atenció psicològica i casos de gran complexitat). Creiem que suposa no solament més professionals formats, sinó la disponibilitat per aplicar les tècniques recomanades (EMDR, teràpies grupals i individuals), i amb recursos per poder fer una recuperació digne (habitatge, suport a les cures, autonomia econòmica, accés al món laboral i social,).
Cal evitar revictimitzacions
Cal tenir en compte la situació dels fills i/o persones dependents de la dona

Taula 2: Implicacions de la incorporació de la mirada de gènere en l'atenció biopsicosocial de la Salut. (4)

Atenció centrada en la dona i el seu context, i no solament en els símptomes o trastorns mentals
Una relació professional-dona significativa (de subjecte a subjecte)
Atenció biomèdica no sesgada i diferenciada per sexes. - Morbilitat diferencial i necessitats - Reflexió sobre els biaixos teòrics, tecnològic-biomèdic, subjectius i biaixos de gènere.
Atenció als determinants psicosocials i transformació (d'aquests) - Identificar els determinants socials i psicosocials de gènere i influir en el seu canvi.
Mètode per canvis subjectius: - Escolta de la persona - Localitzar fets iogràfics i/o events vitals significatius - Desxifrar les posicions subjectives - Senyalar la localització i reflexar la posició subjectiva - Produir efectes de subjecte: canvi de posició subjectiva i actituds.

Programa:

Va dirigit a totes les dones ateses en el CSMA per presentar psicopatologia o Trastorns mental, per identificar si han patit o pateixen violències masclistes, i, la seva atenció si les han patit.

El programa inclou tres fases:

- 1) Fase de cribatge universal
 - o D'aplicació transversal en l'organització del servei (professionals i programes), incorporant el cribatge universal per identificar i valorar l'haver patit o estar patir violències masclistes (s'aplicarà de forma progressiva a totes les dones ateses, i en tots els programes d'atenció).
- Suposa
- o Tenir en compte els indicadors d'alerta
 - o Escolta oberta sense jutjar, per facilitar desvetllaments (la pròpia dona explica les violències que ha viscut, o en la derivació ja s'explicita).
 - o Incloure el qüestionari PVS en l'entrevista clínica inicial.
 - o Si desvetllament de la pròpia dona o PVS positiu: activar valoració i atenció (registrar en historia clínica i incloure en programa amb el consentiment de la dona).

- 2) Fase de detecció i avaluació (1-3 sessions a rel des desvetllament)
 - Orientació diagnòstica: entrevista semiestructurada, qüestionari PAI, avaluació continuada ROM: Core-OM (pacient) i HoNOS (professional)
 - dels símptomes psicopatològics i/o possibles trastorns mentals,
 - de la violència viscuda: explorar l'històric de relacions de les dones davant la sospita de violència normalitzada.
 - dels efectes de la violència viscuda i possible TEP.
 - del funcionament psicosocial.
 - dels possibles riscos.
 - de l'afectació als fills i/o persones dependents.
 - Si hi ha violència actual de parella: valorar violència psicològica (qüestionari PMWE), violència física (qüestionari WAST), i violència del risc (qüestionari de risc RVB)

- 3) Fase d'atenció i tractament
 - A més de tractar els símptomes psicopatològics i/o el trastorn mental, es posarà com a focus de tractament en:
 - els efectes de les violències viscudes: identificació i reconeixement de la experiència i dels efectes, i promoure el procés de recuperació acompanyant en les decisions de la pròpia dona
 - el funcionament psicosocial.
 - els possibles riscos (violència extrema, suïcidi, ...)
 - Les intervencions es plantejaran en els diferents nivells d'atenció, segons: si hi ha actualment violència de parella o no, el nivell de risc si hi ha violència de parella, la gravetat del trastorn mental relacionat (per diagnòstic i per funcionalitat).
 - Les intervencions en cada nivell es realitzaran segons el grau d'afectació psicopatològica i funcional, el nivell de consciència, i la decisió de la dona.

