

REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA D'INTERVENCIIONS EFECTIVES PER A LA DETECCIÓ I ABORDATGE DE LA VIOLÈNCIA MASCLISTA DES DELS SERVEIS SANITARIS

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS)



**Consorti de Salut i
Social de Catalunya**

Activitat finançada a càrrec dels Fons del Pacte d'Estat contra la Violència de Gènere rebuts del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Igualdad.



/Salut



Aquest material ha estat creat per al projecte de millora en la detecció i abordatge de la violència masclista finançat amb els fons del Pacte d'Estat contra la Violència de Gènere.

El projecte ha estat liderat pel Servei Català de la Salut i executat pel Servei d'Estudis i Perspectives en Polítiques de Salut, Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS), del Consorci de Salut i Social de Catalunya.

Informe elaborat per:

Verónica Espinel Flores

María Luisa Vázquez Navarrete

Andrea Miranda

Ingrid Vargas Lorenzo

Servei d'Estudis i Perspectives en Polítiques de Salut (SEPPS)



Índex

Llista d'acrònims.....	4
Resum executiu	5
1 Antecedents i marc teòric.....	13
1.1 Antecedents	13
1.2 Marc teòric.....	19
2 Objectius i mètodes.....	23
2.1 Objectius	23
2.2 Mètodes	24
3 Resultats.....	26
3.1 Estudis seleccionats.....	26
3.2 Característiques dels estudis seleccionats	29
3.3 Característiques de les intervencions efectives	40
3.4 Condicions per a la implementació d'intervencions efectives als serveis sanitaris....	54
4 Discussió.....	60
4.1 Diferents objectius però algunes característiques comunes	60
4.2 Les poblacions objectiu del cribratge i la detecció de la VM	61
4.3 El cribratge de la VM i els mètodes d'aplicació: el seu abast i limitacions	61
4.4 La valoració del risc i pla de seguretat davant la VM.....	62
4.5 La capacitat al personal sanitari: un contingut transversal	63
4.6 Intervencions de l'AP a nivell comunitari per a l'abordatge de la VM.....	64
4.7 Referents de suport als equips sanitaris i promotores de l'atenció a la VM	65
4.8 Factors organitzatius clau per a la implementació de les intervencions	66
4.9 L'atenció de la VM als serveis sanitaris requereix de l'acció multisectorial	67
4.10 Algunes consideracions sobre la notificació obligatòria de la VM.....	68
5 Conclusions i implicacions per als serveis sanitaris	69
5.1 Conclusions	69
5.2 Implicacions per als serveis de salut	73
6 Bibliografia i Annex	75
6.1 Annex: Taules suplementàries	87

Índex de taules

Taula 1 Característiques dels estudis inclosos sobre intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut	35
Taula 2 Descripció de les intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut	47
Taula 3 Condicions per a la implementació de les intervencions per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut	58

Llista d'acrònims

AE: Atenció especialitzada
AP: Atenció primària
CAP: Centre d'atenció primària
CAS: Composite Abuse Scale
EDPS: Edinburgh Postnatal Depression Scale
HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting
OMS: Organització Mundial de la Salut
PREMIS: Physician Readiness to Manage IPV Scale
PVS: Partner Violence Screen
RP: resultat primari
RS: resultat secundari
UR: Urgències
VD: Violència domèstica
VM: Violència masclista
VP: Violència en l'àmbit de la parella
WAST: Women Abuse Screening Tool

Resum executiu

Introducció

La violència que s'exerceix contra les dones és una manifestació més de la situació de discriminació i desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder entre homes i dones. La *Llei 5/2008 de Catalunya* defineix la violència masclista (VM) com la violència que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, té com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat. La VM contra les dones és un problema de salut pública a nivell mundial, de proporcions epidèmiques, i també present a Catalunya.

Davant d'aquesta situació, els serveis sanitaris haurien de constituir un entorn segur en el qual les dones puguin revelar de manera confidencial experiències de VM i rebre una resposta amb el suport que necessiten. I encara més tenint en compte que dones sotmeses a violència de parella consideren els professionals sanitaris com a professionals de confiança. No obstant això, els professionals sanitaris que es troben amb dones afectades per VM, sovint tracten els seus problemes físics sense adonar-se ni abordar-ne la causa. Des del Departament de Salut s'ha promogut aquest estudi amb el propòsit d'identificar i analitzar intervencions efectives per a la detecció i atenció a la VM en els serveis sanitaris, en el context nacional i internacional, per identificar actuacions que puguin ser aplicades al sistema de salut de Catalunya.

Mètodes

Es va realitzar una revisió clàssica de la bibliografia, mitjançant, en una primera etapa, la cerca exhaustiva en bases de dades (MEDLINE i EMBASE) d'estudis que avaluaven intervencions efectives per a la detecció i atenció de la VM als serveis sanitaris en contextos semblants a Catalunya, en relació al tipus de sistema sanitari. En una segona etapa, es va revisar, seleccionar i analitzar el contingut dels articles científics sobre intervencions efectives en l'àmbit sanitari per a la detecció i atenció a la VM en el context nacional i internacional. En la primera etapa, es van identificar 2.868 articles científics, dels quals, en successives etapes, se'n van seleccionar 47 per a una lectura completa. Finalment, d'aquests estudis, 34 van ser exclosos perquè analitzaven intervencions fora dels serveis sanitaris, no eren intervencions efectives o estaven dirigides a homes, resultant en un total de nou estudis inclosos en l'anàlisi final.

Resultats

No es va identificar cap estudi de caràcter nacional, i només un d'europèu, que avalués intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la VM als serveis sanitaris. Els nou estudis inclosos en aquesta revisió avaluaven intervencions implementades als serveis de salut d'Austràlia, Japó, Nova Zelanda, Canadà i Regne Unit. En la seva majoria, es dirigien a personal sanitari, i només un ho feia a dones de la comunitat. Els grups objectius de les intervencions van ser dones en general ateses als serveis sanitaris, dones embarassades o de grups socioeconòmics desfavorits, mares d'infants <5 anys, i dones ateses a serveis de salut mental i de drogodependències, amb símptomes associats a haver patit VM.

Totes les intervencions avaluades com a efectives per a la detecció i l'abordatge de la VM als serveis sanitaris es referien al **cribratge** (*screening* en anglès) i **abordatge** immediat, però amb diferències en els continguts: a) únicament *capacitació i sensibilització* del personal sanitari, amb mètodes i continguts alternatius; b) introducció del *cribratge* amb un instrument, o pregunta/es rutinària/es, validat i adaptat al context, *capacitació* sobre l'instrument i abordatge breu; c) *intervencions multicomponent* que, a més a més del cribratge i capacitació del personal sanitari, incloïen capacitació del personal administratiu, alertes a la història clínica per realitzar preguntes sobre VM, sessions de *counselling* a les dones víctimes de VM als serveis d'AP, abordatge de la VM en visites domiciliàries per part d'infermeres d'AP, registre de la VM en la història clínica de les dones, ruta de derivació i derivació cap a serveis comunitaris especialitzats en VM; i un referent (*advocator/champion* en anglès) per a la derivació de les dones i el suport de l'equip sanitari; i d) una intervenció *dirigida a dones a la comunitat* que a més a més del cribratge i capacitació/abordatge immediat, incloïa la derivació de la dona cap a un programa d'atenció a càrrec de mares mentores (suport per desenvolupar estratègies de seguretat, informació i derivació a centres comunitaris especialitzats).

L'abordatge breu de la VM, inclòs en les intervencions basades en el cribratge, tenia com a objectius a) donar contenció a la dona durant la revelació de la VM, b) realitzar conjuntament amb les dones una valoració del risc d'augment de la VM i un pla de seguretat enfront la mateixa. L'abordatge incloïa l'avaluació del risc de violència i l'elaboració d'un pla de seguretat, així com la provisió d'informació i derivació cap a serveis i espais d'atenció a la VM.

Pel que fa als resultats de la introducció del cribratge amb abordatge breu, la identificació de la VM va augmentar i va ser major quan s'utilitzava un qüestionari autoadministrat en paper (format preferit per les dones), en detriment de l'entrevista presencial. També van augmentar les actituds de rebuig a la VM en les dones víctimes (ex., justificació de la VM). No es van observar

danys associats a l'aplicació del cribratge i les dones víctimes de VM el van percebre com una oportunitat per aprendre més sobre VM i conèixer els recursos disponibles als que podien accedir.

Les **intervencions multicomponent, dirigides a enfortir el paper de l'atenció primària (AP)** en la detecció i abordatge de la VM, van mostrar un increment en la detecció de casos, així com en les derivacions de les dones víctimes de VM cap als serveis comunitaris especialitzats en atenció a la VM, i dels casos atesos en aquest serveis, l'augment del registre dels casos atesos i de les derivacions realitzades a la història clínica. Aquests resultats es mantenien quatre anys després de la intervenció i l'avaluació econòmica va determinar que era cost-efectiva, amb un increment del benefici monetari net des de la perspectiva social o del servei nacional de salut. Altres resultats van ser la disminució dels casos de depressió (12 mesos després de la intervenció), augment de les preguntes sobre la seguretat de les dones i dels seus fills i filles per part del personal sanitari (6 mesos després de la intervenció) i augment dels plans de seguretat desenvolupats amb les dones. També van mostrar el seu potencial per reduir la VM en les dones que van rebre la intervenció, encara que els resultats no es mantenien després de controlar per altres factors.

Entre les **condicions per a la implementació de les intervencions** s'han identificat factors que actuen com a barreres i d'altres, com a facilitadors del procés d'implementació. Les **barreres** eren de *tipus organitzatiu*: falta de temps dels professionals per a l'atenció de la dona i la participació en les capacitacions, relacionat amb la seva càrrega de treball i l'existència d'altres prioritats d'atenció; rotació del personal, amb pèrdua de la capacitat; i limitacions tecnològiques per a la implementació d'algun instrument (alertes). Relacionades amb el *context*, en les urgències i els CAPs, no sempre es podia trobar un lloc privat per aplicar el cribratge. Relacionades amb els *professionals sanitaris*, la persistència de la sensació d'inseguretat en les pròpies habilitats per preguntar sobre VM; en alguns casos, la justificació de la VM i la càrrega emocional associada a l'abordatge van actuar com inhibidors del cribratge. En relació a les *dones víctimes* de VM, els valors culturals i socials associats a la VM podien generar sentiments de vergonya i culpa o la percepció de la VM com un assumpte privat, fet que en dificultava la revelació.

