



SALUT MENTAL, PERSPECTIVA DE GÈNERE I ATENCIÓ A LES VIOLÈNCIES MASCLISTES **DES DELS SERVEIS SOCIALS**



Generalitat de Catalunya
Departament
de Drets Socials



Pacte d'Estat
contra la violència de gènere



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE IGUALDAD

© Departament de Drets Socials, 2023

AUTORIA | Direcció General de Serveis Socials
Passeig de Taulat, 266-270
08019 Barcelona

La Direcció General de Serveis Socials va encarregar l'elaboració d'una monografia sobre salut mental, perspectiva de gènere i atenció a les violències masclistes des dels serveis socials a **Roser Cirici i Amell**. Aquesta publicació és una obra derivada de la monografia esmentada.

DISSENY I MAQUETACIÓ | Inés Jiménez - www.cosasdelai.com

IMATGES DE COBERTA I INTERIOR | Totes les fotografies i imatges que conté aquesta publicació tenen autorització de reproducció (licències de Shutterstock, Fotópica, Creative Commons o permís explícit del les seves autores) o provenen de campanyes públiques.

AVÍS LEGAL



Aquesta obra es publica amb una llicència de Creative Commons Reconeixement-No-Comercial-Compartirigual 3.0.

Sou lliure de:

Compartir — copiar i redistribuir el material en qualsevol mitjà i format

Adaptar — remesclar, transformar i crear a partir del material

D'acord amb els termes següents:

Reconeixement — Heu de reconèixer l'autoria de manera apropiada, proporcionar un enllaç a la llicència i indicar si hi heu fet algun canvi. Podeu fer-ho de qualsevol manera raonable, però no d'una manera que suggereixi que el licenciadador us dona suport o patrocina l'ús que en feu.

NoComercial — No podeu utilitzar el material per a finalitats comercials.

Compartirigual — Si remescleu, transformeu o creeu a partir del material, heu de difondre les vostres creacions amb la mateixa llicència que l'obra original.

Podeu trobar aquesta i les altres obres que ha publicat el Departament de Drets Socials al [nostre catàleg de publicacions](#).

ÍNDEX

Presentació.....	4
1. Introducció	6
2. Marc conceptual.....	8
2.1. Salut mental.....	8
2.2. La incorporació de la perspectiva de gènere en salut mental	11
3. Les violències masclistes en l'àmbit de la salut mental	18
3.1. Prevalença de les violències masclistes en dones, adolescents i infants amb problemes de salut mental.....	18
3.2. Factors causals dels problemes de salut mental.....	21
4. La intervenció de les professionals de serveis socials bàsics i especialitzats en dones amb problemes de salut mental que pateixen violències masclistes.....	27
4.1. La mirada professional.....	27
4.2. Detecció de les violències masclistes amb dones, adolescents i infants que tenen problemes de salut mental.....	29
4.3. Orientacions per a la intervenció en les violències masclistes en l'àmbit de la salut mental.....	30
4.4. Propostes per al treball en xarxa i en equip.....	35
5. Bibliografia	37

PRESENTACIÓ

L'any 2020, la Direcció General de Serveis Socials va promoure la publicació La perspectiva de gènere i l'atenció a les violències masclistes des dels serveis socials. Dossier de formació. Aquest material donava contingut a un pla de formació adreçat al conjunt de professionals del Sistema Català de Serveis Socials, a fi de reforçar les eines pràctiques de prevenció de les desigualtats de gènere i de l'abordatge de les violències masclistes. Aquesta actuació s'empren perquè la detecció de casos de violències masclistes, així com la coordinació amb la xarxa d'atenció especialitzada i el seguiment dels processos de recuperació i reparació de les dones i els seus fills i filles, és un objectiu cabdal de les àrees bàsiques de serveis socials.

Per aquest motiu, i amb la voluntat de continuar treballant per millorar aquestes intervencions, la Direcció General de Serveis Socials ha impulsat l'edició d'uns manuals formatius que interrelacionen la perspectiva de gènere amb altres eixos de desigualtat entorn l'objecte de les violències masclistes i que posa a disposició de les professionals de l'atenció primària.

En concret, la finalitat d'aquesta publicació és aportar reflexions sobre la salut mental, la perspectiva de gènere i les violències masclistes.

En aquest cas, cal analitzar les problemàtiques de salut mental des d'una perspectiva de gènere, per evidenciar que sovint aquestes violències impacten en la salut mental de les dones. També cal tenir en compte que les dones que presenten problemàtiques de salut mental estan més exposades a les violències masclistes, de manera que la seva situació sovint es cronifica i s'agreuja a causa de la invisibilitat de què són objecte.

És imprescindible un canvi de paradigma en l'abordatge de la salut mental que inclogui la mirada de gènere, reconeixent els factors de vulnerabilitat. Hem d'implantar un model d'acompanyament social feminista i inclusiu, que tingui en compte la interseccionalitat de tots els factors de discriminació social i que contribueixi a aplicar una praxi més igualitària.

El compromís per incorporar la perspectiva de gènere de manera integral ha de preveure tant l'atenció a les persones usuàries dels serveis que es proveeixen com al conjunt de professionals que hi treballen que, en el cas dels serveis de cura com els serveis socials són majoritàriament dones. Per això, volem agrair a les àrees bàsiques i a l'àrea especialitzada en salut mental la tasca que fan en el dia a dia i posar-nos a la seva disposició.

Mariona Homs i Alsina

Directora general de Serveis Socials

1

INTRODUCCIÓ

Arran de la publicació La perspectiva de gènere i l'atenció a les violències masclistes des dels serveis socials. Dossier de formació, la Direcció General de Serveis Socials ha impulsat un seguit de manuals que aborden la interrelació de la perspectiva de gènere amb altres eixos de desigualtat.

La teoria de la interseccionalitat (Crenshaw, 1991) es fonamenta en la interrelació que s'estableix entre diversos factors d'opressió, i de la mateixa manera que considerem que el gènere és una variable transversal de caràcter estructural hem d'entendre que les altres categories també ho són. Tenir en compte la perspectiva interseccional en la intervenció social ens permet donar resposta a les realitats complexes de les persones que atenem.

Les experiències de victimització són més cruentes per a les poblacions discriminades; això és el que es dedueix de les xifres disponibles de l'àmbit

que ens ocupa. En el cas de les dones amb problemes de salut mental, que presenten, com a mínim, la coexistència de dues vulnerabilitats (ser dones i patir l'estigma associat a les malalties mentals), el risc de ser revictimitzades és molt alt.

La finalitat d'aquest manual és aportar eines sobre la interrelació entre la perspectiva de gènere i la salut mental. Així doncs, primer es presenta el marc conceptual de la temàtica. A continuació, s'exposen les realitats de les violències masclistes en relació amb les causes i les conseqüències en la salut mental. I, per acabar, es proposen eines per abordar-ho a les professionals que treballen en la primera línia dels serveis generalistes, com ara els serveis socials bàsics, o dels equipaments i serveis de llar residència, llar amb suport, el servei de suport a l'autonomia per a la pròpia llar (SAPLL), els clubs socials, els serveis prelaborals o els serveis de tutela, així com a les professionals que treballen en entitats en l'àmbit de la salut mental.

2

2

MARC CONCEPTUAL

2.1. SALUT MENTAL

Moltes dones no es poden plantejar la salut com un dret a gaudir: prou feina tenen a sobreviure.

Judith Butler

Segons l'Organització Mundial de la Salut (2002), una de cada quatre persones patirà algun tipus de trastorn mental al llarg de la seva vida. D'acord amb les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya, més d'una quarta part de la població de 15 anys o més té malestar emocional: un de cada cinc homes (17%) i una de cada 3,5 dones (27,9%). Aquest percentatge augmenta amb l'edat, sobretot a partir dels 75 anys (38,3%), i és més alt entre les persones de classe baixa i amb menys estudis (Generalitat de Catalunya, 2021).

La conceptualització de la salut va més enllà de considerar-la com l'absència de malaltia; **els condicionants econòmics, socials i físics estan directament relacionats amb la qualitat de vida i els nivells de salut.**

En la salut mental, a part de la predisposició genètica o biològica, l'edat de la persona, el gènere, la classe social (l'educació, les oportunitats que tingui, la zona geogràfica on visqui, l'habitatge que tingui), els hàbits o costums, l'estadi vital en què es trobi, les persones amb qui convisqui o altres factors socioambientals seran determinants en la manifestació dels símptomes i en el pronòstic.

La conceptualització de la salut va més enllà de considerar-la com l'absència de malaltia; els condicionants econòmics, socials i físics estan directament relacionats amb la qualitat de vida i els nivells de salut.

Aquests darrers anys s'ha observat un increment de la demanda d'atenció en els centres de salut mental. En general, per causes estructurals, **l'estat de salut mental de les dones és pitjor que el dels homes**, amb la qual cosa **fan més ús dels centres de salut mental i consumeixen més psicofàrmacs** (exceptuant el consum d'antipsicòtics, en què no hi ha diferències segons el gènere), tal com es recull en el tercer informe de l'Observatori sobre els Efectes de la Crisi en la Salut de la Població (Generalitat de Catalunya, 2016b).

Si la societat no provoca un estrès excessiu a les persones que s'allunyen de "la norma", aquestes persones tindran menys risc de desenvolupar malalties mentals.

Quant a l'atenció ambulatoria en les etapes infantils, els nens d'entre 0 i 15 anys van als centres de salut mental el doble que les nenes. Per contra, a partir d'aquesta edat, les dones d'entre 15 i 64 anys hi van 1,5 vegades més que els homes. En el cas de les dones de més de 64 anys, aquesta diferència és de gairebé el 50% (Generalitat de Catalunya, 2017). L'increment progressiu de les consultes femenines als centres de salut mental té una relació clara amb els determinants familiars i socioeconòmics que impacten de manera més perjudicial en les dones.

2.1.1. EL MODEL DE VULNERABILITAT VERSUS EL MODEL CAPACITISTA

El model de vulnerabilitat va més enllà del plantejament capacitista. Segons aquest model, també anomenat model de vulnerabilitat-estrès, una vulnerabilitat o predisposició genètica (diàtesi) interactua amb l'ambient i amb els successos vitals (estressants) per desencadenar conductes o trastorns mentals. Com més gran sigui la vulnerabilitat subjacent, menys estrès es necessita per desencadenar una conducta problemàtica o fer emergir una dificultat. I a l'inrevés, com més petita sigui la contribució genètica més gran serà l'estressor necessari per produir un trastorn psicològic. Seguint amb aquest raonament, **si la societat no provoca un estrès excessiu a les persones que s'allunyen de la mitjana normativa, aquestes tindran menys risc de desenvolupar símptomes de malalties mentals.**

Aquesta proposta permet identificar les discriminacions o mancances i ajustar les respostes perquè no calgui fer barems o distincions. **Es tracta d'adaptar les estructures socials a les diversitats.** Actualment, es parla més de diversitat que de discapacitat. Les persones són diverses i no per

això han de participar menys en la societat. Per exemple, una persona que té dèficits visuals, amb l'ús d'unes ulleres adequades no es considera una persona discapacitada, per tant, una persona amb un altre tipus de diversitat, si té les adaptacions necessàries, tampoc tindrà cap discapacitat per desenvolupar-se.

El capacitisme, per contra, és un tipus de discriminació ideològica que es manifesta en forma d'opressió a les persones discapacitades (és a dir, parlem de l'estigmatització envers les persones amb diversitat física, mental, neurològica o de desenvolupament). Es refereix als prejudicis i estereotips que fan que es menyspreïn aquestes persones, les quals són considerades com a incompletes, malmeses o errònies, si es compara amb el que socialment es considera la normalitat. El model capacitista, en conseqüència, és alhora ideològic i institucional, perquè s'expressa mitjançant comentaris i adjectius discriminatoris, i es manifesta en els dissenys i les formes d'organització, per exemple, quan en la configuració de l'espai urbà no es tenen en compte les persones amb diversitat funcional física o sensorial.

Un exemple de capacitisme és quan se subestimen les habilitats que pot desenvolupar una persona amb algun tipus de diversitat funcional, la qual cosa pot constituir una humiliació. I ho és especialment quan es tracta d'un tipus de diversitat considerada invisible (com és el cas dels problemes de salut mental o els trastorns de l'espectre autista). Així, les persones considerades discapacitades s'acaben convertint en subjectes infantilitzats, i les seves opinions i pensaments són entesos únicament com a conseqüència de la seva condició.