Nivells d'atenció

- Quan hi ha violència de parella actual:

- Si hi ha perill extrem (RVB 10-16): → Derivació a SARA CUEBS; si
SARA tancat
Mantenir seguiment CSMA per TM
- Si agressió sexual mot recent → Unitat específica H Clínic
- Si nivell de risc per RVB moderat o baix (= <9), o la dona de risc alt no vol ser atesa a SARA
- Si TM lleu moderat → Equip Suport Primària-csma
(T adaptatiu, GAF>60)
Aplicar el Protocol VM-Salut
Derivar* Serveis socials o PIAD
- Si TM greu → CSMA
(diagnòstics de TMS, o GAF<60)
Aplicar el Protocol VM-Salut
Derivar* Serveis socials o PIAD

Derivar i treball en xarxa*

- Derivar a Serveis socials: quan les dones tenen risc baix i moderat (RVD <9), i estan en situació que:
 - Hi ha fills menors d'edat (necessiten intervenció social)
 - Hi ha persones dependents (necessiten intervenció social)
 - Hi ha complexitats afegides
(Habitatge, Econòmica, laboral, Dependència, RAI, ...)
- Derivar a PIAD: quan les dones tenen risc baix i moderat (RVD <9), i estan en situació que:
 - No hi ha fills (o son majors d'edat)
 - No hi ha persones dependents
 - No hi ha complexitats afegides
- Derivar a altres serveis específics quan no es pot assumir des de CSMA:
 - Atenció víctimes de tràfic d'éssers humans, Refugiats, ...

- Quan han patit violències masclistes en la seva vida, i actualment no hi ha violència de parella:

Les intervencions es realitzaran segons el nivell d'afectació psicopatològica i funcional, i el nivell de consciència .

Si:

- Si TM lleu moderat (T adaptatiu, GAF>60) → Equip Suport Primaria
Aplicar Protocol VM-Salut
Recursos de la comunitat
○ PIAD, UNADOM, Viky Bernadet, ...
- Si TM greu (diagnòstics de TMS, o GAF<60) → CSMA
Aplicar Protocol VM-Salut (individual, grupal)
- Si TEPT o TEPT complexa → CSMA
Aplicació Protocol específic TEPT, Recursos de la comunitat.
Unitat Trauma UAB, ...

El protocol d'atenció a dones que pateixen o han patit VM es desenvolupa segons el nivell de consciència dels efectes de la VM, i la demanda de la dona en relació a les violències viscudes

- Quan hi ha indicadors de sospita i la dona manifesta no patir VM (la nega o no la reconeix)
 - Intervenció individual.
- Quan la dona afirma o reconeix patir violència i no es troba en perill extrem
 - Intervenció individual.
 - Intervenció en grup quan compleix criteris.
- Quan la dona afirma o reconeix patir violència i es troba en perill extrem
 - Intervenció individual.

La intervenció grupal es farà a partir de dos tipus de grup, utilitzant tècniques de mobilització emocional i d'ajuda mútua (escenoteràpia), en 2 tipus de grup:

- Grup inicial (tancat, setmanal, 11 sessions).
- Grup de suport i elaboració en el procés de recuperació (obert, setmanal, 1-2 anys).

A més de la intervenció en CSMA, s'activarà el treball amb xarxa amb serveis de la comunitat, en funció de la convivència o no amb fills o persones dependents, el nivell de complexitats afegides, o la necessitat de recursos o intervencions específiques fora del CSMA.

Implantació progressiva durant l'any 2020-2021:

S'aplicarà de forma pilot, durant l'últim trimestre de l'any 2020 i el primer del 2021 (1-9-2020 a 28-2-2020), per valorar l'impacte, veure les necessitats identificades i, planificar els recursos necessaris per aplicar-lo de forma transversal, a totes les dones ateses per presentar trastorn mental o psicopatologia durant l'any 2021.

