

DISSENY DE L'EINA DE CRIBRATGE DE LES VIOLÈNCIES MASCLISTES A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Anàlisi de l'evidència científica i dels models de referència

Informe tècnic per a la presa de decisions

Treball coordinat i elaborat per:

Marta Benet Blasco

Carmen Fuertes Santiago

Joana Martínez Matilla

Belén Valverde Alirangues

Tasques de correcció lingüística: Núria Solano Dalmau

Aquest informe tècnic ha estat finançat amb càrrec als crèdits rebuts del *Ministerio de Igualdad (Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género)*.

Barcelona, 31 de desembre 2020

Revisat el 12 de desembre de 2021

ÍNDEX DE CONTINGUTS

Introducció	4
Presentació de l'informe	4
Organització de l'informe	7
Metodologia de treball	7
Objectius de l'informe	8
Metodologia	9
Revisió bibliogràfica i anàlisi de l'evidència científica	9
Revisió documental i anàlisi dels protocols autonòmics	10
Resultats principals de la revisió bibliogràfica	11
Conceptualització del cribratge i del procés de detecció	11
Rol dels serveis d'atenció primària en la detecció de violències masclistes	13
Funcions dels serveis de salut en l'abordatge de les violències masclistes	13
L'atenció primària i l'abordatge de les violències masclistes	15
Estratègia de detecció	17
Finalitat del procés de detecció	18
Universalitat <i>versus</i> selectivitat del procés de detecció	19
Elements que conformen el procés de detecció	22
Detecció: què, qui, com i quan	22
Col·lectius professionals responsables del procés de detecció	23
Procediments per a la detecció i valoració de les situacions de violència	24
Connexió i continuïtat de la detecció amb el procés global d'intervenció	32
Registre del procés de detecció i atenció	34
Aspectes tècnics del registre a la història clínica	36

Confidencialitat dels registres	37
Factors facilitadors i barrera per a la detecció de les violències masclistes	39
Aspectes ètics i legals	44
Bases per a la construcció del procés de detecció	47
Recomanacions generals per al disseny del procés de cribratge a partir de la revisió bibliogràfica	47
Àrees de treball, objectius i accions recomanades per al disseny del procés de cribratge	52
Sensibilització, formació i capacitació dels diferents col·lectius professionals	52
Sensibilització	52
Formació i capacitació	53
Metodologies adequades per a la formació	54
Incorporació del procés de detecció de les violències masclistes a la història clínica	55
Acompanyament i suport als i les professionals que atenen les dones en situació de violència masclista	61
Capacitació vivencial i espai d'intercanvi d'experiències	61
Supervisió, acompanyament psicosocial i assessorament legal als i les professionals	62
Vinculació amb els equips d'ètica assistencial	62
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	64
Annex I: Posicionament i estratègies de cribratge a les comunitats autònomes (CA).	82
Annex II: Taula resum de les eines de cribratge més rellevants.	88

Introducció

Presentació de l'informe

L'informe tècnic per a la presa de decisions que es presenta a continuació té la vocació de ser un document de suport per al disseny del procés de detecció de les violències masclistes a l'atenció primària. A la primera part del document es presenta una síntesi bibliogràfica que recull les principals qüestions conceptuals, metodològiques i tecnològiques que caldria tenir en compte per al disseny de l'estratègia i del procés de detecció de les violències masclistes. A la segona part del document es presenten una sèrie de recomanacions per al disseny del procés de detecció i les àrees de treball prioritàries per a la implementació de la detecció a l'atenció primària (AP).

El Conveni del Consell d'Europa sobre la prevenció i la lluita contra la violència envers les dones i la violència domèstica de 2011 (Conveni d'Istanbul) defineix la violència contra les dones com «una violació dels drets humans i una forma de discriminació contra les dones, que inclou tots els actes de violència basats en el gènere que impliquin o puguin implicar danys o patiment per a les dones, ja siguin de naturalesa física, sexual, psicològica o econòmica, incloses les amenaces de realitzar aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, tant en la vida pública com en la privada». Aquest mateix conveni reconeix i defineix diferents tipus de violència que pateixen les dones: violència psicològica; violència física; violència sexual, inclosa la violació; assetjament; mutilació genital femenina; avortament i esterilització forçada; assistència o complicitat i temptativa (1).

A Catalunya, la Llei 5/2008, de 24 d'abril, i la seva posterior modificació en la Llei 17/2020, de 22 de desembre, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, la defineix com la «violació dels drets humans a través de la violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, té com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat».

En relació amb la detecció i el cribratge de les violències masclistes, un dels objectius del Pacto de Estado contra la Violencia de Género de 2017 és trencar el silenci a través de

mesures de sensibilització i de prevenció de la violència de gènere. Concretament, l'eix 3 d'aquest objectiu fa referència al perfeccionament de l'assistència, ajuda i protecció, i insta a revisar i reforçar els protocols sanitaris (2). També l'anterior Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer 2013-2016 posava de manifest la importància de la detecció i emplaçava a trencar el silenci còmplice a través d'intensificar els processos de detecció (3).

En la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut (SNS), establerta a través del Reial decret 1030/2006, del 15 de setembre, el diagnòstic i l'atenció a les dones en situació de violència de gènere estan inclosos tant a l'atenció primària com a l'especialitzada. Així mateix, el marc normatiu comú del 2012 per a l'atenció de la violència de gènere al SNS –el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género– estableix una pauta d'actuació per a la detecció, valoració i intervenció en dones majors de catorze anys que pateixen situacions de violència de gènere i també per a les seves filles, fills i altres persones a càrrec seu (4).

A Catalunya, la Llei 5/2008 estableix que «totes les persones professionals, especialment les professionals de la salut, dels serveis socials i de l'educació, han d'intervenir obligatòriament quan tinguin coneixement d'una situació de risc o d'una evidència fonamentada de violència masclista, d'acord amb els protocols específics i en coordinació amb els serveis de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral». Aquesta actuació inclou els processos d'identificació i detecció professional de les violències masclistes.

Així mateix, la Llei 17/2020, que modifica la Llei 5/2008, posa èmfasi en el paper de les administracions en la garantia d'un «compromís actiu per evitar la victimització secundària i les violències institucionals contra les dones i llurs fills i filles, i l'adopció de mesures que impedeixin la reproducció o la perpetuació dels estereotips sobre les dones i la violència masclista».

En l'àmbit de la salut, el procés de detecció i atenció a les dones que pateixen o han patit violència masclista queda recollit en el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (PAVIM) (5), publicat l'any 2009. Aquest protocol va ser avaluat per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) l'any 2019 (6) amb l'objectiu d'establir les bases pel nou Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o

han viscut situacions de violència masclista i la dels seus fills i filles, publicat l'any 2021 pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (7).

En relació amb la detecció de les violències masclistes, l'avaluació del PAVIM del 2019 detalla una sèrie de propostes de millora que principalment fan referència a: 1) disminuir la pressió assistencial per tenir disponibilitat de temps per a la detecció; 2) posicionar els centres d'atenció primària com a servei sanitari prioritari per a la detecció; 3) incorporar preguntes de detecció a l'atenció habitual a dones, fills i filles; 4) reforçar l'ús d'indicadors de sospita; 5) augmentar la capacitat de detecció de la violència psicològica; 6) dissenyar sistemes d'avisos en els registres, i 7) garantir la rapidesa i els recursos per al procés d'atenció posterior a la detecció (6).

Organització de l'informe

Metodologia de treball

Aquest informe presenta els resultats de la revisió bibliogràfica de la literatura estatal i internacional sobre la detecció i valoració de situacions de violències masclistes. Aquesta revisió inclou publicacions científiques d'àmbit internacional i els marcs de referència en l'Estat espanyol, com són el Protocolo común para la atención sanitaria ante la violencia de género (Protocolo común, a partir d'ara), i tot un seguit de protocols i documents autonòmics relatius a l'abordatge de les violències des dels sistemes de salut.

A partir dels principals resultats obtinguts s'ha analitzat el concepte i la finalitat del cribratge aplicat a l'àmbit de les violències masclistes i el paper que els serveis de salut, i concretament l'atenció primària (AP), poden tenir en el procés de detecció. També es defineixen i s'analitzen els arguments a favor i en contra d'adoptar una estratègia selectiva o universal.

A continuació, s'exposen i analitzen els diferents aspectes a tenir en compte a l'hora de dissenyar un procés de detecció, principalment fent referència a quatre àrees: què inclou un procés de detecció (què), quin col·lectiu professional és el més adequat per a responsabilitzar-se de la detecció (qui), de quina manera es pot dur a terme un procés de detecció i valoració (com i quan). També es reflexiona sobre la importància de garantir una connexió i continuïtat entre la detecció professional i el circuit d'atenció i recuperació integral. I es discuteixen aspectes relacionats amb el registre de les intervencions realitzades i la bondat de comptar amb un sistema unificat de registre de casos.

Finalment, es presenta una síntesi dels principals factors facilitadors i barrera per a la detecció de violències masclistes, ja que es considera clau poder abordar aquestes barreres durant el procés de disseny. Així mateix, és imprescindible aprofitar els factors facilitadors per poder construir un procés de detecció que doni resposta tant a les necessitats de les dones com a les dels diferents col·lectius professionals.

Per acabar, l'últim capítol del treball presenta unes recomanacions generals per al disseny del procés de detecció i es proposen una sèrie de línies de treball per a avançar en el disseny i la implementació de la detecció de les violències masclistes a l'atenció primària.

Objectius de l'informe

Aquest informe té com a objectiu general establir les bases per al disseny d'un procés de detecció de les violències masclistes en l'àmbit de l'atenció primària.

Així mateix, els objectius específics d'aquest informe són els següents:

1. Identificar els diferents posicionaments relatius a la finalitat i els objectius d'un procés de detecció de les violències masclistes a l'atenció primària.
2. Sistematitzar i resumir l'evidència disponible entorn de les diferents estratègies de cribratge a l'atenció primària.
3. Descriure els col·lectius professionals que la bibliografia identifica com a responsables de la detecció.
4. Descriure els diferents elements que formen part del procés de detecció: què s'indaga i a través de quines eines.
5. Identificar els factors facilitadors i barrera relacionats amb el procés de detecció a l'atenció primària.
6. Sistematitzar un conjunt de recomanacions per al disseny del procés de detecció a partir de la revisió bibliogràfica i dels marcs de referència.
7. Definir les línies de treball per a implementar un procés de detecció de les violències masclistes a l'atenció primària.

Metodologia

Revisió bibliogràfica i anàlisi de l'evidència científica

La cerca bibliogràfica sobre el cribratge de la violència masclista s'ha dut a terme entre els mesos d'octubre i novembre de 2020 a les bases de dades PubMed i Scopus. El tòpic central de la cerca ha estat «Cribratge de violència masclista» i a partir d'aquest s'han definit les paraules clau per a la cerca en anglès: «domestic violence screening», «gender-based violence screening» i «intimate partner violence screening», entre d'altres. Per acotar la cerca, s'han utilitzat paraules clau que delimiten l'àmbit d'interès: «primary care», «primary healthcare» i «primary care nursing». Per a la base de dades PubMed, s'han adoptat i prioritzat les formulacions incloses al vocabulari controlat, per així dur a terme una recerca més efectiva. En una segona fase de cerca s'ha indagat també sobre el posicionament dels i les professionals sanitàries en relació amb la violència masclista, afegint-hi el concepte «perspectiva del personal sanitari» i utilitzant expressions de cerca tals com «health providers perspective» i «health professionals». Els filtres utilitzats han estat publicacions dels deu últims anys i metodologies de revisió amb un alt nivell d'evidència, com ara revisions sistemàtiques. S'ha seleccionat aquelles publicacions pertinents i rellevants d'acord amb els objectius plantejats i s'hi han afegit altres publicacions detectades a partir de les cites i bibliografies dels documents consultats.

El procés de revisió dels documents seleccionats ha inclòs l'anàlisi de l'objectiu de l'estudi, la metodologia emprada, l'àmbit i context de l'estudi, els principals resultats i les conclusions obtingudes.

A partir de la cerca i l'anàlisi fets, s'han identificat eines validades per a la detecció i el cribratge de les violències masclistes i s'han escollit les que més s'han utilitzat i citat a la literatura científica dels últims anys. També s'ha analitzat quines d'aquestes eines són més adequades per a aplicar-se a l'atenció primària. Finalment, s'han sintetitzat tots els factors facilitadors i barrera reportats pels i les professionals de la salut en relació amb la detecció de violències masclistes.

Revisió documental i anàlisi dels protocols autonòmics

La revisió documental per a l'anàlisi dels models de referència s'ha dut a terme a partir de la cerca de protocols i documents marc autonòmics relatius a l'abordatge de les violències masclistes majoritàriament, però no exclusivament, des dels serveis de salut.

La identificació dels documents s'ha fet directament als llocs web institucionals de cada comunitat autònoma (CA). Inicialment la cerca s'ha dut a terme utilitzant el cercador Google i posteriorment s'ha refinat explorant les diferents seccions en cada un dels webs institucionals. Principalment, s'ha indagat als llocs web dels instituts de les dones de cada comunitat autònoma, als webs dels departaments o conselleries de salut autonòmics i també en les seccions específiques dels llocs web dels governs autonòmics destinades a informació sobre l'abordatge de les violències masclistes. Un cop obtinguts tots els documents, s'han seleccionat per a cada CA els actuals i els considerats de referència per a l'àmbit de la salut.

Els documents localitzats s'engloben en les tipologies següents:

1. Protocols d'actuació sanitària, que majoritàriament inclouen pautes per a la detecció, valoració i intervenció tant a l'atenció primària com a l'atenció especialitzada (8-22).
2. Protocols de coordinació interinstitucionals, que inclouen la definició de les actuacions i les responsabilitats dels diferents agents que intervenen al circuit d'atenció i recuperació integral de les violències masclistes (àmbits de salut, serveis socials, instàncies judicials, cossos de seguretat, educació, etc.). Aquests documents incorporen també la descripció dels mecanismes de coordinació, amb més o menys detall en funció de la CA. Són protocols disponibles als llocs web institucionals i es presenten en dos tipus de format: signatura d'acords de col·laboració per un conjunt d'agents (23) o bé com a document en format guia que explica tots els processos i pautes de coordinació (24-34).
3. Guies didàctiques per a professionals, que expliquen diferents aspectes teòrics o conceptuals sobre les violències masclistes i aporten pautes i recomanacions d'actuació per a diferents col·lectius professionals (35, 36).
4. Guies de recursos per a l'atenció a les violències, que inclouen una llista i una descripció dels diferents recursos del territori (37). Majoritàriament, aquestes guies de recursos estan incloses com a capítols i/o annexos dels documents esmentats anteriorment.

Resultats principals de la revisió bibliogràfica

Conceptualització del cribratge i del procés de detecció

El *cribratge* es defineix com una intervenció de prevenció secundària que té com a objectiu detectar de forma precoç un problema de salut. Tot i que aquest concepte pot ser aplicable a problemes de diferent naturalesa i evolució, té origen i es fonamenta en el constructe d'*història natural de la malaltia*. En aquest sentit, el cribratge busca detectar una malaltia en una fase preclínica, quan ja han aparegut lesions a nivell tissular però encara no hi ha manifestacions clíniques, i, per tant, la detecció precoç pot conduir a un millor pronòstic.

Tot i que la noció de *cribratge* s'ha utilitzat i s'utilitza per referir-se a la detecció de situacions de violència masclista, és un terme problemàtic quan s'empra en el context de la detecció d'un fenomen complex, de caràcter estructural i de naturalesa multicausal i multidimensional. El procés de detecció de les violències masclistes en l'àmbit de salut té com a objectiu identificar un problema de salut (expressat en la dimensió biològica, psíquica i social de la persona) que té el seu origen en qüestions estructurals relatives a la reproducció d'uns determinats rols de gènere i unes desigualtats de poder gestades durant el procés de socialització de les persones en una societat patriarcal. Per tant, la complexitat del fenomen no permet una transposició directa del concepte de *cribratge*.

Així mateix, si s'analitzen els criteris del Comitè Nacional de Cribratges d'Anglaterra, la indagació de forma rutinària de situacions de violència masclista no compleix tots els criteris per a ser considerada un cribratge. És a dir, tampoc des d'una perspectiva biomèdica és del tot adequat parlar de cribratge, perquè no són aplicables els conceptes d'*història natural de la malaltia*, *fase preclínica* o *pronòstic de les violències masclistes*. En conseqüència, els estudis –principalment assajos clínics aleatoritzats– sobre el cribratge també presenten problemes d'interpretació en relació amb l'efectivitat, ja que són mesures basades principalment en indicadors de mortalitat, d'incidència o de millora del pronòstic (38). En aquest sentit, el resultat d'un cribratge de violències masclistes caldria valorar-se en termes de transformació d'uns valors i unes creences que sostenen la violència, del tipus d'acompanyament rebut, de l'ètica de la cura, de la sostenibilitat de la vida i la qualitat de vida de les dones, filles i fills, entre d'altres.

Un altre aspecte a tenir en compte és la naturalesa multicausal i multidimensional de les violències masclistes, de manera que un impacte positiu del cribratge (per exemple, la restitució d'una vida lliure de violència) no només és determinat per com es duu a terme la detecció, sinó per un conjunt de determinants i condicionants complexos que intervenen al llarg de tot el cicle de la violència i durant tot el procés de recuperació integral de la persona.

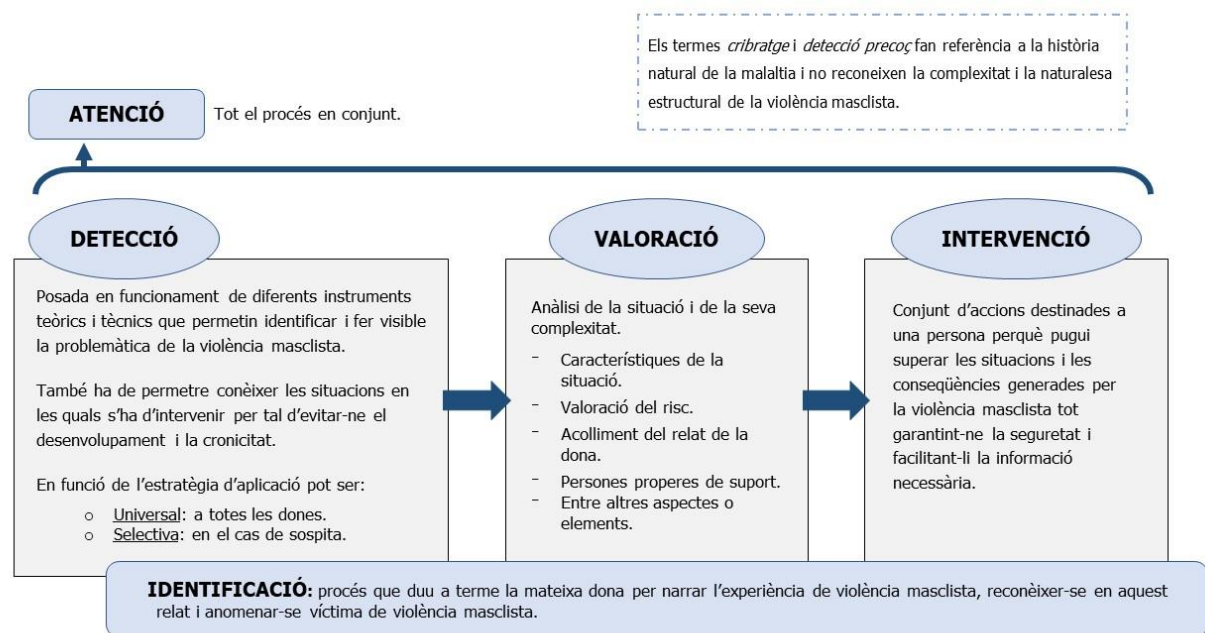
Com a conseqüència de les reflexions anteriors, i per aclarir la terminologia utilitzada en aquest informe, al llarg de tot el document s'utilitzarà principalment el terme *detecció de les violències masclistes* en lloc del concepte *cribratge*. Tal com s'ha explicat anteriorment, tant el terme *cribratge* com *detecció precoç* fan referència a la història natural de la malaltia i no reconeixen la complexitat i la naturalesa estructural de la violència masclista. En aquest document només s'utilitzarà el terme *cribratge* en aquelles ocasions en què es consideri necessari ser respectuoses amb la font consultada.

Aquest posicionament és coherent amb la terminologia definida a la Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. En aquesta llei, la detecció es defineix com «la posada en funcionament de diferents instruments teòrics i tècnics que permetin identificar i fer visible la problemàtica de la violència masclista, tant si apareix de forma esporàdica com de forma estable, i que permetin també conèixer les situacions en les quals s'ha d'intervenir, per tal d'evitar-ne el desenvolupament i la cronicitat».

Així mateix, i seguint la Llei 17/2020, es considera que el terme *atenció* fa referència al «conjunt d'accions destinades a una persona perquè pugui superar les situacions i les conseqüències generades per la violència masclista en els àmbits personal, familiar, laboral i social, tot garantint-ne la seguretat i facilitant-li la informació necessària sobre els recursos i els procediments». En aquest document es considera que el procés d'atenció inclou la detecció, la valoració i la intervenció.

Finalment, el terme *identificació* s'utilitza per descriure el procés que duu a terme la mateixa dona per narrar l'experiència de violència masclista, reconèixer-se en aquest relat i anomenar-se víctima de violència masclista. És un procés que pertany a la dona, però en el qual els i les professionals poden acompanyar-la i donar-li suport (7).

Figura 1: Posicionament semàntic.