Només se les valora quan són exemples de superació; és a dir, quan fan intents meritoris d'acostar-se a la normalitat referent. És el que en els col·lectius activistes han arribat a anomenar la pornografia de l'automotivació (Rebelión Feminista, 2018).

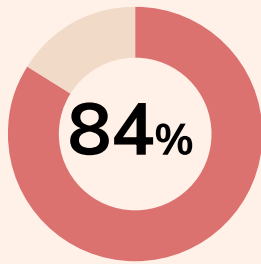
Els certificats de discapacitat (abans anomenats certificats de disminució o de minusvalidesa) categoritzen el grau de discapacitat de les persones en funció d'uns barems i les qualifiquen mitjançant percentatges. Ratifiquen el grau de distància de les persones respecte a la norma esperada. D'aquesta manera, una persona amb un certificat de discapacitat del 68%, per exemple, pot sentir-se amb un percentatge molt alt d'anomalia o de tara. Evidentment, és una manera de dir a algú que és "erroni" i que no és productiu.

A efectes pràctics, aquests certificats són imprescindibles per obtenir un reconeixement de les seves necessitats especials i per accedir a alguns

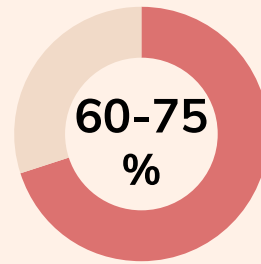
serveis i programes, així com per rebre prestacions econòmiques. També en l'àmbit laboral es reserven places per a persones amb discapacitat certificada, com una mesura d'acció positiva. En aquest sentit, les institucions han avançat força en la millora de les barreres arquitectòniques per afavorir la mobilitat d'algunes persones, però, en relació amb la salut mental, encara estem lluny de veure la participació plena de les persones amb diversitats.

El món laboral, per exemple, és molt poc inclusiu i desaprofita l'aportació que poden fer aquestes persones. No només preocupa que més del 84% de la població amb diversitat per problemes de salut mental no tinguin feina, sinó també la gran diferència salarial que implica tenir una discapacitat, ja que aquestes persones cobren de mitjana entre un 15% i un 20% menys respecte a les que no tenen discapacitat (Confederación Salud Mental España, 2017).

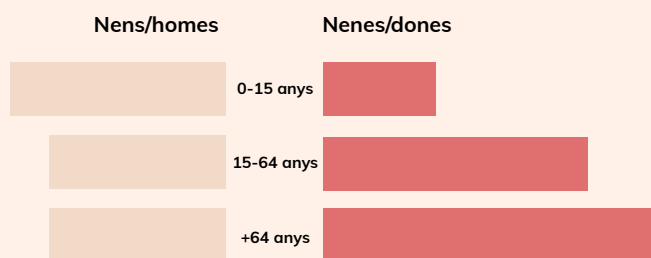
ALGUNES DADES



El 84% de la població amb diversitat per problemes de salut mental no té feina.



Entre el 60% i el 75% de les dones amb problemes de salut mental han patit algun tipus de violència masclista.



Atenció ambulatoria: els nens d'entre 0 i 15 anys van als centres de salut mental el doble que les nenes. Les dones d'entre 15 i 64 anys hi van 1,5 vegades més que els homes. Les dones de més de 64 anys, el 50% més que els homes.

2.2. LA INCORPORACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN SALUT MENTAL

El feminisme és una aventura col·lectiva, per a les dones, per als homes, i per als altres. Una revolució que està en marxa. Una manera de veure el món, una tria. No es tracta d'oposar els petits avantatges de les dones als privilegis dels homes, sinó de fotre-ho tot enlaire.

Virginie Despentes, Teoria King Kong, 2006

Analitzar les relacions socials des d'una mirada de gènere implica assumir que els fenòmens socials, econòmics, polítics i ideològics no són neutres, sinó que les responsabilitats i les oportunitats van lli-

gades al gènere i que interseccionen, tal com s'ha comentat abans, amb altres eixos d'opressió (edat, preferència sexual, nivell educatiu, capacitat adquisitiva, racialització, estat de salut i un llarg etcètera d'altres motius de discriminació). Per tant, si les desigualtats socials no es deuen a causes espontànies, sinó a causes estructurals, incorporar-hi la perspectiva de gènere permet entendre la complexitat d'aquest fenomen i possibilita buscar solucions que no es limitin a pal·liar-ne les conseqüències.

La perspectiva de gènere afina la mirada en les desigualtats que afecten la salut, com les diferències en la socialització, les desigualtats en el poder i l'accés als recursos, així com la profunda divisió sexual del treball (Borrell i Artazcoz, 2008). Per tot això, **incorporar la perspectiva feminista, o de gènere, permet interpretar les diferències entre dones i homes que fan que hi hagi divergències en el camp de la salut mental i el de detecció de casos de violències masclistes.**

El sistema sanitari i social, en general, és miop a l'hora de reconèixer que la societat patriarcal deixa les dones, adolescents i infants en una posició de desavantatge general (Valls-Llobet, 2020). Tots els tipus de victimització són més freqüents en les dones, especialment la violència sexual (Tassa-Vinyals et al., 2020).

Tot i que entre el 60% i el 75% de les dones amb problemes de salut mental han patit algun tipus de violència masclista (FEDEAFES, 2017; Salut Mental Catalunya, 2019), avui dia no hi ha recursos d'acollida específics suficients per a dones en situació de violències masclistes amb trastorns mentals. Encara més, moltes vegades aquest trastorn fa que se'n qüestionï la condició de víctimes amb arguments tals com que el seu relat no és veraç atès el seu problema de salut mental (ActivaMent-Catalunya Associació, 2020). Ho veiem amb més detall a continuació.

2.2.1. ESTEREOTIPS DE GÈNERE I SALUT MENTAL

En el camp de la salut mental, incorporar la perspectiva de gènere també vol dir observar com **els diversos diagnòstics de salut mental tenen biaixos de gènere**. Per això, en aquest apartat es fa una aproximació a com diversos problemes mentals poden estar relacionats amb els estereotips de gènere i amb les conseqüències psicològiques que deriven en imposar-los a les persones de la nostra societat.

Segons l'informe sobre salut mental i inclusió de la Confederación Salud Mental España (2015), hi ha diferències per gènere en el diagnòstic i el tractament de totes les malalties i, en especial, les mentals.

Tot i que entre el 60% i el 75% de les dones amb problemes de salut mental han patit algun tipus de violència masclista, no hi ha recursos d'acollida específics suficients per a dones amb trastorns mentals en situació de violències masclistes.

En aquest sentit, en les consultes d'atenció primària, les dones que pateixen depressió, ansietat o fibromiàlgia reben com a tractament el doble de psicofàrmacs (ansiolítics o antidepressius) que els homes.

Sovint es qüestiona la veracitat del relat de les dones en situació de violències masclistes atès el seu problema de salut mental.

A més, a ells se'ls fan més proves físiques per descartar l'organicitat de les seves malalties que a elles, atès que es pressuposa que són més propenses a queixes de tipus psicològic. Aquesta situació s'explica, fonamentalment, **pel pes dels estereotips de gènere entre les i els professionals de la salut**:

- Les dones experimenten, de manera patent, l'estigma que té a veure amb l'expectativa social del seu gènere. **Quan el seu trastorn els impedeix fer les tasques tradicionalment associades al gènere femení (tenir cura de la família, ocupar-se de la casa, etc.) són doblement jutjades.**
- Per contra, quan el seu trastorn **presenta símptomes que tenen a veure amb comportaments habitualment lligats al gènere masculí (consum de substàncies tòxiques o pràctica compulsiva de relacions sexuals) són culpabilitzades per aquests actes**. Finalment, les dones amb problemes de salut mental es queixen que es dona molt poca importància o cap a la seva vida sexual i, per tant, se'n vulnerin els drets sexuals i reproductius (Confederación Salud Mental España, 2015).

A la taula següent, publicada per Pujal (2018), s'observa la distribució de categories diagnòstiques atribuïdes majoritàriament a dones i homes.

CATEGORIES DIAGNÒSTIQUES (CRITERIS DSM-V)	DONES	HOMES
Trastorns alimentaris	➤ Anorèxia nerviosa ➤ Bulímia nerviosa ➤ Afartaments	
Trastorns d'ansietat	➤ Ansietat per separació ➤ Fòbia específica ➤ Ansietat social ➤ Pànic/Agorafòbia ➤ Ansietat generalitzada	
Trastorns obsessius i relacionats	➤ Trastorn dismòrfic corporal ➤ Trastorn obsessiu compulsiu ➤ Tricotil·lomania ➤ Excoriació	
Trastorns de traumes i estrès	➤ Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) ➤ Trastorn per estrès agut	
Trastorns somàtics	➤ Trastorn de símptomes somàtics ➤ Trastorn de conversió	
Trastorns per consum de substàncies addictives	➤ Consum de sedants, hipnòtics o ansiolítics	➤ Consum d'alcohol ➤ Consum de cànnabis ➤ Consum d'al·lucinògens ➤ Consum d'inhalants ➤ Consum d'opiacis ➤ Joc patològic
Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics	➤ Episodi psicòtic breu ➤ Esquizoafectiu	➤ Deliri zelotípic
Trastorns de personalitat	➤ Límit (TLP) ➤ Histriònic ➤ Dependent	➤ Antisocial ➤ Narcisista ➤ Esquizoide ➤ Esquizotípic
Trastorns parafílics		➤ Voyeurisme ➤ Exhibicionisme ➤ Fricofília ➤ Masoquisme ➤ Pedofília ➤ Fetitxisme

Nota: aquesta taula no inclou altres diagnòstics psiquiàtrics inclosos al Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-V), ja que no s'hi han observat diferències significatives entre dones i homes.

Alguns **diagnòstics més freqüents en dones s'associen a la pressió per complir amb els mandats de gènere:** la submissió i l'obediència (ansietat per separació i ansietat social), la imatge corporal (anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa, trastorn dismòrfic corporal) i la por de sortir de casa (agorafòbia). Aquests trastorns tenen a veure amb l'acceptació social i les inseguretats generades.

En canvi, els **diagnòstics que preponderen en els homes es relacionen amb els constructes de fortalesa, valentia i dominació**, com ara la possessió de la dona (zelotípia) i les violències sexuals (pedofília, voyeurisme, exhibicionisme).

➤ Els **trastorns alimentaris**, en què aproximadament el 90% de les persones afectades són nenes o dones, tenen molt a veure amb les expectatives socials sobre la imatge. Són expectatives cada vegada més exigents i, en conseqüència, hi ha un augment progressiu de casos en la població. Estudis recents indiquen que la prevalença dels trastorns alimentaris està creixent: si durant el període 2000-2006 era del 3,5%, en el període 2013-2018 la prevalença va augmentar al 7,8% (Galmiche et al., 2019).

➤ El **trastorn psicòtic breu** és un trastorn poc freqüent que apareix habitualment com a reacció aguda a un fet traumàtic. Aquest trastorn i el trastorn esquizoafectiu, que té característiques similars a l'esquizofrènia combinades amb símptomes afectius, són els dos diagnòstics psicòtics que prevalen en dones. Ambdós tenen en comú que les emocions i probablement les experiències traumàtiques, que tal com hem comentat abans són més freqüents en dones, estan en el debut d'aquestes patologies.

➤ En els **diagnòstics relacionats amb els consums de substàncies addictives**, és freqüent que els homes consumeixin substàncies il·legals i que ho facin a l'espai exterior (seguint els mandats de risc, atreviment i intrepidesa), mentre que les dones en prenen de tipus farmacològic/legal i el lloc preferent és dins de casa (seguint els mandats de submissió, dependència i ocultació). Els relats de les dones que consumeixen grans quantitats de sedants estan relacionats amb el fet d'evitar records traumàtics i emocions doloroses i amb la necessitat d'evadir-se.

D'altra banda, cal assenyalar que les dones que presenten un consum actiu estan més exposades a les violències masclistes. En un estudi elaborat pel Parc de Salut Mar, es va observar que el 94% d'una mostra de 150 persones drogodependents havien patit algun tipus de violència sexual al llarg de la seva vida, de les quals el 20,67% reunien criteris de trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT). Coincidint amb estudis previs, la violència sexual perpetrada durant la infància va ser significativament més elevada en les dones. Es va determinar que el maltractament infantil era un bon predictor de la gravetat de la patologia dual (psiquiàtrica i d'addiccions) (Blanco et al., 2020).