Entre els **facilitadors** de tipus *organitzatiu* destaca, en primer lloc, la protecció del temps del personal sanitari per a la participació en les capacitacions, així com la presència d'un referent (promotora, champion/advocate) que actués d'enllaç i facilités el treball en xarxa amb les derivacions de les dones als serveis comunitaris, i la capacitat continuada dels equips sanitaris. En relació al *context*, el suport de les autoritats locals i el finançament de les intervencions va

facilitar la incorporació de l'abordatge de la VM a l'AP. Així mateix, la introducció del cribratge en l'atenció prenatal va promoure l'establiment de relacions de confiança entre les dones i els professionals sanitaris, degut a les múltiples visites que es realitzen durant el control de l'embaràs, facilitant que les dones parlessin de VM. Pel que fa *als professionals de salut*, la capacitat els va proporcionar una major seguretat a l'hora de parlar amb les dones de VM. També van ser factors facilitadors assumir l'abordatge de la VM com a part de la tasca professional diària, així com la presència d'altres professionals sanitaris capacitats que feien la mateixa feina. Un bon nivell educatiu de *les dones* va ser un facilitador de la participació en el cribratge.

Algunes **característiques de les intervencions** per a l'abordatge de la VM als serveis sanitaris destaquen per estar centrades en les necessitats de les dones: la consideració de la seva seguretat abans, durant i després de l'aplicació del cribratge i abordatge; el fet de donar-los suport, i el manteniment de la confidencialitat del personal sanitari víctima de VM. En les capacitacions, comptar amb la col·laboració de personal de serveis comunitaris especialitzats, i de testimonis de dones víctimes de VM, i utilitzar metodologies per sensibilitzar el personal sanitari i reconèixer els seus coneixements i habilitats. També va destacar el treball en xarxa entre els CAP i el serveis comunitaris especialitzats en atenció a la VM amb una persona d'enllaç (*champion*, promotora) per a la derivació dels casos detectats i el procés d'implementació participatiu per al desenvolupament dels protocols i eines de cribratge en una intervenció per a l'abordatge de la VM amb visites domiciliàries d'infermeres d'AP.

Discussió i conclusions

Malgrat l'interès que desperta i l'abundant literatura existent, són molt limitats els estudis que analitzen l'efectivitat d'intervencions per a la detecció i l'abordatge de la VM als serveis sanitaris. Els estudis identificats avaluaven com a intervencions efectives les basades en la capacitat del personal sanitari i la introducció del cribratge amb abordatge breu o més elaborat. El cribratge de la VM sempre s'acompanya d'un abordatge breu, per donar suport a les dones víctimes i derivar-les o informar-les dels serveis comunitaris especialitzats en atenció a la VM. A més a més, les intervencions multicomponent, incorporen sessions de *counselling* a les dones dins dels serveis sanitaris, recordatoris i registre a la història clínica de la VM i derivacions, protocols de derivació als serveis comunitaris especialitzats en VM i/o abordatge en visites domiciliàries (professionals o membres de la comunitat). També incorporen personal de suport (referent, *champion*, promotores) als equips sanitaris per a la detecció, abordatge i enllaç amb els serveis comunitaris per a la derivació dels casos de VM detectats als centres d'AP.

Els grups objectiu van ser seleccionats prenent en consideració una sèrie de criteris com l'alta prevalença de la VM, el risc incrementat que suposa patir VM per les dones embarassades i els nounats, i els grups considerats a major risc de patir VM o en aïllament i amb menys accés als serveis sanitaris per pertànyer a grups socioeconòmics desfavorits.

En concordança amb altres revisions, les intervencions basades en la introducció del cribratge augmenten la detecció de la VM, mostren que el cribratge és acceptat per les dones i no registren danys associats a la seva aplicació; tanmateix, van ser pocs els estudis que ho van abordar. La detecció de la VM sembla incrementar-se amb l'aplicació auto administrada de l'instrument de cribratge, possiblement perquè proporciona més privacitat a les dones. No obstant això, s'ha de considerar que l'auto administració del qüestionari no afavoreix l'abordatge breu (valoració del risc, desenvolupament d'un pla de seguretat i lliurament d'informació). Intervencions com l' auto-administració d'una llista de preguntes sobre VM (*checklist*) abans de l'entrevista amb la infermera, pot ser una alternativa a l'hora de preparar les dones per parlar de la VM i no perdre l'oportunitat de realitzar l'abordatge breu.

Les intervencions multicomponent, a més d'augmentar la detecció i l'abordatge de la VM als serveis de salut, mostren un impacte en la millora d'altres resultats assenyalats com a prioritaris per a l'atenció de la VM als serveis sanitaris, com l'augment del registre dels casos de VM detectats i de les derivacions i l'atenció a les dones als serveis comunitaris especialitzats en VM.

Les intervencions, en major o menor grau, van introduir elements recomanats en la literatura especialitzada per a l'atenció de la VM com ara la capacitat continuada del personal sanitari per promoure la sostenibilitat de les intervencions, la valoració del nivell de preparació per centrar l'abordatge en les possibilitats reals i capacitats de les dones per generar accions per sortir de la VM, l'existència de persones capacitades (referents) per donar suport als equips sanitaris en casos complexos, l'enllaç amb els serveis comunitaris especialitzats en VM, i el treball d'AP orientat a la comunitat per donar atenció a dones en situació d'aïllament per la situació socioeconòmica i de VM que pateixen, així com la disponibilitat de protocols clars per al registre i derivació dels casos.

En el procés d'implementació de les intervencions als serveis sanitaris cal considerar els factors contextuais i organitzatius (suport institucional, temps disponible, capacitat, condicions de privacitat i seguretat) i els relacionats amb els professionals (capacitat adequada i suport en l'atenció dels casos), que mostren ser les principals barreres per a la implementació efectiva de les intervencions. Finalment, durant el procés d'implementació d'intervencions de detecció i abordatge de VM al serveis de salut, s'han de proporcionar espais de privacitat i seguretat, i

assegurar les condicions per a l'abordatge, incloent la derivació dels casos detectats de VM als serveis socials i comunitaris adients.

L'abordatge de la VM, per la seva complexitat, presenta reptes per als sistemes sanitaris que requereixen de suport institucional per destinar temps del personal sanitari per capacitar-se i poder realitzar un abordatge adequat, garantir la privacitat i seguretat de les dones, i afavorir el treball en equip amb professionals de suport, orientat a la comunitat i multisectorial per a l'atenció integral de la VM.

Introducció

La violència masclista (VM) que s'exerceix contra les dones és una manifestació més de la situació de discriminació i de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder entre homes i dones (Artazcoz, 2019). La VM té com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat (Llei 5/2008, de 24 d'abril, Del Dret de Les Dones a Eradicar La Violència Masclista, 2008). La coerció psicològica i degradació que habitualment acompanya les diferents manifestacions de la VM té conseqüències per a la salut de les dones (Campbell, 2002). A nivell social, la VM evidencia un important dèficit democràtic ja que és un símptoma de la ciutadania incompleta de les dones. La presència i magnitud d'aquest fenomen violent posa en qüestió l'exercici dels drets fonamentals de moltes dones -dret a la vida, a la integritat física i psíquica, a la salut, a la dignitat i a la llibertat-, drets inviolables sobre els quals es fonamenta el nostre ordre democràtic (Ministerio de trabajo y asuntos sociales, 2017).

Degut a les elevades taxes de lesions, morbiditat, afectació de la salut mental, i d'utilització dels serveis de salut com a resultat de la VM, existeix una crida global per integrar la detecció i abordatge de la VM en els serveis sanitaris. En relació al rol dels serveis sanitaris en la resposta adequada a la VM, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomana l'atenció centrada en las necessitats de les dones supervivents de VM, que garanteixi la seva seguretat i atenció immediata per reduir danys en cas de violència sexual (embaràs producte de violació, malalties de transmissió sexual, etc.). L'OMS posa també èmfasi en la capacitat continuada del personal sanitari en l'abordatge de la VM. A més a més, assenyala la importància de desenvolupar polítiques que afavoreixin la integració de l'atenció a la VM als serveis de salut i en desaconsella la notificació obligatòria a la policia. Sobre aquest tema, destaca que si s'ha de fer la notificació, s'haurà de considerar el desig de la dona i informar-la tant dels seus drets com de les implicacions que té la notificació (WHO, 2013).

Malgrat el reconeixement del problema i de la necessitat de donar resposta a la VM, aquesta continua representant un repte per als sistemes de salut, ja que suposa anar més enllà de l'atenció en salut habitual, requereix habilitats específiques i implica la coordinació amb serveis d'altres sectors. Els equips de salut s'enfronten a un problema de salut que supera el model biomèdic clàssic, tant pel que fa al "diagnòstic" com a l'abordatge. Conseqüentment, els professionals sanitaris que es troben amb dones afectades per VM, sovint tracten els seus problemes físics, sense adonar-se de la causa ni abordar-la. Segons un estudi amb professionals d'AP de l'Estat espanyol, els atributs d'aquest nivell assistencial que haurien de contribuir a la

detecció i atenció adequada de la VM no sempre estan presents en la pràctica professional (Goicolea, 2017). Així, els serveis de salut perden l'oportunitat de desenvolupar un paper crucial en l'abordatge de la violència contra les dones i de formar part d'una resposta multisectorial al problema (World Health Assembly, 2014).

El Pla Nacional de sensibilització i prevenció de la violència de gènere de l'Estat Espanyol, (Ministerio del Interior, 2009) estableix que per millorar la resposta davant la VM en l'àmbit de la salut, és necessari comptar amb criteris comuns per a l'atenció sanitària i amb la coordinació de tots els serveis involucrats dins i fora del Sistema Nacional de Salut. Per això, els serveis de salut haurien d'estar preparats per identificar aquells símptomes relacionats amb la VM i per poder donar resposta immediata i canalitzar les dones perquè rebin el suport que necessiten (serveis socials, legals, etc.).