Rol dels serveis d'atenció primària en la detecció de violències masclistes

Funcions dels serveis de salut en l'abordatge de les violències masclistes

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) estableix les funcions mínimes que els sistemes de salut haurien de desenvolupar en matèria de lluita contra la violència envers les dones (39):

1. Preguntar amb regularitat, quan sigui factible, a totes les dones.
2. Tenir una actitud atenta i en alerta als possibles signes i símptomes relacionats amb la violència, i fer-ne un seguiment.
3. Oferir atenció sanitària integral i registrar-la a la història clínica.
4. Donar suport a les dones en identificar i comprendre el seu malestar i els problemes de salut derivats de la violència i la por.
5. Informar i remetre les dones als recursos comunitaris disponibles.
6. Mantenir la privacitat i la confidencialitat de la informació obtinguda.
7. Donar suport a la dona durant tot el procés, respectant la seva pròpia evolució.
8. Evitar conductes insolidàries o que culpabilitzin la dona.

9. Coordinar-se entre els diferents col·lectius professionals que intervenen en l'abordatge de les violències i les diferents institucions o serveis que hi participen.
10. Col·laborar per a dimensionar i investigar el problema de la violència, per exemple, mitjançant el registre de casos.

De totes les funcions anteriorment descrites, més de la meitat estan relacionades amb la detecció: preguntar regularment, estar alerta a signes de sospita, registrar les actuacions a la història clínica, mantenir la confidencialitat, no culpabilitzar i revictimitzar les dones i dimensionar el problema de la violència a través d'un registre de casos.

A la literatura científica i als informes d'organitzacions nacionals i internacionals revisats, s'aporten un conjunt d'arguments que justifiquen el paper dels serveis de salut en la detecció de les violències masclistes:

1. Gairebé totes les dones, en algun moment de la seva trajectòria vital, són ateses en un servei de salut, ja sigui per situacions d'emmalaltiment relacionades amb la situació de violència que pateixen o bé per algun procés d'atenció vinculat a cicles vitals o a altres rols socials (embaràs, atenció als fills o filles, etc.) (4, 11, 14, 15, 17, 19).
2. Els serveis de salut poden ser la porta d'entrada o el primer contacte de les dones amb els serveis públics. Per tant, tenen un paper rellevant a l'hora d'acollir la situació i facilitar l'entrada al circuit d'atenció, recuperació i reparació de les violències masclistes (9, 12, 15, 20).
3. La pràctica sanitària és una oportunitat per a fer visible la violència masclista i revertir la tendència a invisibilitzar-la i naturalitzar-la (35).
4. Degut a les agressions i altres conseqüències de la violència, algunes de les dones que pateixen violència són ateses amb més freqüència als serveis d'atenció primària i/o especialitzada. Per tant, aquests serveis estan ben posicionats per a fer la detecció (15, 19, 28).
5. El motiu de consulta de les dones que pateixen violència sovint està relacionat amb signes i símptomes diversos i inespecífics d'emmalaltiment que són conseqüència de la situació de violència que pateixen. Quan aquesta situació de violència no és explícita o no s'aborda, l'atenció es basa exclusivament en la simptomatologia i s'ometen les veritables causes del problema.

6. Alguns estudis conclouen que les dones confien en els i les professionals de la salut a l'hora d'explicar una situació de violència, i, per tant, poden ser una de les primeres persones a qui recorrin per a demanar ajuda (11, 15). D'altres estudis, però, manifesten que algunes dones no veuen els serveis de salut com una opció real per a l'abordatge de la seva situació de patiment, sobretot les dones de col·lectius amb una forta càrrega d'estigmatització social (dones trans, treballadores sexuals, etc.) (6).
7. La pràctica clínica és una oportunitat per a detectar i influir en els determinants de la violència, i d'aquesta manera acompanyar el procés de recuperació integral (40).

L'atenció primària i l'abordatge de les violències masclistes

A la literatura revisada, l'atenció primària (AP) ha estat descrita com un element clau per a la detecció, l'acompanyament i la intervenció en situacions de violència masclista.

En la literatura científica, són diverses les investigacions que descriuen l'AP com un àmbit adient per al cribratge de les violències masclistes (41-45) i la posicionen com el context més adequat per a dur a terme tot el procés de detecció i valoració.

Tant el protocol marc estatal (Protocolo común) com els diferents protocols autonòmics, destaquen el paper de l'atenció primària en la detecció de situacions de violència masclista, principalment pels motius següents:

1. Accessibilitat universal als serveis de salut i als centres d'atenció primària (4, 25).
2. Pràcticament totes les persones necessiten algun tipus d'intervenció per part dels serveis d'AP en algun moment de la seva vida, i en moltes ocasions aquesta necessitat es veu incrementada en les dones que pateixen violència masclista (11, 35).
3. Les característiques del procés d'atenció a l'AP, especialment el contacte directe i la continuïtat de l'atenció, poden facilitar l'establiment de relacions de confiança i, per tant, l'abordatge de les situacions de violència (4, 35).
4. En relació amb el punt anterior, la continuïtat assistencial és la base per poder iniciar un acompanyament al llarg del temps que requereix poder sortir d'una situació de violència i la posterior recuperació integral de la persona (35).

5. Els equips d'atenció primària (EAP) són multidisciplinaris i interdisciplinaris, i això pot facilitar un abordatge més integral i coordinat de la situació de violència (4).

Segons l'Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya, el context valorat com més adequat per a la detecció de les violències masclistes pels diferents agents (persones expertes, professionals i associacions de dones) és l'atenció primària i, en segon lloc, els serveis d'urgència (6).

Estratègia de detecció

Tal com s'ha exposat anteriorment, la detecció representa el punt d'inici de les intervencions que es duren a terme des dels serveis de salut; per tant, és important que aquest procés no es demori i que es faci amb una mirada inclusiva. Aquesta mirada necessàriament haurà d'incorporar els diferents tipus de violència i els diferents contextos en què es pot produir, i sobretot haurà de singularitzar cada situació tot reconeixent la diversitat de situacions vitals que viuen les dones que pateixen violència.

A la literatura científica i als protocols sanitaris analitzats, hi ha un consens respecte a la necessitat de detecció, sobre la base dels arguments següents:

1. S'estima una elevada prevalença de la violència masclista tant en el context català i espanyol com en l'àmbit internacional (17).
2. Hi ha una infradetecció de la violència als serveis de salut, amb nivells molt per sota de la prevalença estimada (4, 11, 16, 17, 22).
3. La prevalença de la violència masclista és superior a altres problemes de salut que sí que disposen de programes de cribratge ben establerts i implementats (46).
4. La violència masclista té greus conseqüències per a la salut de les dones, filles, fills o d'altres persones en situació de dependència (4, 47, 48).
5. No hi ha perfils clars que determinin un major risc de patir violències masclistes, sinó algunes situacions que poden comportar més vulnerabilitat envers la violència (6, 11, 22).
6. Detectar una situació de violència suposa la ruptura del silenci i, per tant, un pas important en la identificació i el reconeixement de la situació per part de la dona (4).
7. Les dones sovint no exposen espontàniament la situació de violència, probablement per diferents qüestions relacionades amb el procés de violència (por, vergonya, minimització de la situació, etc.). Tot i així, és més probable que ho facin quan se'ls pregunta de forma oberta i no valorativa (4, 8, 15, 39).
8. La detecció no es pot limitar exclusivament a les agressions físiques, perquè només representen la punta de l'iceberg. La violència psicològica és més difícil de detectar, i encara és més difícil si no es pregunta en un procés d'indagació, com per exemple en un cribratge universal (6, 21, 22, 46).

9. El cribratge pot ajudar a sensibilitzar els diferents col·lectius professionals i les mateixes institucions sanitàries, per tant, pot contribuir a situar la violència masclista a l'agenda dels serveis de salut (19).
10. El fet de preguntar a les dones és una manera de reconèixer la violència com un problema de salut pública, tant per part de les institucions sanitàries com per part dels diferents col·lectius professionals (46).
11. Preguntar regularment pot facilitar la capacitació dels i les professionals, perquè els pot ajudar a familiaritzar-se amb el procés de detecció i contribuir a abordar el problema amb més naturalitat (46).

Finalitat del procés de detecció

A la literatura científica i als protocols sanitaris consultats s'observen diferents arguments que expliquen i justifiquen la finalitat del procés de detecció. A la taula 1 es recullen els principals arguments identificats:

Taula 1: Diferents arguments que expliquen la finalitat del procés de detecció.

<i>Detectar per a...</i>	<i>Arguments utilitzats en els documents analitzats</i>
Acompanyar la dona en el procés d'identificació i finalització de la situació de violència	Posar fi a una situació de violència és complex i pot durar anys. Respectar els tempos de la dona, donar suport, oferir recursos i cuidar de la seva salut pot contribuir a millorar la seva qualitat de vida i a la llarga pot ser un factor que l'ajudi a sortir de la situació de violència (14, 19, 20, 37).
Recuperació integral	La detecció pot ser el punt d'inici de la recuperació integral, perquè pot desencadenar tot un seguit de decisions i accions per part de la dona que finalment li permetin desenvolupar la seva vida en un entorn lliure de violència. La detecció, es faci en el servei que es faci, pot representar l'entrada de la dona al circuit d'atenció (4, 9, 20).
Restitució de la salut	La detecció des del sistema de salut permet iniciar un seguit d'intervencions orientades a tenir cura de la dona i abordar les conseqüències de la violència masclista sobre la seva salut, des d'un punt de vista biopsicosocial (4, 9, 22).
Activar altres recursos	La detecció d'una situació de violència masclista per part del personal sanitari pot conduir a l'activació d'altres recursos disponibles per a l'atenció i recuperació integral de les violències masclistes, dins i fora del sistema sanitari (11, 22).

Coordinar-se amb altres serveis i col·lectius professionals	Tenint en compte que el sistema sanitari no pot abordar aïlladament les situacions de violència masclista, la detecció és una oportunitat per a coordinar-se amb altres serveis i col·lectius professionals que ja hi intervenen o que hi podrien intervenir (4, 11, 12).
Documentar un delict	La detecció permet aportar proves precises sobre l'impacte de la violència masclista en la dona, proves que poden ser utilitzades per la dona quan ho necessiti (9, 11, 12, 17, 22, 49, 50).
Denunciar un delict	La detecció de situacions de violència masclista pot activar el circuit judicial que, en el cas dels serveis de salut, s'activa mitjançant l'emissió de l'informe de lesions (9, 12, 50).
Dimensionar i investigar el problema	La detecció i el registre de casos obre la possibilitat d'estudiar el fenomen de la violència de manera més exhaustiva. Aporta informacions relatives a la prevalença, als factors condicionants, a les conseqüències i sobre l'efectivitat de les intervencions, entre d'altres (11, 22, 28).

Universalitat *versus* selectivitat del procés de detecció

Un aspecte discutit i valorat tant als informes tècnics d'organismes internacionals (OMS, U.S. Preventive Services Task Force, Canadian Task Force on Preventive Health Care, etc.) com a la literatura científica és l'estratègia més adequada per al cribratge de les violències masclistes: universal o selectiva. Aquesta qüestió ha estat i segueix sent una qüestió polèmica i no hi ha un consens clar sobre quina estratègia és més pertinent adoptar, entre altres coses, perquè l'evidència disponible no és concloent i no permet fer argumentacions a favor o en contra (11, 22).

L'Organització Mundial de la Salut no recomana el cribratge universal de totes les dones que són ateses als serveis de salut i estableix que només s'hauria d'iniciar un procés de detecció quan s'observen lesions o indicadors que fan sospitar d'una situació de violència (47). D'altra banda, la U.S. Preventive Services Task Force sí que recomana el cribratge universal, però només en el cas de les dones en edat reproductiva (51).

L'evidència científica avala la necessitat de dur a terme procediments per a la detecció en l'àmbit sanitari, i es justifica sobre la base de l'elevada prevalença i les greus conseqüències que comporta per a la salut de les dones, fills i filles. Tot i així, molts estudis afirmen que no hi ha evidències que fonamentin una implementació del cribratge universal, ja que diferents estudis clínics aleatoritzats han conclòs que no comporta una reducció de la incidència de la

violència ni millora l'estat de salut de les dones (52-54). Estudis com els de Spangaro *et al.* mostren les dificultats per a obtenir resultats positius significatius en relació amb l'impacte del cribratge i argumenten que la diversitat de situacions que viuen i pateixen les dones estudiades no permet sistematitzar els resultats. A les conclusions del seu estudi, argumenten que les situacions de violència, i la seva detecció, són un procés molt complex i que, per tant, els resultats finals i l'impacte no només venen determinats per la detecció i derivació als recursos existents (55). En el context espanyol, els estudis analitzats tampoc consideren justificada l'aplicació massiva de proves de detecció precoç, tot i que reconeixen que això no hauria d'anar en detriment de garantir una atenció sanitària i social de qualitat (56).

Per tant, es reconeix la rellevància i prevalença del fenomen i, en conseqüència, es justifica la necessitat de seguir duent a terme activitats de detecció, tot i que no s'estableix un posicionament clar sobre si aquesta detecció hauria de ser universal o selectiva.

D'altra banda, estudis com el de Taket *et al.* descriuen una sèrie de beneficis i avantatges de l'aplicació rutinària d'activitats de detecció precoç de violències masclistes (57): permet la identificació de casos ocults, possibilita actuacions destinades a garantir la seguretat de les víctimes i millora els coneixements i les actituds dels diferents col·lectius professionals sanitaris envers aquesta situació. Així mateix, altres estudis assenyalen que el cribratge universal generalment augmenta la confiança del personal sanitari per a la detecció de casos i això es tradueix en un increment de les taxes de detecció (58).

Des d'una altra òptica, altres estudis defensen una detecció més selectiva que s'iniciï quan s'identifiquin conductes, actituds, signes i símptomes considerats d'alarma o de sospita de situacions de violència (53, 58, 59). Aquesta detecció es duria a terme per personal mèdic i d'infermeria a partir de la cerca activa de manifestacions descrites com a pròpies o relacionades amb situacions de violència masclista (60). De totes maneres, també s'alerta en altres estudis que la violència psicològica és una de les més freqüents (61) i alhora la més difícil de detectar en un procés de detecció selectiu.

La dificultat per a detectar la violència psicològica en els processos de cribratge o detecció és congruent amb els resultats de l'avaluació del Protocol sanitari per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Aquesta avaluació assenyalava un biaix en la mirada dels serveis de salut, excessivament centrats en la violència física i poc en les

altres violències que les dones també pateixen. Això comporta que sovint no es busquin activament indicis d'altres tipus de violències i es mantinguin en la invisibilitat molts casos, especialment els casos de violència psicològica (6).

En l'àmbit estatal, algunes comunitats autònomes han implementat el cribratge universal i d'altres han optat per la cerca activa de casos a partir de la identificació d'indicadors de sospita (vegeu la taula de l'annex I). Aquests indicadors de sospita fan referència a tota una sèrie de factors, problemes de salut i esdeveniments que poden fer sospitar d'una situació de violència: antecedents de violència, antecedents personals i hàbits de vida, problemes ginecològics i/o obstètrics, simptomatologia en l'àmbit de salut mental, aspectes socials (aïllament, baixes laborals, etc.), símptomes físics i/o característiques de les lesions, pautes d'utilització dels serveis sanitaris, situacions que poden afegir vulnerabilitat (migració, ruralitat, envelliment, exclusió social, diversitat funcional, etc.),¹ actituds i comportaments de la dona o de la parella a la consulta, entre d'altres.

En aquest sentit, les directrius formulades al protocol estatal (Protocolo común) van encaminades a la detecció precoç de les situacions de violència a través d'una actitud oberta i una cerca activa d'indicadors de sospita, tant en una primera visita (obertura de la història clínica) com en una visita habitual (si no consta a la història clínica que ja s'ha indagat). Per a fer aquesta detecció precoç o cribratge, es recomana (4):

1. Un primer abordatge d'aspectes psicosocials de la dona a través de preguntes exploratòries i genèriques que no abordin directament la situació de violència.
2. Utilitzar els indicadors de sospita i de situacions de vulnerabilitat per a identificar conductes, símptomes i signes, actituds, o situacions vitals que poden estar relacionades amb situacions de violència.
3. Utilitzar preguntes més específiques i concretes per a confirmar una situació de violència i caracteritzar-ne el tipus, duració, intensitat, entre altres qüestions.

1. A les successives referències a les situacions que afegixen vulnerabilitat als casos de violència masclista se subscriu una aproximació interseccional, i s'assumeix que la interacció dels diferents eixos de desigualtat poden comportar una vulnerabilitat més gran en aquelles dones que pateixen violència masclista.

Aspectes clau
Hi ha consens en la necessitat d'incorporar mesures actives per a detectar precoçment les situacions de violència que pateixen les dones. No hi ha evidència suficient que confirmi o rebutgi els programes de cribratge, ni tampoc si l'estratègia més adequada és universal o selectiva. El reconeixement de signes o indicadors de sospita de violència masclista són útils, però amb un procés de detecció selectiu hi ha més risc de no detectar la violència psicològica.

Elements que conformen el procés de detecció

Detecció: què, qui, com i quan

Un element clau a l'hora de dissenyar un procés de detecció de les violències masclistes des dels serveis de salut és la complexitat i la dificultat que comporta per a les dones la identificació i el reconeixement de la situació. Tal com s'ha descrit anteriorment, el terme *identificació* fa referència al procés que duu a terme la mateixa dona per narrar l'experiència de violència masclista, i reconèixer-se en aquest relat i anomenar-se víctima de violència masclista. És un procés que pertany a la dona, però en el qual els i les professionals poden acompanyar-la i donar-li suport (7).

Un altre aspecte important a tenir present és la delimitació del mateix procés de cribratge i la seva diferenciació de la noció de *diagnòstic*. Des d'un punt de vista biomèdic, el cribratge no es considera una prova diagnòstica, de manera que davant d'un cribratge positiu (resultat positiu a la prova de cribratge) habitualment es requereixen proves diagnòstiques de confirmació per a valorar l'abast i el pronòstic de la malaltia.

En el cas de les violències masclistes, la distinció entre cribratge (detecció) i diagnòstic (valoració de la situació) no té gaire sentit, ja que la línia divisòria és poc clara i sobretot perquè seria un element de revictimització de la dona. Si el procés de detecció, condueixi a una confirmació de la situació de violència o es mantingui en situació de sospita, es condiciona a un procés de verificació o confirmació, estariem posant en dubte el relat de la dona i això contribuiria a la revictimització. D'altra banda, l'actuació professional subsegüent

a la detecció d'una situació de violència necessàriament haurà d'orientar-se a valorar la situació de violència i, sobretot, a avaluar el risc o perill en què es troba la dona. En conseqüència, és preferible abordar el contínuum detecció-valoració en conjunt, independentment que a vegades hi hagi una part de la valoració que no es dugui a terme en el mateix moment de la detecció.

En relació amb els procediments o actuacions professionals, la detecció es defineix com les accions que duu a terme el o la professional a partir de la utilització de diferents instruments teòrics i tècnics que permetin identificar i fer visible la problemàtica de la violència masclista. I la valoració fa referència a les accions encaminades a realitzar una exploració de la salut de la dona des d'una perspectiva biopsicosocial (exploració física, valoració emocional, suport familiar o altres fonts de suport social), a la caracterització de la situació de violència (tipologia, duració, intensitat, fase del cicle de violència, punt de l'escalada, etc.), a l'avaluació del risc sobretot posant èmfasi en la presència o no d'indicadors de perill extrem i a la identificació de les expectatives de la dona en relació amb el procés de canvi (4).

En alguns dels protocols autonòmics aquesta divisió entre detecció i valoració es resol i se sistematitza diferenciant entre una detecció i valoració inicial i una valoració més extensa realitzada per part del o la professional de referència a l'atenció primària. Aquest tipus de protocols estableixen una actuació inicial principalment orientada a acollir la situació (escoltar el relat de la dona de forma empàtica i sense jutjar), a registrar-la i a valorar el risc o perill extrem. L'avaluació del risc o perill extrem es considera necessària perquè pot implicar l'activació de recursos (policials, judicials, socials) destinats a la protecció de la dona, filles i fills. Aquesta avaluació inicial pot ser duta a terme per qualsevol professional de la salut que atengui la dona en qualsevol punt del sistema sanitari, mentre que la valoració més extensa es duria a terme per part de professionals de referència a l'atenció primària, principalment infermeria i medicina familiar i comunitària (11, 22).

Col·lectius professionals responsables del procés de detecció

El personal sanitari que la literatura científica cita i identifica més freqüentment com a responsables del procés de cribratge de les violències masclistes pertanyen a medicina familiar i comunitària i infermeria (41, 42, 52, 62-67), tot i que també es fa referència als col·lectius de treball social, llevadores i ginecologia (59, 68-73). No obstant això, un gran

nombre de publicacions utilitzen el terme genèric *personal sanitari* sense especificar uns rols o perfils concrets. Independentment del rol professional, alguns estudis recomanen que el cribratge rutinari el duguin a terme els i les professionals que hagin rebut capacitació per a fer-ho i que se segueixin protocols que focalitzin en la seguretat de les dones (57).

En els protocols autonòmics analitzats, també hi ha consens respecte del paper rellevant de l'atenció primària en la detecció de les violències masclistes, però no hi ha homogeneïtat ni concreció en quin col·lectiu professional és el més adequat. En alguns protocols s'utilitza el terme genèric *professionals d'atenció primària* (10, 14, 15, 21) i en d'altres s'especifica que principalment ha de ser medicina familiar i comunitària i infermeria qui faci la detecció, ja que tenen un contacte més constant i freqüent amb les dones (9, 20, 28). Alguns protocols també fan referència als col·lectius professionals de treball social d'atenció primària, llevadores i serveis de salut mental de base comunitària com a agents rellevants per a la detecció (8, 9, 12). I altres protocols aposten per transversalitzar el procés de detecció i consideren que la detecció és responsabilitat de qualsevol professional de la salut que reconegui indicadors de sospita i/o sigui testimoni del relat d'una dona en situació de violència. En aquests protocols, encara que la detecció la realitzi qualsevol professional de la salut, es recomana que sigui el personal sanitari de referència a l'atenció primària qui faci una valoració més extensa, un acompanyament i una intervenció posterior (11, 19, 22).

En aquesta mateixa línia, a l'Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya es va concloure que el perfil professional més idoni per a detectar casos de violència masclista és l'equip d'infermeria, metgesses i metges de medicina familiar i comunitària i els serveis d'urgències (casos més reactius) (6).