En un altre estudi fet a 120 dones usuàries de centres de reducció de danys, es va advertir una prevalença d'agressions en els darrers 12 mesos del 45,8% (entre les quals, el 42,2% corresponien a agressions físiques i l'11,9%, a agressions sexuals). Quant a les dones que havien patit agressions sexuals, en el 66,7% dels casos l'agressió s'havia produït només una vegada; en el 20% s'havien produït dues, i en el 13,4%, tres o més. Els agressors eren principalment les parelles (35,3%) o persones conegudes (23,5%) (Folch et al., 2021).

Els resultats d'aquests estudis ens han de fer obrir els ulls als alts nivells de violència que reben les dones drogodependents. Molt sovint aquestes dades passen desapercebudes i socialment es tendeix a culpabilitzar-les per les seves conductes addictives, en lloc d'entendre que el consum que en fan és conseqüència d'afrontar el sofriment.

Els trastorns alimentaris (aproximadament el 90% de les persones afectades són nenes, adolescents o dones) tenen molt a veure amb les expectatives socials sobre la imatge. Són expectatives cada vegada més exigents i, en conseqüència, hi ha un augment progressiu de casos en la població. Estudis recents indiquen que la prevalença dels trastorns alimentaris està creixent.

➤ En el **trastorn obsessiu compulsiu (TOC)**, tot i que sempre s'havia dit que la prevalença era similar entre dones i homes, en una revisió recent s'ha observat que les dones tenen 1,6 vegades més probabilitats de patir-ne en comparació amb els homes, amb taxes de prevalença de vida de l'1,5% en les dones i l'1,0% en els homes. En concret, en el cas de TOC de contaminació i neteja, principalment associat al mandat de gènere femení de tenir cura de la llar, la prevalença és més alta en dones (Fawcett et al., 2020).

➤ En els **trastorns de manifestació corporal** (somatització i trastorns conversius), es poden interpretar que les persones afectades utilitzen el llenguatge del cos per expressar el malestar, quan altres estratègies de comunicació no han funcionat. En el cas de les víctimes de violència sexual infantil, és freqüent que els infants no trobin les persones adequades en qui confiar i que hagin de viure el dolor en silenci. En realitat, només el 50% de les nenes i els nens revelen els abusos que pateixen (Echeburúa, Corral, 2006).

➤ Els **diagnòstics de personalitat** també tenen diferències marcades entre gèneres. Tal com hem comentat, el maltractament infantil afecta les regions cerebrals implicades en la regulació emocional i el control dels impulsos. Si es té en compte que entre el 16,1% i el 85,7% dels pacients amb trastorn límit de la personalitat (TLP) informen d'abusos sexuals (De Aquino et al., 2018) i que les nenes tenen el doble de risc que els nens de patir-ne, es comprèn que la majoria dels diagnòstics de TLP en edat adulta corresponguin a persones que hi hagin recaigut. El TLP es caracteritza per una recerca contínua de confirmació externa i per unes necessitats afectives insaciabls, a fi d'omplir un buit intern. La persona amb TLP presenta una inestabilitat emocional important i una insatisfacció personal intensa.

De tota manera, tal com apuntava Pereda (2010), hi ha una correlació entre les violències sexuals infantils i qualsevol diagnòstic de personalitat. Per aquest motiu, tant el trastorn histriònic (caracteritzat per una alta expressió emocional, una necessitat marcada d'atenció

per part de l'entorn i uns comportaments de tipus seductor o manipulador en les relacions socials) com el trastorn per dependència (caracteritzat per una necessitat excessiva de rebre cures, comportaments persistents de submissió i por de la separació) tenen a veure amb la necessitat d'acceptació social i es relacionen amb els estereotips de gènere femení (dependència, submissió, expressió emocional, delegació de les decisions en altres, manipulació, etc.).

➤ D'altra banda, els **diagnòstics de l'eix II** més freqüents en homes són l'antisocial (caracteritzat per una tendència a la transgressió de les normes socials, a la indiferència patològica, al menyspreu dels drets dels altres mitjançant conductes irresponsables i antisocials), el narcisista (caracteritzat per la necessitat constant d'alimentar-ne les fantasies de grandiositat i l'autoestima a través d'actituds i comportaments sovint exagerats, per la intolerància a la crítica i la tendència a reaccionar amb ira o amb una actitud freda), l'esquizoide (caracteritzat per la tendència a la indiferència, a la introversió i al distanciament de les relacions socials) i l'esquizotípic (caracteritzat per dificultats en les relacions interpersonals i la presència de peculiaritats socials o excentricitats en el pensament, la percepció, l'aparença i el comportament). Aquests diagnòstics de personalitat es relacionen amb els estereotips de masculinitat (autosuficiència, prioritització de les pròpies necessitats, transgressió de normes, indiferència al patiment dels altres, reacció amb agressivitat en cas de sentir-se atacat, sentiments d'autòvalua exagerada, etc.).

➤ A la taula no apareixen els **trastorns del neurodesenvolupament** (trastorn del desenvolupament intel·lectual, trastorn de l'espectre autista —TEA—, trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat —TDAH—, trastorn de l'aprenentatge o trastorn de la comunicació, entre d'altres). Es tracta d'un grup de trastorns que tenen l'origen en el període de creixement i que es caracteritzen per diferències en el neurodesenvolupament. Produeixen limitacions en àrees específiques o limitacions globals, i es manifesten en divergències en el funcionament personal, acadèmic, social o ocupacional.

Aquest manual no té l'objectiu d'entrar en les especificitats dels trastorns del neurodesenvolupament, però sí que convé fer esment a la interrelació entre autisme i gènere. S'han observat diferències remarcables en la presentació del TEA en nenes i nens, fet que causa un infradiagnòstic de les nenes autistes.

Moltes noies amb autisme no manifesten característiques tan visibles, per exemple, poden tenir interessos especials més similars als interessos de les altres noies, que es relacionen amb temes socials o humanitaris, i menys excèntrics i cridaners que els que normalment s'observen en els nois autistes. Per tant, el que no s'ha d'oblidar és que el que distingeix un interès especial autista d'un interès d'una persona no autista fa més referència a la dedicació i a la qualitat de l'interès que no pas al tipus d'interès en si.

Una altra característica que s'ha extret en múltiples estudis és que les noies poden no mostrar conductes repetitives i estereotipades tan marcades o freqüents com els nois. Algunes poden tenir molt bon comportament escolar i aparentar tímida o inhibició, que són trets culturalment acceptats i esbiaixats (sovint atribuïts a les nenes), en conseqüència no criden l'atenció

de les docents i les altres professionals. En els casos de les noies autistes, que es mostren especialment desinhibides amb conductes inapropiades, estranyes o invasives (més similars a les dels nois), aquestes sí que són més ràpidament detectades i diagnosticades (Merino et al., 2018).

Una característica que cal assenyalar és que s'ha detectat un nombre elevat de persones trans i de gènere no binari entre les i els autistes. És a dir, el diagnòstic de l'espectre autista preval en les persones trans en comparació amb la resta de la societat (Alonso, 2018).

Cal analitzar i estudiar totes aquestes aportacions entorn dels diferents diagnòstics mentals i els rols de gènere amb més profunditat per poder arribar a conclusions que es basin en l'evidència científica. De tota manera, seguint el model de vulnerabilitat-estrès, sembla clar que **si es rebaixen els factors d'estrès relacionats amb els estereotips de gènere, serà necessària més càrrega biogenètica per desenvolupar certes patologies**. Per tant, tot indica que la prevenció en salut mental ha d'anar encaminada a evitar els esdeveniments traumàtics i totes les circumstàncies personals i ambientals que es puguin preveure, entre d'altres, les violències masclistes.

Cal analitzar i estudiar amb més profunditat aquestes aportacions sobre diagnòstics mentals i rols de gènere per poder arribar a conclusions científiques fiables. De tota manera, d'acord amb el model vulnerabilitat-estrès, és clar que, si rebaixéssim els factors d'estrès relacionats amb els estereotips de gènere, les persones necessitarien més càrrega biogenètica per desenvolupar certes patologies. Per tant, la millor prevenció en salut mental consisteix a evitar esdeveniments traumàtics i circumstàncies personals i ambientals adverses que poden propiciar, per exemple, les violències masclistes.

13

3

LES VIOLÈNCIES MASCLISTES EN L'ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL

Parlar de violències masclistes en l'àmbit de la salut mental té dues perspectives, que alhora són part de la mateixa problemàtica. D'una banda, **estigma sobre les dones amb problemes de salut mental, que les exposa a més vulnerabilitats i, per tant, a més violències masclistes**. D'altra banda, les violències masclistes impacten en les dones, adolescents i infants i les exposen a més problemes de salut mental. Ho veiem a continuació.

3.1. PREVALENÇA DE LES VIOLÈNCIES MASCLISTES EN DONES, ADOLESCENTS I INFANTS AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL

Segons dades de Salut Mental Catalunya (2019), el 75% de les dones amb problemes mentals han patit violències masclistes en l'àmbit de la parella o la família i el 40% de les dones amb trastorn mental greu (TMG)¹ han estat víctimes de violències sexuals.

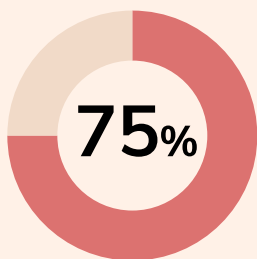
Les xifres són semblants a les que ha aportat un estudi publicat a Euskadi, en què es destaca que al voltant del 80% de les dones amb TMG que han tingut parella i el 52% de les dones que conviuen amb familiars han sofert violències masclistes en algun moment de la seva vida (FEDEAFES, 2017).

En general, **el 60% de les dones que pateixen trastorns mentals són víctimes d'algun tipus de violència masclista**. És a dir, el risc que té una dona amb trastorn mental de patir aquest tipus de violència es multiplica entre dues i quatre vegades més que en les dones en general (FEDEAFES, 2017).

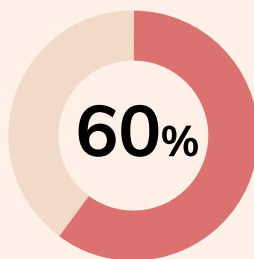
En un estudi dut a terme amb 142 dones adultes amb TMG tractades en serveis públics de salut mental de tres districtes de Madrid, s'explorava la violència masclista en l'àmbit de la parella sofrida per dones amb malalties mentals. La majoria de les dones de l'estudi patien esquizofrènia, seguida de trastorn de personalitat, trastorn bipolar i altres trastorns psicòtics. Es va registrar que el 30,3% havien estat agredides durant el darrer any i el 79,6% ho havien estat en algun moment de la seva vida.

1. Trastorn mental greu. Segons la classificació CIE-10 de l'Organització Mundial de la Salut (2004), els diagnòstics psiquiàtrics que estan inclosos en aquesta categoria són: trastorns esquizofrènics, trastorns esquizotípics, trastorns delirants persistents, trastorns delirants induïts, trastorns esquizoafectius, altres trastorns psicòtics d'origen orgànic, trastorn bipolar, episodi depressiu greu amb símptomes psicòtics, trastorns depressius recurrents i trastorn obsessiu compulsiu. Pel que fa als trastorns de personalitat, no hi ha un consens clar a l'hora d'incloure'ls a la categoria TMG.

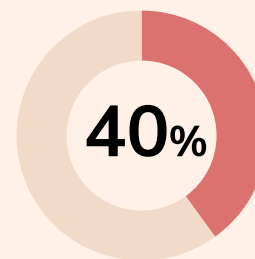
ALGUNES DADES



El 75% de les dones amb problemes mentals han patit violències masclistes en l'àmbit de la parella o la família.



El 60% de les dones que pateixen trastorns mentals són víctimes d'algun tipus de violència masclista.



El 40% de les dones amb trastorn mental greu (TMG) han estat víctimes de violències sexuals.

Si es comparen aquestes dades amb les de prevalença de violència de la població general, les dones amb TMG tenien al llarg de la vida un risc 2,6 vegades més alt de ser víctimes. Les dones que havien patit violències físiques durant la infància tenien un risc 2,22 vegades més de ser víctimes de violència masclista en l'àmbit de la parella que les dones que no havien patit mai violències en la infantesa (González Cases et al., 2014).