A Catalunya, dins del Pacte d'Estat en matèria de Violència de Gènere (Pacto de Estado En Materia de Violencia de Género, 2017) es contempla el desenvolupament d'estudis que contribueixin a la millora de la resposta a la VM. En aquest marc, es desenvolupa el present estudi per encàrrec del Servei Català de la Salut amb el propòsit de proporcionar evidència que contribueixi al disseny i/o a la millora de les intervencions necessàries per a la detecció i atenció de la VM als serveis sanitaris a Catalunya. L'objectiu és realitzar una revisió bibliogràfica sobre experiències nacionals i internacionals d'implementació d'intervencions que hagin demostrat ser efectives en la detecció i atenció a les víctimes de VM des dels serveis sanitaris.

La revisió posa especial èmfasi en recollir i descriure les característiques i condicions per a la implementació de les intervencions efectives per a la detecció i abordatge de la VM que s'haurien de tenir en compte en la seva adaptació al sistema de salut català. Aquest informe està estructurat en cinc seccions. La primera, proporciona un breu antecedent per posar en context la VM i la magnitud del fenomen a nivell global i local, així com el seu impacte en la salut de les dones afectades, i descriu el marc teòric que guia aquest informe. La segona, descriu els objectius i el mètode de l'estudi. La tercera secció presenta els resultats de la revisió, i la quarta conté la discussió. Finalment, la cinquena secció del present informe presenta les conclusions que es deriven de la revisió i les implicacions dels seus resultats per als serveis sanitaris.

1 Antecedents i marc teòric

1.1 Antecedents

Magnitud global i local de la violència masclista

A nivell mundial, la violència masclista (VM) és la causa de mort del 38% de les dones assassinades i la causa de lesions en el 42% de les dones que han patit violència física. Segons l'OMS, una de cada cinc dones al món ha patit abusos sexuals en la infància i una de cada tres, violència física o sexual per part de la parella en algun moment de la vida. S'estima que el 30% de totes les dones al món que han mantingut una relació de parella han estat víctimes de violència física i/o sexual per part de la parella, i en algunes regions aquesta xifra pot arribar fins el 38% (WHO, 2014). A Europa, 61 milions d'europes han viscut VM al llarg de la vida i una de cada tres ha experimentat agressions físiques o sexuals (FRA, 2014).

A diferència d'altres problemes de salut pública, existeixen poques característiques sociodemogràfiques que defineixin grups de risc per a la VM. La pobresa es l' excepció, i augmenta els riscos pels efectes dels conflictes relacionats amb les finances, les transgressions dels rols de gènere per part de les dones i la identitat masculina. Les dones de nivell educatiu, econòmic i social més afavorit estan més protegides de la VM, encara que la relació entre el nivell socioeconòmic i la VM no és lineal. La VM és exercida amb freqüència contra les dones per resoldre crisis de masculinitat hegemònica atribuïdes a la incapacitat de controlar les dones. És més, el risc de patir VM es major en societats on l'ús de mecanismes de control i poder sobre les dones està normalitzat o és una norma social acceptada (Jewkes, 2002). Altres factors de risc, tant per patir com per exercir VM, son haver presenciat durant la infància VM envers la mare; i el consum nociu d'alcohol com a detonant de la VM (OMS, 2017).

A l'Estat espanyol, 51 dones van ser assassinades a mans de les seves parelles o ex parelles l'any 2017, i 43 fins el mes d'octubre del 2018 (Ministerio de Sanidad, 2017). Segons el Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya, 6 dones van ser assassinades durant el 2017, i 8 fins a l'octubre de 2018 (Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya, 2018). A Espanya, el risc de morir a causa de la VM en l'àmbit de la parella és major per a les dones que viuen en províncies amb un índex de desenvolupament de gènere (IDG) baix respecte a les que viuen en províncies amb un IDG alt (Vives-Cases, 2007). També s'ha descrit que les dones migrades tenen major probabilitat de patir VM que les autòctones a Espanya, mentre que el treball remunerat és un factor protector només en dones autòctones (Vives-Cases, 2010).

A **Catalunya**, el 51,3% de les dones reporta haver patit VM al llarg de la vida i el 25,3%, ha patit alguna agressió especialment greu durant el seu cicle vital. A més a més, s'han identificat

desigualtats socials i econòmiques en la distribució de la VM, ja que són les dones dels grups socials més desfavorits les que presenten major prevalença de VM (Pérez G, 2016). Per exemple, a Barcelona la prevalença de VM és major en dones joves de famílies de nivell socioeconòmic més desafavorit, en dones adultes de classe social manual i en dones procedents de països de renda baixa, en comparació amb aquelles de classe social més afavorida i autòctones (Pérez G, 2016).

Impacte de la violència masclista en la salut de les dones

La VM s'associa a problemes de salut mental (dues vegades més risc de depressió i d'abús d'alcohol), a infeccions de transmissió sexual (1,5 vegades més risc d'infecció per sífilis, clamídia o gonorrea i, en algunes regions incloent l'Àfrica subsahariana, també de VIH), a embarassos no desitjats, més de dues vegades més risc d'avortament, i nadons amb baix pes al naixement (16% més probable) (WHO, 2014). Segons les dades disponibles, les dones víctimes de violència sexual no conjugal són més propenses (2,3 vegades més) a patir trastorns relacionats amb el consum d'alcohol, depressió o ansietat (2,6 vegades més).

En l'àmbit de la **salut sexual i reproductiva**, un metaanàlisi va identificar elevades taxes de VM (física, sexual i emocional) en l'àmbit de la parella entre dones que busquen interrompre l'embaràs (Hall, 2014). Les dones en relacions abusives (incloent la violència sexual) assenyalen major dificultat per prendre decisions autònomament sobre l'ús de contraceptius i que les parelles sabotegen l'ús de la contracepció. Així mateix, la VM (inclòs l'embaràs producte d'una violació) és un motiu freqüent per a la interrupció de l'embaràs. Patir violència física s'associa significativament amb la pèrdua de l'embaràs i a l'embaràs no planificat (Stöckl, 2012). S'ha observat també que les dones exposades a violència sexual tenen un alt risc de patir infeccions de transmissió sexual (inclòs el papil·loma virus) i càncer cervical (Coker, 2009).

En l'àmbit de l'**atenció pre- i perinatal** a Europa, una revisió sistemàtica amb metaanàlisi va identificar que patir VM en l'àmbit de la parella durant l'embaràs s'associa amb una menor probabilitat de rebre atenció prenatal adequada (25% menys) i atenció especialitzada en el part (20% menys) (Musa, 2019). Als Estats Units, estudis sobre els serveis d'emergències han descrit que la VM és la causa més comuna declarada per dones que hi acudeixen amb lesions (Bachman, 1995; McCauley, 1995; Tollestrup, 1999).

En l'àmbit de la **salut mental**, un estudi realitzat a l'àmbit prenatal amb dades de sis països Europeus va trobar que aproximadament una de cada deu dones pateix malestar psicològic greu a causa de VM anterior o actual (Lukasse, 2014). A Espanya, un estudi amb dones ateses a l'atenció primària (AP) va observar que aquelles que van declarar haver patit VM amb major

severitat (llarga durada i intensitat), també mostraven un major malestar emocional, pitjor salut auto percebuda i major ús de drogues psicotròpiques. Així mateix, les dones que patien VM de menor intensitat també van mostrar resultats en salut desfavorables (Vives-Cases, 2011), tot i que amb menys intensitat. La VM a Espanya també s'ha associat a mala percepció de la salut, afectació del benestar (Escribà-Agüir, 2010), angoixa psicològica, malalties somàtiques recurrents i a l'ús d'antidepressius o tranquil·litzants (Montero, 2011).

En resum, la VM contribueix a la càrrega de malaltia de les dones i, en conseqüència, a una major utilització dels serveis de salut d'AP i urgències (Ansara, 2010; Bonomi, 2009). Es considera que, a més d'AP, els serveis d'atenció prenatal rutinària i de salut sexual i reproductiva d'aquest nivell assistencial proporcionen una finestra d'oportunitat per identificar el patiment i oferir atenció especialitzada (WHO, 2013).

Intervencions per a l'abordatge de la violència masclista als serveis sanitaris i els seus resultats

El 2013, l'OMS va dissenyar les Directrius per a la pràctica clínica i les polítiques per a la resposta a la violència de gènere als serveis sanitaris (WHO, 2013). Aquesta guia inclou recomanacions i bones pràctiques en sis àmbits: atenció centrada en les dones, identificació i atenció a supervivents, atenció a víctimes d'agressió sexual, capacitació al personal de salut i desenvolupament de polítiques i identificació; que es resumeixen en el quadre 1.

Quadre 1. Resum de recomanacions i bones pràctiques per a la detecció i abordatge de la violència masclista als serveis sanitaris. Directrius de l'OMS per a la pràctica clínica i les polítiques (2013)

1. Atenció immediata centrada en les dones obeint el principi rector de no causar dany, suport en la presa de decisions informades, donar resposta a inquietuds i augmentar la seguretat, suport social, generant espais d'atenció sense prejudicis, privats i confidencials;

2. Identificació i atenció de les supervivents de VM, de manera segura i eficaç, mitjançant protocols/procediments normalitzats i un sistema de derivació cap a serveis especialitzats, personal capacitat per preguntar sobre VM. No es recomana aplicar la detecció universal (preguntar sobre VM a totes les trobades amb professionals sanitaris). Es recomana preguntar sobre VM a dones amb afeccions clíniques associades a la mateixa, a dones amb diagnòstic de trastorns mentals preexistents o relacionats amb la VM, en serveis materno infantils i mitjançant professionals de salut que tinguin una bona comprensió sobre la VM. Per a l'abordatge, es recomana comptar amb informació impresa sobre VM; l'atenció de la VM: psicològiques (ex., teràpies conductives conductuals), la promoció de l'abordatge i detecció activa de la VM i empoderament de les dones, entre d'altres (ex., escriptura expressiva);

3. Atenció clínica a supervivents d'agressions sexuals, l'atenció en crisi a mitjà i llarg termini, la reducció de riscos i danys (embaràs producte de violació, ITS, VIH o trastorns psicològics) i la recollida d'informació forense per ser utilitzada en processos legals;

(Continuació Quadre 1) Resum de recomanacions i bones pràctiques per a la detecció i abordatge de la violència masclista als serveis sanitaris. Directrius de l'OMS per a la pràctica clínica i les polítiques (2013)

4. Capacitació multidisciplinària intensiva del personal de salut sobre VM, adaptada al context i l'entorn dels serveis sanitaris, i que inclogui: la violència sexual, la identificació de la VM, l'avaluació i planificació de la seguretat de les dones i dels seus fills i filles, les aptituds per comunicar i donar atenció clínica, la documentació i derivació dels casos, aspectes legals i les xarxes existents. La formació també inclou l'auto-cura dels professionals sanitaris, amb èmfasi en el personal de salut amb més probabilitats de tenir contacte amb dones supervivents de VM (metges, infermeres, llevadores, professionals d'AP i urgències);

5. Disseny de polítiques públiques per integrar l'atenció de la VM als serveis sanitaris. Es recomana la implementació d'intervencions multicomponent als serveis sanitaris per aplicar polítiques, protocols, donar suport a la gestió i estimular el suport financer per fer sostenibles les intervencions, que inclouen capacitació sostinguda del personal sanitari, el treball en xarxa i la col·laboració intersectorial, la vigilància i registre i l'atenció integral, entre d'altres;

6. La notificació obligatòria de la VM per part dels prestadors de salut no es recomana, i en el cas de que ho sigui degut al marc legal, s'ha de realitzar prenent en consideració el desig de les dones, garantint que aquestes estiguin ben informades tant dels seus drets com dels riscos que implica la notificació, sobre tot en contextos en els quals la resposta judicial a la VM no és l'adequada.