Procediments per a la detecció i valoració de les situacions de violència

Els últims anys, diferents estudis, informes i protocols sanitaris han recomanat, implementat i avaluat diferents procediments i eines per a la detecció de les violències masclistes, sense gaire consens sobre quin procediment o eina és el més adequat per a dur a terme la detecció i valoració d'aquestes situacions.

En la literatura científica analitzada, una revisió sistemàtica publicada el 2009 va identificar fins a trenta-tres instruments diferents destinats a la detecció de situacions de violència masclista (74). Així mateix, l'Observatorio de Salud de las Mujeres també va publicar un

document en què es descriuen quaranta-tres instruments per a la detecció, cribratge i diagnòstic de la violència contra les dones (75).

A partir de l'anàlisi de les publicacions examinades durant la revisió bibliogràfica, s'han seleccionat sis instruments utilitzant els criteris següents: *a)* recurrència (presentes en un nombre major d'estudis); *b)* validació (estudis que demostren que són eines adequades i de qualitat per a detectar allò que pretenen identificar); *c)* traducció a diferents idiomes i validació posterior, i *d)* aplicabilitat a diferents contextos.

Aquests instruments són els següents:

1. Index of Spouse Abuse (ISA)
2. Woman Abuse Screening Tool (WAST)
3. Hurt-Insult-Threaten-Scream (HITS)
4. Partner Violence Screen (PVS)
5. Conflict Tactics Scales (CTS)
6. Abuse Assessment Screen (AAS)

L'**Index of Spouse Abuse (ISA)** és una eina de valoració que té com a finalitat avaluar la severitat del maltractament patit per la dona i exercit per la seva parella (75). Ha estat validada tant en anglès (76, 77) com en espanyol (78). En el context espanyol s'ha considerat una eina útil que presenta un bon funcionament global (43, 44), tot i que existeixen discrepàncies sobre la seva utilitat en altres àmbits geogràfics (79).

L'instrument **Woman Abuse Screening Tool (WAST)** és una de les eines més referenciades a la literatura científica dels últims anys. És un instrument de detecció que té com a objectiu la identificació de situacions de violència de diferents tipus (física, psicològica i sexual) quan aquesta violència és exercida per la parella o exparella (75). Està validada en llengua anglesa, i també ha estat traduïda (en la seva versió curta) a l'espanyol i al francès (75, 78, 80). S'ha utilitzat en diferents països com ara Indonèsia (81) o Sud-àfrica (82), i també ha estat catalogada com a adequada per al context català i espanyol (43). A més a més, una revisió sistemàtica recent l'ha definida com una de les eines més completes perquè aborda tant l'esfera física com la psicològica i sexual (83).

El test **Hurt-Insult-Threaten-Scream (HITS)** es descriu com una eina de detecció perquè la seva principal aplicació és la identificació de casos de maltractament físic o verbal,

i és especialment adequada per als serveis d'atenció primària (75). Hi ha evidències publicades en relació amb la traducció i validació a l'espanyol (84) i és descrita com una eina breu i fàcil d'utilitzar (83).

El **Partner Violence Screen (PVS)** és una eina de detecció de casos de violència contra la dona creada originalment per a ser utilitzada en els serveis d'urgències (75) i validada inicialment per a ser aplicada en aquest tipus de serveis (85). Tot i així, ha estat utilitzada en altres àmbits com pediatria (86) o atenció primària, entre d'altres (83).

L'escala **Conflict Tactics Scales (CTS)** es descriu com un instrument de valoració, ja que la seva finalitat és tipificar i dimensionar les agressions (de diversos tipus) exercides per part de la parella (75). Ha estat traduïda i implementada en més de vint països tant asiàtics com europeus o americans (87-91). Segons la literatura científica, és una de les eines més utilitzades en l'àmbit internacional i, per aquest motiu, s'ha utilitzat per a comparacions entre diferents contextos culturals i territorials (75, 92).

Finalment, l'**Abuse Assessment Screen (AAS)** és una eina de detecció i valoració que està orientada tant a la identificació de casos com a la quantificació de la severitat i freqüència de la violència. Originàriament es va dissenyar per a ser aplicada durant l'embaràs (75). Tot i que va ser creada i validada als Estats Units, posteriorment va ser traduïda i validada en portuguès (93) i també es va fer una adaptació per a l'Índia (94). És una de les poques eines que avaluen tres tipus de violència (física, sexual i psicològica) (83) i també disposa d'una variació per a ser utilitzada en persones amb diversitat funcional (95).

A l'annex II es presenta una taula amb el resum de l'evidència actual per a cadascuna d'aquestes eines. A la taula també s'ha incorporat la definició i el procediment d'aplicació de cada eina segons la informació recollida en el document sobre eines de cribratge elaborat per l'Observatorio de Salud de las Mujeres en col·laboració amb l'Escuela Andaluza de Salud Pública (75).

Tot i que les eines esmentades anteriorment han estat validades i aplicades a diferents àmbits assistencials i contextos territorials, no n'hi ha cap que presenti propietats psicomètriques prou establertes ni consolidades per poder escollir-ne només una i descartar-ne les altres. Algunes publicacions ho atribueixen al fet que aquestes eines no han estat valuades amb un nombre suficient d'estudis, i que les dades de sensibilitat i especificitat varien molt d'un estudi a un altre (74).

Més enllà de la utilització o no d'una determinada eina, la literatura científica revisada aporta un seguit de recomanacions a tenir en compte a l'hora de fer una detecció de violències masclistes a l'àmbit sanitari.

En relació amb l'extensió o duració del procés de detecció, els estudis destaquen la necessitat de disposar i utilitzar eines o procediments curts i exhaustius (96, 97), tot i que es reconeix que, un cop aplicada una eina breu, és necessària una avaluació o valoració addicional per part del personal sanitari (97).

Amb referència a les condicions d'aplicació del cribratge o procés de detecció, es recomana dur-lo a terme a soles amb la dona, en intimitat i confidencialitat, i sense la presència de familiars o acompanyants (60).

Així mateix, es fa esment de la necessitat d'aplicar o validar les eines i processos de detecció en poblacions diverses i tenint en compte diferents eixos de desigualtat (96) per tal de determinar si l'eina de cribratge és aplicable i adaptable a múltiples especificitats o bé cal dissenyar adaptacions que recullin part de la diversitat (79).

Finalment, en relació amb la manera d'administrar les eines de cribratge, els resultats de la revisió i metanàlisi de Hussain *et al.* (96) indiquen que les eines de detecció autoadministrades utilitzant programes informàtics presenten una probabilitat de detecció més alta que les eines administrades en format paper, sigui aquesta administració en format presencial amb participació del personal sanitari o siguin eines autoadministrades per les mateixes dones. Així mateix, hi ha estudis que conclouen que el cribratge de violència masclista a l'atenció primària utilitzant qüestionaris autoadministrats és tan efectiu com l'entrevista amb el personal sanitari, sobretot en termes de comoditat i del temps necessari per a la detecció (97). Els resultats d'aquests estudis cal analitzar-los amb cautela, perquè fan referència a poblacions petites i contextos molt concrets, i, per tant, els resultats poden no ser generalitzables a la gran majoria de situacions.

Tant en el protocol estatal com en els protocols autonòmics, el procediment de detecció es fonamenta en la cerca activa d'indicadors de sospita de violències masclistes, en la incorporació de forma més o menys rutinària de preguntes exploratòries d'índole psicosocial i en la valoració de la situació de violència i del risc a través d'una sèrie de preguntes facilitadores. En aquest sentit, gran part del procés de detecció es basa en una entrevista clínica i en la indagació que duu a terme la persona que realitza la detecció.

Així mateix, els diferents protocols autonòmics aporten eines de suport al procés de detecció en forma de llistes, taules resum, criteris per a la presa de decisions, algoritmes d'atenció, entre d'altres (vegeu la taula 2). En alguns protocols, s'incorporen eines validades, però sempre com un element més de suport a la detecció i valoració que s'incorpora en el context de l'entrevista amb la dona. Les eines validades identificades als protocols són les següents:

6. Qüestionari WAST (Woman Abuse Screening Tool) (14, 22).
7. Escala RVD-BCN (Protocol de valoració del risc de violència de parella contra la dona) (22, 98).
8. Escala EPV-R (Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja) (19).
9. Qüestionari CMT (Cuestionario de malos tratos) (22).
10. Qüestionari ASS (Abuse Assessment Screen) (14).
11. Qüestionari DA (Danger Assessment) (14).

L'eina **RVD-BCN** (Protocol de valoració del risc de violència de parella contra la dona) es va dissenyar i implementar el 2008 a la ciutat de Barcelona amb l'objectiu de donar resposta a la necessitat de treballar en xarxa entre els diferents serveis i institucions. És un instrument de valoració que té com a finalitat avaluar el risc de situacions de violència greus contra la dona, a curt termini i per part de la parella o exparella (99). A l'última actualització i avaluació del RVD-BCN, del 2017, es conclou que l'eina segueix sent operativa. Tot i així, es planteja l'opció d'ampliar-la o modificar-la en el futur per tal de poder identificar altres formes de violència masclista fora del context de la parella (100).

D'altra banda, el qüestionari **Danger Assessment (DA)** és una eina de valoració que té com a objectiu avaluar el nivell de risc d'una dona que està patint una situació de violència de gènere (14). Es considera una eina especialment indicada per a l'avaluació ràpida del risc d'homicidi i es recomana que vagi acompanyada d'un protocol d'actuació imminent en el cas que es detecti un risc alt i/o perill imminent.

L'**Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja (EPV-R)** té com a objectiu detectar situacions amb risc elevat de violència greu en l'àmbit de les relacions de parella. Ha estat aplicada principalment al País Basc i està estructurada en

forma d'entrevista que inclou cinquanta-vuit ítems agrupats en cinc categories. Es considera una escala adequada per a poder planificar les mesures de protecció oportunes (101).

El **Cuestionario de malos tratos (CMT)** està inclòs en el protocol d'atenció a les violències masclistes de les Illes Balears i es recomana utilitzar-lo per a la valoració de la situació i el tipus de violència exercida per la parella de la dona. Està format per deu preguntes amb resposta tipus Likert amb cinc opcions de resposta que defineixen un gradient des de l'opció «mai» fins a «quasi sempre». S'inclouen també un seguit de preguntes de suport a la valoració, només per als casos en què alguns dels ítems valorats posin de manifest una situació de violència (22).

Taula 2: Eines de suport a la detecció i valoració de les violències masclistes.

<i>Tipologia d'eina</i>	<i>Explicació</i>	<i>Referències</i>
Taules i llistes sobre tipologies de violència	Taules i llistes que identifiquen els diferents tipus de violències i les descriuen.	(19)
Recomanacions per a l'atenció a les dones en situació de violència	Llista de recomanacions generals que inclouen: principis que guien el procés d'atenció, accions que cal dur a terme, accions que cal evitar, llista de dificultats en la detecció de la violència de gènere, factors que dificulten o faciliten que una dona identifiqui una situació de violència i la relati, explicacions sobre possibles respostes d'afrontament de les dones que pateixen situacions de violència masclista, entre d'altres.	(9, 11, 14, 16, 19, 22)
Llista i taules sobre mites, creences i estereotips	Llistes i taules que expliquen i argumenten en contra de mites, estereotips, creences, entre d'altres. També enumeració d'elements dels discursos que naturalitzen, minimitzen i perpetuen la violència masclista, alhora que culpabilitzen les dones.	(11, 14-16, 20)
Llista de conseqüències de la violència masclista en la salut de les dones, filles i fills	Llistes amb problemes de salut o situacions d'emmalaltiment que poden patir les dones pel fet de viure en situació de violència masclista. També s'aporten llistes sobre problemes de salut que pateixen els fills i filles de dones en situació de violència masclista, ja que els fills i filles també es consideren víctimes directes.	(4, 14, 15, 22, 24)
Llistes d'indicadors de sospita de violència de gènere	Llistes d'indicadors de sospita de situacions de violència masclista classificats en funció de la seva naturalesa (física, psíquica, social, etc.) i també classificats en funció de si es refereixen a les dones o a les seves criatures.	(4, 12, 13, 15, 22, 24, 102)
Llista de factors protectors relatius a les dones que pateixen situacions de violència	Llistes que exposen factors personals o contextuals que poden influir positivament per tal de millorar o sortir de la situació de violència. No és una eina habitual en els protocols, molt centrats en la patologia i els aspectes negatius de la violència.	(24)
Recomanacions per a la realització de l'entrevista clínica	Llista de recomanacions per a realitzar una entrevista clínica amb dones en situació de violència. S'inclouen aspectes com ara: maneres d'abordar la qüestió, com acollir el relat de la dona, actituds i comportaments desitjables en els i les professionals, accions i actituds que faciliten el procés d'identificació per part de la dona, o aspectes contextuals a tenir en compte, entre d'altres.	(4, 12, 14, 15, 19, 22, 103-106)

Models de preguntes	Llistes de preguntes a realitzar per a fer un cribratge universal, per a aplicar en cas de sospita de violència, per a explorar una situació o per a avaluar diferents aspectes identificats durant el procés d'atenció a la dona.	(4, 11-16, 19, 22, 46)
Valoració biopsicosocial (BPS)	Llistes d'aspectes a incloure en la valoració BPS, o bé formularis per a fer una exploració BPS completa.	(4,105)
Valoració de la situació de violència	Llistes d'aspectes a explorar per tal de valorar la situació de violència: esquema dels tipus de violència, llistes de preguntes a realitzar per a fer la valoració, o bé formularis a emplenar per tal d'explorar i registrar la situació de violència.	(4, 15, 16, 103-105)
Valoració de la seguretat i el risc	Llistes d'aspectes a tenir en compte per a valorar el risc i la seguretat de la dona: indicadors de risc greu, indicadors de perill extrem, indicadors de situació de crisi, entre d'altres.	(12, 14-16, 22, 103, 104)
Fases del procés de canvi	Descripció de les fases del procés de canvi, en la majoria de protocols d'acord amb el model Prochaska i DiClemente. També s'inclouen taules resum de les accions professionals més adequades segons les fases de canvi, entre d'altres.	(4, 11, 22, 105)

Connexió i continuïtat de la detecció amb el procés global d'intervenció

La violència masclista té conseqüències importants en la salut de les dones, i, per tant, el sistema de salut té un paper rellevant en la prevenció, l'acompanyament en el procés d'identificació, la detecció professional i l'atenció integral. Tot i així, és necessari emmarcar el problema de la violència masclista en el context social i, en conseqüència, reconèixer que cap col·lectiu professional pot abordar la violència masclista de forma aïllada. En aquest sentit, el sistema sanitari necessàriament haurà de coordinar-se dins i fora de les seves institucions o serveis (8, 9, 11).

La distinció entre abordatge de les violències masclistes i atenció a les dones en situació de violència posa de manifest la qüestió estructural i social. En el Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut violència masclista i la dels seus fills i filles, l'abordatge de la violència masclista es defineix com «el conjunt d'accions que tenen com a objectiu erradicar-la com a mediació possible de les relacions humanes» (7) i es conceptualitza com una dimensió estratègica imprescindible. Aquesta dimensió té com a finalitat transformar els sistemes de creences patriarcals que legitimen i sostenen la violència masclista, i, per tant, hauria d'estar present de manera transversal a tots els processos d'atenció (7). En coherència, el procés de detecció ha de garantir una atenció adequada i alhora vincular-se a aquesta transformació, per exemple, incorporant eines per a la reflexió i la modificació dels sistemes de creences que generen, sostenen i perpetuen la violència que es vol detectar.

Des del reconeixement de la detecció com a part d'un procés més global i integral, caldrà establir mecanismes de continuïtat per a connectar la detecció amb el conjunt del circuit d'atenció i recuperació integral. Tot i que és un tema poc abordat a la literatura científica analitzada, alguns estudis conclouen que s'observen taxes de detecció més altes en els sistemes o institucions de salut que compten amb suport institucional i que la detecció es fa a diferents nivells assistencials. En aquestes circumstàncies semblaria que els protocols són més efectius i que les derivacions a unitats específiques són més ràpides (61). D'altra banda, la falta de coordinació entre les institucions implicades és una de les principals dificultats reportades en relació amb la detecció i l'atenció de les violències masclistes (62).

Tant el protocol estatal com la gran majoria dels protocols sanitaris i de coordinació intersectorials autonòmics consideren la coordinació intradepartamental i interdepartamental com un aspecte central en l'abordatge de les violències masclistes. Molts d'aquests

documents descriuen circuits de coordinació (amb major o menor grau d'especificitat) en funció de l'àmbit (educatiu, sanitat, policial, judicial, serveis socials) i de la situació de la dona (sospita, confirmació, perill extrem o no, etc.).

En l'àmbit dels serveis de salut, els principals elements de coordinació identificats en els protocols autonòmics són els següents:

1. Coordinació entre atenció especialitzada d'urgències i atenció primària, entenent que l'AP donarà continuïtat a les situacions detectades als serveis d'urgència i que els serveis d'urgència poden fer una valoració més adequada d'una situació aguda si disposen i tenen accés a informació ja registrada a la història clínica (4).
2. Coordinació entre medicina familiar i comunitària i pediatria en els equips d'AP, sobretot tenint en compte que els fills i filles es consideren víctimes directes de la situació de violència, poden patir violència vicària, i que a través de les criatures també es pot arribar a detectar una situació de violència (4, 9, 11, 12).
3. Coordinació entre el personal sanitari i social a l'AP, ja que desenvolupen diferents rols que són complementaris (19).
4. Coordinació entre l'AP i els serveis de salut mental, ja que els serveis de salut mental poden ser un àmbit rellevant per a la detecció i alhora poden ser també un servei d'atenció a les dones que pateixen violència (19).

Una altra qüestió rellevant en relació amb la continuïtat del procés d'atenció és la capacitat de resposta del sistema i els recursos (estructurals, materials, humans i formatius) disponibles per a l'abordatge de les violències masclistes. Els resultats de l'avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (5) identifiquen un conjunt de preocupacions i reflexions en relació amb el procés de detecció i la seva continuïtat (6):

1. Els i les professionals desconeixen quin és el seu rol un cop es detecta un cas.
2. Sovint hi ha desconeixement sobre els recursos disponibles per a l'atenció a les dones un cop ja s'ha fet la detecció.
3. Els i les professionals de salut mostren preocupació per la falta de recursos disponibles i per la manca de confiança en la resposta que podrà donar el circuit de violència masclista un cop es detecta un cas.

En relació amb el rol o rols del personal sanitari un cop realitzada la detecció, a la revisió dels protocols autonòmics s'identifiquen un seguit de funcions o rols (4, 11, 14, 15, 19, 22):

1. Acompanyar la dona en la identificació de la situació i en la presa de decisions respecte a la seva situació.
2. Acollir el relat i facilitar l'expressió de sentiments.
3. Fer una valoració completa de la situació, incloent-hi aspectes de salut, seguretat i moment del procés de canvi.
4. Intervenir en els aspectes de salut relacionats amb la violència de forma integral.
5. Derivar la dona a altres serveis, si es requereix o es considera necessari.
6. Coordinar-se amb altres professionals i serveis.
7. Donar orientacions i informació a les dones sobre els seus drets i els recursos disponibles (socials, legals, protecció, etc.).
8. Facilitar informació i eines per a construir un pla de seguretat.
9. Donar suport i acompanyament a la dona si aquesta ho requereix.

En relació amb l'actuació professional, l'Organització Panamericana de la Salut utilitza el concepte de ruta crítica per explicar el paper que pot tenir el personal de salut en la ruptura o finalització d'una situació de violència. Es descriu la ruta crítica com aquell procés que construeixen les dones a partir de les seves decisions i accions. En aquest trajecte hi tenen un paper decisiu les respostes que van rebent, sobretot a partir del moment en què decideixen trencar el silenci i buscar ajuda. Els serveis de salut formen part de les possibles respostes que les dones obtenen quan decideixen trencar amb la situació de violència i, per tant, tenen un paper rellevant en com es construeix aquesta ruta crítica (39).

Registre del procés de detecció i atenció

La detecció d'una situació de violència masclista (o la sospita) per part del personal sanitari planteja tres qüestions clau en relació amb el registre a la història clínica: és important registrar la informació? De quina manera cal fer el registre? Què aporta el registre a la història clínica en relació amb l'abordatge de les violències des dels serveis de salut?

En la literatura científica analitzada, no s'han identificat pràcticament estudis que abordin qüestions tals com de quina manera i per què cal registrar la informació a la història clínica o

en altres sistemes d'informació en salut. Miller et al. recomanen un major desenvolupament dels sistemes d'informació en salut per tal de millorar el procés d'atenció a la violència masclista, i plantegen una recollida i sistematització de la informació més detallada i estandarditzada (107).

D'altra banda, tant les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (47) com el protocol marc estatal (4) insten els serveis de salut a registrar a la història clínica totes les activitats de detecció, valoració i intervenció dutes a terme per part del personal sanitari.

Als diferents protocols i documents autonòmics analitzats s'exposen diferents arguments a favor de registrar a la història clínica (HC) la sospita d'una situació de violència, la confirmació o les actuacions realitzades:

1. Contribueix a fer visible el problema de la violència masclista (19).
2. Contribueix a conceptualitzar la violència masclista com un problema que té un impacte important en la salut de les dones, fills i filles. Registrar-ho a la HC pot implicar una certa assumpció de la responsabilitat del sistema sanitari envers el procés d'atenció (17).
3. Aporta dades per a estimar la prevalença de la violència masclista (19).
4. Facilita un coneixement més detallat dels problemes de salut associats a la violència masclista i, per tant, pot ajudar a orientar les accions professionals de manera més ajustada a les necessitats reals de les dones (22, 28).
5. Possibilita la continuïtat assistencial i una presa de decisions que tinguin en compte la dimensió biopsicosocial de la persona (19).
6. Pot ser una eina de coordinació entre professionals quan la història clínica és compartida entre diferents col·lectius (19).
7. Es considera un dels elements que aporten qualitat al procés d'atenció: facilita la continuïtat, aporta informació rellevant per a futures intervencions, entre d'altres (17).
8. Aporta informació per a futures avaluacions dels resultats i impactes de les intervencions realitzades (17).
9. Possibilita que, en un futur, aquesta informació es pugui utilitzar com a prova en un procediment judicial (9, 11, 12, 17, 22, 49, 50).