Pel que implica el cribatge universal a les dones ateses, i l'atenció necessària quan es detectin situacions de violència masclista, tant per la seva magnitud (al 2019 vàrem atendre a 3.077 dones amb trastorn mental), com per la seva complexitat (valoracions, intervencions, derivacions i acompanyaments) i impacte en la forma de treballar i organitzar-se l'equip, no tenim els recursos per iniciar el programa de forma de forma generalitzada. Es farà de forma progressiva avaluant els resultats, les necessitats detectades, i els recursos necessari per atendre de forma indicada i equitativa.

Iniciaran l'activitat, una part dels professionals de l'equip sensibilitzats i amb formació (grup promotor; taula 3), i s'inclourà a una part de les dones ateses al CSMA segons els criteris inicial de inclusió en el programa pilot (que s'aniran ampliant al 2021): dones que inicien tractament en aquest període per part de l'equip promotor (Taula 4). Durant aquesta fase inicial, per la disponibilitat actual de recursos, pensem que s'atendran aproximadament a unes 100 dones (segons la programació prevista).

Taula 3: Professionals del grup promotor del total de professionals clínics del CSMA (24 professionals), del 1-9-2020 al 28-2-2021.

3 psicòlegs (de 5 psicòlegs; un 60% dels psicòlegs) 2 psiquiatres (de 8 psiquiatres; un 25% dels psiquiatres)
--

Taula 4: Criteris de inclusió en la implantació pilot del 1-9-2020 al 28-2-2021.

Dones ateses que inicien tractament en el CSMA per presentar psicopatologia o trastorn mental, es conegui o no si han patit o pateixen violències masclistes: - Que es la primera vegada que venen (PP1, PP2) - Que havien deixat de venir (per desvinculació o alta) i tornen a demanar atenció (retorns: RR).
Dones ateses en el CSMA que son derivades per primer cop a iniciar atenció psicològica del seu trastorn mental, de forma interna (des de alters professionals de l'equip que ja l'estan atenent), es conegui o no si han patit o pateixen violències masclistes
Dones donades d'alta de serveis hospitalaris després de fer un ingrés per el trastorn mental I són derivades a CSMA (Alta Hospitalaria: AH)
Dones derivades a tractament per un intent de suïcidi (incloses en el programa CRS)

2- OBJECTIUS DE L'INTERVENCIÓ

Objectius principals:

- 3- Millorar la detecció i la identificació de situacions de risc i de l'existència de violència masclista en les dones amb diagnòstic de trastorn mental ateses al CSMA de sant Andreu.
- 4- Millorar l'atenció i l'acompanyament a les dones ateses al CSMA que han patit o pateixen violències masclistes i de les seves filles i fills dependents.
- 5- Millorar la presa de decisions en els serveis d'atenció a la salut mental des de una perspectiva de gènere.
- 6- Incorporar l'anàlisi feminista interseccional de l'abordatge de les violències de gènere (violències masclistes i LGTBIQ+) en la xarxa d'atenció a la salut mental, per construir una atenció més igualitària i transdisciplinar.

Objectius específics:

- Millorar la capacitació dels professionals dels serveis de salut mental de Sant Andreu (sensibilització i formació), per poder detectar i atendre de forma integral a les dones ateses al CSMA que han patit o pateixen violències

masclistes i de les seves filles i fills dependents, incorporant la perspectiva de gènere.