En un altre estudi elaborat pel Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, es va fer un seguiment de totes les dones ateses per violència física greu durant dos anys. De les 412 dones ateses, el 25,5% havien rebut en algun moment atenció psiquiàtrica o psicològica especialitzada. Gairebé totes les dones presentaven diagnòstics psiquiàtrics de l'eix I, fonamentalment trastorns adaptatius i d'ansietat (56%), trastorns afectius (unipolars o bipolars, 28%) i, menys freqüentment, diagnòstics del grup de les psicosis (13%).

El 27,3% d'aquestes dones presentaven abús comòrbid o dependència de l'alcohol i el 33,3% consumien benzodiazepines o altres drogues. A més de la meitat (58,1%) se'ls havia diagnosticat trastorns de la personalitat de l'eix II; al 39,4% se'ls havia detectat problemes de salut física afegits al seu procés de salut mental, i al 41,9% de les dones que s'havien atès a les consultes de salut mental i que patien violències masclistes en aquest període se'ls havia registrat antecedents d'intents de suïcidi, i fins i tot algunes ho havien intentat prèviament repetides vegades.

Tot i la gravetat dels fets, només en el 51,5% dels casos es va documentar en la història clínica la violència que patien aquestes dones. La gran majoria de les dones (69,7%) van abandonar el seguiment de les consultes de salut mental (Cobo et al., 2010).

A més, les dones amb problemes de salut mental experimenten rebuig, aïllament i exclusió, cosa que es tradueix en menys oportunitats de promoció social i laboral. Reben un tracte paternalista i sobreprotector, que les limita a l'hora de poder prendre decisions per elles mateixes, i es troben en situacions de més vulnerabilitat que les aboquen a patir també altres tipus de violències.

Aquestes dones no compleixen els requisits socials; és a dir, es considera que no tenen prou capacitats per complir els mandats de la feminitat. Se les titlla de mandroses, incapaces, irresponsables, males mares, etc. La seva autoestima es veu afectada per les exigències socials i elles mateixes acaben veient-se d'aquesta manera, interioritzant els prejudicis com a febleses personals (autoestigma). És freqüent escoltar comentaris crítics sobre elles mateixes pel fet de no complir tots aquests mandats socials.

Un dels arguments utilitzats per no abordar les violències masclistes en els contextos terapèutics és que la dona es pot descompensar si se'n visibilitza la situació. Aquest argument no té cap base i el que provoca és més desesperament de la persona afectada (Atelsam, 2020).

Tal com ens indiquen els estudis, curiosament, si, d'una banda, hi ha una prevalença més elevada d'antecedents de violències masclistes en les dones en totes les categories diagnòstiques de trastorns mentals i, d'altra banda, les dones amb trastorns mentals greus (TMG) tenen més probabilitat de ser-ne víctimes (Oram et al., 2013), **en les entrevistes clíniques s'haurien d'incloure sempre preguntes d'exploració de les violències masclistes** en lloc d'obviar aquest tema.

Cal destacar també que en les institucions psiquiàtriques les dones sovint estan exposades a comportaments sexistes, a discriminacions i a abusos que el personal no sempre és capaç de prevenir o atendre. Un estudi publicat recentment per Australia's National Research Organisation for Women's Safety Limited (Watson et al., 2020) exposa que les dones ingressades en hospitals psiquiàtrics estan sotmeses a uns comportaments violents, com ara amenaces, assetjaments sexuals i violència física i sexual.

En les institucions psiquiàtriques, les dones sovint estan exposades a comportaments sexistes, a discriminacions i a abusos que el personal no sempre és capaç de prevenir o atendre. Els perpetradors de la violència són majoritàriament altres interns masculins, però també membres del personal masculí i altres homes coneguts per les dones.

Els perpetradors de la violència són majoritàriament altres interns masculins, però també membres del personal masculí i altres homes coneguts per les dones (com ara parelles o exparelles). Durant l'internament, la VM que pateixen inclou pràctiques com la restricció i la reclusió. Les dones assenyalen que la VM pot augmentar durant la seva estada, per la qual cosa, si hi ha incidents i no s'aborda adequadament, la violència pot anar incrementant.

Aquest estudi també assenyalava que els espais de gènere mixt, incloent-hi salons, menjadors i banys, contribueixen a l'exposició de les dones a la VM i es planteja si no seria millor que les unitats psiquiàtriques estiguessin segregades per gènere. Després de fer una revisió sistemàtica d'estudis publicats, l'organització nacional australiana conclou que les

unitats psiquiàtriques no són espais segurs per a les dones amb malalties mentals i que el personal no sempre és capaç de prevenir les violències (Watson et al., 2020).

La recerca científica sobre dones amb trastorns mentals i violències masclistes és escassa; ens trobem amb una dificultat enorme per obtenir estudis, anàlisis o estadístiques d'anàlisi. Si aquests tipus de violències no són objecte d'estudi i no es reconeixen com a determinants de la salut, s'invisibilitza aquesta realitat i es converteix en una forma més de violència, de tipus institucional (Atelsam, 2020). Una xifra alarmant en aquest sentit és que, en la meitat o més dels casos, les i els professionals de referència de la xarxa de salut mental no coneixen les violències que pateixen les dones que atenen o no hi presten atenció (no ho registren) (FEDEAFES, 2017; Cobo et al., 2010; González Cases et al., 2014).

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, regula la **violència institucional** com un àmbit de la violència masclista.

Defineix la **diligència deguda** com l'obligació dels poder públics d'adoptar mesures legislatives i de qualsevol altre ordre per actuar amb l'agilitat i eficàcia necessàries amb vista a prevenir, investigar, perseguir castigar i reparar adequadament en els actes de violència masclista i protegir-ne les víctimes (Art. 3.h).

A més, especifica que **l'esmentada violència es pot causar tant per acció com per omissió dels deures de prevenció i reparació**. La utilització de la síndrome d'alienació parental també és violència institucional (Art. 4. Sisè).

Per tot això, cal que les i els professionals deixin enrere les seves pors a l'hora d'afrontar aquestes qüestions. Per a les dones, adolescents i infants que pateixen VM, el fet de disposar d'espais segurs i comprensius per poder parlar obertament de les seves experiències de victimització suposa un gran alleujament. En aquest sentit, els espais d'atenció directa, com ara llars residència, llars amb suport, servei d'autonomia a la pròpia llar, prelaborals o clubs socials, són llocs idonis per detectar-ne els patiments. El suport i l'acompanyament professionals esdevenen un element clau per trobar una sortida a la seva situació (Ruiz-Pérez et al., 2006; Cirici et al., 2010).

En les lluites feministes pels drets i les igualtats sovint s'han oblidat les dones amb problemes de salut mental. S'ha tendit a considerar-les només com a dones que necessiten atencions i cures i a invisibilitzar-ne les reivindicacions.

Amb referència a les VM, cal prendre consciència que aquestes dones hi estan molt exposades. Disposen de menys recursos per defensar-se, ateses les seves vulnerabilitats i la manca d'atenció a aquests problemes per part de les institucions. Encara més, quan intenten escapar-se'n i demanen ajuda, reben una resposta minimitzadora, que, fins i tot, es justifica per la seva malaltia mental (Atelsam, 2020).

3.2. FACTORS CAUSALS DELS PROBLEMES DE SALUT MENTAL

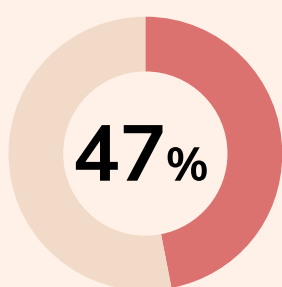
Incloure la perspectiva de gènere també en les causes dels problemes de salut mental és del tot necessari, ja que els estereotips de gènere que perpetuen les **desigualtats socials i les actituds discriminatòries envers les dones, adolescents i infants tenen conseqüències en el camp de la salut mental.**

Quan una dona és víctima de VM, la probabilitat que desenvolupi un trastorn mental augmenta de la manera següent: 2,77 més en els trastorns depressius, 4,08 més en els trastorns d'ansietat i 7,34 en el trastorn d'estrès posttraumàtic (Oram et al., 2013). A més, s'ha trobat una relació significativa entre patir violència i haver-la patit en alguna relació anterior (Ruiz-Pérez et al., 2006; Plazaola Castaño et al., 2008). També hi ha una relació significativa entre haver patit violència sexual en la infància i desenvolupar un trastorn mental en l'edat adulta.

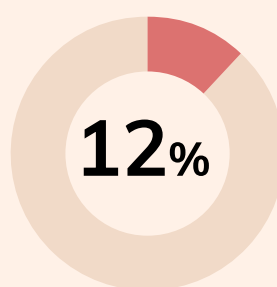
El 47% de les dones diagnosticades de TMG han patit violència sexual a la infància i el 28% han estat testimonis de violència en l'entorn domèstic (Tasa-Vinyals et al., 2020).

Hi ha estudis que corroboren que l'etapa de gestació és un moment de risc per a l'agreuament de les violències contra les dones (Velasco et al., 2020). Segons una investigació feta amb dones gestants de 15 hospitals d'Andalusia, una de cada quatre (el 22,7%) pateix durant l'embaràs violències masculistes en l'àmbit de la parella.

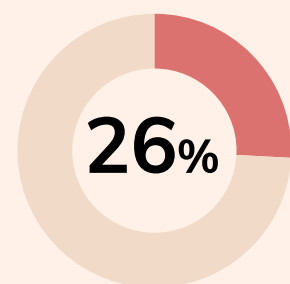
ALGUNES DADES



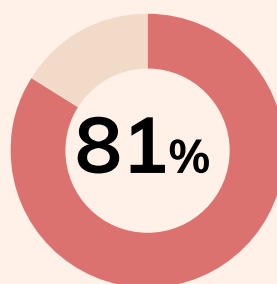
El 47% de les dones diagnosticades de TMG han patit violència sexual a la infància.



El 12% de les nenes han sofert agressions molt greus abans dels 15 anys.



El 26% de les nenes han patit violències masculistes.



En el 81,7% dels casos les víctimes coneixen els agressors.

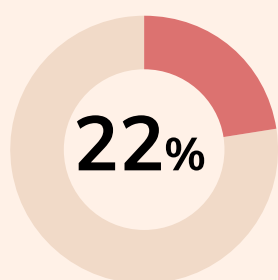
S'ha trobat una relació significativa entre patir violència i haver-la patit en alguna relació anterior. També hi ha una relació significativa entre haver patit violència sexual en la infància i desenvolupar un trastorn mental en l'edat adulta.

Les conseqüències de la violència per a les gestants són diverses: retard o mal control de l'embaràs, avortaments espontanis, parts prematurs o complicats, més probabilitat d'infeccions del tracte urinari, nombre superior d'infeccions vaginals, més freqüència d'ús dels serveis d'urgències i més risc d'hospitalitzacions. La violència durant l'embaràs és més freqüent que algunes patologies maternes importants, com ara la preeclàmpsia o la diabetis gestacional (Velasco, 2015). Així mateix, aquesta violència no és innòcua per a la mare ni per al nadó, l'entorn parental afecta les regions del cervell fetal que tenen un paper rellevant en l'aprenentatge, la memòria, la coordinació i el desenvolupament social i conductual (Wu, 2020).

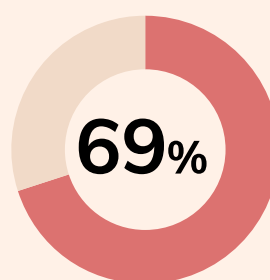
En la infància, les dades indiquen que el 26% de les nenes han patit VM (assetjaments, 22,1%; tocaments o obligar a veure pornografia, 7,8%; violència física, 3,3%, i violacions, 3,2%). El 12% de les nenes han sofert agressions molt greus abans dels 15 anys i en el 81,7% dels casos les víctimes coneixen els agressors; és a dir, les agressions es produeixen majoritàriament dins el nucli familiar o en entorns de proximitat (Generalitat de Catalunya, 2016a). La durada mitjana de la violència sexual infantil és d'uns quatre anys (Save the Children, 2017) i s'abusa sexualment de les nenes el doble que dels nens (Organització Mundial de la Salut, 2014).

El principal factor de risc de malalties mentals i d'abús de substàncies que es pot prevenir és, precisament, les violències masclistes i, concretament les violències sexual perpetrades durant la infància. Els estudis científics han demostrat que les adversitats en la infància alteren les trajectòries del desenvolupament cerebral i afecten els sistemes sensorials i els circuits neuronals implicats en la detecció d'amenaques, la regulació emocional i l'anticipació de recompenses (Teicher et al., 2016).