Aspectes tècnics del registre a la història clínica

A l'anàlisi dels documents i protocols autonòmics, s'han identificat algunes comunitats autònomes que han incorporat algun tipus de sistema de registre específic i/o eines de suport a la detecció i actuació a la història clínica. En aquestes CA, la integració de la detecció, valoració i intervenció en situacions de violència masclista a la història clínica s'ha fet en diferents graus de concreció i incloent-hi diferents funcionalitats (9, 11, 15, 22, 28), les quals es resumeixen a la taula 3.

Taula 3: Eines incorporades a les històries clíniques.

Tipologia d'eina	Explicació	Referències
Registre d'una sospita o confirmació de violència masclista	Pestanyes o finestres a la història clínica que permeten recollir la sospita o la confirmació d'una situació de violència masclista, episodis de violència específics, entre d'altres.	(11, 22, 28)
Valoració de la situació de violència, del risc per a la dona i de l'etapa de canvi	Pestanyes o finestres de la història clínica que incorporen ítems per valorar el tipus, la intensitat i la duració de la violència. També s'inclouen ítems per valorar la situació de perill extrem i ítems per identificar l'etapa de canvi en què es troba la dona.	(11, 22, 28)
Registre intervencions	Pestanyes o finestres per a reportar les intervencions dutes a terme, amb més o menys sistematització: espais en blanc o bé llistes amb caselles per a marcar les accions realitzades.	(11, 22, 28)
Guia de recursos	Informació sobre recursos del territori integrada a la història clínica, amb possibilitat o no d'imprimir-la.	(11, 22, 28)
Guies clíniques assistencials que es poden consultar des de la història clínica	Guies que resumeixen els aspectes clau per a la detecció, valoració i intervenció en situacions de violència. Estan integrades a la història clínica i es poden consultar durant el procés d'atenció a la dona i donen suport als i les professionals en la presa de decisions.	(11, 28)
<i>Check lists</i>	Llista de tasques que cal dur a terme en un procediment determinat. Especialment rellevant a urgències.	(19)
Eina de gestió del pla de cures d'infermeria	Inclusió de variables clíniques relacionades amb la violència de gènere a l'eina de gestió del pla de cures d'infermeria. El registre pot estar sincronitzat (integrat) amb el registre general. En emplenar algunes caselles, s'activen plans de cura preconfigurats que ajuden a orientar la intervenció.	(19)

Informe de lesions informatitzat	L'informe de lesions s'emplena a partir de la mateixa història clínica o en la mateixa plataforma. L'enviament d'aquest informe pot quedar registrat a la història clínica.	(11, 15, 22)
Informacions integrades a la HC amb versions imprimibles	Informacions relatives a recursos, al pla de seguretat, a estratègies d'autoprotecció, etc. que es visualitzen des de la història clínica i que es poden imprimir per entregar a la dona.	(11, 22)
Generació de cita amb el o la professional de referència	En el cas que la detecció s'hagi dut a terme per una professional que no és la de referència, es pot generar una cita amb la professional de referència a AP.	(19)
Codis per al registre a la història clínica	Llistes de codis CIE per a registrar situacions de violència masclista. Llistes de codis NANDA d'infermeria relacionats amb la violència masclista.	(14, 16, 105)

Confidencialitat dels registres

En relació amb el registre a la història clínica, hi ha tres aspectes clau que cal abordar: la necessitat de revertir el problema de l'infraregistre, de quina manera es poden compartir informacions per donar continuïtat i integritat al llarg del procés d'atenció i la confidencialitat.

La problemàtica de l'infraregistre dels casos i de les actuacions realitzades ha estat identificada en diferents protocols i documents institucionals (avaluacions, línies estratègiques, protocols d'actuació, etc.) i es relaciona amb diferents qüestions: la complexitat de les dades; l'obligació de preservar la confidencialitat; la necessitat d'assegurar la seguretat de la dona, fills i filles; les demandes explícites de les dones per tal que no consti aquesta informació a la història clínica; la falta de temps per a complementar els registres correctament, entre d'altres. En el moment del disseny i la implementació dels procediments de registre vinculats a la detecció, serà necessari abordar totes aquestes qüestions.

La necessitat de coordinació dins i fora dels serveis de salut ha estat abordada en la secció anterior (connexió i continuïtat de la detecció amb el procés d'atenció), però en aquest apartat és rellevant valorar quina informació es comparteix i de quina manera. Definir qui ha de tenir accés als registres de la HC per compartir informació i coordinar-se, i alhora garantir la confidencialitat i la protecció de dades de caràcter personal, és una de les principals dificultats identificades a la literatura.

De fet, qualsevol sistema de registre a la HC haurà de garantir el compliment dels aspectes de confidencialitat al llarg de tot el procés assistencial. Aquesta qüestió planteja una sèrie de preguntes que caldria discutir i consensuar amb totes les persones i institucions implicades:

1. Qui pot tenir accés a les diferents seccions (finestres) de la història clínica que fan referència a les situacions de violència masclista?
2. Quins perfils professionals han de tenir accés complet i/o parcial? Quins criteris s'han d'utilitzar per a determinar l'accés i el tipus d'accés?
3. Com es pot garantir que en la documentació que es generi sobre la dona no es vulnerarà la confidencialitat? Per exemple, com es pot assegurar que no aparegui la situació de violència masclista en documents d'interconsulta o en les peticions de proves.
4. De quina manera s'incorpora i es té en compte la voluntat explícita de la dona en relació amb el registre o no de la situació?

Un altre aspecte relatiu al registre és el debat sobre si és necessari crear un sistema unificat de registre de casos que permeti sistematitzar i analitzar dades, més enllà de les dades dels serveis judicials i cossos policials. El registre de casos d'un territori pot ser una eina útil perquè facilita el monitoratge de problemes de salut pública, sigui proporcionant dades de prevalença o facilitant avaluacions de resultats i d'impacte de les intervencions dutes a terme. D'aquesta manera, el registre de casos pot facilitar l'avaluació de serveis, centres i equips, i de les relacions que s'estableixen entre ells. En resum, un registre de casos pot ser una eina necessària per a la presa de decisions tant en l'àmbit de la gestió sanitària com en la formulació de programes, plans o polítiques públiques.

En relació amb els registres unificats de casos, l'última avaluació del Circuit Barcelona contra la violència masclista posa de manifest la necessitat de comptar amb un registre unificat i exposa els principals problemes que cal abordar (98):

1. Cada institució té els seus procediments de registre, però no estan ni compartits ni unificats.
2. Els diferents serveis recullen els casos en registres propis del servei, de la institució o del proveïdor que gestiona el servei. I cada agent recull els seus propis ítems, un fet que complica l'anàlisi del conjunt de dades.

3. No hi ha control ni seguiment dels diferents sistemes de registre de casos, per tant, es desconeix en quin grau s'omplen o la precisió en la recollida de dades.

Factors facilitadors i barrera per a la detecció de les violències masclistes

En el disseny del procés de detecció de les violències masclistes, caldrà tenir en compte aquells factors barrera que el personal sanitari identifica com a dificultats o obstacles per a dur a terme tasques de detecció. Tanmateix, també serà necessari considerar aquells factors facilitadors que ajudin a implementar i mantenir actiu el sistema de detecció.

A la literatura científica revisada, s'han identificat un gran nombre d'estudis que han indagat sobre la percepció, actitud i aptituds dels i les professionals de la salut en relació amb la detecció de casos de violència masclista.

En global, els estudis relaten una bona predisposició per part del personal sanitari a desenvolupar tasques de detecció, i també un cert reconeixement que la violència masclista té un impacte negatiu en la salut física, emocional i social de les dones que la pateixen (59, 108, 109). Tot i així, hi ha estudis que evidencien que els procediments de detecció existents s'apliquen poc i que només s'utilitzen quan s'evidencien signes de violència (66, 68, 71, 108, 110, 111), fins i tot en aquells serveis en què la recomanació és aplicar-los de manera rutinària. El conjunt de factors barrera i dificultats detectats a la revisió de la literatura científica es pot agrupar en quatre grans categories:

1. Sensibilització i percepcions dels i les professionals en relació amb la violència masclista.
2. Formació i capacitat del personal sanitari.
3. Limitacions estructurals i institucionals.
4. Dificultats per a personalitzar i adaptar el procés de detecció (i atenció) a les singularitats i especificitats de cada una de les dones que pateixen violència.

El grau de sensibilització dels i les professionals en relació amb la violència masclista és un dels factors que més influeixen en el procés de detecció. La falta de sensibilització o determinades percepcions i creences poden representar un factor barrera quan contribueixen a invisibilitzar o naturalitzar la violència. Algunes de les percepcions que més freqüentment s'identifiquen a la literatura consultada són: la incomoditat que genera abordar la temàtica,

la sensació d'invasió de la privadesa de la dona, la por a ofendre-la i la preocupació per la seguretat de la dona o per la pròpia (67, 68, 109).

La formació específica i la capacitat del personal sanitari s'identifica com una de les principals problemàtiques a l'hora d'implementar programes de detecció i d'atenció de les violències masclistes. El nivell de coneixements autoreportat pels i les professionals en alguns estudis es classifica com a bàsic o amb deficiències, i la majoria reconeixen que necessiten formació en aquest àmbit (66, 70, 71, 109). Segons la literatura consultada, la majoria de formacions sobre violència masclista que rep el personal sanitari són puntuals i breus, amb una durada d'entre una i tres hores, i la majoria no han estat avaluades en termes d'efectivitat (112). Tenint en compte les mancances en l'àmbit formatiu, els estudis recomanen que s'ofereixi una formació més formal i continuada sobre violències masclistes que inclogui tant aspectes teòrics com pràctics vinculats als procediments de detecció (69, 72). En aquesta línia, alguns estudis conclouen que el personal sanitari és més capaç de donar resposta quan ha rebut formació específica en violències (73). Així mateix, estudis com el de Hegarty et al. assenyalen la necessitat de formació en l'àmbit concret de valoració del risc i la seguretat de les dones i les seves criatures i, sobretot, en les tècniques que permetin proporcionar assessorament i suport adequats (63).

Amb referència als factors institucionals i contextuals que actuen com a barrera en el procés de detecció, la pressió assistencial i la manca de temps són aspectes destacats en la literatura analitzada (70, 113). També es menciona la falta de connectivitat i de comunicació efectiva entre els diferents serveis com un factor limitant a l'hora d'iniciar processos de detecció (110).

Finalment, hi ha tota una sèrie de dificultats relacionades amb la capacitat dels i les professionals per a personalitzar el procés de detecció (i atenció) a les singularitats i especificitats de cada una de les dones que pateixen violència. La falta de consideració dels diferents eixos de desigualtat (tipus cultural, ètnic, socioeconòmic, entre d'altres) genera biaixos en les actuacions i dificulta el procés de detecció. La complexitat i les dificultats implícites en la identificació i la interpretació dels diferents signes i símptomes físics (debilitat, contractures, dolor muscular), emocionals (por, vergonya, culpa) i socials (aïllament, dependència econòmica) que presenten les dones en situació de violència també representen una dificultat afegida en el procés de detecció (59, 79, 111, 113).

En la revisió del protocol estatal i dels documents autonòmics, també s'han identificat una sèrie de factors barrera per a la detecció de les violències masclistes:

1. Mites, estereotips i creences entorn de la violència masclista que contribueixen a la invisibilitat del problema i en minimitzen l'impacte, legitimen i naturalitzen la violència, i en culpabilitzen les dones (9, 14, 20, 35).
2. Falta de sensibilitat en relació amb la violència masclista per part del personal sanitari (6).
3. Violència institucional i simbòlica present als serveis de salut (7, 35).
4. Limitació de temps, ja que es requereix temps per a poder abordar la problemàtica amb la tranquil·litat i la complexitat que requereix. Els i les professionals relaten que els falta temps per a aplicar correctament els qüestionaris i per a fer les preguntes pertinents. La utilització d'indicadors de detecció també requereix haver generat prèviament una relació de confiança, i això requereix temps per parlar amb la dona, per abordar temes complexos que generen impacte emocional, etc. I sovint el temps destinat a cada visita no permet dur a terme totes aquestes tasques (6, 12, 16, 35).
5. Limitacions estructurals relatives al fet que els espais no sempre proporcionen suficient intimitat per a garantir la confidencialitat i generar un ambient que la dona percebi com a segur (114, 115).
6. Falta de continuïtat amb la persona de referència, ja que la rotació dels i les professionals comporta que no sempre sigui la professional de referència qui atén la dona. Això no facilita establir vincle o garantir la continuïtat assistencial (6, 15).
7. Falta d'eines adequades, ja que els indicadors disponibles no són suficients per a detectar la diversitat de situacions de violència masclista que arriben a les consultes d'AP (6, 16).
8. No identificació ni consciència per part del personal sanitari del seu rol en la detecció i l'atenció a les violències masclistes (6).
9. Falta de capacició, ja que allò que no es coneix no es pot detectar (4, 6, 11, 16, 35). Principalment relacionada amb el desconeixement sobre els diferents tipus de violència i com detectar-la; la falta de coneixements sobre els models teòrics relatius a com es generen, mantenen, agreugen i progressen les situacions de violència masclista, i la falta d'habilitats en la utilització dels indicadors de detecció, en quin moment aplicar-los, com

introduir-los en la relació, què fer amb els resultats, com prosseguir un cop detectat un cas, etc.

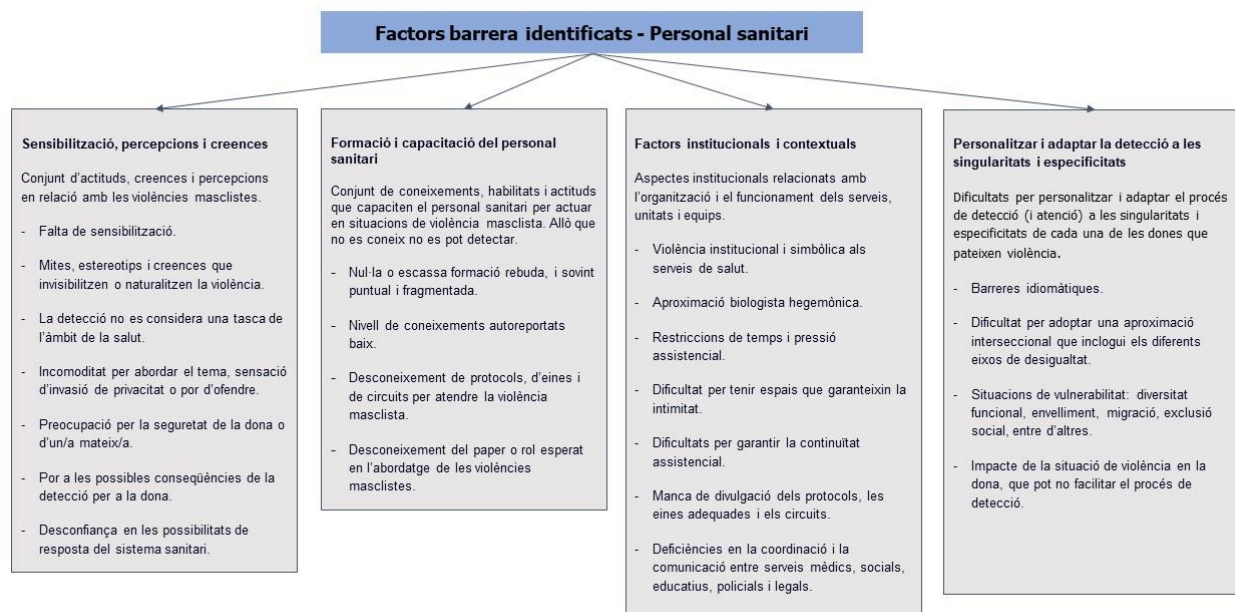
10. Mirada biològica o biomèdica que implica una aproximació centrada en l'esfera biològica, que sovint medicalitza el patiment de les dones i no arriba a aprofundir en les causes dels símptomes i signes que presenten (35).
11. Dificultats que sorgeixen un cop detectat un cas, ja que sovint es desconeix com cal actuar i quin és el rol que s'espera del o la professional, així com la desconfiança en les possibilitats de resposta del sistema sanitari i del circuit d'atenció (6).
12. Por o incertesa (del personal sanitari) en relació amb les conseqüències que la detecció pot tenir sobre les dones que pateixen violència. O incertesa del professional sobre l'impacte de les seves accions en la situació que viu la dona (6, 22).
13. Dificultats dels i les professionals per a gestionar la situació de les dones que pateixen violència: les conseqüències físiques, psicològiques i socials del maltractament, que condicionen i compliquen el procés d'identificació per part de la dona i també la detecció per part del o la professional (14, 35, 37, 114).
14. Situacions que poden afegir vulnerabilitat i que poden dificultar el procés de detecció: diversitat funcional, envelliment, migració, exclusió social, entre d'altres (14, 34, 114).
15. Dificultats associades al fet que l'agressor sigui una persona coneguda i atesa per la mateixa professional (20).

En relació amb els factors facilitadors del cribratge de les violències masclistes, cal destacar, en primer lloc, les poques referències identificades tant en la literatura científica com en els protocols revisats. Aquest fet posa de manifest una tendència a analitzar els problemes de salut des d'una mirada negativa, obviat aquells factors que poden contribuir a la resolució de la situació. Tot i així, en la revisió dels diferents protocols autonòmics, s'han identificat alguns factors facilitadors, que principalment fan referència a la reversió d'alguns dels factors barrera identificats:

1. Formar el personal sanitari en perspectiva de gènere, en aproximació biopsicosocial i en violències masclistes (4, 11, 14).
2. Capacitar el personal sanitari per reconèixer situacions de violència, utilitzar les eines de detecció i valoració, dissenyar intervencions, gestionar l'impacte emocional, així com qüestionar-se i reflexionar sobre les seves pràctiques (19).

3. Potenciar l'autocura dels i les professionals que atenen situacions de violències masclistes per a minimitzar l'impacte que pot representar l'atenció d'aquest tipus de situacions (11, 12, 22).
4. Tenir en compte els aspectes contextuais i organitzacionals que faciliten una detecció i una atenció respectuoses amb la dona: intimitat, no interrupcions, temps per a fer una escolta activa (35).
5. Una actitud professional que faci explícit el rebuig envers la violència i que aculli sense qüestionar ni jutjar el relat de la dona (39).
6. La formulació de preguntes per part dels i les professionals de forma clara i oberta, amb tacte i respecte per la situació de la dona. Inclou reconèixer i respectar els tempos que marca la dona en relació amb el seu procés d'identificació (35).
7. Un comportament per part del personal sanitari que no mimetitzi la conducta de l'agressor: qüestionar la dona perquè no abandona la relació, donar ordres assumint que la dona no pren decisions, vigilar i preguntar tot allò que fa o deixa de fer, provocar-la perquè reaccionï (37).

Figura 1: Resum dels factors barrera identificats en la revisió bibliogràfica de l'evidència publicada i els protocols sanitaris.



Aspectes ètics i legals

L'abordatge de les violències masclistes des dels serveis de salut tot sovint comporta un conjunt de reflexions i dilemes ètics en el personal sanitari, ja sigui en el moment de la detecció com al llarg de tot el procés d'atenció. Així mateix, les situacions de violència masclista constitueixen un delictes, i, per tant, poden tenir associades accions legals i jurídiques. En aquest cas, els i les professionals poden ser part implicada (19).

En relació amb les qüestions ètiques, cal tenir present que tot professional sanitari té l'obligació de garantir els quatre principis ètics (11, 15):

- Principi de no maleficència, que està relacionat amb la indicació de no fer mal, evitar perjudicis i minimitzar els danys.
- Principi de justícia, que fa referència a la necessitat d'atendre totes les persones amb igual consideració i respecte.
- Principi de beneficència, que implica vetllar per la vida i la salut, i procurar el major benefici possible per a la persona atesa.

- Principi d'autonomia, és a dir, respectar i tenir en compte els valors de la persona, el lliure desenvolupament de la seva personalitat i el seu projecte de vida.

Des del punt de vista legal, i segons el marc interpretatiu que es presenta en el Protocolo común, la Llei 1/2004 i la Llei d'enjudiciament criminal espanyola estableixen que «el personal sanitari té l'obligació legal de posar en coneixement de l'autoritat judicial la possible existència d'un fet delictiu» (4). El mecanisme per fer efectiva aquesta comunicació en els serveis de salut és la remissió d'un informe de lesions al jutjat de guàrdia (4).

En els diferents protocols autonòmics, els dilemes ètics i les recomanacions legals s'aborden a partir d'una sèrie de recomanacions. En alguns protocols, les recomanacions no posen l'èmfasi en l'obligació de denunciar, sinó que es fa una interpretació de la llei i dels principis ètics en què preval l'atenció a la dona i el respecte a les seves decisions. En aquests protocols, es valora que «l'obligació legal de denunciar no és absoluta, però, en canvi, sí que ho és l'obligació legal i moral d'assistir les víctimes i de prevenir la violència» (19). De manera conseqüent amb aquest posicionament, l'emissió de l'informe de lesions està condicionada a la voluntat de la víctima (14, 34).

D'altra banda, hi ha protocols autonòmics que elaboren les recomanacions amb una mirada més centrada en la literalitat de la llei, i fan una interpretació dels principis ètics en què la denúncia es considera com una manera de garantir el principi de beneficència i no maleficència. Aquests protocols autonòmics recomanen emetre l'informe de lesions encara que la víctima manifesti la seva voluntat de no fer-ho, sempre que es tinguin sospites fonamentades (9, 12, 50).

Així mateix, altres autonomies han optat per una posició intermèdia i insten a activar els procediments d'emergència i a emetre l'informe de lesions quan es tingui constància d'una situació de perill extrem (10).