- Definir l'atenció a les dones amb diagnòstic de trastorn mental que han patit o pateixen violència masclista com un programa transversal en el nostre centre.
- Incorporar al programa el protocol d'abordatge a les violències masclistes en salut del 2009 (Departament de Salut del 2009), amb les recomanacions derivades de la seva avaluació al 2019 (Departament de Salut del 2009), i, adaptant-lo al nostre medi, en coordinació amb els serveis d'atenció a les dones de la comunitat (incorporant els criteris de derivació del circuit de violència de Barcelona)
- Desplegar de forma progressiva el programa d'atenció a les dones amb diagnòstic de trastorn mental que han patit o pateixen violència masclista en el CSMA de Sant Andreu:
 - en una primera fase amb la implantació de forma pilot per una part de l'equip (grup promotor) durant el 4rt trimestre del 2020,
 - en una segona fase amb l'extensió de la implantació a tot l'equip durant el 2021 (en funció de poder complir el pla de formació, i de disposar dels recursos adients).
- Disposar d'eines clares per identificar l'existència de violència masclista en les dones amb diagnòstic de trastorn mental ateses al CSMA de Sant Andreu.
- Incorporar el cribratge universal de les violències de gènere en l'atenció a les dones usuàries del servei d'atenció a la salut mental.
- Definir com a focus de tractament específic els efectes de les violències de gènere viscudes i, establir, si n'hi ha, la seva relació amb el trastorn mental (evitant psiquiatrizar i medicalitzar efectes propis de la violència viscuda); a més de les indicacions terapèutiques per controlar els símptomes dels trastorns mentals que puguin presentar.
- Incorporar les tècniques d'atenció clínica necessàries per oferir una atenció integral en funció de les necessitats i recomanacions (evidència): EMDR, Teràpia conductual cognitiva, i grups terapèutics.

- Avaluar i visibilitzar les possibles interseccionalitats que determinen vulnerabilitats en les dones ateses amb diagnòstic de trastorn mental que han patit o pateixen violència masclista.

RESULTATS INICIALS

De 107 dones, derivades per presentar un trastorn mental, i, amb criteris de inclusió en la fase pilot, que tenen una visita programada programades (on s'inclou el cribatge universal):

- 80 dones (74,5%) van ser ateses i valorades.

D'aquestes:

- 43 dones van ser incloses en el programa per patir o haver patit violència masclista (54%); 13 amb violència de parella actual (16%); i, 18 explicaven haver patit abusos sexuals en infància (22%).

- 27 dones no varen venir a la visita programada.

D'aquestes:

- 6 en primeres visites: en 4 no hi havia informació, i en 2 ja, en la derivació, explicaven haver patit o patir violència masclista.
- 8 eren derivacions des de l'equip de suport de primària, on 5 explicaven haver patit o patir violència masclista.
- 10 eren derivacions internes d'altres professionals de l'equip (fora de l'equip promotor) i 5 explicaven haver patit o patir violència masclista.
- 3 eren reinicis, que tornaven a demanar tractament després d'haver ser donades d'alta o d'haver abandonat el tractament, i 2 explicaven haver patit o patir violència masclista.

S'ha iniciat un grup terapèutic amb 6 dones (per la restricció actual per la covid); i hi ha dones en llista per començar-ne un altra properament.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019. Principales resultados. Delegación del gobierno contra la Violencia de Género.
- 2- García A. Guía Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Fedeaefes. 2017.
- 3- Departament de salut. Generalitat de Catalunya. Protocol per l'abordatge de la Violència Masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. 2009
- 4- De la Puente, M, et al. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu de salut mental. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2010.
- 5- Equip de violència masclista de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Mirades complementàries. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2019.
- 6- Faura R et al. Spora Sinergies SCCL. Avaluació del circuit de Barcelona contra la Violència Mascista. Document de resultats i línies. Ajuntament de Barcelona. 2017
- 7- Velasco, Sara (2006). Atención psicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.