Elaborada per les autores a partir de la guia de l'OMS (2013)

Les intervencions per a la detecció i l'abordatge de la VM han sigut objecte, de manera creixent, de revisions de la literatura (Ahmad, 2017), sistemàtiques (Nelson, 2012; O'Campo, 2011; O'Reilly, 2010; Olive, 2007) i metaanàlisis (Hussain, 2015; O'Doherty, 2015; Taft, 2013), en gran mesura basant-se en estudis realitzats als EEUU, però també en altres països, amb normatives i sistemes de salut diversos. Aquestes revisions s'han centrat en l'anàlisi de l'efectivitat de la introducció del *cribratge* per a la detecció de la VM als serveis de salut en general (O'Doherty, 2015; Taft, 2013), o exclusivament als serveis d'urgències (Ahmad, 2017; Olive, 2007); els mecanismes que hi influeixen (O'Campo, 2011); o el grau de detecció de la VM en serveis diversos per part de diferents instruments i mètodes d'aplicació (Hussain, 2015); l'efectivitat d'intervencions per a la detecció i l'abordatge de la VM dins dels serveis de salut en dones en general (Feltner, 2018) o, exclusivament, en dones embarassades (Nelson, 2012; O'Reilly, 2010; Van Parys, 2014); i fora dels serveis sanitaris (Ramsay, 2005); així com de les capacitacions sobre VM per al personal sanitari (Sawyer, 2016), estudiants de medicina i treball social (Sprague, 2018), estudiants de medicina i personal sanitari (Zaher, 2014).

Quadre 2 Revisions de la literatura i revisions sistemàtiques amb metaanàlisi sobre intervencions dirigides a la detecció i abordatge de la VM als serveis sanitaris

Intervencions	Revisions de la literatura i sistemàtiques
Introducció del cribratge	Efectivitat del cribratge per a la detecció de la VM en general (Nelson, 2012; O'Campo, 2011; Spangaro, 2017) i en urgències (Ahmad, 2017).
Cribratge i abordatge	Efectivitat d'intervencions per a l'atenció a les pacients del servei d'emergències que han patit VM (Olive, 2007). Efectivitat d'intervencions per al cribratge i abordatge de VM dirigides a dones embarassades (Nelson, 2012; O'Reilly, 2010; Van Parys, 2014).
Programes de capacitacions	Efectivitat d'intervencions basades en la capacitat del personal sanitari: assajos controlats aleatoritzats (Zaher, 2014), estudis en general (Sawyer, 2016). Scoping review sobre programes de capacitat al personal sanitari (Sprague, 2018).
	Revisions sistemàtiques amb metaanàlisi
Cribratge	Efectivitat d'intervencions basades en el cribratge (O'Doherty, 2015; Taft, 2013) i tipus d'instruments (Hussain, 2015).
Abordatge	Promoció d'accions per a la reducció de la VM i la millora del benestar físic i psicosocial de les dones (Ramsay, 2005, 2009).

Els **resultats** mesurats en les revisions de la introducció del cribratge van ser la millora de la identificació de la VM en general (O'Campo, 2011) o segons mètode d'aplicació (Hussain, 2015), canvis en indicadors de salut i qualitat de vida (Feltner, 2018; O'Doherty, 2015; Taft, 2013), la reducció de la VM (Nelson, 2012; Ramsay, 2009) i la millora en comportaments de seguretat de les dones víctimes (Van Parys, 2014), la derivació cap a serveis socials o comunitaris d'atenció a la VM (O'Doherty, 2015; Taft, 2013), re-exposició a la VM i dany (O'Doherty, 2015), els efectes adversos associats al cribratge (Nelson, 2012) i; pel que fa a les revisions de les capacitacions, la millora de les habilitats dels professionals per a la detecció de la VM (Sawyer, 2016; Sprague, 2018).

Els **àmbits** d'aplicació als serveis de salut de les intervencions de cribratge i abordatge breu incloses en les revisions van ser diversos: serveis d'AP, atenció especialitzada, serveis d'urgències (AP i AE), unitats de cures intensives, atenció prenatal (Ahmad, 2017; Nelson, 2012; Olive, 2007), clíniques de la dona i pediatria (Hussain, 2015), serveis de ginecologia i obstetrícia (O'Doherty, 2015; Taft, 2013; Van Parys, 2014), salut comunitària i àmbits mixtes de serveis d'AP i comunitaris (Feltner, 2018; O'Campo, 2011).

Les revisions que analitzen les intervencions basades exclusivament en l'aplicació del **cribratge** van mostrar un increment en la detecció dels casos (Ahmad, 2017; Feltner, 2018; O'Campo, 2011), però no en la reducció de la VM, ni en les derivacions o millores en la salut i/o qualitat de vida de les dones (O'Doherty, 2015; Taft, 2013). A més, els resultats sobre la salut psicosocial són inconclusius (Taft, 2013). Les revisions que analitzaven **diferents tipus d'abordatge de la VM** als serveis de salut no van obtenir resultats concloents en relació als abordatges basats en *visites domiciliàries d'un professional de la salut* (Nelson, 2012; Van Parys, 2014), excepte una revisió que va identificar una reducció de la VM, però basant-se únicament en els resultats d'un assaig clínic (Feltner, 2018). Les intervencions basades en l'*assessorament*

(*counselling*) a les dones, aprofitant diversos temes de salut (ex., consum de tabac, depressió, risc associat a la VM), van mostrar resultats diversos. Algunes revisions les van identificar com efectives en la reducció dels episodis de VM física i coerció durant l'embaràs (Nelson, 2012; Spangaro, 2017; Van Parys, 2014), però no de la violència sexual (Van Parys, 2014), en l'increment de l'eficàcia de les dones per a la presa de decisions i l'ús de serveis d'acolliment substitutoris de la llar (Olive, 2007), mentre que la revisió que analitzava la comparació del *counselling* amb l'ús de targetes informatives, no identifica millores en la reducció de la VM en cap de les intervencions (O'Reilly, 2010).

Malgrat que l'evidència no és concloent, donat que els estudis són limitats, les intervencions basades en la **promoció de l'atenció i la detecció activa** de les dones víctimes de VM als serveis sanitaris (*advocacy* en anglès), han demostrat que en serveis d'atenció prenatal que compten amb *personal capacitat en VM i amb materials* de suport (detecció i abordatge), augmenten les taxes de derivació a serveis comunitaris d'atenció a la VM (Ramsay, 2009). Aplicades en serveis d'urgència, incrementen l'ús de recursos comunitaris per part de les dones (Olive, 2007). Pel que fa a l'impacte en resultats finals, com la reducció de la violència física, l'increment del suport social i la millora de la qualitat de vida de la dona, només es van observar canvis en les intervencions de llarga durada (1-2 anys) i en dones que van buscar suport activament als diferents serveis de suport a víctimes de VM o que es trobaven en refugis per víctimes de VM (Ramsay, 2009; Spangaro, 2017).

Les revisions centrades en l'anàlisi d'intervencions basades en **programes de capacitat per a la detecció i abordatge de la VM** adreçats a professionals sanitaris i estudiants han identificat millores en el coneixement, actituds en general davant la VM i comportaments del personal sanitari (Sawyer, 2016) i de població universitària en carreres relacionades amb la salut i treball social (Sprague, 2018). Només un estudi va mostrar canvis en l'actitud de "culpabilització a la víctima" en el personal de salut (Sawyer, 2016), un dels elements que poden actuar com a barrera perquè les dones parlin de l'experiència de VM.

Aquestes revisions mostren algunes limitacions. D'una banda, les revisions sistemàtiques amb metaanàlisi classifiquen la qualitat de l'evidència com a moderada, degut a limitacions metodològiques o al baix nombre d'estudis que avaluen algun tipus d'intervenció, com els de promoció de detecció activa l'atenció de la VM des dels serveis sanitaris. D'altra banda, les revisions sistemàtiques que analitzen l'efectivitat de les intervencions per a la detecció i abordatge de la violència no descriuen les característiques del context ni els processos d'implementació de les intervencions i, a més, mostren informació limitada pel que fa als factors que poden influir, com a barreres o facilitadors, en la implementació. Només una revisió va

recollir factors relacionats amb el personal sanitari i organitzatius que influeixen en la detecció de la VM (Hussain, 2015).

1.2 Marc teòric

Definició i manifestacions de la violència masclista

Les Nacions Unides defineixen la violència contra la dona com "tot acte de violència de gènere que resulti, o pugui tenir com a resultat, un dany físic, sexual o psicològic per a la dona, incloent les amenaces de tals actes, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, tant si es produeixen en la vida pública com en la privada" (OMS, 2017). A Catalunya, la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la VM, utilitza el terme VM per referir-se a la violència "produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics (incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions) exercida contra una dona i perpetrada per un home que n'és o ha estat el cònjuge o per la persona que hi té o ha tingut una relació similar d'afectivitat" (Llei 5/2008, de 24 d'abril, Del Dret de Les Dones a Eradicar La Violència Masclista, 2008).