A l'hora d'abordar el disseny del procés de detecció serà important fer explícit el posicionament del Departament de Salut i de les institucions sanitàries per tal de donar orientacions clares sobre quina actuació és l'esperable en cada rol professional. Així mateix, per la naturalesa de la problemàtica, també serà important obrir un debat entorn de la gestió de les qüestions legals i ètiques en els diferents col·lectius professionals. El tema de la denúncia i de la pertinència (o no) d'activar el circuit judicial davant d'una detecció de la situació de violència és una preocupació dels i les professionals de la salut quan atenen una

dona en situació de violència. En aquest punt, també serà molt rellevant tot el treball amb els sistemes de creences i les reflexions que es puguin fer entorn de la reproducció de certes lògiques patriarcal.

Finalment, cal subratllar que l'abordatge de les qüestions ètiques i jurídiques serà imprescindible a l'hora de dissenyar el procés de detecció. En aquest sentit, seran rellevants totes aquelles accions orientades a la reflexió conjunta (professionals, dones, associacions); a clarificar el posicionament institucional amb els i les professionals; a acompanyar i aconsellar el personal sanitari; a trencar la sensació de solitud davant d'aquestes situacions, i a treballar els dubtes i pors que suscita l'atenció de les violències masclistes, i a acollir i clarificar aquells aspectes legals i ètics que comporta l'atenció a víctimes de violència masclista.

Bases per a la construcció del procés de detecció

Recomanacions generals per al disseny del procés de cribratge a partir de la revisió bibliogràfica

Una primera qüestió que emergeix de la revisió bibliogràfica realitzada és la necessitat de pensar el disseny del procés de detecció des d'una mirada que vagi més enllà de la noció de cribratge. La violència masclista és un fenomen complex, de caràcter estructural i de naturalesa multicausal i multidimensional. Per tant, els esforços de detecció han d'incloure una dimensió de transformació dels sistemes de creences que sostenen i legitimen la violència i, en conseqüència, no poden estar únicament centrats en la detecció de símptomes i signes d'emmalaltiment.

Fins al moment actual, la manera més emprada per avaluar els resultats i l'impacte dels processos de detecció o de cribratge ha estat la utilització d'indicadors de mortalitat, incidència i millora del pronòstic. La complexitat del fenomen de la violència requereix estudis que incorporin altres paràmetres com la qualitat de vida de les dones i les seves criatures, el suport i sentir-se acompanyada en un procés que pot durar anys, la potenciació de l'autonomia de les dones que pateixen violència, l'abordatge dels eixos de desigualtat, entre altres factors que són clau a l'hora de determinar l'efectivitat d'un sistema de detecció.

Tant la literatura científica nacional com la internacional defineixen l'atenció primària com un espai adient per a la realització de les tasques de detecció. Aspectes com l'accessibilitat, la continuïtat, la possibilitat d'establir relacions de confiança, entre d'altres, es consideren elements que faciliten el procés d'atenció a les víctimes. Tot i així, cal recordar que hi ha situacions en què els diferents eixos de desigualtat condicionen l'accessibilitat (per exemple, dones migrades amb situació legal no regularitzada), i també la violència institucional que perceben algunes dones de col·lectius amb una elevada càrrega d'estigmatització (dones trans, treballadores sexuals, etc.).

Definir clarament la finalitat del procés de detecció és clau a l'hora de dissenyar-ne l'estratègia i d'establir els procediments associats, ja que necessàriament haurà d'alinear-se de manera coherent amb el model global d'atenció a les violències des dels serveis de salut. La detecció s'ha d'entendre com una etapa d'un trajecte més llarg, més global i més complex que pot durar anys. En aquest sentit, la detecció s'hauria de

concebre com un pas inicial per a la transformació de la realitat de la dona i, en conseqüència, caldria definir-la com un procediment de i per al canvi. Per aquest motiu, és necessari que sigui una eina que s'orienti al benestar de les dones i a la millora de la seva situació de salut, sense deixar de posar en context i visibilitzar el caràcter estructural d'aquests tipus de violències. En aquest sentit, el procés de detecció és també una eina per a la transformació i el benestar col·lectiu, i ha d'incorporar una dimensió estratègica que busqui transformar els sistemes de creences patriarcal que sostenen la violència masclista.

La connectivitat i la connexió de la detecció amb el conjunt de serveis implicats en el procés d'atenció són bàsiques, perquè és el conjunt del procés d'atenció i l'acompanyament allò que atorga sentit a la detecció. No es pot entendre el procés de detecció com un procediment aïllat i amb valor per si mateix, que mimetitzi la idea o creença que el diagnòstic d'una malaltia ja és, per si mateix, un pas per a la curació o la restitució de la salut. En l'abordatge de les violències masclistes, la detecció sense valoració, intervenció i acompanyament és insuficient i pot representar posar en risc la dona.

La violència masclista, definida com a estructural i instrumental, és un fenomen complex amb múltiples ramificacions que requereix un abordatge adaptat a la realitat i a les necessitats de cadascuna de les dones que la pateixen. Adaptar-se a la realitat i a les necessitats de les dones implica passar del «per a» a l'«amb», és a dir, la detecció no s'hauria d'entendre com un procés per a les dones, sinó com una estratègia que s'ha de construir amb elles. Això té implicacions en el disseny, perquè insta a incorporar la seva mirada i les seves expectatives i necessitats a l'hora de planificar i implementar una estratègia d'atenció. Això contrasta amb una de les conclusions de la revisió de literatura duta a terme: el baix nombre d'estudis que exploren o incorporen la mirada de les dones en relació amb el cribratge o la detecció. A la majoria d'estudis, les dones són construïdes com a receptores de la intervenció i no com a part activa de la intervenció professional.

Tot i que no s'ha identificat evidència suficient que recomani la implementació d'estratègies de cribratge universal, la bibliografia revisada recomana adoptar una actitud de vigilància i de cerca activa de les situacions de violència masclista. Tal com s'ha comentat anteriorment, la falta d'evidència científica concloent pot estar relacionada amb una avaluació de l'efectivitat del cribratge a partir d'estàndards

biomèdics que no reconeixen ni incorporen la complexitat del fenomen de la violència masclista. Independentment de la falta o no d'evidència, la idea de vigilància i cerca activa pot esdevenir un contrasentit si tenim en compte que només es pot reconèixer allò que es coneix o allò que es té el temps d'observar. Per tant, la cerca activa només és possible si va acompanyada de temps, recursos materials i capacitat de les persones responsables de la detecció.

En relació amb el col·lectiu professional més adequat per a dur a terme i responsabilitzar-se del procés de detecció, no hi ha un únic posicionament en la literatura revisada. El personal de medicina familiar i comunitària i d'infermeria són els col·lectius més citats a la literatura i als protocols. Tot i que també es fa referència al rol rellevant del treball social d'atenció primària, de llevadores i ginecologia, i dels serveis de salut mental de base comunitària. D'altra banda, alguns protocols autonòmics aposten per un procés de detecció més transversal, basat en una detecció a diferents nivells, serveis i per diferents col·lectius professionals, i amb una derivació posterior a la professional de referència d'atenció primària. La participació de diferents rols professionals en la detecció i atenció posa sobre la taula la necessitat de compartir informació relativa a les dones en situació de violència i a les dificultats que això comporta.

Una altra qüestió rellevant a l'hora de dissenyar el procés de detecció és la definició de què s'inclou i de quina manera es durà a terme. La distinció entre detecció i valoració d'una situació de violència és tènue, perquè és poc coherent pensar en una detecció sense valoració posterior. Per tant, la detecció de situacions de violència masclista anirà associada necessàriament a un acolliment del relat de la dona i a una avaluació del risc i de les característiques de la situació detectada. Desvincular la detecció de la valoració de la situació de violència comportaria una acció de desprotecció del sistema de salut envers les dones.

Al llarg de la revisió de la literatura s'ha identificat un gran nombre d'eines, algunes d'elles estandarditzades i validades, que podrien ser útils si s'operativitzen per a ser utilitzades en el dia a dia dels serveis. Fer-les operatives implica integrar-les en el marc general del model d'atenció a les dones (dotar-les de sentit en el conjunt del procés d'atenció) i evitar-ne la utilització instrumental (utilització mecànica seguint un procediment). Aquesta operativitat, per tant, va vinculada a tasques de sensibilització i

capacitació dels i les professionals en matèria de perspectiva de gènere, aproximació biopsicosocial i violències masclistes.

Per tal de fer operatives les eines i de situar la detecció de les violències en el procés global d'atenció a les dones, el registre a la història clínica és una qüestió central per diferents motius. En primer lloc, perquè fa visible la violència masclista i la reconeix com un problema amb conseqüències en la salut de les dones, fills i filles, i per tant, es registra a la història clínica. En segon lloc, perquè estructura el procés d'atenció que cal que duguin a terme els i les professionals de salut, cosa que afavoreix una mirada global i un abordatge integral per part de tot l'equip de professionals que acompanyen la dona. En tercer lloc, pot permetre una recollida sistemàtica d'informació sobre les situacions de violència que pateixen les dones i les conseqüències en la seva salut. Això facilitaria una millor comprensió i avaluació del fenomen de la violència perquè possibilitaria investigar diferents aspectes de la problemàtica: prevalença, els problemes de salut associats, l'impacte de les intervencions dutes a terme, entre d'altres. Finalment, aquest registre continuat sobre la situació de violència i les seves conseqüències en la salut de la dona pot ser útil per a ella en algun moment del trajecte. Tot i els motius exposats anteriorment, el registre suposa un repte tecnològic i també un esforç per a garantir la protecció de la confidencialitat i del dret a la intimitat de les dones, fills i filles.

Per acabar, en el disseny i implementació del procés de detecció caldrà tenir en compte els factors facilitadors i barrera descrits en la literatura revisada, ja que poden condicionar en gran manera la viabilitat i efectivitat de la detecció. Els principals factors barrera identificats a la revisió bibliogràfica fan referència a la falta de sensibilització, la persistència de creences entorn de la violència masclista, les mancances en la capacitació i formació dels i les professionals, la falta d'espais d'assessorament i acompanyament a les tasques professionals, els aspectes estructurals del context d'atenció (temps, intimitat, etc.) i les dificultats per a personalitzar i adaptar el procés de detecció (i atenció) a les singularitats i especificitats de cada una de les dones que pateixen violència.

La capacitació i la formació del personal sanitari, i el seu acompanyament, requeriran tasques de sensibilització, de formació teòrica en perspectiva de gènere i violències masclistes, de familiarització amb els procediments de detecció, i de coneixement del circuit d'atenció i recuperació integral. Així mateix, és imprescindible que la capacitació

inclogui una formació de tipus vivencial o experiencial per tal de poder treballar la gestió emocional que requereix l'abordatge de les situacions de violència. També és important generar espais per a reflexionar sobre les pràctiques professionals i com aquestes s'han construït en un sistema de salut que també pateix, reproduceix i naturalitza la violència. Finalment, la cura i acompanyament dels i les professionals caldria que anés més enllà de la formació i que procurés espais de diferent índole: sessions d'intercanvi i anàlisi d'experiències, suport i supervisió professional i/o acompanyament psicològic en els casos que se sol·liciti.

Àrees de treball, objectius i accions recomanades per al disseny del procés de cribratge

A partir de la revisió de l'evidència científica i dels models de referència, s'han establert tres grans àrees de treball prioritàries per a dissenyar el procés de detecció de les violències masclistes i la seva posterior implementació. Aquestes àrees són:

1. Sensibilització, formació i capacitació dels diferents col·lectius professionals per a poder dur a terme el procés de detecció en el marc d'una cultura compartida d'abordatge de les violències masclistes al sistema de salut.
2. Incorporació del procés de detecció de les violències masclistes a la història clínica (amb l'objectiu final d'incorporar-hi tot el procés d'atenció).
3. Acompanyament i suport als i les professionals en l'abordatge de les violències masclistes, en tots els aspectes tècnics, metodològics, ètics, jurídics, simbòlics i emocionals que comporta.

Sensibilització, formació i capacitació dels diferents col·lectius professionals

La Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, estableix que cal «assegurar la formació especialitzada, obligatòria i periòdica de tots els col·lectius professionals que intervenen en l'atenció, l'assistència, la protecció, la recuperació i la reparació destinades a les dones que pateixen violència masclista, a llurs fills i filles i a llur entorn familiar i comunitari, i també espais de reciclatge i supervisió». Per tal d'implementar un sistema de detecció que funcioni correctament i en benefici de les dones, fills i filles, caldrà incorporar en el disseny accions de sensibilització i capacitació dels i les professionals.

Sensibilització

En relació amb la sensibilització serà important treballar els imaginaris i sistemes de creences dels i les professionals. Tant en el seu rol professional com en el seu àmbit més personal han estat socialitzats en el si d'una societat patriarcal i, per tant, poden reproduir creences i pràctiques masclistes que contribueixin a la revictimització.

Un aspecte rellevant vinculat al sistema social de creences patriarcal és l'assumpció que és responsabilitat exclusiva de la dona poder resoldre la situació i sortir del context de violència. Per tant, un element clau de la sensibilització serà la desresponsabilització de la dona en relació amb la situació de violència masclista, sempre tenint en compte de no reproduir lògiques que erosionin la seva autonomia.

També serà especialment necessari abordar les creences que dificulten la detecció i l'acompanyament, és a dir, que propicien la normalització i naturalització de la violència. Entre elles, la falsa creença que existeix un perfil de dona més susceptible a patir violència masclista i que sovint invisibilitza tot un col·lectiu i n'estigmatitza d'altres.

Formació i capacitat

En relació amb la formació i la capacitat de professionals, hi ha diferents aspectes que cal considerar: marc conceptual per a l'abordatge de les violències masclistes, metodologies i processos d'intervenció, eines i tècniques d'actuació, abordatge interseccional i habilitats transversals per a la pràctica professional en casos de violència masclista.

La formació relativa al marc conceptual per a l'abordatge de les violències masclistes es recomana que inclogui aspectes tals com: 1) perspectiva de gènere en salut, 2) conceptualització de la violència (definicions, tipologies, models explicatius), 3) marc regulador o normatiu, 4) estructura i organització de la xarxa d'atenció (agents i rols professionals implicats, serveis i institucions que fan provisió de serveis, etc.) i 5) impacte de la violència masclista en la salut de les dones, fills i filles.

En relació amb els processos i metodologies, serà important la capacitat per a dur a terme intervencions des dels mateixos dels serveis de salut (detecció, valoració i intervenció), però també serà important conèixer i entendre les lògiques i els procediments d'intervenció d'altres serveis i unitats de la xarxa integral d'atenció i recuperació (ICD, SIAD, serveis socials bàsics i especialitzats, sistema educatiu, sistema judicial i cossos de seguretat).

D'altra banda, la formació en eines i tècniques d'intervenció en violència masclista caldria que incorporés aspectes tals com: acolliment de la situació de violència,

acompanyament, comunicació entre el/la professional i la dona, gestió de casos, treball en xarxa o intervenció amb els homes agressors.

La comprensió i la capacitat per a treballar des d'un abordatge interseccional són necessàries per garantir una atenció justa i adequada a totes les dones, però també ho és per poder abordar la violència des de la singularitat de cada una de les situacions vitals que viuen les dones que pateixen aquest tipus de violència. L'abordatge interseccional propicia una mirada inclusiva que té en compte la interacció de diferents eixos de desigualtat i discriminació: diversitat funcional, dones migrades amb situació legal regularitzada o sense, ruralitat, dones grans, dones víctimes de tràfic de persones, exclusió social, drogodependències, etc.

Finalment, es recomana potenciar i desenvolupar competències transversals en els i les professionals amb l'objectiu de millorar el maneig de les situacions de violència masclista: gestió emocional, pràctica reflexiva, pensament crític, anàlisi de casos, presa de decisions, habilitats interpersonals, etc.

Metodologies adequades per a la formació

Partint d'una aproximació pedagògica constructivista i basada en el desenvolupament competencial, en el disseny dels programes formatius caldrà tenir en compte i incloure els diferents nivells de la piràmide de Miller: 1) saber (coneixements sobre el tema), 2) saber com fer (com aplicar els coneixements a casos concrets), 3) demostrar com fer (actuar en ambients simulats) i 4) fer (transferència a la pràctica professional).

En conseqüència, a continuació es presenten una sèrie de recomanacions que cal considerar a l'hora de dissenyar els plans formatius:

1. Cal que la formació parteixi dels propis coneixements i capacitats de les persones (àrea desenvolupament pròxim) i que permeti millorar el seu nivell de desenvolupament competencial de partida.
2. La capacitat no es pot basar únicament en aspectes teòrics (saber), sinó que requereix espais i metodologies per a reflexionar sobre com s'han d'aplicar aquests coneixements (saber com fer) i per a posar en pràctica els coneixements i habilitats en situacions simulades o teatralitzades (demostrar com fer).

3. Cal que es faci un acompanyament als i les professionals per tal de facilitar la transferència dels aprenentatges al seu treball quotidià (fer).
4. La capacitació hauria d'incloure una part vivencial o experiencial que permeti treballar els aspectes emocionals i les competències transversals, ja que aquestes qüestions tenen un impacte en la competència real del o la professional a l'hora d'abordar les situacions de violència masclista.

Finalment, la formació no s'hauria d'entendre com un aspecte de responsabilitat individual, sinó des d'una lògica organitzativa i estructural en la creació d'equips. Per tant, caldria passar de la voluntarietat de les professionals que volen formar-se en aquest àmbit a una formació sistematitzada i amb uns objectius i continguts clars i comuns.

Incorporació del procés de detecció de les violències masclistes a la història clínica

La incorporació del procés de detecció de les violències masclistes a la història clínica es concep com un primer pas per a la incorporació de tot el procés d'atenció (detecció, valoració i intervenció) al sistema de registre més central i compartit dels serveis de salut: la història clínica.

A l'atenció primària, la història clínica (HC) és una eina de treball imprescindible i d'ús quotidià, ja que s'hi consulta i es registra tota la informació referent al procés de salut/malaltia de la persona atesa. Segons la categoria i el rol professional del o la professional, es tindrà accés a diferents espais o entrades, i s'estarà autoritzat a l'edició o simplement a la consulta d'informació necessària per al procés d'atenció clínica.

A partir de les conclusions d'aquest document, per tal d'integrar el procés de detecció a la història clínica, es proposen quatre línies de treball:

1. Línia de treball (LT) tecnològica
2. Línia de treball (LT) de continguts
3. Línia de treball (LT) d'aspectes ètics i legals
4. Línia de treball (LT) de connectivitat amb la xarxa d'atenció

La LT tecnològica fa referència a la comprensió i la definició dels aspectes tecnològics implicats tant en el funcionament de la HC com en la integració de nous elements o

continguts. Aquesta línia de treball inclou: 1) definició del funcionament de la interfase i de la plataforma de la HC, 2) definició del funcionament i ús quotidià de la HC des de la perspectiva de les persones usuàries (professionals), 3) exploració del grau d'integració de la HC entre proveïdors i nivells assistencials, 4) definició del nivell d'interconnexió entre els diferents processos inclosos a la HC i 5) definició del funcionament del sistema de permisos d'accés a les diferents parts de la HC.

La LT de continguts inclou la descripció i l'elaboració de tots els elements i procediments que s'haurien d'incorporar a la HC per a donar suport a la detecció i la valoració. Concretament fa referència a: 1) ítems o aspectes que cal incloure a la història clínica (entrades), 2) eines integrades dins de la HC orientades a la detecció o valoració (p. e., l'escala RVD-BCN per a la valoració del risc), 3) codis consensuats per a registrar situacions de violència masclista a la HC, 4) procediments incorporats a la HC (cita amb un altre professional, emissió de l'informe de lesions, consulta de recursos, impressió d'informació relativa a la seguretat o a la xarxa d'atenció, 5) notes o etiquetes informatives relatives als ítems inclosos a la HC, 6) guies de pràctica clínica i/o protocols que recullin els procediments que cal realitzar i siguin consultables a través de la HC i 7) circuit de navegació pels diferents ítems.

Un aspecte imprescindible a tenir en compte, és la necessitat de vincular els procediments de detecció, valoració i intervenció. Malgrat que aquest document focalitza en el procés de detecció i valoració, és imprescindible que el registre de la intervenció també s'incorpori a la història clínica.

Per a un correcte maneig de tots els aspectes inclosos a la HC i del mateix procés de detecció, valoració i intervenció, serà imprescindible la sensibilització i la capacització dels diferents col·lectius professionals que la utilitzaran. D'altra banda, els i les professionals també necessitaran suport i acompanyament per a la gestió quotidiana de l'abordatge de les violències masclistes. En cap cas es considera que la disponibilitat del procediment de registre a la HC resolgui el repte que suposa per als i les professionals de salut l'abordatge de les violències masclistes.

En relació amb la LT d'aspectes ètics i legals, hi ha un conjunt de debats i reflexions que no poden obviar-se en el disseny del procés de detecció. Alguns dels aspectes a debat són: 1) ús d'etiquetes diagnòstiques i la seva contribució (o no) a l'estigmatització de les dones que pateixen violència masclista, 2) ús i confidencialitat

de les dades registrades a la HC, 3) garantia dels principis ètics (beneficència, maleficència, justícia i autonomia) en el procés de detecció i atenció i 4) aspectes legals relacionats amb les actuacions professionals en els casos de violència masclista.

En la revisió realitzada s'han detectat diferents factors que explicarien l'infraregistre dels casos de violència masclista a la HC, entre els quals destaquen: la por o la preocupació per estigmatitzar les dones, la influència de les creences a l'hora de validar el relat de la dona (la dona refereix que...) i la incertesa sobre les conseqüències (per al professional o la dona) de l'acció de registrar a la HC la situació de violència.