ALGUNES DADES



El 22,7% de les dones pateix durant l'embaràs violències masclistes en l'àmbit de la parella.



El 69% de les i dels pacients que consumeixen substàncies tòxiques han estat exposats a experiències traumàtiques al llarg de la seva vida.

Els estudis científics han demostrat que les adversitats en la infància alteren el desenvolupament cerebral i afecten els sistemes sensorials i els circuits neuronals implicats en la detecció d'amenaques, la regulació emocional i l'anticipació de recompenses.

En un estudi elaborat per investigadores de l'Hospital Clínic de Barcelona, s'ha observat que el 69% de les i els pacients que consumeixen substàncies tòxiques han estat exposats a experiències traumàtiques al llarg de la seva vida (el 41% van sofrir maltractament infantil greu i el 46%, maltractament psicològic) (Nuño, 2020).

El maltractament infantil² augmenta el risc de trastorns mentals en l'edat adulta (alcohol, OR=7,2; consum de substàncies, OR=4,5; depressió, OR=3,6; ansietat, OR=2,5; trastorns somàtics, OR=2,7; al·lucinacions, OR=2,7, i psicosis, OR=2,6).

Naixem amb un cervell immadur que no s'acaba de desenvolupar fins als 23 anys, aproximadament: això vol dir que tots els esdeveniments traumàtics que es produeixen en la infància i l'adolescència impacten de manera greu, de vegades irreversible, en les regions cerebrals implicades en la regulació emocional i el control dels impulsos (Marquès, Fañanás, 2020; Teicher, Samson, 2013).

Aquestes desregulacions emocionals o conductuals que es continuen observant en l'etapa adulta es consideren trets disfuncionals de la personalitat. Estudis fets amb víctimes de maltractaments infantils confirmen una probabilitat quatre vegades més gran de desenvolupar trastorns de personalitat en aquestes víctimes en comparació amb la població general. La violència sexual no es correlaciona amb cap trastorn de personalitat específic, si bé en certa manera ho fa amb tots (Pereda, 2010).

El diagnòstic de trastorn psicòtic també s'ha correlacionat amb el maltractament infantil, així com amb la gravetat dels símptomes, el nombre d'ingressos psiquiàtrics i les conductes suïcides (Shah et al., 2018; Tasa-Vinyals et al., 2020).

A llarg termini, la violència sexual infantil té conseqüències en les relacions socials (aïllament, ansietat social, dificultats en les relacions de parella i

en la criança dels fills i filles), la conducta i l'adaptació (hostilitat i trastorns de conducta), les emocions (depressió, trastorn bipolar, trastorn d'ansietat, trastorn per estrès posttraumàtic —TEPT—, baixa autoestima, alexitímia, trastorn límit de la personalitat, conductes autodestructives, ideació i conducta suïcida), la funcionalitat (trastorns de la conducta alimentària, dolor crònic, trastorn conversiu, crisis convulsives no epilèptiques, trastorn dissociatiu, trastorn de somatització i abús de substàncies) i la sexualitat (desordres ginecològics, sexualitat insatisfactòria i disfuncional, conductes de risc sexual i revictimització) (Pereda, 2010; Nuño, 2020).

Les persones més propenses a les autolesions i als intents de suïcidi són les que han sofert traumes sexuals (Echeburúa, Corral, 2006). Patir una violació multiplica per sis el risc de tenir pensaments de suïcidi (Delegació del Govern contra la Violència de Gènere, 2020).

Les seqüeles psicològiques de les violències són evidents en la majoria de dones. **Aproximadament el 80% de les víctimes de violència sexual infantil pateixen conseqüències psicològiques negatives.** L'abast de l'impacte psicològic dependrà del grau de culpabilització de l'infant per part dels pares, així com de les estratègies d'afrontament de què disposi la víctima.

Les seqüeles psicològiques de les violències són evidents en la majoria de dones. Aproximadament el 80% de les víctimes de violència sexual infantil pateixen conseqüències psicològiques negatives. L'abast de l'impacte psicològic dependrà del grau de culpabilització de l'infant per part dels pares, així com de les estratègies d'afrontament de què disposi la víctima.

2. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix el maltractament infantil com els abusos i la desatenció de què són objecte les persones menors de 18 anys, i inclou tots els tipus de maltractament físic o psicològic, violències sexuals, desatenció, negligència i explotació comercial o d'altres tipus que causen o poden causar un dany a la salut, desenvolupament o dignitat de l'infant, o posar-ne en perill la supervivència en el context d'una relació de responsabilitat, confiança o poder. L'exposició a les violències masclistes en l'àmbit de la parella també s'inclou en les formes de maltractament infantil.

En general, les nenes tendeixen a presentar reaccions ansioses depressives; els nens, fracàs escolar i dificultats inespecífiques de socialització, així com comportaments sexuals agressius (Echeburúa, Corral, 2006). El que prediu una evolució pitjor a llarg termini és la presència de diversos successos traumàtics (revictimització), la freqüència i la durada de la violència, la violència sexual amb penetració (vaginal, anal o bucal) i la vinculació familiar de la víctima amb l'agressor, així com les conseqüències negatives derivades de la revelació de la violència sexual (per exemple, trencament de la família, posar en dubte el testimoni de la víctima, etc.). També el fet que les agressions sexuals siguin perpetrades per diversos violadors i que les agressions impliquin que la víctima visqui una experiència de perill de mort imminent està molt relacionat amb el trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) (Echeburúa, Corral, 2006; Horner, 2010; Child AbuseWatch.net, 2020).

A més, es dona la circumstància que el maltractament infantil augmenta el risc de polivictimització, tant en l'edat escolar com al llarg de la vida (González Cases, 2014; Pereda, 2019). Precisament, les seqüeles emocionals causades pels maltractaments patits en l'entorn familiar fan que les persones siguin més vulnerables a altres tipus de violències. Els mateixos menors que són víctimes de maltractaments físics o psicològics són víctimes de violències sexuals i d'assetjament escolar.

És freqüent que les dones que han estat víctimes de violència sexual en la infància tornin a ser-ho per part de les seves parelles al llarg de la vida, o bé siguin maltractades en l'àmbit social o laboral. També és habitual que pateixin violència ascendent (exercida pels seus propis fills, quan aquests són adolescents o adults) (Ortega, 2015). La transmissió intergeneracional de la violència i la violència ascendent són dos fenòmens que convé mitigar al màxim. Tal com assenyala Noemí Pereda (2020), "la violència engendra violència" i s'ha de procurar tallar les cadenes de transmissió generacional.

Les seqüeles emocionals causades pels maltractaments patits en l'entorn familiar fan que les persones siguin més vulnerables a altres tipus de violències.

3.2.1. ELS TRASTORNS D'ESTRÈS PROVOCATS PER LES VIOLÈNCIES MASCLISTES

Les persones que viuen en entorns de violència amb freqüència desenvolupen estratègies personals per poder sobreviure a situacions d'estrès límit. Quan una persona es troba en una situació de perill extrem, pensa a fugir o a defensar-se. En el cas que escapi o pugui fer-ho, l'única sortida que li queda és la congelació i la desconexió mental, un mecanisme psicològic que s'anomena dissociació. Consisteix en dos possibles fenòmens: la despersonalització (deixar de sentir que un està físicament present en la situació) o la desrealització (deixar de sentir la realitat tal com és, distorsionant-la i prenent-ne distància).

És comú que les persones que han sofert abusos o agressions de qualsevol classe, tinguin dissociacions en situacions d'estrès. També és força freqüent que desenvolupin malalties relacionades amb el dolor crònic i la fatiga.

És comú que les persones que han sofert abusos o agressions de qualsevol classe, posteriorment tinguin dissociacions en situacions d'estrès. També és força freqüent que desenvolupin malalties relacionades amb el dolor crònic i la fatiga. D'algun manera, el dolor psíquic s'instal·la en el cos i habitualment es converteix en crònic i irreversible. Cal remarcar que aproximadament el 76% de les persones diagnosticades de fibromiàlgia són dones que, com sabem, són les que tenen més risc de ser victimitzades, i que aquest diagnòstic està molt relacionat amb la depressió (Wan et al., 2019).

El diagnòstic més freqüent entre les persones que han estat victimitzades és l'anomenat trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT). Aquest diagnòstic es presenta sovint de forma comòrbita amb el trastorn d'abús de substàncies, afectacions de l'estat d'ànim, problemes alimentaris, trastorns de la personalitat i ideació suïcida.

Revisant la **literatura científica sobre el TEPT**, constatem que:

- Els esdeveniments traumàtics provocats per un altre ésser humà (com és el cas de la VM) són els més susceptibles d'acabar desencadenant un TEPT complex.
- La violació és un dels factors de risc més grans de desenvolupar aquest tipus de trastorn. Els casos amb més mal pronòstic són els de les persones que han estat sotmeses a violacions múltiples, en repetides ocasions i amb penetració (vaginal, anal o bucal).
- El TEPT empitjora el pronòstic de malalties somàtiques prèvies i eleva el risc de mort prematura.
- El TEPT és un factor de risc rellevant per a les autolesions, les drogodependències i el suïcidi.
- El fet de ser dona, tenir un trastorn mental comòrbid i haver viscut esdeveniments traumàtics de manera repetida (com passa habitualment en els casos de VM) constitueixen factors de risc per al desenvolupament del TEPT complex.

Tanmateix, algunes característiques inherents al trastorn (per exemple, les conductes d'evitació, incloent-hi el rebuig a acudir a les consultes sanitàries, la desconfiança envers els altres i els sentiments de culpa i vergonya) fan que sovint la detecció del TEPT constitueixi un repte per a les professionals. En alguns casos, a aquestes dificultats cal afegir-hi l'aparició tardana dels símptomes del trastorn. Sovint passen força anys entre l'inici de la simptomatologia TEPT i l'accés a un tractament específic i de qualitat. Aquesta demora en l'atenció comporta una cronificació del trastorn i un important risc de victimització secundària.

En els casos de dones amb problemes de salut mental, l'infradiagnòstic de TEPT és freqüent.

D'una banda, pel fet que els símptomes del seu trastorn mental de base i els símptomes del diagnòstic de TEPT es barregen i es confonen i, de l'altra, perquè la normalització de la violència envers les dones es considera un fenomen comú dins el sistema patriarcal.



4

—

4

LA INTERVENCIÓ DE LES PROFESSIONALS DE SERVEIS SOCIALS BÀSICS I ESPECIALITZATS EN DONES AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL QUE PATEIXEN VIOLÈNCIES MASCLISTES

Els serveis socials especialitzats en salut mental que gestiona la Direcció General de Serveis Socials són: llars residència, llars amb suport, serveis de suport a l'autonomia a la pròpia llar, clubs socials, serveis prelaborals i serveis de tutela.

4.1. LA MIRADA PROFESSIONAL

4.1.1. MEDICALITZACIÓ O ESCOLTA ACTIVA?

El tractament principal dels problemes de salut mental a Catalunya tendeix a la farmacoteràpia. Molts hospitals catalans no disposen de psicòlegs o psicòlogues a les unitats d'aguts i subaguts i, en cas que en tinguin, acostumen a tenir una dotació de recursos insuficient. Això implica que el valor

que s'atorga a l'abordatge psicoterapèutic sigui molt inferior respecte al farmacològic i que es perdi l'atenció personalitzada centrada en els factors de vulnerabilitat.

L'escolta activa suposa obrir les orelles per entendre i copsar el patiment de la persona sense jutjar-la pel comportament. **Consisteix a escoltar, a transmetre un interès real per allò que s'intenta explicar i a oferir un espai de confiança i d'empatia.** Una persona escolta activament el missatge de l'altra (feedback) i l'ajuda a relacionar i comprendre que el desenvolupament dels símptomes pot ser "normal" per haver viscut situacions "anormals". Aquest darrer punt és especialment important. A diferència de l'òptica biologicista, aquest enfocament se centra en les causes estructurals i vivencials que han contribuït a iniciar o a agreujar el trastorn o comportament.

El conjunt de professionals s'han de situar en un pla d'igualtat amb les persones que atenen. Han de relacionar-s'hi amb proximitat, equitat i bon tracte i han de desenvolupar empatia per acollir integralment la persona i no reduir-la als símptomes o als diagnòstics.