La VM es manifesta de diferent maneres. Atenent a les formes que poden adoptar les agressions, es pot classificar en: **física**, l'expressió més "visible" de VM, que es manifesta a través de qualsevol acció no accidental contra el cos d'una dona; **psicològica**, que es refereix a tota conducta verbal, no verbal u omissió intencional que produeix una desvaloració o patiment en la dona, amb la intenció de sotmetre-la i exercir control sobre ella. Encara que totes les manifestacions de violència tenen una càrrega i afectació psicològica, és el tipus de violència menys identificada; **sexual**: que és qualsevol acte de naturalesa sexual no consentit per part de la dona i forçat per part de l'agressor, incloent l'exhibició, l'observació, i la imposició, mitjançant intimidació, de mantenir relacions sexuals. Altres tipus de violència identificats són els econòmics o socials, que es refereixen a formes de coerció i control a través de privar les dones dels mitjans i recursos materials i simbòlics que els hi donen seguretat econòmica i social.

Per poder actuar sobre la VM és important comprendre la interrelació entre els diferents nivells de factors que influeixen en la seva ocurrència. A dia d'avui, s'han superat les teories de factors individuals que se centraven en explicacions de causes úniques i en la creació de perfils d'agressors i víctimes i s'ha avançat cap a models teòrics més integradors i ecològics (Heise, 1998), que consideren les diferents estructures i els determinants socials (Artazcoz, 2019) que influeixen i perpetuen la VM i generen desigualtats socials en la seva distribució entre grups socioeconòmics.

Sistemes amples d'opressió a les dones: el sistema patriarcal en la base de la VM

La VM és un problema estructural arrelat en el model patriarcal. El concepte de patriarcat es refereix a una forma d'organització social, política, econòmica i religiosa que es basa en l'autoritat de l'home sobre la dona (Artazcoz, 2019). Es defineix com un sistema ampli que configura les expectatives socials, tant funcionals com ideològiques, que serveixen per mantenir les relacions de poder dels homes sobre les dones (West, 1987).

El concepte de patriarcat també es refereix a la construcció social del que es considera femení i masculí basat en les normes socioculturals sobre el que és ser dona i home. Les normes de gènere patriarcal i la masculinitat hegemònica (Connell, 1987), els ideals normatius que defineixen i reforcen certa dominació, privilegis i poder als homes, serveixen per produir jerarquies de gènere i validar l'ús de la violència per part dels homes.

Aquest sistema de poder influeix de manera determinant en els factors estructurals i intermedis, interpersonals i individuals, que poden actuar com a predictors de la VM. Per això, els diferents mecanismes pels quals aquest sistema d'opressió sosté i reproduïx la VM, s'haurien de considerar en el disseny d'intervencions efectives en els serveis sanitaris..

A partir del marc teòric sobre VM en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública (Artazcoz, 2019) i la revisió de la literatura, es descriuen a continuació els diferents factors estructurals i intermedis que influeixen en la incidència de la VM, i en la resposta de les dones. Entre els factors *estructurals* (Artazcoz, 2019) es consideren tant el context socioeconòmic i polític, que són el marc en el que es desenvolupen les intervencions, com els valors culturals que normalitzen la VM i que influeixen en les actuacions dels professionals de salut i de les dones víctimes de VM. La interacció dels eixos de desigualtat i la seva influència en la distribució de la VM en la població de dones pot contribuir a determinar-ne els grups més vulnerabilitzats i establir intervencions sensibles a les diferents necessitats. A *nivell intermedi*, es consideren els recursos econòmics i materials (Artazcoz, 2019), així com els factors psicosocials i individuals (Heise, 1998) de les dones i l'accés als serveis sanitaris, que poden impedir o facilitar que les dones actuïn segons les accions proposades en les intervencions.

Factors estructurals

A nivell estructural, el context socioeconòmic i polític inclou els mecanismes socials i polítics que generen, configuren i mantenen les polítiques macroeconòmiques, el mercat de treball, el marc legal i el sistema judicial. En concret, per a l'abordatge de la VM des dels sistemes sanitaris és fonamental garantir l'assignació pressupostària per finançar estratègies nacionals i locals per fer front a la VM (García-Moreno, 2015). D'això en pot dependre la sostenibilitat a

llarg termini de les intervencions, que requereixen de temps i finançament per mostrar impacte en els resultats sobre VM (Artazcoz, 2019).

El marc legal a l'Estat Espanyol (Ley Orgánica 1/2004, Medidas de Protección Integral Contra La Violencia de Género, 2004; Pacto de Estado En Materia de Violencia de Género, 2017) i a Catalunya faciliten l'abordatge de la VM a l'àmbit sanitari (Llei 5/2008, de 24 d'abril, Del Dret de Les Dones a Eradicar La Violència Masclista, 2008). Dins d'aquest marc legal, a Catalunya, es van impulsar importants mesures com l'elaboració de protocols d'atenció, la sensibilització sobre la VM, la formació i el registre de casos. Mentrestant, la llei 5/2008 del 24 d'abril, recull les formes de violència més freqüents i l'àmbit en què s'exerceixen (laboral, parella, familiar i social). Malgrat el marc legal favorable sobre VM a Espanya, el tractament judicial de la VM basat en pràctiques estereotipades de gènere (Artazcoz, 2019) pot generar desconfiança en les dones per denunciar, degut a la baixa taxa de condemnes, els estereotips discriminants en la conceptualització de la VM i l'atenció revictimitzant a les dones (Bodelón, 2015).

Els valors culturals i socials arrelats al sistema patriarcal sostenen i perpetuen pràctiques i creences de justificació de la VM que influeixen en les diferents estructures socials (Heise, 1998). Això es manifesta en rols de gènere jeràrquics i rígids, en les nocions sobre el dret dels homes en matèria sexual, la baixa valoració social de les dones i el seu escàs poder social, així com les idees de masculinitat vinculades al domini de les dones (Jewkes, 2014). Aquests valors i pràctiques es poden transmetre entre generacions mitjançant l'Estat, l'escola i la família, així com per l'experiència de ser testimoni o víctima de violències al llarg de la vida. Els valors estan relacionats amb l'alta prevalença de la VM en diferents països del món i s'han de considerar en l'elaboració de polítiques i en el disseny i implementació d'intervencions (Heise, 2015).

L'estratificació social es refereix al sistema de "classificació" d'acord a les característiques de la població i està influenciat per les relacions de poder creades a nivell estructural. El sistema d'estratificació determina, en part, quins recursos i béns són distribuïts i acumulats per diferents grups socials. La distribució desigual dels recursos i béns comporta diferents nivells d'avantatges econòmics, polítics, socials i culturals entre els grups, que es tradueixen en diferències en salut (Galobardes, 2007). La producció de desigualtats es basa també en la complexa interacció entre els eixos de desigualtat en l'estratificació social, que resulta de diferències en la posició social, les relacions de poder i les experiències (Hankivsky, 2013). La interacció d'aquests factors té una influència important en el poder de les dones per adquirir recursos i, consegüentment, en les seves condicions materials en el curs de la vida.

Encara que la VM afecti les dones de tots els grups socioeconòmics (Heise, 1998; Jewkes, 2014), s'han identificat diferències basades en la interacció del gènere amb la classe social, l'edat, l'estat migratori, l'ètnia, la diversitat funcional i el lloc de residència. Com s'ha mencionat

abans, a Espanya, viure en províncies amb majors desigualtats de gènere incrementa el risc de morir a causa de la VM. Mentrestant, dones migrades de països de renda baixa i dones joves de famílies de nivell socioeconòmic baix mostren una major probabilitat de patir VM. A més a més, la posició de la dona en l'estratificació social també pot afectar la capacitat per cercar ajuda i denunciar la VM si són mares amb fill/es petit/es i amb dependència econòmica (Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya, 2018; Portal Estadístico Violencia de Género, 2018).

Factors intermedis: recursos materials, factors psicosocials i conductuals

Els recursos materials. L'accés a recursos materials està determinat per les relacions de poder de gènere. Entre els determinants que s'han relacionat amb la VM estan *la divisió sexual del treball*, que de manera menys o més marcada, es dona en totes les societats i que determina, a través de diferents vies, desigualtats en el poder i en l'accés als recursos econòmics i d'altres tipus entre les dones i el homes (Artazcoz, 2019). També, *els ingressos i la situació econòmica* s'han associat a la VM. La violència de parella és menys freqüent en països on una elevada proporció de dones forma part de la força de treball formal. Al mateix temps, però, el treball remunerat augmenta el risc de la dona en països on poques dones treballen (Heise, 2015).

Factors psicosocials i conductuals. *Les relacions amb la família* marquen la preparació de les persones per a la vida social, i és un dels espais amb més influència on les pràctiques estereotipades de gènere són apreses i representades (Butler, 1990; Connell, 2012). És un escenari on es poden produir maltractaments físics o psicològics (Artazcoz, 2019), però també, pot ser el suport social d'una dona maltractada, on fer-li sentir que és valorada, augmentar la seva autoestima i ser una font d'informació pràctica durant els episodis de VM o després (Jewkes, 2002). En *les relacions de parella* amb un alt grau d'insatisfacció, acumulació de tensió i conflictes constants és on la VM es més freqüent (Jewkes, 2002). La resolució dels conflictes mitjançant l'ús de la violència es basa en els estereotips de gènere i l'expressió de la masculinitat hegemònica. A més a més, molts dels episodis de violència estan relacionats amb la transgressió de les dones dels rols tradicionals (Jewkes, 2014). Així mateix, l'aïllament de les *xarxes socials*, amics, família, centres d'estudis, etc., es molt comú en les dones que pateixen VM, i és considerat al mateix temps com una causa i efecte de la VM. Al contrari, comptar amb xarxes fortes de suport disminueix la probabilitat de patir VM i, en dones víctimes, té un efecte protector sobre la salut mental (Heise, 1998).

En relació als factors conductuals, encara existeixen dubtes pel que fa a la relació entre el consum d'alcohol i de drogues il·legals i els episodis de VM. S'ha suggerit que l'alcohol és un desinhibidor en la VM (Jewkes, 2002), i que el consum de drogues en dones que pateixen

violència pot ser una manera de fer front a les vivències relacionades amb la mateixa (WHO, 2014), que podrien estar relacionades amb factors estructurals de l'entorn de vida de les dones i les condicions socioeconòmiques (WHO, 2014).