BIBLIOGRAFIA

- Agencia de Salut Pública de Catalunya. El Codi Risc Suïcidi de Catalunya registra prop de 19.000 episodis de conducta suïcida en sis anys.
<https://salutpublica.gencat.cat/ca/detalls/Article/El-Codi-Risc-Suicidi-de-Catalunya-registra-prop-de-19-00002.000-episodis-de-conducta-suicida-en-sis-anys>
- Angst J, Hengartner MP, Rogers J, Schnyder U, Steinhausen HC, Ajdacic-Gross V, Rössler W. Suicidality in the prospective Zurich study: prevalence, risk factors and gender. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2014 Oct;264(7):557-65.
- Atmetlla Andreu, J. et al. Reptes ètics en l'atenció a la violència de gènere des de l'Atenció Primària de salut. Grup de Violència de Gènere i Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). 2013.
- Bustinduy, A, et al. Guia de actuacions para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi. Osakidetza. 2019
- Castaño, V. La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres. Fundación Atenea. 2009.
- Corsi, J. La violencia hacia las mujeres como problema social Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Fundación mujeres. 2010.
- De la Puente, M, et al. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu de salut mental. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2010.
- Delegación del gobierno contra la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019. Principales resultados.
- Departament de salut. Generalitat de Catalunya. Protocol per l'abordatge de la Violència Masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. 2009
- Departament de Salut de Catalunya. Mouzo, J. Salut detecta 3.500 persones en risc de suïcidi. El protocol d'actuació per evitar temptatives ja està desplegat a tot el territori català.
https://cat.elpais.com/cat/2016/11/04/catalunya/1478274277_478668.html

- Dufort M, Stenbacka M, Gumpert CH. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. Eur J Public Health. 2015 Jun;25(3):413-8.
- Equip de violència masclista de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Mirades complementàries. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2019.
- García A. Guía Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Fedeaefes. 2017.
- Garriga, A. JC Martiyan, y otros. Guía de Práctica Clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Servicio Murciano de Salud. 2011.
- Gonzalez F y otros. Guía de atención a mujeres maltratadas con un trastorno mental grave. Salud Madrid. 2010.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011
- Indu PV, Remadevi S, Vidhukumar K, Shah Navas PM, Anilkumar TV, Subha N. Domestic Violence as a Risk Factor for Attempted Suicide in Married Women. J Interpers Violence. 2017 Aug 1;886260517721896.
- Larrión JL i de Paúl J. Mujer, violencia y salud [En línea]. Med Clin 2000; 115 (16): 620-4.
http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&ip=88.5.192.99&articuloid=1233-
- Liu J, Fang Y, Gong J, Cui X, Meng T, Xiao B, He Y, Shen Y, Luo X. Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. J Affect Disord. 2017 Oct 1;220:147-155.

- Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. Aprovada pel Ple del Parlament (tramitació núm. 200-00022/08) en la sessió núm. 34, del 16 d'abril de 2008 (Diari de Sessions del Parlament de Catalunya,
- Martínez, P.. Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). 2009.
- Matud MP et al. Eficacia de un programa d'intervención para mujeres maltratadas por su pareja. Terapia Psicológica, 34 (3), 199-208. 2016.
- Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo WS. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. J Psychiatr Res . 2018 abr; 99: 129-141.
- Observatori del sistema de salut de Catalunya. Central de resultats 2017. Àmbit de salut mental i addiccions. 2017.
- ONU. 1995. Declaración y plataforma de acción de Beijing. La cuarta conferencia mundial sobre la mujer reunida en Beijing 1995.
- Polo, C (2001). Maltrato a la mujer en relación de pareja. Factores relacional implicados. Departamento de Especialidades Médicas, Universidad de Alcalá.
- Raya, L. Ruiz, I. Plazaola, J. Brun, S. Rueda, D. García, L. González, J.M. Garralon, L.M. Arnalte, M. Lahoz, B. Acemel, M.D. Carmona, M.P. (2004). Intimate Partner Violence as a Factor Associated to Health Problems. Aten Primaria;34(3):117-27
- Serveis i recursos d'atenció en l'àmbit de la violència masclista. Institut Català de les Dones Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. www.salutweb.gencat.cat/url/pladesalut
- Spora Sinergies. Avaluació del Circuit Barcelona contra la Violència Masclista Document de resultats i línies de millora. Àrea Drets de Ciutadania, Participació i Transparència Direcció de Feminismes i LGTBI, i Consorci Sanitari de Barcelona.2017.
- Tremoleda, J. Salvany, M. Mercadal, J. Ortega, MC. Aguilera, C M. Cabezas, V. Suicidio y Violencia de género: Relación invisibilizada en los servicios de atención a la salud mental. Revista Mosaico. Nº. 74, 2019, págs. 8-26. 2020.