4.1.2. PREVENIR O CANVIAR ELS ROLS SOCIALS?

Avui dia, la prevenció de les violències masclistes se centra principalment a prevenir el sexisme mitjançant la informació sobre els estereotips de gènere i la promoció de relacions igualitàries. Tanmateix, les estratègies pedagògiques que aconseguen establir amb èxit relacions més igualitàries són:

- Treballar amb els principis de la coeducació, que permeten modificar les perspectives androcèntriques dels rols de gènere.
- Prioritzar l'educació emocional, que facilita l'expressió de sentiments, genera empatia, fomenta el respecte mutu i augmenta l'autoestima dels i les alumnes.

En el cas de les dones que tenen problemes mentals, les estratègies de prevenció s'hi han aplicat sobretot amb l'objectiu que no s'allunyin de les normes socials. En comptes de seguir el plantejament capacitista, potser el que cal és modificar els paràmetres socials perquè aquestes dones hi tinguin cabuda, com qualsevol altra persona. S'ha de trobar la manera d'aconseguir que tinguin el seu espai legítim dins la societat.

Per fer costat a les dones amb trastorn mental que pateixen i/o han patit violències masclistes, s'han de trencar certes barreres internes i externes. Les internes fan referència a la culpa, la vergonya i la dependència emocional de les mateixes dones, que comporten una justificació de les conductes

dels agressors. Les externes es relacionen amb la manca de credibilitat que se'ls dona i a les pors que tenen elles mateixes i les professionals per abordar aquests problemes.

Els elements clau per prevenir les violències masclistes en les dones amb trastorns mentals consisteixen a:

- Disposar d'una xarxa de suport social i familiar
- Participar en activitats ludicosocials
- No estar en una situació de precarietat econòmica ni d'habitatge
- Mantenir una relació de confiança amb les i els professionals que li donin suport
- Conèixer els recursos d'atenció a les víctimes en el seu context territorial.

4.1.3. INTERVENIR O ACOMPANYAR?

La majoria de les professionals no pregunten sobre temes de violència perquè intueixen que no sabran què fer a continuació. Quan es treballa amb víctimes de VM, el més important no és donar-los una solució immediata, sinó aconseguir crear un vincle prou sòlid amb elles perquè quan es trobin en una situació de violència puguin demanar ajut.

No s'ha d'empènyer les dones a prendre decisions precipitades; se les ha d'acompanyar tenint en compte els seus ritmes i esperar que estiguin preparades per prendre les determinacions que les beneficiïn més (com, per exemple, explicar-ho a la família o a les amistats, separar-se, denunciar-ho, etc.).

Una realitat que trobem sovint a les consultes és que les dones amb trastorns mentals tenen com a única persona de suport l'agressor. Per això, en aquests casos cal acompanyar-les per cercar altres persones que les puguin ajudar i per establir xarxes de suport segures.

Sovint les dones amb trastorns mentals tenen com a única persona de suport el seu agressor. Cal acompanyar-les per cercar xarxes de suport segures.

4.2. DETECCIÓ DE LES VIOLÈNCIES MASCLISTES AMB DONES, ADOLESCENTS I INFANTS QUE TENEN PROBLEMES DE SALUT MENTAL

Les xifres que s'han comentat anteriorment —el 50% dels i les professionals de referència de la xarxa de salut mental no detecten els casos de violència (FEDEAFES, 2017, Cobo et al., 2010, González Cases et al., 2014)— ens han de fer reflexionar sobre si l'atenció que s'ofereix als centres de salut mental o als serveis socials té prou perspectiva de gènere o eines de detecció de les violències. Tenint en compte que aproximadament la meitat dels casos passen desapercebuts, és essencial incloure als equips més formació en mirada de gènere. No es tracta només d'oferir-los informació, sinó d'aconseguir que les professionals de la salut i dels serveis socials incorporin aquesta perspectiva de gènere com a part fonamental de la competència laboral.

Així doncs, **quan es treballa amb dones i adolescents que pateixen problemes de salut mental és important:**

- Tenir sempre present que la majoria de les dones i adolescents amb trastorns mentals han sofert al llarg de la vida alguna situació de violència i que és possible que encara es trobin en una situació similar.
- Saber que el risc de suïcidi és molt més elevat en les dones amb trastorn per estrès post-traumàtic (TEPT).
- Deixar enrere els mites de la descompensació o de l'ofensa si es parla de temes determinats, preguntar amb respecte per les seves experiències personals i oferir-los una escolta activa.

4.2.1. CONSELLS PER A L'ESCOLTA ACTIVA

Les persones que presten atenció directa han d'incorporar la perspectiva de gènere en la manera de treballar. Per això, el conjunt de professionals s'han de formar i s'han de sentir competents per abordar aquests problemes amb seguretat i eficàcia.

En l'atenció directa convé que, de manera sistemàtica, facin preguntes per valorar els casos que atenen. Aquestes qüestions han de ser més generals a l'inici (com, per exemple, “com van les coses a casa?”, “com va la relació de parella?”) i després, si s'observen indicis de tracte desigual o de violències, han de ser més específiques.

Sempre cal tenir una actitud respectuosa i en cap cas s'ha de mostrar incredulitat. **No s'han de fer desvaloritzacions dels sentiments o opinions de la persona consultant, ni s'han de donar consells concrets sobre quina ha de ser la solució.**

En cas de treballar amb dones amb trastorns mentals, s'ha d'evitar infantilitzar-les i no s'han de prendre decisions per elles. Se'ls ha d'oferir suport continuament i preservar-ne la responsabilitat perquè afrontin els seus propis conflictes. Si viuen en un entorn de violència, el missatge que se'ls ha de transmetre és que la situació en què viuen no està justificada i que tenen dret a ser escoltades i a demanar ajuda. Finalment, també cal preguntar-los per la resta dels membres de la família i valorar, en cas que hi hagi menors o altres persones dependents, si la seva situació és preocupant. En el supòsit que la valoració sigui que alguna de les dones o algú de la família es troben en una situació de risc vital (per risc d'homicidi, per risc de suïcidi o per negligència de cures), s'ha de plantejar una intervenció activa i immediata.

Una qüestió que cal remarcar en tots els casos és que la confidencialitat del seu relat és inviolable. Només ha de prevaldre el principi de la protecció a la vida quan es determini que la dona o les altres persones amb qui conviu estan en perill. En qualsevol cas, **totes les accions que es duuguin a terme s'han d'explicitar i transmetre-les adequadament a la persona consultant.** El treball professional consisteix en la col·laboració i el treball conjunt, no en una imposició de solucions ni de passos que cal seguir.

Si una dona atesa viu un episodi de descompensació psicòtica i expressa continguts delirants de violència o de persecució, cal contrastar-los amb ella quan estigui estable simptomàticament. Malgrat que la dona que pateix un estat psicòtic elaborar un discurs que no sigui congruent amb la realitat, és probable que hi hagi una base real en les pors que expressa i que aquestes estiguin relacionades amb situacions traumàtiques actuals o anteriors.

4.2.2. INDICADORS DE VIOLÈNCIES MASCLISTES

La perspectiva de gènere i l'atenció a les violències masclistes des dels serveis socials. Dossier de formació recull indicadors de diferents tipus de violències masclistes que poden facilitar-ne la detecció a les professionals i poden servir per redactar informes:

- Indicadors en l'àmbit de la parella (vegeu p. 48).
- Indicadors pel que fa a fills i filles víctimes de violència masclista (vegeu p. 67).
- Indicadors d'haver patit una agressió sexual (vegeu p. 88).
- Indicadors per detectar una situació de tràfic d'éssers humans amb finalitats d'explotació sexual (vegeu p. 93).

4.3. ORIENTACIONS PER A LA INTERVENCIÓ EN LES VIOLÈNCIES MASCLISTES EN L'ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL

Com ja hem anat comentant, les violències masclistes són diverses, poden afectar diferents àmbits de la vida de les persones i es desenvolupen en distintes etapes vitals. Per tant, en cada servei assistencial caldrà seguir un protocol d'actuació que s'ajusti a les demandes. Per exemple, si l'àmbit correspon a gent gran, s'haurà de tenir en compte que moltes de les dones grans tenen llargues trajectòries de victimització.

Recentment, la Fundació Aroa ha publicat un estudi sobre dones de 60 anys o més en què es posa de manifest que el 56% de les enquestades van tenir relacions sexuals no consentides i van ser violades per les seves parelles. En aquest context, han engegat la campanya #MaiÉsMassaTard per visibilitzar que les dones grans poden viure sense violència (Escobar, 2020).

Alguns **consells per a treballar amb dones amb problemàtiques de salut mental i que pateixen violències masclistes** són:

- No es poden esperar canvis a gran velocitat.
- Per aconseguir un relat complet, caldrà dedicar-hi moltes hores de visita.
- Caldrà escoltar diferents versions del mateix relat i entendre que en diferents moments la dona pot veure les coses de manera oposada.
- No es pot pretendre que la dona faci el que el o la professional faria al seu lloc.
- No es pot esperar que es reafirmi en les seves decisions al llarg del temps; pot ser que es faci enrere i que, en algun moment del procés, pateixi novament una situació de violència.

En qualsevol cas, **les intervencions bàsiques de tots els serveis davant una dona que presenta problemes de salut mental** han de ser les següents:

- Fer atenció als indicadors de risc de les violències masclistes.
- En cas de sospita, descobrir si hi ha violència masclista i avaluar el risc de la dona, dels menors a càrrec i de les altres persones que hi conviuen.
- En cas que la dona autoidentifiqui la situació de violència masclista i vulgui ser derivada a un servei especialitzat, té dret a accedir als **recursos de la xarxa especialitzada**. En aquest enllaç es pot consultar un esquema interactiu de la xarxa de serveis especialitzats de violència masclista amb les funcions i característiques corresponents.

Les violències masclistes són diverses, poden afectar diferents àmbits de la vida de les persones i es desenvolupen en distintes etapes vitals.

Per derivar una dona a un servei d'acolliment residencial, cal seguir el següent procediment:



INFORME DE SOL·LICITUD DE SERVEI D'ACOLLIMENT RESIDENCIAL³

L'informe de sol·licitud de servei d'acolliment residencial és el document necessari per fer una derivació als recursos residencials específics per a dones en situació de violències masclistes.

Aquest document genèric té un apartat relatiu a la salut de la dona que cal omplir amb les problemàtiques de salut mental. A més, en aquells casos en què es tracti d'un diagnòstic de salut mental greu, s'ha de completar i adjuntar a l'informe l'annex de l'**àrea de salut mental**.

A més, si és possible, és molt convenient presentar també l'informe psiquiàtric del centre de salut mental d'adults de referència (CSMA) on la dona rep atenció. En el cas que es tracti d'una dona emocionalment o clínicament inestable, a través del CSMA se sol·licita un ingrés previ i temporal a una unitat hospitalària d'aguts.

El Departament d'Igualtat i Feminismes, organisme competent en la gestió dels serveis d'acolliment residencial, treballa cada cas de manera individual quan rep els informes de derivació pertinents.

En aquests informes cal incloure frases d'aquest tipus: «la dona relata que», «la dona afirma que», «s'observa que la dona està nerviosa, inquieta, etc.», però en cap cas s'han d'insinuar o afirmar diagnòstics que no estiguin fets per una professional especialitzada.

3. Les professionals que requereixin l'informe de sol·licitud de servei d'acolliment residencial o l'annex de l'informe de sol·licitud específic de salut mental poden posar-se en contacte amb la Direcció General de Serveis Socials (Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya).