Els serveis sanitaris. Els efectes que té la VM sobre la salut de les dones les porta a visitar els serveis sanitaris, fet que els dona un paper crucial a l'hora de proporcionar una resposta multisectorial a la violència contra la dona. Malgrat això, moltes barreres com la falta de temps, coneixements i habilitats per preguntar sobre VM, així com la por de provocar danys o ofendre les dones, són causes de la infra detecció de la VM als serveis sanitaris (García-Moreno, 2015).

En el present estudi, utilitzarem el concepte ampli de VM per tenir en compte tant l'exercici de poder com la dominació patriarcal que es manifesta en la violència contra les dones. És a dir, per a l'anàlisi dels articles es considera que adrecen la VM tots aquells estudis que tinguin en compte qualsevol manifestació i àmbit en els que ocorre la violència cap a les dones.

2 Objectius i mètodes

2.1 Objectius

Objectiu general

Analitzar intervencions efectives en l'àmbit sanitari d'atenció a la violència masclista en el context nacional i internacional, per identificar actuacions que puguin ser aplicades al sistema de salut de Catalunya.

Objectius específics

- i. Realitzar una cerca bibliogràfica per identificar les intervencions efectives per a la detecció i abordatge de la violència masclista als serveis de salut en el context nacional i internacional.
- ii. Analitzar els continguts de la bibliografia seleccionada per identificar aquelles característiques rellevants de les intervencions efectives per a la millora de la detecció i atenció a les víctimes de violència masclista.
- iii. Extreure conclusions aplicables al model d'atenció a la violència masclista als serveis de salut a Catalunya.

2.2 Mètodes

Disseny de l'estudi

Es va realitzar una revisió de la bibliografia mitjançant la cerca exhaustiva i l'anàlisi narratiu de la bibliografia científica sobre intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista (VM) als serveis sanitaris i/o en coordinació amb altres serveis/sectors, en el context nacional i internacional.

Objecte d'estudi

L'objecte d'estudi són les intervencions efectives per a la detecció i l'atenció de les víctimes de VM als serveis sanitaris i/o en coordinació amb altres serveis/sectors en el context nacional i internacional. Es va considerar com a intervencions efectives, les intervencions així descrites pels autors dels articles.

Estratègia de cerca de la bibliografia

Per localitzar la informació referent a l'objecte d'estudi es va realitzar una cerca bibliogràfica mecanitzada en bases de dades internacionals com ara MEDLINE i EMBASE. En una segona aproximació, es va realitzar una cerca manual revisant les referències bibliogràfiques dels articles localitzats.

Paraules clau

Es va utilitzar una combinació de descriptors i paraules clau, en primer lloc relacionats amb la VM: "Battered Women", "Domestic Violence", "Spouse Abuse", "Family violence", "wife abuse", "wives abuse", "Intimate Partner Violence"; l'àmbit d'interès i les intervencions: "health care services", "information provision on services", "intimate partner violence screening", "healthcare interventions"; i els tipus d'estudis: "evaluation in healthcare", "effective strategies", "effective interventions", amb els operadors booleans "AND" i "OR", que ens van permetre identificar aquelles intervencions efectives en l'àmbit sanitari que es referien a la població de víctimes de VM.

Els anys de cerca es van limitar als de les bases de dades, és a dir, es va realitzar la cerca a partir del moment en què es van informatitzar les bases de dades el desembre del 2019 fins a l'actualitat.

Criteris de selecció dels articles

Com a criteris d'inclusió es van definir: articles que descrivien a) el contingut i context d'intervencions efectives per a l'atenció a víctimes de violència de gènere en serveis públics de salut, b) resultats de la implementació d'intervencions efectives, c) introduïdes en sistemes nacionals de salut semblants al sistema de salut a Catalunya. No es va limitar l'edat de les dones a qui anava dirigida la intervenció. Articles escrits en català, castellà, anglès o portuguès.

Criteris d'exclusió van ser articles: a) centrats en intervencions fora dels serveis de salut, b) amb població diferent a les dones (infants, homes), c) que avaluaven intervencions efectives per prevenció de la VM en homes, d) basats en revisions sistemàtiques, metaanàlisi, comentaris o editorials.

Procés de selecció dels articles

Els estudis es van seleccionar en dues fases. En la fase 1, es van revisar els títols i els resums publicats i es va triar una primera llista d'articles. D'aquests, es van seleccionar els articles que complien amb els criteris d'inclusió per a una lectura completa. Si sorgien dubtes, les investigadores les discutien i arribaven a un consens.

En la fase 2, es van revisar els articles complets que complien amb els criteris de selecció. En una primera aproximació, es va revisar que tots els articles seleccionats incloguessin intervencions efectives implementades a) en sistemes nacionals de salut, semblants al de Catalunya, b) les característiques per a la seva implementació. Quan la informació respecte a les característiques i continguts de les intervencions efectives no estava descrita en els articles revisats, es consultava el protocol de l'estudi, en el cas que es cités i fos accessible.

Es van eliminar aquells articles que incloïen homes o població infantil en la població d'estudi; articles basats en revisions sistemàtiques i protocols d'estudi.

Anàlisi de les dades

L'anàlisi de les dades s'ha fet mitjançant un procés reflexiu i iteratiu. En primer lloc, es va realitzar una anàlisi general del contingut dels articles seleccionats, que va permetre la classificació sistemàtica, la descripció i la interpretació dels continguts dels estudis.

L'anàlisi es va basar en quatre tipus de categories:

1. Característiques metodològiques, àmbit d'implementació i resultats de l'avaluació.
2. Tipus i característiques de les intervencions efectives als serveis sanitaris.
3. Factors que influeixen en la implementació de les intervencions, barreres i facilitadors.

En un segon pas, es va realitzar una anàlisi específica dels continguts dels articles seleccionats com a rellevants per a l'objectiu de l'estudi. A mesura que avançava aquesta anàlisi, es van identificar dues grans categories que van emergir en relació als tipus i característiques de les intervencions efectives (Quadre 2).

Quadre 3. Categories per a l'anàlisi de les intervencions efectives als serveis sanitaris

CATEGORIES D'ANÀLISI	SUBCATEGORIES D'ANÀLISI
1. INTERVENCIONS DIRIGIDES AL PERSONAL SANITARI	i. Capacitació en detecció i abordatge breu. ii. Introducció de cribratge i abordatge breu. iii. Intervencions multicomponent als CAPs amb abordatge comunitari.
2. INTERVENCIONS DIRIGIDES A PERSONAL SANITARI I A DONES EN LA COMUNITAT	i. Intervenció multicomponent amb abordatge comunitari: mares mentores.

Una vegada establertes les categories i subcategories emergents, es va realitzar l'extracció de les característiques de les intervencions efectives per identificar els continguts, mètodes i instruments utilitzats en les intervencions que poguessin orientar la seva aplicació al nostre context.

Així mateix, es va extraure informació sobre les condicions per a la implementació de les intervencions efectives, considerant les barreres, facilitadors i les característiques del procés d'implementació. En relació a aquest últim punt, la informació es va obtenir tant dels indicadors avaluats en els estudis, com de la interpretació dels resultats descrits pels autors en els apartats de discussió i conclusions dels articles.

3 Resultats

3.1 Estudis seleccionats

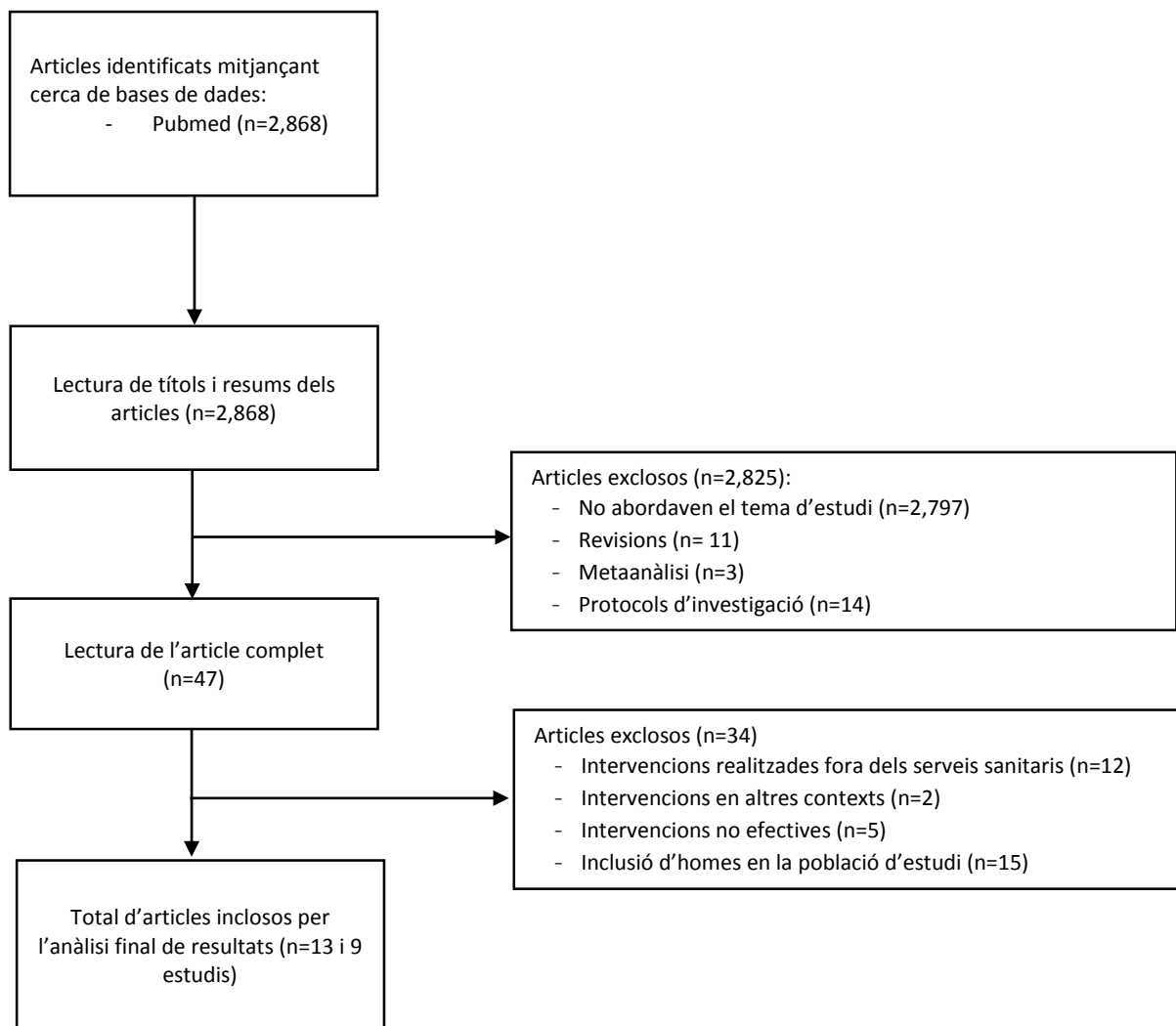
En la primera cerca de la bibliografia es van identificar 2,868 articles científics dels quals 2,825 van ser exclosos perquè a) no abordaven el tema d'estudi (n=2,797); b) eren revisions bibliogràfiques (n=11) o c) eren metaanàlisi sobre intervencions per a la detecció de la violència masclista (VM) en serveis sanitaris que basaven els seus resultats en estudis realitzats als EEUU o que incloïen intervencions realitzades fora dels serveis sanitaris (n=3); d) protocols d'investigació (n=14). Dels 43 que es van seleccionar per a una lectura completa, 34 van ser exclosos per ser a) intervencions fora dels serveis de salut (n=12); b) intervencions centrades en altres contextos (n=2); c) descrivien intervencions no efectives (n=5); d) la població d'estudi eren homes (n=15). Finalment, es van incloure un total de 13 articles per a l'anàlisi final (Figura 1).