La preocupació per a garantir la confidencialitat de les dades està relacionada tant amb el mateix fet de registrar com amb l'accessibilitat i els permisos a les dades registrades. La confidencialitat de les dades cal que es garanteixi i, alhora, el registre hauria de permetre compartir informació per a donar una resposta més integrada des del sistema de salut. En concret, l'accessibilitat a les dades pels diferents agents implicats facilita la continuïtat i la coordinació del procés d'atenció, alhora que pot significar comprometre el dret a la intimitat de les dones. Així mateix, hi ha d'altres qüestions que no són menors, com ara l'eliminació de qualsevol referència a la situació de violència en els documents que es generin (interconsulta, petició de proves) o en el portal de La Meva Salut.

D'altra banda, els aspectes legals són una font de preocupació per als i les professionals, especialment les qüestions relatives a: 1) la manca de coneixements sobre els aspectes legals i els processos judicials relatius a la violència masclista, 2) la indefinició o la manca de consciència sobre el rol dels professionals de la salut en els processos judicials, 3) la percepció d'inseguretat que genera l'emissió d'informes nominatius (amb el nom dels o les professionals) en els comunicats judicials i 4) la falta de suport institucional en qüestions legals (formació, assessorament, suport en el moment del judici, etc.).

Tot aquest seguit de dilemes ètics i d'aspectes legals i jurídics generen resistències entre els diferents col·lectius professionals pel que fa al registre. Així mateix, són també qüestions que requereixen un posicionament de les institucions i un debat obert entre els diferents agents implicats.

Finalment, la LT de connectivitat amb la xarxa d'atenció està relacionada amb les altres tres línies de treball, però per la seva rellevància se li ha atorgat entitat pròpia. La connectivitat fa referència a la coordinació dins dels mateixos equips d'AP, entre serveis de salut (proveïdors i nivells assistencials) i entre els diferents agents i serveis de la xarxa d'atenció i recuperació integral. Més enllà de les possibilitats (o no) de compartir totalment o parcialment la història clínica, cal pensar en circuits de comunicació entre els diferents agents que intervenen en l'abordatge de la violència masclista. Aquests circuits de comunicació podrien ser activats de diferents maneres des de la història clínica, per exemple, a través d'un cercador de recursos o a través de directoris de professionals de referència. D'altra banda, també serà necessari incorporar la connectivitat amb la dona i les seves xarxes informals de cura.

Tot i que l'atenció primària és un escenari adequat per a la detecció de la violència masclista i l'acompanyament dels processos d'emmalaltiment associats, la detecció i la valoració des dels serveis d'AP s'ha de vincular a la xarxa de recursos i professionals (de salut o no) que hi intervenen. Així mateix, tal com s'ha exposat anteriorment, la detecció no s'hauria de concebre com un procés per a la dona, sinó com una construcció conjunta amb ella. Per tant, la connectivitat en relació amb la dona fa referència a com s'inclouen les seves necessitats i les seves xarxes informals de cura en l'àmbit familiar, social i comunitari en el procés d'atenció i recuperació. Això requereix que aquests aspectes també tinguin presència a la història clínica, perquè simbòlicament li atorga el valor que té i alhora reconeix aquestes xarxes com actius en salut que contribueixen a la recuperació.

Taula resum dels aspectes que cal treballar, objectius, accions i resultats de cada línia de treball:

<i>LT</i>	<i>Aspectes que cal considerar</i>	<i>Accions</i>	<i>Productes resultants</i>
LT tecnològica	1. Funcionament de la història clínica (HC) 2. Ús quotidià de la HC des de la perspectiva de les persones usuàries 3. Nivells d'integració de la HC entre proveïdors i nivells assistencials 4. Interconnexió entre diferents processos inclosos a la HC 5. Permisos d'accés a diferents parts de la HC	1. Descriure el funcionament de la història clínica des del punt de vista tecnològic. 2. Definir potencialitats i limitacions del funcionament de la HC. 3. Descriure l'ús quotidià de la HC per part dels professionals. 4. Identificar factors facilitadors i dificultats respecte a l'ús quotidià: tant en l'ús dels aspectes presents com en la incorporació de novetats. 5. Definir de quina manera (o no) un procés assistencial inclòs a la HC interacciona amb d'altres també inclosos. 6. Descriure el sistema de permisos a la HC: accessibilitat i possibilitats de limitar determinats accessos.	Informe o document sobre els aspectes tecnològics relatius a la incorporació de la detecció de les violències masclistes. Ha d'incloure: - arquitectura (organització dels diferents ítems i navegació) - funcionalitats - accessibilitat i permisos - limitacions - recomanacions
LT de contingut	1. Ítems que cal incloure 2. Eines de detecció i/o valoració 3. Codis 4. Procediments 5. Notes o etiquetes informatives 6. Guies de pràctica clínica 7. Circuit de navegació	1. Consensuar i definir els ítems que cal incloure a la HC (entrades). 2. Consensuar, escollir i adaptar (si escau) les eines que s'han d'integrar a la HC per a la detecció o valoració. 3. Identificar, consensuar i definir els codis a utilitzar. 4. Identificar els procediments que cal incorporar a la HC. 5. Definir el procediment i la documentació associada. 6. Identificar els ítems que requereixen nota informativa. 7. Elaborar les notes informatives. 8. Redactar les guies de pràctica clínica i/o protocols que seran consultats a través de la HC. 9. Definir i descriure el circuit de navegació pels diferents ítems.	Document o informe amb la definició d'ítems, eines, codis, procediments, elements informatius i circuit de navegació. Guies de pràctica clínica o protocols. Documentació associada als procediments.

LT ètica-legal	- Ús d'etiquetes diagnòstiques i estigmatització - Confidencialitat de les dades - Garantia dels principis ètics - Aspectes legals i judicials	- Crear espais de treball i debat entorn de l'ètica i la cura en l'abordatge de les violències masclistes: estigmatització, principis ètics i legals, etc. - Analitzar, discutir i consensuar aspectes relatius a la confidencialitat de les dades. - Definir qui i per què ha de tenir accés a les dades. - Definir en quins procediments, documents administratius i plataformes cal excloure la informació sobre la situació de violència masclista. - Definir el conjunt de coneixements legals que qualsevol professional sanitari necessitaria adquirir. - Definir el rol de cada col·lectiu professional en un procediment judicial. - Definir i fer operatiu el procediment d'informes i denúncies corporatives. - Definir els recursos necessaris per donar suport institucional als i les professionals implicades en processos judicials.	Document de consens sobre aspectes ètics que inclogui el posicionament del Departament de Salut. Document guia sobre la confidencialitat de dades i accessibilitat. Llista de coneixements legals que cal incloure en el pla de formació. Document relatiu a la implementació de la denúncia corporativa. Document relatiu als recursos i estructures per a donar suport legal abans i durant els processos judicials
LT connectivitat	- Connectivitat en els equips de salut - Connectivitat entre els diferents serveis de salut - Connectivitat amb la xarxa d'atenció i recuperació integral - Connectivitat amb la dona i les seves xarxes informals de cura	- Descriure i sistematitzar les necessitats de connectivitat dins dels equips i entre els diferents serveis de salut. - Identificar els procediments i les eines que poden fer efectiva la connectivitat dins dels equips i entre els diferents serveis de salut. - Descriure i sistematitzar les necessitats de connectivitat entre els diferents agents de la xarxa d'atenció i recuperació integral. - Identificar els procediments i les eines que poden fer efectiva la connectivitat entre els diferents agents de la xarxa d'atenció i recuperació integral. - Descriure i sistematitzar les necessitats de connectivitat amb les dones i les seves xarxes informals de cura. - Identificar els procediments i les eines per fer efectiva la connectivitat amb les dones.	Document amb la descripció de les necessitats de connectivitat, així com procediments i eines per fer-la efectiva, en relació amb: - equips de salut - serveis de salut - agents de la xarxa d'atenció i recuperació integral - dones i xarxes informals de cura

Acompanyament i suport als i les professionals que atenen les dones en situació de violència masclista

En el mateix sentit que planteja el Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles (7), «els professionals són el nexa necessari entre el sistema sanitari i les dones en situació de violència masclista i les seves criatures. Posar-les al centre dels projectes, els protocols i els recursos són imprescindibles per garantir-los seguretat, confortabilitat, capacitat i efectivitat».

Es considera que la cura dels i les professionals de la salut és l'element central per prevenir situacions de patiment emocional i el desbordament professional, així com l'esgotament professional (*burnout*).

Algunes de les estratègies que poden ser d'utilitat per a aquesta cura professional són:

1. Capacitació vivencial i espai d'intercanvi d'experiències.
2. Supervisió, acompanyament psicosocial i assessorament legal als i les professionals.
3. Vinculació amb els equips d'ètica assistencial.

Capacitació vivencial i espai d'intercanvi d'experiències

La creació d'espais d'intercanvi d'experiències i capacitació vivencial ha de permetre experimentar amb les dificultats que suposa la gestió emocional quan es treballa amb situacions de violència. Es concep, per tant, com un espai per a debatre les diferents pràctiques.

El sistema de salut no és aliè a una pràctica professional basada en determinats models de gènere i, per tant, requereix una revisió constant i una reflexió crítica sobre tots aquells aspectes que tenen impacte en la reproducció de lògiques patriarcales. Certs estereotips o representacions socials entorn dels homes i les dones, així com els rols de gènere, poden estar influint en la pràctica professional en un determinat sentit o orientació (poden esbiaixar, ignorar, minimitzar, maximitzar un cert relat, donar-li credibilitat...). Per això, és necessari que hi hagi espais d'intercanvi d'experiències, reflexió i capacitació vivencial que facilitin el debat, la reflexió, la posada en comú, la mirada crítica i/o l'acompanyament per a modificar certes pràctiques. Aquests espais,

en determinats moments, poden facilitar i generar molts interrogants i qüestionaments sobre els mateixos principis o valors que es reproduïen i transmeten com a professionals i com a persones.

Així mateix, els i les professionals cal que siguin conscients de les emocions que els genera atendre una situació de violència masclista i de quina manera la mateixa gestió emocional pot ajudar les persones que pateixen situacions de violència.

Supervisió, acompanyament psicosocial i assessorament legal als i les professionals

Complementant l'estratègia de suport anterior, és important que els i les professionals puguin rebre suport i acompanyament especialitzat. Més enllà del procés de professionalització en l'abordatge de la violència masclista dels professionals de l'àmbit de la salut i de la capacitat emocional que es pugui generar conjuntament amb els companys i companyes de professió, és important poder rebre suport d'altres professionals experts en certs àmbits. La supervisió i el suport d'un professional de la psicologia, del dret, de l'antropologia o del treball social poden facilitar el fet de poder posar les paraules adequades a les situacions que es plantegen en un context assistencial de salut. També poden ajudar a definir quina és la millor estratègia d'intervenció i quins ritmes caldria seguir i respectar en la implementació d'aquesta estratègia. Es proposa abordar les situacions complexes amb un abordatge multidisciplinari que reculli aquesta complexitat, i que els i les professionals de l'àmbit de la salut es puguin acompanyar dels i les professionals que coneixen els conceptes, les teories o la definició determinada d'un problema.

Així mateix, la possibilitat de rebre suport d'altres professionals pot facilitar l'enllaç amb altres serveis que estan treballant en la mateixa situació, i amb els quals, en certa manera, necessàriament s'hauria de produir aquesta coordinació.

Vinculació amb els equips d'ètica assistencial

Per acabar, és important també la vinculació dels equips professionals assistencials amb els equips d'ètica assistencial. La pràctica professional d'atenció a dones en situació de violència masclista pot generar molts dubtes i dilemes ètics en el personal

sanitari, per exemple, en relació amb una possible denuncia legal i/o si cal enviar un informe de lesions al jutjat, o quan cal fer-ho. Qüestions com aquestes, o d'altres que puguin sorgir, s'han de poder protocol·litzar i debatre en el marc dels comitès d'ètica dels serveis assistencials.

El Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS) és un òrgan consultiu, plural i multidisciplinari que recull les consultes que fan els professionals quan tenen conflictes o dilemes ètics en el desenvolupament de la tasca d'atenció a la ciutadania i/o en la pràctica assistencial. Si bé els temes tractats habitualment estan més relacionats amb l'atenció a la cronicitat i el final de la vida, és important i necessari introduir temes de presa de decisions relatius a la voluntat de les persones de seguir (o no) les indicacions professionals en relació amb tractaments o derivacions a altres especialistes.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Council of Europe. Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. [Internet]. 2011 [consultat 1 de desembre de 2021]. Disponible a: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=210>
2. Ministerio de Igualdad, Gobierno de España. Pacto de Estado contra la Violencia de Género. [Internet]. 2017 [consultat 1 de desembre de 2021].
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer 2013-2016. [Internet]. 2013 [consultat 1 de desembre de 2021].
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de genero. [Internet]. 2012 [consultat 1 de desembre de 2021].
5. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. [Internet]. 2009. [consultat 1 de desembre de 2021].
6. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Generalitat de Catalunya. Avaluació del protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Mirades complementàries. [Internet]. 2019. [consultat 1 de desembre de 2021].
7. Departament de salut, Generalitat de Catalunya. Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles. [Internet]. 2021. [consultat 1 de desembre de 2021].

8. Torró C, LLamas C. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2008. 97p. [consultat 1 de desembre de 2021]. Disponible a: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/ProtocoloAndaluzActuSanitaria_VG-1.pdf
9. Muslera E, García ML, González M, Martín D, Bruno J, editors. Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia. [Internet]. Oviedo: Consejería de Sanidad, Gobierno del Principado de Asturias; 2016. 72 p. [consultat 1 de desembre de 2021].
10. Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. [Internet]. 2010. [consultat 1 de desembre de 2021]. Disponible a: <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/escuela-salud/profesionales-sanitarios-educativos/protocolo-actuacion-sanitaria-violencia-mujeres.pdf>
11. Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres [Internet]. 2008. [consultat 1 de desembre de 2021]. Disponible a: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009545.pdf>
12. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Guía de actuaciones ante la violencia de género en el ámbito sociosanitario. [Internet]. 2017. [consultat 1 de desembre de 2021].
13. Instituto Navarro para la Igualdad / Nafarroako Berdintasunareko Institutua. Gobierno de Navarra / Nafarroako Gobernua. Guía para profesionales: Protocolo de actuación conjunta ante la violencia contra las mujeres en Navarra. [Internet]. 2018. [consultat 1 de desembre de 2021]. Disponible a: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/404300/Guiaparaprofesionales2018.pdf>
14. Escribà V, Royo M, Mas R, Fullana A, Moreno MP. Protocol per a l'atenció sanitària de la violència de gènere (PDA). [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; 2009. p. 85. [consultat 1 de desembre de 2021].
15. Instituto Canario de Igualdad. Gobierno de Canarias. Guía para la atención a mujeres

víctimas de violencia de género [Internet]. 2011. [consultat 1 de desembre de 2021].

16. Servicio Cántabro de Salud, Consejería de Sanidad y Servicios sociales, Gobierno de Cantabria Violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. [Internet]. 2005. [consultat 1 de desembre de 2021].
17. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. Guía Clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. 2019. [consultat 1 de desembre de 2021]. Disponible a: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero.ficheros/958126-Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2019.pdf>
18. Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Sanidad, Gobierno de Castilla-La Mancha. Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos. 2005. [consultat 1 de desembre de 2021].
19. Osakidetza. Eusko Jaurlaritza. Gobierno Vasco. Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi [Internet]. 2019. [consultat 1 de desembre de 2021]
20. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad i Dependencia. Junta de Extremadura. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. [Internet]. 2016. [consultat 1 de desembre de 2021]. Disponible a: <http://sosvics.eintegra.es/Documentacion/01-Medico/01-02-Protocolos/01-02-020-ES.pdf>
21. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. Violencia de genero. Procedimiento de intervención en salud. [Internet]. 2016. [consultat 1 de desembre de 2021].
22. Direcció General de Salut Pública i Participació, Conselleria Salut, Govern de les Illes Balears. Protocol d' actuació sanitària davant la violència masclista a les Illes Balears. [Internet]. 2017. [consultat 1 de desembre de 2021]. Disponible a: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI234056&id=234056>

23. Generalitat Valenciana. Acuerdo Interinstitucional por el que se aprueba el Protocolo para la coordinación de las actuaciones en materia violencia de género en la Comunitat Valenciana. [Internet]. 2014. [consultat 1 de desembre de 2021].
24. Institut Balear de la Dona. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Govern de les Illes Balears. Protocol interinstitucional de detecció, prevenció i atenció de la violència masclista i en casos d'atacs sexuals de les illes balears. [Internet]. 2015. [consultat 1 de desembre de 2021]. Disponible a:
<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST205ZI79921&id=79921>
25. Instituto Canario de Igualdad, Gobierno de Canarias. Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma Canaria. [Internet]. 2018. [consultat 2 de desembre de 2021].
26. Consejería de Cultura e Igualdad, Junta de Extremadura. Protocolo interdepartamental para la prevención y erradicación de la violencia de género en extramadura.[Internet]. 2018. [consultat 2 de desembre de 2021]. Disponible a:
<https://ciudadano.gobex.es/documents/1062617/0/Protocolo+Interdepartamental+contra+la+VG+Extremadura.pdf/8177750e-ca93-4b5c-9066-c7b55cdbf27b>
27. Instituto Aragonés de la Mujer, Gobierno de Aragón. Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Aragón. [Internet]. 2018. [consultat 2 de desembre de 2021]. Disponible a:
https://www.aragon.es/documents/20127/674325/protocolo_v5_def.pdf/faf60b97-c1a7-d760-78dc-ba7dd0326566
28. Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades, Junta de Castilla y León. Protocolo marco de actuación profesional para casos de violencia de género en Castilla y León. [Internet]. 2008. [consultat 2 de desembre de 2021].
29. Junta de Castilla-La Mancha. Acuerdo de coordinación institucional y aplicación de los protocolos para la prevención de la violencia de género y atención a las mujeres de Castilla-La Mancha.[Internet]. 2009. [consultat 2 de desembre de 2021].

30. Emakunde Emakumearen Euskal Erakundea - Instituto Vasco de la Mujer, Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. II Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual. [Internet]. 2009. [consultat 2 de desembre de 2021].
31. Observatorio galego da violencia de xéner, Xunda de Galicia. Protocolo de coordinación e cooperación institucional fronte á violencia de xénero. [Internet]. 2018. [consultat 2 de desembre de 2021].
32. Gobierno de La Rioja . Acuerdo interinstitucional para la mejora de la atención a víctimas de maltrato doméstico, violencia de género y agresiones sexuales. [Internet]. 2003. [consultat 2 de desembre de 2021]. Disponible a:
https://www.larioja.org/igualdad/es/violencia-genero/acuerdo/acuerdo-interinstitucional-mejora-atencion-victimas-maltrat.ficheros/1197780-449330_01.pdf
33. Consejería de Presidencia, Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. [Internet]. 2012. [consultat 2 de desembre de 2021].
34. Instituto Navarro para la Igualdad - Nafarroako Berdintasunareko Institutua, Gobierno de Navarra - Nafarroako Gobernua. III Acuerdo Interinstitucional para la coordinación ante la violencia contra las mujeres en Navarra. [Internet]. 2017. [consultat 2 de desembre de 2021]. Disponible a:
<http://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-29-f-es.pdf>
35. Instituto Asturiano de la Mujer, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gobierno del Principado de Asturias. Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género en Atención Primaria. [Internet]. 2011. [consultat 2 de desembre de 2021].
36. Escribá V, Fons J. Guía d'ajuda contra la violència de gènere. Valencia: Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; 2011. p. 66.

37. Instituto Asturiano de la Mujer, Gobierno del Principado de Asturias. Guía para profesionales. Recursos contra la violencia de género. [Internet]. 2015. [consultat 2 de desembre de 2021].
38. Government of the United Kingdom: Criteria for appraising the viability, effectiveness, and appropriateness of a screening programme. [Internet]. London: National Screening Committee; 2015. consultat 3 de desembre de 2021]. Disponible a: <https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/criteria-for-appraising-the-viability-effectiveness-and-appropriateness-of-a-screening-programme>
39. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer. Un tema prioritario [Internet]. 1998. [consultat 3 de desembre de 2021].
40. Velasco S. Sexos, género y salud. 1ª ed. Biblioteca Nueva; 2009.
41. García JM, Torío J, Lea MC, García MC, Aguilera R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. Aten Primaria [Internet]. 2008 [citat 6 Desembre 2021];40(9): 455–61. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13126422>
42. Fernández MC, Herrero S, Cordero JA, Madereuelo JA, González ML, Gutiérrez M, et al. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP). Aten Primaria [Internet]. 2006 [citat 6 Desembre 2021];38(3):168–73.
43. Garcia-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. Med Clin [Internet]. 2011 [citat 6 Desembre 2021]; 137(9):390–7. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-comparacion-cuatro-instrumentos-deteccion-S0025775311006580>. doi: 10.1016/j.medcli.2010.11.038
44. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Jiménez-Martín JM, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish version of the index of spouse abuse. J Women's Heal [Internet]. 2009 [citat 6 Desembre 2021];18(4):499–506. Disponible a: <https://www.liebertpub.com/doi/epdf/10.1089/jwh.2008.0944> doi: 10.1089/jwh.2008.0944

45. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, María González-Barranco J, Ayuso-Martín P, et al. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit* [Internet]. 2006 [citat 6 Desembre 2021];20(3):202–8. Disponible a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-la-violencia-contra-mujer-pareja--articulo-resumen-S0213911106714881>. doi: 10.1157/13088851
46. Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, Gobierno de Canarias Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito domestico. [Internet]. 2003. [consultat 3 de desembre de 2021]. Disponible a: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c193e2c2-ed3f-11dd-958f-c50709d677ea/Violencia_de_Genero.pdf
47. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook. [Internet]. 2017. [consultat 3 de desembre de 2021].
48. González Graell R, Ecurriol Martínez R, Vidal Estruel C, Masià Masià B, Moy Sánchez L. La salut de les dones en situació de violència masclista: mirades amb cura. Identificació de necessitats per a l'abordatge curós de la salut de les dones en situació de violència masclista. [Internet]. 2019. [consultat 3 de desembre de 2021].
49. Borrás Prunedá S, Frías Oncina I, Llamas Martínez MV, Vizúete Rebollo E. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Guía rápida. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 2019. p. 66. [consultat 3 de desembre de 2021]. Disponible a: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaRapidaProtocoloVG.2019.pdf>
50. Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón. Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica en el sistema de salud de Aragón. [Internet]. 2005. [consultat 3 de desembre de 2021].
51. US Preventive Services Task Force: Final Recommendation Statement Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening [Internet]. Rockville (US): Preventive Services Task Force. 2018. [consultat 3 de desembre de 2021].

52. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *Br Med J* [Internet]. 2002 [citat 6 Desembre 2021];325(7359):314–8. Disponible a: <https://www.bmj.com/content/bmj/325/7359/314.full.pdf>. doi: 10.1136/bmj.325.7359.314
53. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [citat 6 Desembre 2021];2015(7).
54. McLennan JD, MacMillan HL. Routine primary care screening for intimate partner violence and other adverse psychosocial exposures: What's the evidence? *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016 [citat 6 Desembre 2021];17(1). Disponible a: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-016-0500-5.pdf>. doi: 10.1186/s12875-016-0500-5. doi:10.1186/s12875-016-0500-5
55. Spangaro JM, Zwi AB, Poulos RG. "Persist. Persist.": A qualitative study of women's decisions to disclose and their perceptions of the impact of routine screening for intimate partner violence. *Psychol Violence* [Internet]. 2011 [citat 6 Desembre 2021];1(2):150–62. Disponible a: <https://psycnet.apa.org/record/2011-06007-006>. doi:10.1037/a0023136
56. Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? *Med Clin* [Internet]. 2006 [citat 6 Desembre 2021];126(3):101–4. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-deteccion-temprana-violencia-compa%C3%B1ero-intimo-sector-sanitario-13083880>. doi:10.1157/13083880
57. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Feder G, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ* [Internet]. 2003 [citat 6 Desembre 2021];327(7416):673–6. Disponible a: <https://www.bmj.com/content/327/7416/673>. doi:10.1136/bmj.327.7416.673
58. Todahl J, Walters E. Universal screening for intimate partner violence: A systematic review. *J Marital Fam Ther* [Internet]. 2011 [citat 6 Desembre 2021];37(3):355-69. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2009.00179.x>. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00179.x
59. Alvarez C, Fedock G, Grace KT, Campbell J. Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors.

- Trauma, Violence, and Abuse [Internet]. 2017 [citat 6 Desembre 2021];18(5):479-95. Disponible a: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838016637080?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. doi:10.1177/1524838016637080
60. Almutairi GD, Alrashidi MR, Almerri AT, Kamel MI, El-Shazly M. How to screen for domestic violence against women in primary health care centers. *Alexandria J Med* [Internet]. 2013 [citat 6 Desembre 2021];49(1):89–94.
 61. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2011 [citat 6 Desembre 2021];72(6):855–66. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953611000323?via%3Dihub> . doi: 10.1016/j.socscimed.2010.12.019
 62. Calvo G, Camacho R. La violencia de género: Evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 [citat 6 Desembre 2021];13(33):424–39. Disponible a: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>
 63. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): A cluster randomised controlled trial. *The Lancet* [Internet]. 2013 [citat 6 Desembre 2021];382(9888):249–58.
 64. Sharpless L, Nguyen C, Singh B, Lin S. Identifying opportunities to improve intimate partner violence screening in a primary care system. *Fam Med* [Internet]. 2018 [citat 6 Desembre 2021];50(9):702–5. Disponible a: <https://journals.stfm.org/familymedicine/2018/october/lin-2018-0175/>. doi:10.22454/FamMed.2018.311843
 65. McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA, Watson K. Secondary prevention of intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Nurs Res* [Internet]. 2006 [citat 6 Desembre 2021];55(1):52–61. Disponible a: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2006/01000/Secondary_Prevention_of_Intimate_Partner_Violence_.7.aspx. doi: 10.1097/00006199-200601000-00007.
 66. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic

- violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2012 [citad 6 Desembre 2021];62(602):647–55. Disponible a: <https://bjgp.org/content/62/602/e647>. doi: 10.3399/bjgp12X654623
67. Valdés CA, García C, Sierra A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2016 [citad 6 Desembre 2021];48(10):623–31. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300385?via%3Dihub>. doi:10.1016/j.aprim.2016.01.003
 68. Sprague S, Madden K, Dosanjh S, Petrison B, Schemitsch EH, Bhandari M. Screening for intimate partner violence in orthopedic patients: A comparison of three screening tools. *J Interpers Violence* [Internet]. 2012 [citad 6 Desembre 2021];27(5):881–98. Disponible a: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260511423246>. doi:10.1177/0886260511423246
 69. LoGiudice JA. Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2015 [citad 6 Desembre 2021];28(1):2–9. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189714000792?via%3Dihub>. doi:10.1016/j.apnr.2014.04.004
 70. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2012 [citad 6 Desembre 2021];86(1):86–99. Disponible a: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/08_original_5.pdf
 71. O'Reilly R, Peters K. Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. *BMC Womens Health* [Internet]. 2018 [citad 6 Desembre 2021];18(1):128. Disponible a: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0620-2#citeas>. doi:10.1186/s12905-018-0620-2
 72. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit* [Internet]. 2017 [citad 6 Desembre 2021];31(5):410–5. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300092?via%3Dihub>. doi:10.1016/j.gaceta.2016.11.008
 73. Murillo P, Sebastián MS, Vives-Cases C, Goicolea I. Factors associated with primary care professionals' readiness to respond to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit*

- [Internet]. 2018 [citat 6 Desembre 2021];32(5):433–8. Disponible a:
<https://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-factores-asociados-respuesta-violencia-del-S0213911117300900>. doi:10.1016/j.gaceta.2017.03.003
74. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence Screening Tools. A Systematic Review. *Am J Prev Med* [Internet]. 2009 [citat 6 Desembre 2021];36(5):439–45.
 75. Escuela Andaluza de Salud Pública, Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y consumo. Catálogo de Instrumentos para Cribado y Frecuencia del Maltrato físico, psicológico y sexual [Internet]. 2006. [consultat 3 de desembre de 2021].
 76. Hudson WW, McIntosh SR. The Assessment of Spouse Abuse: Two Quantifiable Dimensions. *J Marriage Fam* [Internet]. 1981 [citat 6 Desembre 2021];43(4):873. Disponible a: <https://www.jstor.org/stable/351344>. doi:10.2307/351344
 77. Cook SL, Conrad L, Bender M, Kaslow NJ. The Internal Validity of the Index of Spouse Abuse in African American Women. *Violence Vict* [Internet]. 2003 [citat 6 Desembre 2021];18(6):641–57. Disponible a:
<https://connect.springerpub.com/content/sgrvv/18/6/641>.
doi:10.1891/vivi.2003.18.6.641
 78. Escuela Andaluza de Salud Pública. Adaptación Española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. [Internet]. 2006. [consultat 3 de desembre de 2021].
 79. Vogel J. Effective gender-based violence screening tools for use in primary health care settings in Afghanistan and Pakistan: A systematic review. Vol. 19, *Eastern Mediterr Health J* [Internet]. 2013 [citat 6 Desembre 2021]; 19(3):219–26. Disponible a: https://applications.emro.who.int/emhj/v19/03/EMHJ_2013_19_3_219_226.pdf
 80. Fogarty C, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2002 [citat 6 Desembre 2021];15(2):101–11. Disponible a:
<https://www.jabfm.org/content/jabfp/15/2/101.full.pdf>

81. Iskandar L, Braun KL, Katz AR. Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. *J Interpers Violence* [Internet]. 2015 [citat 6 Desembre 2021];30(7):1208–25. Disponible a: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260514539844?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. doi:10.1177/0886260514539844
82. Saimen A, Armstrong E, Manithana C, Govender I. Evaluation of a two-question screening tool in the detection of intimate partner violence in a primary healthcare setting in South Africa. *South African Fam Pract* [Internet]. 2016 [citat 6 Desembre 2021];58(5):172–8.
83. Arkins B, Begley C, Higgins A. Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2016 [citat 6 Desembre 2021];23(3–4):217–35. Disponible a: <https://psycnet.apa.org/record/2016-16264-001>. doi:10.1111/jpm.12289
84. Chen PH, Rovi S, Vega M, Jacobs A, Johnson MS. Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Fam Pract* [Internet]. 2005 [citat 6 Desembre 2021];22(6):617–23.
85. Feldhaus K, Koziol-McLain J, Amsbury H, Norton I, Lowenstein S, Abbott J. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* [Internet]. 1997 [citat 6 Desembre 2021];277(17):1357–61.
86. Holtrop TG, Fischer H, Gray SM, Barry K, Bryant T, Du W. Screening for domestic violence in a general pediatric clinic: Be prepared! *Pediatrics* [Internet]. 2004 [citat 6 Desembre 2021];114(5):1253–7.
87. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues* [Internet]. 1996 [citat 6 Desembre 2021];17(3):283–316. Disponible a: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/019251396017003001>. doi:10.1177/019251396017003001

88. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2003 [citad 6 Dezembro 2021];19(4):1083–93. Disponible a: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NBdyR6SSHbBPryfyXkBFn4S/abstract/?lang=pt>. doi:10.1590/S0102-311X2003000400030
89. Hinshaw LM, Forbes GB. Attitudes toward women and approaches to conflict resolution in college students in Spain and the United States. *J Soc Psychol* [Internet]. 1993 [citad 6 Dezembro 2021];133(6):865–7. Disponible a: <https://psycnet.apa.org/record/1994-33294-001>. doi: 10.1080/00224545.1993.9713952
90. Muñoz-Rivas MJ, Rodríguez JMA, Gómez JLG, O’Leary DK, González MP. Validación de la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS) en población juvenil española. *Psicothema* [Internet]. 2007 [citad 6 Dezembro 2021];19(4):693–8. Disponible a: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3418>
91. Salahi B, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Ranjbar F, Sattarzadeh-Jahdi N, Abdollahi S, Nikan F, et al. Psychometric characteristics of an intimate partner violence screening tool in women with mental disorders. *Int J Women’s Heal Reprod Sci* [Inetrnet]. 2018 [citad 6 Dezembro 2021];6(2):204–10. Disponible a: http://www.ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_220.pdf. doi:10.15296/ijwhr.2018.34
92. Loinaz I, Echeburúa E, Ortiz-Tallo M, Amor PJ. Propiedades psicométricas de la Conflict Tactics Scales (CTS-2) en una muestra Española de agresores de pareja. *Psicothema* [Inetrnet]. 2012 [citad 6 Dezembro 2021];24(1):142–8. Disponible a: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3991>
93. Reichenheim ME, Moraes CL. Comparison between the abuse assessment screen and the revised conflict tactics scales for measuring physical violence during pregnancy. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2004 [citad 6 Dezembro 2021];58(6):523–7. Disponible a: <https://jech.bmj.com/content/58/6/523.long>. doi:10.1136/jech.2003.011742
94. Purwar MB, Jeyaseelan L, Varhadpande U, Motghare V, Pimplakute S. Survey of physical abuse during pregnancy GMCH, Nagpur, India. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 1999 [citad 6 Dezembro 2021];25(3):165–71. Disponible a: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1447-0756.1999.tb01142.x?sid=nlm%3Apubmed>. doi: 10.1111/j.1447-0756.1999.tb01142.x
95. McFarlane J, Hughes RB, Nosek MA, Groff JY, Swedlend N, Mullen PD. Abuse assessment screen-disability (AAS-D): Measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *J Women’s Health Gender-Based Med*

- [Internet]. 2001 [citat 6 Desembre 2021];10(9):861–6. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11747680/>. doi:10.1089/152460901753285750
96. Hussain N, Sprague S, Madden K, Hussain FN, Pindiprolu B, Bhandari M. A Comparison of the Types of Screening Tool Administration Methods Used for the Detection of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, Abuse* [Internet]. 2015 [citat 6 Desembre 2021];16(1):60–9. Disponible a:
https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838013515759?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed.
doi:10.1177/1524838013515759
 97. Chen PH, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan KY, et al. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Fam Med* [Internet]. 2007 [citat 6 Desembre 2021];5(5):430–5. Disponible a:
<https://www.annfammed.org/content/5/5/430.long>. doi:10.1370/afm.716
 98. Circuit Barcelona contra la violència en vers les dones, Consorci Sanitari de Barcelona. Avaluació del Circuit Barcelona contra la Violència Masclista. Document de resultats i línies de millora. [Internet]. 2017. [consultat 3 de desembre de 2021]. Disponible a:
<https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/avaluacio-circuit-bcn-violencia-masclista.pdf>
 99. Circuit Barcelona contra la violència en vers les dones. Protocol de valoració del risc de violència contra la dona per part de la seva parella o exparella. [Internet]. 2011. [consultat 3 de desembre de 2021].
 100. Departament d'Atenció i Acol·lida per Violència Masclista. RVD-BCN. Protocol de Valoració del risc de Violència de parella contra la dona. [Internet]. 2017. [consultat 3 de desembre de 2021].
 101. Echeburúa E, Amor PJ, Loinaz I, De Corral P. Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja -Revisada- (EPV-R). *Psicothema* [Internet]. 2010 [citat 6 Desembre 2021];22(4):1054–60. Disponible a:
<http://www.psicothema.com/pdf/3840.pdf>
 102. Dirección General de Mujer, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Manual de indicadores de violencia de género para profesionales del ámbito sanitario. [Internet]. 2017. [consultat

3 de desembre de 2021].

103. Xunta de Galicia. Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero.[Internet]. 2009. [consultat 3 de desembre de 2021].
104. Dirección General de Igualdad y Mujer, Instituto Cántabro de Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Protocolo de actuación para profesionales de servicios sociales de AP de Cantabria en materia de Violencia de género. [Internet]. 2017. [consultat 3 de desembre de 2021].
105. Agüera C, LLamas C, de Torres F, Aranda M, Fernández JC, Távora A. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de genero. [Internet]. Consejería de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012. p. 172. [consultat 3 de desembre de 2021].
106. Salud Madrid, Comunidad de Madrid. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. [Internet]. s.d. [consultat 3 de desembre de 2021]. Disponible a: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017023.pdf>
107. Miller E, McCaw B, Humphreys BL, Mitchell C. Integrating intimate partner violence assessment and intervention into healthcare in the United States: A systems approach. J Womens Health [Internet]. 2015 [citat 6 Desembre 2021];24(1):92–9. Disponible a: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2014.4870?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed
doi:10.1089/jwh.2014.4870
108. Chamberlain L, Perham-Hester KA. The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. Women Health [Internet]. 2002 [citat 6 Desembre 2021];35(2–3):55–69. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12201510/>
109. Fawole OI, Yusuf BO, Dairo MD, Fatiregun A. Intimate partner violence and primary health care workers: screening and management. Niger Postgrad Med J [Internet]. 2010 [citat 6 Desembre 2021];17(2):138–46. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20539330/>
110. Hill S, Ousley L. Intimate partner violence screening behaviors of primary care providers:

- The necessity for a change. *J Interprofessional Educ Pract* [Internet]. 2017 [citat 6 Desembre 2021];8(1):20–2. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2405452615300999?via%3Dihub>. doi:10.1016/j.xjep.2017.05.007
111. Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA* [Internet]. 1999 [citat 6 Desembre 2021];282(5):468–74.
 112. Davidson LL, Grisso JA, Garcia-Moreno C, Garcia J, King VJ, Marchant S. Training programs for healthcare professionals in domestic violence. *J Women's Heal Gender-Based Med* [Internet]. 2001 [citat 6 Desembre 2021];10(10):953–69. Disponible a: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/152460901317193530> doi:10.1089/152460901317193530
 113. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women Heal* [Internet]. 2012 [citat 6 Desembre 2021];52(6):587–605. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22860705/>. doi: 10.1080/03630242.2012.690840.
 114. Servicio Cántabro de Salud, Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria Violencia contra las mujeres. Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales [Internet]. 2017. [consultat 3 de desembre de 2021].
 115. Direcció General de Salut Pública i Participació, Conselleria Salut, Govern de les Illes Balears. Protocol d'actuació sanitària davant la violència masclista a les Illes Balears. Guia ràpida. [Internet]. 2017. [consultat 3 de desembre de 2021]. Disponible a: https://www.caib.es/sites/salutigenere/ca/protocols_dactuacia/
 116. Campbell DW, Campbell J, King C, Parker B, Ryan J. The reliability and factor structure of the index of spouse abuse with African-American women. *Violence Vict* [Internet]. 1994 [citat 6 Desembre 2021];9(3):259–74. Disponible a: <https://connect.springerpub.com/content/sgrvv/9/3/259>. doi: 10.1891/0886-6708.9.3.259
 117. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *JAMA* [Internet]. 2009 [citat 6 Desembre 2021];302(5):493–501.

118. Shirzadi M, Fakhari A, Tarvirdizadeh K, Farhang S. Psychometric properties of hits screening tool (Hurt, insult, threaten, scream) in detecting intimate partner violence in Iranian women. *Shiraz E Med J* [Internet]. 2020 [citat 6 Desembre 2021];21(3):1–5.
119. Houry D, Feldhaus K, Peery B, Abbott J, Lowenstein SR, Al-Bataa-De-Montero S, et al. A positive domestic violence screen predicts future domestic violence. *J Interpers Violence* [Internet]. 2004 [citat 6 Desembre 2021];19(9):955–66. Disponible a: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260504267999?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&doi:10.1177/0886260504267999
120. Tolman RM. The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence Vict* [Internet]. 1989 [citat 6 Desembre 2021];4(3):159–77. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2487132/>.
121. McFarlane J, Prarker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* [Internet]. 1992 [citat 6 Desembre 2021];267(23):3176–8.
122. Anderson JC, Stockman JK, Sabri B, Campbell DW, Campbell JC. Injury outcomes in African American and African Caribbean women: The role of intimate partner violence. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2015 [citat 6 Desembre 2021];41(1):36–42.
123. Chang JC, Cluss PA, Burke JG, Hawker L, Dado D, Goldstrohm S, et al. Partner violence screening in mental health. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2011[citat 6 Desembre 2021];33(1):58–65. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834310002471?via%3Dihub&doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.11.009>
124. Ernst AA, Weiss SJ, Cham E, Marquez M. Comparison of three instruments for assessing ongoing intimate partner violence. *Med Sci Monit* [Internet]. 2002 [citat 6 Desembre 2021];8(3): 197-201. Disponible a: <https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/420902>

ANNEXOS

Annex I: Posicionament i estratègies de cribratge a les comunitats autònomes (CA).

CA	Termes utilitzats	Població diana	Procés	Protocolo común	Detecció	Com?	Qui?	Registre	Valoració associada
Andalusia Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2008) Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Guía rápida (2019)	Violència de gènere	Dones majors de 14 anys que han patit qualsevol forma de violència i maltractament, independent de qui sigui l'agressor.	Detecció. Valoració. Intervenció o plans d'actuació: sospita, confirmat sense perill extrem, confirmat amb perill extrem. Actuacions en funció de les fases canvi de Prochaska.	Adaptació al context andalús, tot i que es manté majoritàriament l'estructura i el contingut.	És un objectiu dels serveis de salut, tant públics com privats. És prioritària per poder fer una intervenció precoç. Universal, a la primera visita, en iniciar la HC o quan es tingui sospita.	Inici amb preguntes exploratòries de tipus psicosocial. Actitud d'alerta davant de la presència d'indicadors de sospita. Detecció implica: entrevista + indicadors de sospita	Equips d'AP. Principalment medicina, infermeria i treball social.	Sospita. Confirmació. Actuacions. Prova judicial, si escau.	Valoració seguretat i risc. SOR = situacions objectives de risc. SPE = situació de perill extrem.
Aragó Protocolo común (2012) Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Aragón (2019)	Violència de gènere	Dones majors de 14 anys.	Detecció. Valoració. Intervenció. (segons Protocolo común)	El protocol estatal esdevé la referència i substitueix el de 2005, Guia de atención a la mujer víctima de violencia doméstica.	Incorporació a la cartera de serveis sanitaris d'atenció primària.	Actitud alerta. Cerca activa d'indicadors de sospita. Anamnesi i exploració davant de sospita.	Qualsevol professional d'AP, però principalment medicina i infermeria. També professionals de salut mental.	Incorporació ítems a la història clínica. Sospita, confirmació i actuacions. Permet conèixer millor el problema. Prova judicial, si escau.	Valoració: 1. Biopsicosocial. 2. Situació violència. 3. Seguretat i avaluació del risc / indicadors de perill extrem. 4. Explorar expectatives i posició respecte al canvi.