4.3.1. MISSATGES QUE CAL DONAR A UNA PERSONA AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL QUE ES TROBA EN SITUACIÓ DE VIOLÈNCIES MASCLISTES

- Ningú mereix ser maltractat/ada.
- Tu no ets culpable del que et passa. Només l'agressor és el responsable de la seva agressivitat.
- Parlar sobre el tema ja és un pas molt important. Tens dret a rebre ajuda.
- Hi ha maneres de sortir de la violència. El camí no sempre és fàcil, però és possible sortir-ne.
- Creiem en el teu testimoni, no posem en dubte les teves paraules.
- Tens dret a prendre les teves decisions i anar al teu ritme.
- És important que parlis amb les teves persones de confiança.
- En cas que en el teu nucli familiar o xarxa de suport no hi hagi ningú de confiança, nosaltres (el conjunt de professionals) et donarem suport.
- Ningú t'obligarà a separar-te, a denunciar o a prendre cap decisió. Podem parlar amb tu dels avantatges i dels inconvenients de prendre qualsevol d'aquestes decisions.
- Viure val la pena, encara que ara estiguis passant per un mal moment. T'ajudarem a trobar motivacions per continuar endavant.
- Cuida la teva salut mental i segueix els consells mèdics. No deixis la medicació ni la teràpia. Si estàs més estable, seràs més capaç de prendre decisions i de tirar endavant la teva vida.
- En cas que hakis de prendre alguna decisió important, és recomanable que disminueixis al màxim el consum d'alcohol, de drogues o d'hipnosedants perquè la puguis prendre de la manera més conscient possible.
- Facilitar telèfons de contacte tant per a la gestió d'una possible situació de violència masclista com davant de situacions de contenció emocional:

- Línia 900900120 Violències Masclistes
- 112 Violències Masclistes
- 061 Salut Respon
- 024 Prevenció Suïcidi

En general, **s'ha d'evitar jutjar la persona o donar-li consells de quina hauria de ser la solució. Tampoc s'ha de minimitzar el patiment ni s'han de fer comentaris crítics** com aquests: "Si fos veritat, ho denunciaria", "Si no se separa és perquè no vol", "Està instal·lada en la violència i no vol sortir-ne", "Fa temptatives de suïcidi per cridar l'atenció", etc.

Sempre es recomana que la mateixa professional no intervingui amb les dues parts, però de vegades és possible que la professional conegui o tracti l'agressor. En aquest cas, pot ser que l'agressor tingui una presència impecable i unes formes educades que facin qüestionar la veracitat del relat de la dona. A més, no hi ha un perfil concret d'agressor ni de víctima. En aquest sentit, cal que cadascuna de les parts tingui una professional de referència diferent (això permet preservar la professional i el vincle de confiança amb la dona).

4.3.2. EINES PER VALORAR EL RISC I LA SEGURETAT

La perspectiva de gènere i atenció a les violències masclistes des dels serveis socials. Dossier de formació recull algunes de les eines de valoració del risc, segons els tipus de violències masclistes.

- Eina de valoració del risc de violència en l'àmbit de la parella (vegeu la p. 54).
- Indicadors per a la valoració d'una agressió sexual i del risc social (vegeu p. 88).

4.3.3. ALGUNES PROPOSTES D'INTERVENCIÓ GRUPAL

El treball en grup és molt recomanable en els col·lectius de persones victimitzades amb problemes de salut mental. Els grups permeten intercanviar experiències personals, prendre consciència de les situacions de violències masclistes, entendre els mecanismes psicològics que han posat en pràctica per afrontar les dificultats que se'ls han presentat, relacionar els símptomes amb les causes, aprendre

noves estratègies de resolució de conflictes, adquirir hàbits saludables i trobar espais de suport i d'acompanyament mutu.

En aquest apartat es presenten **tres propostes d'intervenció que es poden aplicar a les persones usuàries** de llars residència, clubs socials, serveis de tutela, serveis prelaborals, llars amb suport o serveis de suport a la pròpia llar. També s'hi inclouen iniciatives que poden ser d'utilitat per associacions de malalts mentals, associacions d'activistes en primera persona o associacions de familiars. Des d'altres dispositius assistencials de tipus social, cases d'acollida o serveis d'intervenció especialitzada (SIE) es poden fer adaptacions d'aquests programes de grups.

A part de les propostes que s'exposen a continuació, hi ha altres programes i projectes que es desenvolupen en l'àmbit associatiu i que són destacables per treballar les violències masclistes amb aquest col·lectiu.

A. GRUPS DE SUPORT MUTU I EMPODERAMENT DE DONES I ADOLESCENTS AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL

La realitat de l'estigma social afecta diàriament les dones amb problemes de salut mental, ja que té implicacions negatives en la seva qualitat de vida (tant per la discriminació i el rebuig de qui les envolta i de la societat com pel seu propi estigma). En aquests grups se'n potenciarà l'autoconfiança, amb la finalitat d'incrementar la capacitat de resolució i d'autoritat, de manera que elles mateixes puguin decidir qualsevol aspecte relacionat amb la seva vida.

Es tracta de crear un espai de comunicació i debat sobre temes d'interès per a dones amb trastorns mentals. L'objectiu és oferir-los un entorn de confiança, compartir experiències personals i proporcionar-los eines i estratègies d'afrontament. Es treballa amb el model de vulnerabilitat-estrès i amb el model de solució de problemes.

Gràcies a la participació en grups de suport mutu i d'empoderament, les dones i adolescents amb trastorns mentals aprenen a gestionar conflictes, a comunicar-se assertivament i a desenvolupar un projecte personal.

B. GRUPS DE CUIDADORES

S'ha evidenciat que les dones sostenen la càrrega com a principals cuidadores informals dels pacients psiquiàtrics. Les dones dediquen el doble de temps que els homes a les tasques de cura d'un familiar i aquesta desigualtat té un impacte directe sobre la gestió del seu temps i sobre la seva salut. El perfil de la persona que té cura d'un familiar amb problemes de salut mental és una dona de 64 anys que en dedica més de 21 a aquesta tasca. A l'Espai Situa't, un servei d'informació i orientació del projecte Activa't per la salut mental, el 78% de les consultes relacionades amb un familiar o una persona a càrrec amb trastorn mental les fan dones (SMC, 2020; Activa't per la salut mental, 2018).

Arran d'un estudi previ que tracta de la sobrecàrrega emocional dels familiars de pacients amb esquizofrènia, es va identificar que les dones representen el 70% de les persones cuidadores en una mostra en què el 89% dels pacients eren homes. La majoria eren mares d'edat avançada, que en el 68% dels casos no rebien cap mena de suport personal per desenvolupar la tasca de cures. El 90% de les cuidadores expressaven que patien una sobrecàrrega emocional. Les principals preocupacions eren les següents: interferència en la vida privada, cansament o estrès, preocupacions pel futur del seu familiar, manca de recursos personals o econòmics per fer front a les dificultats i sentiments de rebuig envers el mateix pacient (Cirici et al., 2018).

Així doncs, les cuidadores dels usuaris dels serveis —majoritàriament mares— exerceixen una tasca assistencial per a la qual no han estat formades i se senten sobrecarregades. En aquests grups d'ajuda poden compartir la seva experiència, trobar el suport emocional que necessiten i aprendre estratègies útils per al dia a dia.

Els **objectius** principals d'aquests grups són:

- Intercanviar experiències per entendre i aprendre a fer un acompanyament i una cura saludables.
- Disposar d'un espai per "ventilar" emocionalment les pròpies dificultats, amb la finalitat de prevenir el desenvolupament (en elles mateixes) de patologies derivades de l'estrès.

- Prendre consciència de la importància del treball de cures.
- Prendre consciència que el treball de cures recau principalment en elles i potenciar la distribució de la càrrega entre els diferents membres de la família.
- Prendre consciència dels efectes que tenen tant el seu comportament com les seves actituds envers els familiars.
- Potenciar la comunicació assertiva per evitar la sobreprotecció, els comentaris crítics i l'hostilitat envers el familiar que té una malaltia mental.
- Aprendre tècniques de solució de problemes.
- Identificar les possibles relacions violentes dins l'entorn familiar i saber com abordar la violència ascendent, en cas que es produeixi.
- Participar en la lluita contra l'estigma i la discriminació de les persones amb problemes mentals.

C. GRUPS DE DONES SUPERVIVENTS DE VIOLÈNCIES MASCLISTES AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL

És un programa grupal molt flexible. Té l'objectiu d'incrementar el benestar personal de les dones supervivents de violències masclistes, de fomentar conductes d'independència personal i de facilitar-los accés a l'ajuda social o institucional. S'hi apliquen estratègies psicoeducatives i tècniques per reconstruir l'autoestima i s'hi ofereixen eines de debat per incrementar la presa de consciència de la situació de violència. També s'utilitzen tècniques d'autocontrol emocional per tractar l'ansietat, la depressió i els símptomes d'estrès i es treballen tècniques d'assertivitat i de resolució de problemes.

Els **objectius** generals d'aquests grups són:

- Facilitar un espai de comprensió i suport mutu que contribueixi a l'alleujament emocional.
- Augmentar la seguretat de la víctima i la dels seus familiars mitjançant l'adopció, si escau, de mesures urgents.
- Proporcionar informació sobre la interseccionalitat entre les violències masclistes, la salut mental i les seves conseqüències.
- Ajudar a aclarir les expectatives de rols de gènere i desmuntar els mites sobre l'amor romàntic.
- Fomentar el restabliment del control sobre la vida amb la presa de decisions pròpies.
- Fer comprendre que ella no és responsable de les conductes violentes del seu agressor i que ningú té dret a maltractar-la.
- Contribuir a reconèixer les fortaleces i habilitats.
- Ajudar a expressar emocions, sobretot els sentiments contradictoris envers l'agressor.
- Afrontar els sentiments de pèrdua i dol.
- Acompanyar-la en la tasca de cures dels menors que té a càrrec.
- Afrontar conductes d'evitació o de preocupacions reiteratives mitjançant tècniques d'exposició o de distracció cognitiva.
- Entrenar la relaxació i la respiració.
- Entrenar habilitats per solucionar problemes.
- Ajudar a recuperar a poc a poc activitats gratificants.
- Informar dels recursos de suport que hi ha disponibles a la xarxa.
- Contribuir a la construcció d'un projecte de futur.



4.4. PROPOSTES PER AL TREBALL EN XARXA I EN EQUIP

Cal que ens qüestionem el concepte derivar. Per a Consuelo Barea, significa 'enviar [les dones] a la deriva'. Sembla que moltes professionals se senten satisfetes de la seva tasca quan han fet "una bona derivació". Però això vol dir que la seva feina acaba aquí? No, una derivació adequada implica la col·laboració de professionals de diferents àmbits per assolir el màxim benestar d'una dona.

En tot moment, una dona, tant si té un problema de salut mental com si no el té, ha de conèixer aquesta col·laboració; i, encara més, se li ha de demanar explícitament una autorització per fer-la. Per tant, el paradigma de la derivació no és enviar el cas a una altre professional perquè faci una tasca i se n'oblidi, sinó mantenir el vincle amb aquesta dona i col·laborar amb altres professionals, cadascú des del seu àmbit de treball, a fi d'aconseguir la millor intervenció.

Per això, l'eina fonamental per abordar les violències masclistes és el treball en xarxa entre els diferents dispositius d'atenció. Aquest enfocament és molt important per als serveis socials d'atenció primària, ja que es tracta d'un servei generalista que representa una porta d'entrada al circuit d'atenció a les violències masclistes o d'altres serveis específics.

Cal tenir present que dins dels mateixos equips cal dur a terme una bona feina de comunicació, ja que sovint ens trobem amb la paradoxa que hi ha una coordinació amb dispositius externs, però no es comparteix la casuística amb els companys i les companyes.

És recomanable que les professionals que tracten persones amb problemes de salut mental i en situació de violències masclistes evitin treballar soles. Les professionals s'han de cuidar, ja que la intervenció en aquests temes pot produir un impacte silenciós en ells i en els equips. A la llarga, poden patir-ne les conseqüències i manifestar-les en forma de síndrome d'esgotament professional (burnout syndrome).

Les **difficultats que han d'afrontar les professionals** són de diversos tipus:

- Identificació emocional amb el patiment per les víctimes.
- Sensació de saturació per la crueltat de la vida.
- Dilemes ètics a l'hora de prendre decisions (Atmetlla et al., 2013).
- Manca d'espai per compartir l'angoixa, especialment quan les institucions no són prou sensibles davant d'aquesta qüestió.
- Visió pessimista i desesperança sobre la tasca d'ajuda.
- Sentiments de tristesa, enuig o desgast.
- Dificultats per desconnectar fora de la feina.
- Problemes personals que dificulten l'estabilitat psicològica necessària per atendre demandes d'alt contingut emocional.
- Sobrecàrrega laboral.
- Tasques sota pressió de temps.
- Precarietat laboral.
- Risc de patir agressions en l'àmbit laboral.

Es recomana treballar en equips multidisciplinaris, ja que permeten compartir la responsabilitat i les emocions personals que suscita la intervenció en aquestes situacions. L'equip ha d'oferir suport a totes les persones integrants i ha de facilitar espais de descompressió per fer un "buidatge del material contaminat". L'aireig emocional de les professionals permet evitar que les preocupacions ocupin els seus espais personals i de lleure fora de l'àmbit de treball. Les professionals han de ser capaces de gaudir de la seva vida i no caure en la indefensió apresada i en la desesperança davant el repte d'aconseguir un món més just i igualitari.