No obstant això, en els 13 articles inclosos en aquesta revisió estaven analitzades nou intervencions (Taula 1 i Taula 3). L'avaluació de dues d'aquestes, havia estat publicada en més d'un article: sobre l'efectivitat de les intervencions i sobre el procés d'implementació, la primera a (Feder, 2011) i (Lewis, 2019) i la segona a (Taft, 2015) i (Hooker, 2015); així com sobre l'avaluació econòmica (Barbosa, 2018) i l'avaluació "longitudinal" de la sostenibilitat dels resultats de la intervenció (Sohal, 2020).

Altres articles considerats

A més a més, es van recollir en taules separades els estudis identificats que avaluaven intervencions efectives per a la detecció i abordatge de la VM als serveis sanitaris de països amb sistemes de salut diferents, però les característiques dels quals es van considerar d'interès per a l'objectiu d'estudi, com ara, estudis desenvolupats als EEUU (Annexos: taula suplementària 1). També es van recollir, i estan descrites en les taules de l'annex (Taula suplementària 2), les intervencions considerades com a efectives per a la detecció i abordatge de la VM realitzades en àmbits diferents als serveis de salut, com ara espais comunitaris o refugis per a dones, entre d'altres. S'han inclòs aquests estudis per considerar que podrien proporcionar informació útil en relació al treball amb altres sectors i a la derivació de les dones a altres serveis, claus per a l'abordatge integral de la VM.

Figura 1 Procés de selecció dels articles inclosos en la revisió bibliogràfica



3.2 Característiques dels estudis seleccionats

a. Context i definició de la violència masclista

No es van identificar estudis sobre intervencions efectives per a la detecció i abordatge de la violència de gènere als serveis de salut que responguessin als criteris d'inclusió a nivell nacional, i només se'n va identificar un a nivell europeu. Els nou estudis finalment seleccionats (Figura 1) s'han publicat en els darrers 13 anys (entre 2006 i 2017) i es van desenvolupar a Regne Unit (Barbosa, 2018; Feder, 2011; Lewis, 2019; Sohal, 2020), Austràlia (Baird, 2017; Hegarty, 2013; Hooker, 2015; Spangaro, 2010; Taft, 2011, 2015), Japó (Kataoka, 2010), Nova Zelanda (Koziol-McLain, 2008) i Canadà (MacMillan, 2006) (Taula 1).

Totes les intervencions, amb independència del terme utilitzat -violència domèstica, en la família o violència en l'àmbit de la parella -, se centraven en la violència exercida sobre la dona per la parella masculina, i era definida com una prioritat en les polítiques públiques per ser la manifestació de VM més prevalent als països on es van realitzar les intervencions. Tots els estudis consideraven la VM com un problema social i de salut pública amb una gran càrrega de morbiditat i mortalitat en dones i població infantil.

b. Àmbit de les intervencions als serveis sanitaris

L'àmbit de la implementació de las intervencions variava depenent dels objectius definits en cadascuna de les intervencions, generalment un nivell d'atenció, atenció primària (AP), o algun servei específic, atenció prenatal, materno infantil, però alguna incloïa diversos nivells i serveis.

Així, quatre experiències van introduir intervencions a l'AP (Feder, 2011; Hegarty, 2013), i d'aquestes, dues també incloïen accions a l'àmbit comunitari amb participació d'infermeres (Taft, 2015) i mares mentores (Taft, 2011). Tres van implementar intervencions als serveis d'atenció prenatal en atenció hospitalària (Baird, 2017; Kataoka, 2010; Spangaro, 2010). Dos estudis (Koziol-McLain, 2008; MacMillan, 2009) es dirigien a diversos àmbits d'intervenció (AP, serveis d'urgències i clíniques de salut de la dona), per avaluar l'aplicació del cribratge universal als serveis sanitaris, en resposta a la legislació en matèria d'atenció i prevenció de la VM al país (Canadà).

c. Disseny i mètodes d'avaluació

Dels estudis analitzats, un utilitzava un disseny d'avaluació pre-post (Baird, 2017), sis eren assajos aleatoritzats: un controlat (Kataoka, 2010) i cinc per conglomerats (Feder, 2011; Hegarty, 2013; MacMillan, 2006; Taft, 2011, 2015), amb un que, a més a més, incloïa un component d'anàlisi del cost-efectivitat de la intervenció (Feder, 2011). Entre els altres estudis, un utilitzava

un disseny transversal (Spangaro, 2010) i l'altre era un estudi qualitatiu (Koziol-McLain, 2008). La majoria dels estudis avaluaven intervencions basades en el cribatge i l'abordatge breu i alguns comparaven l'eficàcia de diferents aproximacions en l'aplicació de l'instrument de cribatge.

Per a la mesura de l'efectivitat, van adoptar diverses aproximacions:

- Aplicació d'un qüestionari sobre coneixements als professionals, abans i després de la implementació d'un programa de capacitatció,
- Comparació de resultats de l'aplicació de l'instrument de cribatge: (i) en diferents formes d'aplicació (entrevista presencial pel personal sanitari, autoadministrat en format imprès o en ordinador); (ii) aplicació repetida en diferents moments del període gestacional.
- Aplicació d'escalas de mesura de la VM i indicadors de salut mental i benestar a l'inici, durant i després de la intervenció,
- Revisió de registres, històries clíniques i informes, per identificar canvis en el nombre de casos de VM identificats o reportats, en les derivacions de víctimes de VM a serveis socials o comunitaris especialitzats en atenció a la VM i en el cost-efectivitat de la intervenció.

L'estudi amb metodologia qualitativa va aplicar entrevistes semi-estructurades setmanes després de l'aplicació del cribatge per analitzar l'efectivitat des del punt de vista de les dones.

Quadre 4 Instruments utilitzats per a l'avaluació dels estudis analitzats

INTERVENCIÓ/PAÍS*	INSTRUMENTS D'AVALUACIÓ (mesura de resultats)	ÀMBIT
Capacitació per al cribatge i abordatge breu - Austràlia	- Qüestionari PREMIS (<i>Physician Readiness to Manage IPV Scale</i> , en anglès) adaptat al context australià, per a l'avaluació de la capacitatció (Baird, 2015; Short, 2006).	AE
Introducció del cribatge i comparació d'instruments - Austràlia	- Qüestionari de cribatge de VM ; per avaluar l'efecte del de la intervenció en la disminució de la VM - HITS : <i>a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting</i> (Sherin, 1998). - Preguntes sobre actituds davant la VM descrites als fulletons informatius entregats als serveis; acceptació, danys i utilitat del cribatge de la VM (Spangaro, 2010).	UR AP AE: clíniques de dones
Multicomponent: dirigida a personal de salut - Austràlia	- Instruments de mesures de resultats : - VM: CAS (<i>Composite Abuse Scale</i>) (Hegarty, 2005). - Depressió : EDPS (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>) (Thorpe, 1993). - Benestar : MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (Ware, 1992). - Criança : <i>Parenting stress</i> (PSI-SF) (Abidin, 1995). - Social support (MOS-SF) (Ware, 1992).	UR AP AE: clíniques de dones
Multicomponent amb personal de salut i mares mentores – Austràlia	- WHO Quality of Life-BREF (Skevington, 2004). - SF-12 <i>Mental Health</i> (Goodyear-Smith, 2009). - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Zigmond, 1983). - <i>Five-point Likert scale: comfort</i> . - Pregunta (1) sobre conductes de seguretat de les dones, fills i filles (McFarlane, 1998).	AP

*La resta d'estudis utilitzaven altres instruments específics per l'avaluació o no els van descriure.

d. Tipus d'intervencions

La majoria de les intervencions avaluades com a efectives per a la detecció i abordatge de la VM als serveis de salut se centraven en el cribratge i abordatge breu, ja sigui com a components únics de la intervenció als serveis de salut o com a part d'una intervenció més àmplia (multicomponents: als serveis de salut i comunitat). Es van identificar dos tipus bàsics d'intervencions: a) *dirigides al personal de salut*, que inclou i) capacitació; ii) introducció del cribratge i abordatge breu; iii) intervencions multicomponents i b) *intervencions dirigides al personal de salut i dones a la comunitat*, multicomponents (Taula1).

e. Característiques de la població i mostra

La població d'estudi estava conformada per personal sanitari d'AP i AE de diferents disciplines i per dones gestants o ateses en diferents tipologies de serveis de salut, depenent del tipus d'intervenció (Taula 1). En les avaluacions d'intervencions dirigides al personal sanitari, la població d'estudi estava conformada per:

- Personal sanitari: llevadores i infermeres (Baird, 2017; Taft, 2015), metges i metgesses de família d'AP (Feder, 2011; Hegarty, 2013).
- Dones gestants ateses a serveis d'atenció prenatal, de 14-25 anys d'edat (Kataoka, 2010).
- Dones ateses a serveis d'urgències, AP i clíniques de salut de la dona, de 18-64 anys, (MacMillan, 2006) i identificades a urgències pediàtriques, de 20-72 anys (Koziol-McLain, 2008) i a serveis de salut mental i atenció a la drogodependència, entre 17-60 anys (Spangaro, 2010)

En les intervencions dirigides a personal sanitari i dones a la comunitat (mares mentores) (Taft, 2011):

- Dones embarassades o mares de menors de ≤ 5 anys víctimes de VM identificades per l'aplicació del cribratge als centres d'AP (32 anys d'edat mitjana).