Astúries Protocolo sanitario para la atención a las mujeres que sufren violencia (2016) Guía didáctica de diagnóstico e intervención en violencia de género en atención primaria	Dones que pateixen violència Violència de gènere	Dones majors de 14 anys que pateixen qualsevol tipus de violència, exercida per parelles, exparelles o persones amb relacions similars d'afectivitat.	Detecció. Valoració. Pla d'actuació: sospita, confirmat sense perill extrem, confirmat amb perill extrem. Aspectes ètics i legals són molt rellevants.	Adaptació al context d'Astúries del Protocolo común.	La cartera de serveis del SNS inclou la detecció i atenció.	Actitud alerta. Cerca activa d'indicadors de sospita. Entrevista motivacional.	Equips d'AP: infermeria i medicina. Suport en la valoració d'equips de salut mental (infantil, adolescents, adults), serveis socials i atenció psicopedagògica (educació).	Incorporació de pestanyes a la HC (omiAP). Registre de la sospita i les actuacions. Prova judicial, si escau. VIMPA.	Valoració davant de sospita o confirmació: 1. Valoració integral. 2. Valoració risc. 3. Valoració d'expectatives i de la posició respecte al canvi.
Canàries Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género (2011) Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico (2003)	Violència de gènere Amplien els supòsits de la Llei 1/2004, no només situacions en què l'agressor és la parella o exparella.	Totes les dones, menors o majors d'edat, que pateixin o hagin patit violència de gènere en el seu entorn íntim, independent de la situació administrativa.	Detecció. Valoració. Intervenció: sospita, confirmat sense perill extrem, confirmat amb perill extrem.	El protocol sanitari específic és previ al Protocolo común. Els documents posteriors (no exclusivament sanitaris) s'alineen amb els continguts del protocol.	Cribatge universal a totes les dones. És un problema que afecta totes les dones i els i les professionals de la salut han de ser un element de suport.	Preguntar de forma rutinària i natural a totes les dones. Actitud alerta. Cerca activa d'indicadors de sospita. Davant de sospita, entrevista per confirmar-la.	Equip d'atenció primària: medicina, infermeria, llevadores, treball social.	Registre història clínica: sospita, confirmació i actuacions.	Valoració: 1. Biopsicosocial. 2. Situació violència. 3. Seguretat i avaluació del risc / indicadors de perill extrem.
Cantàbria Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos (2006) Protocolo de actuación para profesionales de SSAP de Cantabria en materia de violencia de género (2017)	Violència de gènere Violència contra les dones Maltractament	Dones en situació de violència en el marc de la relació de parella o exparelles.	Detecció. Valoració. Intervenció: sospita, confirmat, confirmat en situació aguda.	El protocol sanitari vigent (web institucional) és anterior. Posterior hi ha el protocol de serveis socials a AP.	Cribatge universal, repetir cada tres anys si no hi ha confirmació o sospita abans. Detecció activa quan s'obri la HC o si hi ha sospita.	Preguntar de forma rutinària a totes les dones. Preguntes clares i senzilles que cada professional adapta. Cerca activa d'indicadors de sospita.	Professionals sanitaris d'AP. Professionals de serveis socials vinculats a l'AP tenen un paper molt rellevant.	Registre història clínica: sospita, confirmació i actuacions. Registre si s'ha fet el cribatge. Repetició al cap de tres anys.	Valoració: 1. Biopsicosocial. 2. Seguretat.

Castella i Lleó Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género (2019)	Violència de gènere	Dones majors de 14 anys.	1. Detecció de forma sistemàtica. 2. Intervenció mínima inicial o ERES. 3. Valoració secundària i pla d'actuació. 4. Intervenció.	Segueix les directrius generals, però afegeix elements diferencials i té la seva pròpia estructura.	2008, incorporació a la cartera de serveis d'AP. Detecció precoç com a pilar. Detecció activa i sistemàtica a la primera visita o si no consta en els últims quatre anys.	Preguntar de forma rutinària. Alerta a indicadors de sospita. WAST curt. Entrevista de confirmació. WAST llarg.	Qualsevol professional d'AP o d'altres àmbits pot fer detecció i ERES.	Registre de presència, sospita o absència de violència. Importància de registrar: procediments de detecció, valoració i pla de cures. HC MEDORA.	Valoració: 1. Biopsicosocial. 2. Situació de violència. 3. Necessitats i preocupacions. 4. Estadi procés de canvi. 5. Suport social i familiar. 6. Avaluació del risc vital - escala RVD-BCN.
Castella-la Manxa Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos (2005) Acuerdo de coordinación institucional (2009)	Maltractament Violència domèstica Violència contra les dones Violència de gènere	Dones que han patit violència domèstica / de gènere.	Detecció, valoració, diagnòstic i tractament. Actuació en funció del risc (immediat o no). Derivacions.	Document previ al Protocolo común. Elements similars (i. e., indicadors de sospita, avaluació del risc) i diferències en abordatge i termes.	L'AP té una posició privilegiada per a detectar.	Identificació de possibles símptomes i senyals en l'exploració i/o anamnesi. En cas de sospita, entrevista i exploració física i psíquica.	Professionals d'AP.	Registre a la HC de les lesions: naturalesa, forma, longitud, disposició, data.	Valoració: 1. Qüestionari APGAR familiar. 2. Suport social i familiar (MOS). 3. Recursos econòmics. 4. Valoració emocional: GHQ-28, Goldberg o DSM-IV. 5. Valoració risc de suïcidi. 6. Valoració risc vital.
Euskadi Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi (2019)	Violència de gènere	Dones que hagin patit violència pel fet de ser dones.	1. Detecció. 2. Actuació inicial bàsica. 3. Actuació, suport i seguiment (AP). 4. Derivació serveis de salut. 5. Coordinació altres agents. Empoderament.	Segueix les directrius generals, però afegeix elements diferencials i té la seva pròpia estructura.	Detecció universal o selectiva en funció del grup de població (sense concretar). Estratègia de cerca activa de casos.	Preguntar a les dones quan hi ha situacions o indicadors de sospita. WAST curt (opció). Entrevista en el marc de l'actuació inicial bàsica que inclou acollir i valoració inicial.	Qualsevol professional: actuació inicial bàsica (AIB). Suport i seguiment (ASS) - AP: medicina familiar i comunitària, infermeria i treball social.	Registre a HC de tota l'actuació de detecció, valoració, actuació o seguiment.	AIB: valoració de la situació de violència i de risc vital (EPV-R). ASS: avaluació: 1. Situació violència. 2. Risc físic, emocional i social. 3. Suports/xarxa. 4. Fase canvi. Prochaska.

Extremadura Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura (2016)	Violència de gènere	Dones majors de 14 anys que pateixen qualsevol tipus de violència, exercida per parelles, exparelles o relacions d'afectivitat.	1. Detecció i valoració. 2. Identificació i valoració. 3. Actuació i seguiment: sospita, confirmació sense perill extrem, confirmació i perill extrem.	Adaptació context d'Extremadura del Protocolo común.	La detecció precoç és prioritària a l'AP.	Actitud alerta, amb cerca activa d'indicadors de sospita. Entrevista de cribatge amb preguntes psicosocials.	Medicina, ginecologia, salut mental, treball social, infermeria.	Registre a la HC JARA de totes les actuacions.	Valoració: 1. Valoració BPS. 2. Valoració de la seguretat. 3. Valoració de situació de perill extrem. 4. Percepció de perill de la dona.
Galícia Violencia de género. Procedimiento de intervención en salud (2016) Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero (2009)	Violència de gènere	Dones en situació de violència de gènere. (no especifica edat)	1. Detecció. 2. Actuació (confirmació) o seguiment (sospita). 3. Valoració derivacions.	Es considera el protocol de referència, conjuntament amb el procediment d'intervenció en salut del 2016.	Preguntar amb regularitat a totes les dones sobre les relacions sexoafectives. A la pràctica professional hi ha l'obligació d'indagar un possible maltractament.	Nou procediment (des. 2020). Cerca d'indicadors de sospita en les dones visitades a l'AP. Entrevista de confirmació.	Personal dels serveis de salut: AP, AE, urgències, emergències...	Registre a la HC tant de la sospita i accions de seguiment com de la confirmació i les valoracions. (episodi Z25 a HC IANUS)	Anamnesi: 1. BPS. 2. Exploració física. 3. Situació emocional. 4. Tipus i situació de violència. 5. Indicadors de perill extrem.
Illes Balears Protocol d'actuació sanitària davant la violència masclista a les Illes Balears (2017)	Violència masclista	Dones majors de 14 anys que han patit una situació de violència (no només en el marc de la parella o exparella).	1. Detecció. 2. Valoració. 3. Pla d'actuació.	Adaptació al context de les Illes Balears del Protocolo común.	Preguntar sistemàticament a totes les dones majors de 14 anys. Cada dos anys.	Preguntar en obrir HC o no si consta que s'hagi demanat - Preguntes generals - Qüestionari validat WAST curt. Cerca d'indicadors de sospita.	Professionals d'atenció primària	Registre a la HC del procediment de cribatge i la valoració (hi hagi o no confirmació). Registre del pla d'actuació i totes les accions dutes a terme.	Valoració: 1. Indicadors de perill. 2. BPS. 3. Situació de violència - CMT (qüestionari de maltractament). 4. Expectatives i fase de canvi.

La Rioja Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres (2010)	Violència contra les dones	Dones majors de 14 anys que pateixen violència, amb independència de si l'agressor és la parella o l'exparella.	1. Detecció (sospita). 2. Identificació (confirmació). 3. Valoració. 4. Actuació: sospita, confirmació (amb perill extrem o sense).	Adaptació al context de La Rioja del Protocolo común.	Identificar les dones maltractades és fer efectiu el dret a una vida lliure i garantir-ne l'assistència i protecció.	Actitud alerta a la presència d'indicadors de sospita. Preguntes exploratòries psicosocials (primera visita). Identificació = confirmació; entrevista clínica.	Professionals d'AP.	Registre a la HC de tots els casos, tant de sospita com confirmats, i de les activitats realitzades. Major detall possible.	Valoració: 1. BPS. 2. Situació de violència. 3. Seguretat i risc. 4. Indicadors de perill extrem.
Comunitat de Madrid Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (2008)	Violència de parella contra les dones VPM	Dones que pateixen violència exercida per les seves parelles.	1. Detecció. 2. Valoració. 3. Intervenció. Tipologies d'intervenció (no excloents) - Fases de canvi - Crisis - Risc vital	Segueix les directrius generals, però afegeix elements diferencials i té la seva pròpia estructura.	Necessitat d'augmentar la detecció a l'AP.	Cerca activa d'indicadors de sospita i factors de vulnerabilitat. Entrevista amb preguntes facilitadores.	Medicina. Infermeria. Treball social. Salut mental. Pediatria. Professional de confiança de la dona.	Ser prudent amb allò que es registra. Valorar a qui es dona accés a la HC. Especificar «reservat» perquè no aparegui a antecedents.	Valoració: 1. BSP. 2. Avaluació de la VPM i risc vital (situació de violència i perill extrem). 3. Fases de canvi. Prochaska.
Comunitat de Múrcia Guía de actuación ante la violencia de género en el ámbito sociosanitario (2017) Manual de indicadores de violencia de género (2017)	Violència de gènere	Dones en situació de violència de gènere. (no especifica edat)	1. Detecció. 2. Valoració. 3. Actuació.	Adaptació al context de Múrcia del Protocolo común.	La detecció precoç des dels serveis de salut és prioritària.	Actitud atenta i cerca activa d'indicadors de sospita. Entrevista amb preguntes facilitadores.	Professionals de la salut, sense especificar. Professionals de salut mental fan cribatge sistemàtic.	Registre a HC: sospita, confirmació, actuacions dutes a terme.	Valoració: 1. BPS. 2. Avaluació del risc - indicadors de perill extrem.

Navarra Guía para profesionales: protocolo de actuación conjunta ante la violencia contra las mujeres en Navarra (2018)	Violència contra les dones	Dones que han patit violència. (no especifica edat)	1. Detecció i tractament de la violència oculta. 2. Valoració. 3. Seguiment (sospita) o pla intervenció (confirmació).	Referències a la utilització dels instruments inclosos en el Protocolo común.	Responsabilitat dels serveis de salut en la detecció de casos.	Preguntes exploratòries a la primera visita / obertura HC. Alerta a indicadors de sospita. Entrevista davant d'una sospita o demanda explícita.	Professionals de la salut, sense especificar o concretar àmbit o rol.	Registre a HC: sospita, confirmació i actuacions.	Valoració: 1. Lesions. 2. Risc: immediat o perill extrem.
Comunitat Valenciana Protocol per a l'atenció sanitària de la violència de gènere (PDA) (2009)	Violència de gènere	Dones majors de 14 anys que han patit violència en l'àmbit familiar, amb independència de qui sigui l'agressor.	1. Detecció. 2. Valoració. 3. Pla d'intervenció. 4. Atenció i seguiment. Intervé segons cada cas: sospita, confirmació (amb perill extrem o sense).	Segueix les directrius generals, però afegeix elements diferencials i té la seva pròpia estructura.	Detecció precoç com a prioritat. Cribatge universal cada 2-3 anys. Protocol PDA. Pregunta a totes les dones (>14 anys). Detecció dels maltractaments (qüestionari AAS). Mesura 11 / LE3 Pacte valencià contra la violència de gènere.	Preguntes exploració psicosocial com a mínim una vegada. Actitud alerta i cerca activa d'indicadors de sospita. Confirmació: entrevista i qüestionari AAS.	Atenció primària i especialitzada. Medicina. Infermeria. Treball social. Llevadores. Salut mental. Urgències.	Registre a la HC: sospita, confirmació, actuacions dutes a terme.	Valoració del risc: qüestionari DA per determinar perill extrem o no.

Annex II: Taula resum de les eines de cribatge més rellevants.

EINA	Finalitat	Descripció	Evidència al respecte	Aplicació
Index of Spouse Abuse (ISA)	Avaluar la severitat del maltractament contra la dona infringit per la seva parella.	Qüestionari format per 30 ítems. Cada una de les categories amb resposta amb una escala de Likert d'1 a 5 des de «mai» fins a «molt freqüentment».	- Va ser validat als EUA en diverses mostres de dones (76) i amb dones afroamericanes (77, 116). - Vogel (79) fa una comparació de diferents eines a Afganistan i Pakistan i no destaca l'ISA com una de les més factibles a fer servir en aquest context. - García-Esteve <i>et al.</i> (43) la descriuen com una eina amb un bon funcionament global i concordança amb altres eines. - Plazaola-Castaño <i>et al.</i> (44) la descriuen com a útil per a l'anàlisi de la violència de la parella contra les dones tant en un entorn de recerca com en un entorn sanitari.	Pot ser emprat tant de forma oral com escrita aproximadament en uns 5 minuts.
Woman Abuse Screening Tool (WAST)	Valorar i detectar a l'AP si dones han patit abús emocional o físic per part de la seva parella.	Eina formada per 8 ítems en relació amb el grau de tensió i por respecte a la relació de parella en escales d'intensitat de tres punts. Posteriorment, es pregunta directament l'existència d'episodis violents. S'ha creat una versió curta amb només dues de les preguntes (WAST SHORT).	- Arkins <i>et al.</i> la descriuen com una de les poques eines que avaluen les tres àrees d'abús (físic, psicològic i sexual) (83). - Vogel defineix la versió curta com un instrument factible per aplicar en el context de Pakistan i Afganistan (79). - Una revisió sistemàtica (74) la posiciona com una de les eines més estudiades i li atribueix una sensibilitat del 47 % i una especificitat del 96 %. - Sprague <i>et al.</i> la comparen amb la utilització de preguntes directes i conclouen que l'instrument podria subestimar la identificació de violències (68). - Segons Salahi <i>et al.</i>, l'eina i fins i tot la seva versió curta tenen bona precisió en dones amb malaltia mental (91). - Iskandar <i>et al.</i> (81) van aplicar-la als centres d'AP a Indonèsia, on té bona sensibilitat i una especificitat raonable. - Saimen <i>et al.</i> van avaluar la versió curta en centres d'AP de Sud-àfrica. Es va observar que no té prou sensibilitat i, per tant, que no és una eina de detecció ideal per a aquest entorn (82). - MacMillan <i>et al.</i> van escollir i utilitzar el test WAST autoemplenat per a avaluar l'efectivitat del cribatge de violència domèstica (117). - Fogarty i Brown (80) en fan la traducció al castellà i detecten una especificitat del 94 % i una sensibilitat del 89 %. - O'Doherty <i>et al.</i> en una revisió sistemàtica de Cochrane la destaquen com una de les eines utilitzades en els assaigs clínics revisats (53). - García-Esteve <i>et al.</i> li atorguen un bon funcionament global (43).	Es pot realitzar oral o escrit. Només són 8 ítems, per tant es realitza ràpidament.

Hurt-Insult-Threaten-Scream (HITS)	Detecció de situacions de violència domèstica tant física com verbal, específica per a l'AP.	Formada per 4 qüestions: agressió física, insult, amenaça i crits. S'indaga en la freqüència d'aquestes en els últims 12 mesos amb una escala Likert de «mai» a «freqüentment».	• Arkins <i>et al.</i> (83) conclouen que és breu i fàcil d'utilitzar en la pràctica clínica, però que té la manca de cribratge de violència sexual. A més, es destaca la necessitat d'estudis addicionals per millorar la generalització de l'eina en un entorn de salut mental. • Una de les eines utilitzades en la metanàlisi de Hussain <i>et al.</i>, en què s'investiga la millor manera d'administrar els instruments de cribratge (96). • Vogel la introdueix en la seva revisió sistemàtica, però no conclou que sigui una de les més factibles de fer servir en l'entorn d'Afganistan i Pakistan (79). • En una revisió sistemàtica (74) se la posiciona com una de les eines més estudiades, però se li atribueix una sensibilitat del 30 % al 100 %, i una especificitat del 86 % al 99 %. • Shirzadi <i>et al.</i> l'han traduïda i validada a l'idioma persa, i li donen una sensibilitat del 91,4 % i una especificitat del 94,3 % (118). • La majoria de pacients (93,4 %) i clínics (84,5 %) es van sentir còmodes amb les preguntes i el mètode d'administració en un estudi de Chen <i>et al.</i> en què comparen diverses maneres d'administrar el test (97). • Ha estat adaptat a la llengua espanyola als EUA per Chen <i>et al.</i> (84).	És un test curt (només 4 ítems), per la qual cosa és simple i breu.
Partner Violence Screen (PVS)	Detecció de violència contra les dones per part de la parella, pensada originalment per a l'aplicació en serveis d'urgències.	Eina formada per 3 preguntes sobre violència física i percepció de seguretat.	• Validada en serveis d'urgències (85,119) i, posteriorment, en l'àmbit pediàtric (86). • Segons una recent revisió sistemàtica d'O'Doherty <i>et al.</i>, es destaca com una de les eines utilitzades en els assaigs clínics revisats (53). • La revisió sistemàtica d'Arkins <i>et al.</i> (83) la situa en deu estudis diferents per a la detecció de violència de parella en diferents àmbits (l'AP entre ells). La defineix com a deficient en poblacions amb problemes de salut mental i destaca la manca de referència a l'abús sexual. • Una de les eines que Hussain <i>et al.</i> (96) utilitzen en la seva metanàlisi en què investiguen quina és la millor manera d'administrar els instruments de cribratge. • Rabin <i>et al.</i> la situen com una de les eines més estudiades, però li atorguen una sensibilitat d'entre el 35 % i el 71 %, i una especificitat del 80 % al 94 % (74). • En l'estudi de casos - control de García-Esteve es defineix com una eina de detecció en l'àmbit d'urgències amb un bon funcionament global i concordança amb altres eines (43). • Sprague <i>et al.</i> (68) comparen el fet de passar aquesta eina amb preguntar a les dones directament sobre aquest tipus de violència i conclouen que l'eina podria subestimar la incidència del problema.	El temps d'administració no supera els vint minuts de durada i es fa de manera oral per part del personal sanitari.

Conflict Tactics Scales (CTS)	Mesurar les agressions psíquiques i físiques per part de la parella. A més, es basa en el diàleg per a la resolució de conflictes en la parella i/o família.	Està formada per divuit ítems/situacions distribuïdes en tres escales. Aquestes corresponen a tres mètodes proposats per a la resolució de conflictes: diàleg, agressió verbal o violència física. Cada resposta correspon al nombre de vegades que ha succeït una acció en una escala des de «mai» fins a «més de 20 cops».	• L'Observatorio de la Salud de las Mujeres (75) la defineix com una de les eines més popularitzades i utilitzades en enquestes representatives sobre la població. A més, es fa servir com a element comparador per a la validació de noves eines. • O'Doherty <i>et al.</i> descriuen la seva versió curta com una de les escales utilitzades en els assaigs clínics analitzats (53). • Salahi <i>et al.</i> la utilitzen com a control en un estudi transversal sobre la detecció de violència de parella en dones amb problemes de salut mental a Iran (91). • Ha estat utilitzada en més de vint països (87) i traduïda, per exemple, al portuguès per Hasselmann i Reichenheim (88). • Aplicada en una mostra d'estudiants universitàries de parla espanyola (89). • Loinaz <i>et al.</i> la descriuen com l'instrument d'avaluació de violència contra la parella més extensa internacionalment (92). • Muñoz-Rivas <i>et al.</i> (90) conclouen que és adequada per a l'avaluació de presència de diferents tipus de violència en joves a Espanya. • Tolman (120) assenyala com a limitació la definició poc consistent de la violència psicològica. No obstant això, s'ha tingut en compte en la segona versió revisada de les escales.	Pot ser més llarga que d'altres perquè té més ítems.
Abuse Assessment Screen (AAS)	Detecció i valoració de víctimes de violència física i sexual. Inicialment pensada per a detecció durant l'embaràs.	Eina formada per cinc preguntes sobre l'experiència de situacions de violència física i sexual. Es fan servir respostes de «sí/no». En cas afirmatiu, s'indaga més en aquest aspecte i es planteja si existeix por de la parella.	• McFarlane <i>et al.</i> la van validar als EUA (121) amb dones embarassades en centres prenatals. • Aquest test ha estat traduït i validat al portuguès per Reichenheim <i>et al.</i> (93) i al context de l'Índia per Purwar <i>et al.</i> (94). • O'Doherty <i>et al.</i> la descriuen com una de les eines usades als assaigs clínics analitzats (53). • Arkins <i>et al.</i> (83) la descriuen com una de les poques eines que avaluen les tres àrees d'abús (físic, sexual i psicològic). A més, detecten, com una de les seves debilitats, que té tres elements quan s'utilitza verbalment i cinc quan s'utilitza com a qüestionari. • Aquesta eina també s'ha fet servir en diferents àmbits: a l'atenció primària per Anderson <i>et al.</i> (122) en dones afroamericanes i del Carib, en salut mental per Chang <i>et al.</i> (123) i en serveis d'urgències per Ernst <i>et al.</i> (124). • En la revisió sistemàtica de Rabin <i>et al.</i> se li atorga una sensibilitat del 93 % al 94 % i una especificitat del 55 % al 99 % (74) • McFarlane (95) va observar que per a detectar violències en dones amb discapacitat eren necessàries tant preguntes tradicionals centrades en l'abús com preguntes específiques sobre discapacitat. Per això, es va adaptar una versió nova per a aquesta població: Abuse Assessment Screen-Disability (ASS-D), que també inclou la persona cuidadora a més de la parella.	Ha de ser dut a terme amb un professional de la salut de manera confidencial. En ser poques preguntes, la seva aplicació és àgil.