Les professionals s'han de cuidar, ja que la intervenció en aquests temes pot produir-los un impacte silenciós. A la llarga, poden patir-ne les conseqüències i manifestar-les en forma de síndrome d'esgotament professional.

5

BIBLIOGRAFIA

ACTIVA'T PER LA SALUT MENTAL (2018). Guia per a grups d'ajuda mútua de salut mental de persones familiars. activatperlasalutmental.org/wp-content/uploads/2018/03/guia-familiars-21_03-1530.pdf

ACTIVAMENT-CATALUNYA ASSOCIACIÓ (2020). Perspectiva de gènere en salut mental. www.activament.org/2020/perspectiva-de-genere-i-salut-mental/#s-thash.S55kjcxt.dpbs

ALONSO, J. R. (2018). "Sexo, género y autismo". jralonso.es/2018/11/26/sexo-genero-y-autismo

ÁLVAREZ, M. J. ET AL. (2012). "Posttraumatic stress disorder comorbidity and clinical implications in patients with severe mental illness". The Journal of Nervous Mental Disease, núm. 6, p. 549-552. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%C3%81lvarez+MJ&cauthor_id=22833878

ARTAZCOZ, L. ET AL. (2019). "Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: marc conceptual". Barcelona Societat. ajuntament.barcelona.cat/drets-socials/sites/default/files/revista/10-actualitat-violencia-masclista-ca.pdf

ATELSAM SALUD MENTAL (2020). Guía de salud mental con perspectiva de género. www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Perspectiva-Genero.pdf

ATMETLLA, J. ET AL. (2013). Reptes ètics en l'atenció a la violència de gènere des de l'atenció primària de salut. projectes.camfic.cat/Docs/12_13/MAQ_ReptesEticsVGA_CORR_070413.pdf

BLANCO, L. ET AL. (2020). "Traumatic events in dual disorders: prevalence and clinical characteristics". Journal of Clinical Medicine, núm. 9, p. 2553. doi.org/10.3390/jcm9082553

BORRELL, C.; ARTAZCOZ, L. (2008). "Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro". Revista Española de Salud Pública, vol. 82, núm. 3, p. 245-249. scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001

CHILD ABUSEWATCH.NET (2020). "Signs and symptoms of abuse". www.abusewatch.net/child_signs.php

CIRICI AMELL, R.; QUEROL VIÑAS, N.; RIPOLL RAMOS, A. (2010). "La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género?". Formación Médica Continuada, vol. 17, núm. 8, p. 550-559. www.fmc.es/es-la-consulta-sanitaria-un-espacio-articulo-S1134207210702139

CIRICI AMELL, R. ET AL. (2018). "Gender and other factors influencing the burden of care in relatives of people diagnosed with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders". International Journal of Culture and Mental Health, vol. 11, núm. 4, p. 638-652. doi.org/10.1080/17542863.2018.1479764

CLIMENT CLEMENTE, M. T.; CARMONA OSORIO, M. (coords.) Transpsiquiatria. Abordajes queer en salud mental. cap. 8, p. 159-207. www.researchgate.net/publication/327513230_Apuntes_para_una_salud_mental_inclusiva_duelo_a_la_identidad_de_genero_y_reconocimiento_de_la_heterogeneidad_de_la_experiencia_En_Transpsiquiatria_Abordajes_queer_en_salud_mental

COBO, J. ET AL. (2010). "La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales?". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. 3, núm. 2, p. 61-67. [doi.org/10.1016/S2173-5050\(10\)70011-X](https://doi.org/10.1016/S2173-5050(10)70011-X)

COLOMER REVUELTA, C.; PEIRÓ PÉREZ, R. (2002). "¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS". *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, núm. 4, p. 358-360. scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000400011

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA (2015). *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA (2017). *Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en España*. consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-derechos-humanos-onu

CRENSHAW, K. (1991). "Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color". *Stanford Law Review*, vol. 43, núm. 6, p. 1241-1299. psycnet.apa.org/record/2004-20005-010

DE AQUINO FERREIRA, L. F. ET AL. (2018). "Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review". *Psychiatry Research*, vol. 262, p. 70-77. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043

DELEGACIÓ DEL GOVERN CONTRA LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE (2020). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. violenciagenero.igualdad.gob.es/ca/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Principales_Resultados_Macroencuesta2019.pdf

ECHEBURÚA, E.; CORRAL, P. (2006). "Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia". *Cuadernos de Medicina Forense*, núm. 43-44, p. 75-82. scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006

ESCOBAR, R. (2020). "Les dones grans, víctimes oblidades de la violència masclista". *Xarxanet*. xarxanet.org/social/noticies/les-dones-grans-victimes-oblidades-de-la-violencia-masclista

FAWCETT, E. J.; POWER, H.; FAWCETT, J. M. (2020). "Women are at greater risk of OCD than men: A meta-analytic review of OCD prevalence worldwide". *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 81, núm. 4. www.psychiatrist.com/jcp/ocd/ocd-prevalence-and-gender

FEDERACIÓN DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEDEAFES) (2017). *Guía de la investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental*. [www.fedefes.org/blog/investigacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-con-enfermedad-mental](http://fedefes.org/blog/investigacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-con-enfermedad-mental)

FOLCH, C. ET AL. (2021). "Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: Necesidad de una respuesta integrada". *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, vol. 33, núm. 4, p. 299-306. adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1322

GALMICHE, M. ET AL. (2019). "Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review". *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 109, núm. 5, p. 1402-1413. doi.org/10.1093/ajcn/nqy342

GENERALITAT DE CATALUNYA (2016a). *Enquesta de violència masclista a Catalunya. Resultats bàsics 2016*. interior.gencat.cat/web/content/home/010_el_departament/publicacions/seguretat/estudis_i_enquestes/enquesta_de_violencia_masclista/Presentacio-EVMC_23_07.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA (2016b). *Estratègies 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions*. salutweb.gencat.cat/web/content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA (2017). *Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya*. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2839

GENERALITAT DE CATALUNYA (2020a). *En la crisi del COVID-19 visibilitzem la precarietat amb perspectiva de gènere*. dones.gencat.cat/web/content/02_institut/12-cndc/Altres_doc/PRECARIETAT-CNDC.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA (2020b). *Recomanacions per a dones en situació de violència masclista*. canalsalut.gencat.cat/web/content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/confinament-dones-violencia-masclista.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA (2021). Enquesta de salut de Catalunya 2021. salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya

GONZÁLEZ CASES, J. ET AL. (2014). "Prevalence and Characteristics of Intimate Partner Violence Against Women with Severe Mental Illness: A Prevalence Study in Spain". *Community Mental Health Journal*, núm. 50, p. 841-847. www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalence-intimate-partner-violence-in-S0212656716301767

HORNOR, G. (2010). "Child sexual abuse: Consequences and implications". *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 24, núm. 6, p. 358-364. doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (2003). "La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas". Documentos Técnicos de Salud Pública, núm. 86, p. 1-99. www.madrid.org/bvirtual/BVCM009084.pdf

KASSOVA, L. (2020). The missing perspectives of women in COVID-19 news. www.iwmf.org/women-in-covid19-news/?sf129156272=1

MARQUÈS, L.; FAÑANÁS, L. (2020). "Las consecuencias neurobiológicas del maltrato infantil y su impacto en la funcionalidad del eje HNA". *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, artículo monográfico 4. www.fundacioorienta.com/es/producto/las-consecuencias-neurobiologicas-del-maltrato-infantil-y-su-impacto-en-la-funcionalidad-del-eje-hna

MERINO, M. ET AL. (2018). Guía de buenas prácticas en niñas, adolescentes y mujeres con trastorno del espectro del autismo. www.researchgate.net/publication/329025043_Guia_de_buenas_practicas_en_ninas_adolescentes_y_mujeres_con_trastorno_del_espectro_del_autismo

NUÑO, L. (2020). Comunicació presentada al III Simposi de Psicosomàtica i Psiquiatria feta el 9 d'octubre de 2020. [Pendent de publicació].

ORAM, S. ET AL. (2013). "Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis". *British Journal of Psychiatry*, vol. 202, p. 94-99. doi.org/10.1371/journal.pone.0051740

ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. [Versió espanyola]. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf

ORTEGA ORTIGOZA, D. (2015). "La violencia filio-parental. ¿Un subtipo de violencia de género? Una revisión bibliográfica de la figura de la víctima". *Revista de Educación Social*, vol. 21, 45-63 eduso.net/res/wp-content/uploads/2015/07/viofipa_res_21.pdf

PLAZAOLA CASTAÑO, J. ET AL. (2008). "Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja". *Gaceta Sanitaria*, vol. 22, núm. 6, p. 527-533. scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600005

PEREDA, N. (2010). "Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil". *Papeles del Psicólogo*, vol. 31, núm. 2, p. 191-201. www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1846.pdf

PEREDA, N. (2019). "¿Cuánta violencia es demasiada? Evaluación de la polivictimización en la infancia y la adolescencia". *Papeles del Psicólogo*, vol. 40, núm. 2, p. 101-108. www.papelesdelpsicologo.es

PEREDA, N.; DÍAZ-FAES, D. A. (2020). "Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors". *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 14, núm. 40. capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-020-00347-1

PUJAL LLOMPART, M. (2018). "Apuntes para una 'salud mental' inclusiva: duelo a la identidad de género y reconocimiento de la heterogeneidad de la experiencia".

REBELIÓN FEMINISTA (2018). "Porno de automotivación". rebelionfeminista.org/2018/09/21/porno-de-automotivacion-rebelion-feminista

RUIZ-PÉREZ, I. ET AL. (2006). "La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria". *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, núm. 3, p. 202-8. scielo.isciii.es/pdf/ga/v20n3/original6.pdf

SALUT MENTAL CATALUNYA (2019). "3 de cada 4 dones amb problemes de salut mental han estat víctimes de violència de gènere", 7/3/2019. www.salutmental.org/el-70-de-les-dones-amb-problemes-de-salut-mental-no-te-feina

SALUT MENTAL CATALUNYA (2020). Nota de premsa del Dia Mundial de la Dona. www.salutmental.org/wp-content/uploads/2020/05/ndp-8-3-2020.pdf

SAVE THE CHILDREN (2017). Ojos que no quieren ver. www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_27092017.pdf

SHAH, R. ET AL. (2018). "Intimate partner violence and psychotic experiences in four U.S. cities". Schizophrenia Research, vol. 195, p. 506-512. doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.017

TASA-VINYALS, E. ET AL. (2020). "Intimate partner violence among patients diagnosed with severe mental disorder". The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 208, núm. 10, p. 749-754. doi.org/10.1097/nmd.0000000000001207

TEICHER, M. H.; SAMSON, J. A. (2013). "Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes". The American Journal of Psychiatry, vol. 170, núm. 10, p. 1114-1133. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3928064/pdf/nihms546876.pdf

TEICHER, M. H. ET AL. (2016). "The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity". Nature Reviews Neuroscience, vol. 17, p. 652-666. doi.org/10.1038/nrn.2016.111

VALLS-LLOBET, C. (2020). Mujeres invisibles para la medicina. Madrid: Capitán Swing Libros.

VELASCO, M. C.; CAÑO, Á.; MARTÍN DE LAS HERAS, S. (2020). Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo. www.saludglobaldsr.org/guias-y-protocolos

VELASCO, M. C. (2015). Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía. Granada: Universitat de Granada. [Tesi doctoral]. hdl.handle.net/10481/40120

WALKER, L. E. (1979). The battered woman. Nova York: Harper & Row.

WAN, B. ET AL. (2019). "Gender-stratified prevalence of psychiatric and pain diagnoses in a primary care patient sample with fibromyalgia". Pain Medicine, vol. 20, núm. 11, p. 2129-2133. doi.org/10.1093/pm/pnz084

WATSON, J. ET AL. (2020). "Preventing gender-based violence in mental health inpatient units". Research Report, núm. 1. Australia's National Research Organisation for Women's Safety Limited (ANROWS). www.anrows.org.au/publication/preventing-gender-based-violence-in-mental-health-inpatient-units

WU, Y. ET AL. (2020). "Association of prenatal maternal psychological distress with fetal brain growth, metabolism, and cortical maturation". JAMA Network Open, vol. 3, núm. 1. jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2759759