- Velasco, Sara (2006). Atención psicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.

Resolució de la Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Direcció General de Planificació en Salut

Expedient número 1/2021, de la Direcció General de Planificació en Salut, arran de la Primera convocatòria de *Bones pràctiques en l'atenció en la violència masclista en l'àmbit de la salut, 2020-2021*.

Relació de fets

1. En data, 14 de desembre de 2020, la Sub-direcció General de la Cartera de Serveis i el Mapa Sanitari, adscrita a la Direcció General de Planificació en Salut, va convocar la 1a convocatòria de Bones pràctiques en l'atenció de la violència masclista en l'àmbit de la salut.
2. El termini per presentar candidatures va finalitzar el dia 31 de gener de 2021, presentant-se un total de 12 candidatures.
3. Una vegada finalitzat el termini, es va obrir un període de requeriments als representants d'algunes de les candidatures presentades perquè esmenessin els defectes detectats en la documentació presentada, decaient una de les candidatures ja que no va atendre als requeriments formulats.
4. El comitè avaluador de la 1a. convocatòria de Bones pràctiques en l'atenció de la violència masclista en l'àmbit de la salut es va reunir el dia divendres 19 de març de 2021 per valorar les onze candidatures presentades a la convocatòria.

Fonaments

1. D'acord amb les bases de la convocatòria, correspon al comitè avaluador de la primera convocatòria de *Bones pràctiques en l'atenció de la violència masclista en l'àmbit de la salut* emetre una resolució amb la valoració de les diferents candidatures presentades.

2. Han estat valorades favorablement aquelles candidatures que han superat la puntuació mínima requerida segons els criteris de qualitat publicats a la [Guia de consulta de bones pràctiques](#).
3. Han estat valorades desfavorablement aquelles candidatures que no han superat la puntuació mínima requerida segons els criteris de qualitat publicats a la [Guia de consulta de bones pràctiques](#), que són experiències úniques que no són replicables o que són projectes encara no implementats.

Per tant, resolc

1. Valorar favorablement les candidatures següents com a bona pràctica en l'atenció de la violència masclista en l'àmbit de la salut:
 - Organització de les Jornades sobre violència masclista i salut mental del Grup de Treball i Recerca en Dona i Salut Mental
 - L'Espai Lila del CJAS: detecció i atenció especialitzada de les violències masclistes i sexuals en població adolescent i jove
 - Incorporació de la mirada de gènere al Model biopsicosocial d'atenció pública en la salut mental en una experiència de transferència transdisciplinària de coneixement entre la universitat, l'àmbit professional i l'activisme: Implantació d'un programa que millori la detecció, atenció i seguiment de les dones ateses que han patit o pateixen violències masclistes en els Serveis de Salut Mental de Sant Andreu (Barcelona)
 - Programa de prevenció i intervenció en les seqüeles psíquiques en dones agredides sexualment a la ciutat de Barcelona (TEPT-AGRESX)
 - Model d'assistència integral i integrat a les víctimes de violència sexual al servei d'urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona
 - Espai de salut social per introduir la consciència sobre la socialització de gènere.

2. Notificar a la persona de contacte responsable de l'experiència seleccionada que el projecte ha estat seleccionat com a bona pràctica.
3. Notificar a la persona de contacte responsable de l'experiència no seleccionada els motius d'aquest valoració desfavorable.
4. Publicar aquesta resolució a la pàgina web del Departament de Salut

Pilar Saura
Agel - DNI
33888464B
(AUT)

Signat digitalment
per Pilar Saura
Agel - DNI
33888464B (AUT)
Data: 2021.05.05
11:58:57 +02'00'

Pilar Saura Agel
La directora general