La grandària de la mostra variava molt entre els estudis quantitatius. En relació als professionals sanitaris, entre 25 metges i metgesses de família (Hegarty, 2013) i 149 professionals de distintes disciplines (Baird, 2017). Pel que fa a les dones ateses als serveis de salut, entre 133 dones víctimes de VM (Taft, 2011) i 2.945 dones en general (Feder, 2011). A l'estudi qualitatiu hi van participar 36 dones (Koziol-McLain, 2008).

f. Resultats de les intervencions

Totes les intervencions per a la detecció i abordatge de la VM als serveis sanitaris van demostrar efectivitat, tant en els resultats primaris (detecció de VM, plans de seguretat, derivacions i atenció en serveis comunitaris, cost-efectivitat) com secundaris (derivacions rebudes en els serveis comunitaris, registre de casos, preguntes del personal sanitari sobre seguretat de les dones, incidència de depressió); excepte una, que només va mostrar millores en els resultats secundaris (Hegarty, 2013) (Taula 1). A continuació, es presenta un resum dels resultats de les intervencions organitzades per tipus d'intervenció.

INTERVENCIONS DIRIGIDES AL PERSONAL SANITARI

i. Capacitació en detecció i abordatge breu

Com a resultat primari, es va mostrar una millora dels coneixements sobre VM i els símptomes associats per part de les llevadores i infermeres participants, així com l'augment en la percepció d'estar preparades per realitzar el cribratge en VM (Baird, 2017). No obstant això, com a resultat secundari, les professionals van identificar diverses barreres per a la implementació de la intervenció, relacionades amb l'idioma en cas de diversitat ètnica i el temps limitat per a una atenció adequada a la VM en el lloc de treball (Baird, 2017).

ii. Introducció del cribratge i abordatge breu

Entre els resultats principals es va identificar un increment de la detecció de la VM en dones embarassades (Kataoka, 2010) i dones ateses en diferents serveis sanitaris, que va ser superior a urgències en comparació amb l'AP (medicina familiar) (MacMillan, 2006). Només un estudi va avaluar i trobar un increment en les actituds de rebuig envers la VM per part de les dones víctimes i una disminució de la prevalença de la VM (Spangaro, 2010).

Les dones van considerar el cribratge als serveis sanitaris com acceptable i útil i no van percebre danys relacionats amb la seva aplicació (Koziol-McLain, 2008; Spangaro, 2010). A més a més, les víctimes de VM el consideraven una oportunitat per rebre i compartir amb altres dones del seu entorn informació sobre VM i els recursos comunitaris disponibles (Koziol-McLain, 2008).

En relació a l'instrument, no es van trobar diferències en la sensibilitat i especificitat per detectar la VM entre els diferents instruments utilitzats per al cribratge (PVS, WATS i CAS) (MacMillan, 2006). Pel que fa a l'aplicació, però, l'auto-administració del qüestionari va ser el mètode preferit per les dones, amb independència del format (imprès o ordinador), si bé que l'aplicació del qüestionari imprès va mostrar menys pèrdua de dades (*missing data*). No es van

reportar diferències en confort o en la necessitat de consultar amb una infermera sobre la VM, en funció del mètode d'aplicació de l'instrument (Kataoka, 2010).

iii. Intervencions multicomponent

Entre els resultats primaris, també es va identificar un increment en la detecció de les dones víctimes de VM, així com en les derivacions des d'AP a altres serveis específics d'atenció a la VM, incloent serveis comunitaris, i en l'augment dels plans de seguretat realitzats per a les dones víctimes de VM.

Entre els resultats secundaris, la gran majoria de dones derivades (70%) va rebre atenció dels serveis comunitaris col·laboradors (60%), ja fos amb sessions de suport telefònic (52%), presencials (27%) o mixtes: telefònic i presencial (19%), i un 10% van ser derivades cap a altres serveis socials. Va augmentar també el registre de casos de VM a l'HC electrònica (Feder, 2011), tots dos resultats que es van mantenir els quatre anys de seguiment (Sohal, 2020). L'avaluació econòmica va mostrar que la implementació d'aquest tipus d'intervenció era cost-efectiva, amb un increment dels anys de vida ajustats per qualitat (AVAC) i un estalvi de £14 (teòric) per dona ≥ 16 anys víctima de VM atesa als serveis d'AP, així com un benefici monetari des de la perspectiva social (£42) i dels serveis de salut (£22) (Barbosa, 2018).

L'altre estudi va registrar un increment en el nombre de casos de VM detectats mitjançant un format tipus *checklist* auto complimentat per les dones. També va mostrar un augment durant els tres anys de la implementació dels plans de seguretat per a les dones víctimes de VM (Taft, 2015).

Una intervenció multicomponent que va introduir l'abordatge de la VM en AP, només va trobar resultats considerats secundaris d'efectivitat de la intervenció (Hegarty, 2013): un augment en la pregunta sobre la seguretat de les dones, fills i filles per part del metge d'AP i una disminució dels casos de depressió entre dones víctimes de VM ateses 12 mesos després de la implementació de la intervenció. No es van observar millores en els indicadors considerats primaris de l'anàlisi de l'efectivitat: la qualitat de vida i salut mental, tenir un pla i conductes de seguretat davant la VM (Hegarty, 2013).

INTERVENCIONS DIRIGIDES A PERSONAL DE SALUT I A DONES: MARES MENTORES

i. Intervenció multicomponent amb abordatge comunitari: mares mentores.

Com a resultat principal de l'avaluació de l'efectivitat, va disminuir la VM declarada per les dones que van rebre aquesta intervenció, malgrat que els resultats no es van mantenir després

dels ajustos. No es van identificar canvis produïts per la intervenció en els resultats secundaris: benestar físic i mental, salut general i estrès en la criança (Taula 1 i 2 (Taft, 2011)).

Taula 1 Característiques dels estudis inclosos sobre intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Autors	País	Disseny de l'avaluació	Tipus d'intervencions	Àmbit de les intervencions; definició de VM	Resultats avaluats	Resultats principals
Intervencions dirigides al personal sanitari						
Baird, et al. (2017). <i>Women and Birth</i>	Austràlia	Disseny: Avaluació pre-post. Població d'estudi i mostra: llevadores i infermeres de tres hospitals (n=149). Comparació: Sense grup de comparació. Mesura: Aplicació de qüestionari pre y post capacitació.	Capacitació en la detecció i l'abordatge per a llevadores i infermeres.	- Atenció prenatal hospitalària - Definició: VD/VP.	RP: Coneixement i preparació per realitzar cribratge. RS: Barreres per a l'aplicació al lloc de treball	- Millora en el coneixement de la VM (reconèixer símptomes de VM). - Millora en la preparació per preguntar de manera rutinària sobre VM i donar suport a dones en la consulta prenatal. - Barreres relacionades amb els temps d'atenció i idiomàtiques amb grups d'ètnies diverses.
Kataoka et al. (2010). BMC <i>Pregnancy and Childbirth</i>	Japó	Disseny: Assaig controlat i aleatoritzat. Població d'estudi i mostra: dones gestants de 14-25 setmanes (n=328). Comparació: entre entrevista presencial (n=165) i qüestionari autoadministrat imprès (n=163). Mesura: Aplicació repetida del qüestionari <i>Violence Against Women Screen –VAWS</i> , adaptat al context japonès.	Introducció de l'instrument en dos formats, cribratge i abordatge breu i capacitació al personal de salut.	- Atenció prenatal hospitalària (urbà). Definició: VP.	RP: Taxa de notificació de la VM; en diferents moments RS: Nivell de confort i necessitat expressada de consultar amb la infermera després del cribratge.	- Major notificació de la VM amb qüestionari autoadministrat imprès - No diferències entre mètodes, en quant a confort o necessitat expressada de consulta amb la infermera.
MacMillan (2006). <i>JAMA</i>	Canadà	Disseny: Assaig aleatoritzat per conglomerats. Població d'estudi i mostra: dones de 18-64 anys en condicions de participar i que complien criteris de selecció (n=2,461). Comparació entre aplicació qüestionari de cribratge i) autoadministrat amb (i) ordinador (n=769), (ii) autoadministrat imprès (n=839), i (iii) presencial (n=853) Mesura: Aplicació tres instruments (PVS, WAST, CAS) de cribratge utilitzant el CAS com estàndard per mesurar sensibilitat en la detecció.	Introducció d'instruments de cribratge, en formats diferents i l'abordatge breu	- Serveis d'urgències. - AP i comunitària. - Clíriques de salut de la dona Definició: VP.	RP: Detecció de prevalença d'experiències d'abús físic, sexual i emocional i sentiments de seguretat en els últims 12 mesos, segons instrument, forma d'aplicació i àmbit. Concordança entre instruments de cribratge i CAS. Opinió sobre la forma d'aplicació: facilitat, acceptabilitat, privacitat.	- Detecció depèn de l'àmbit (AP, UR), instrument i forma d'aplicació. - Detecció més baixa en medicina familiar i clíniques de la dona en comparació amb urgències. - Mateixa detecció segons instrument (PVS i WATS mateixa sensibilitat i especificitat que el CAS) i forma d'aplicació; els qüestionaris impresos contenien menys dades perdudes. - Les dones preferien l'abordatge autoadministrat (amb ordinador i escrit).

¿AE?: Atenció Especialitzada; AP: Atenció primària; UR: Urgències; VM: violència masclista; VD: violència domèstica; VP: violència en l'àmbit de la parella; RP: resultat primari; RS: resultat secundari; UR: Urgències.

(Continuació Taula 1) Característiques dels estudis inclosos sobre intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Autors	País	Disseny de l'avaluació	Tipus d'intervencions	Àmbit de les intervencions; definició de VM	Resultats avaluats	Resultats principals
Intervencions dirigides al personal sanitari						
Spangaro et al. (2010) <i>Women & Health</i>	Austràlia	Disseny: Estudi transversal. Població d'estudi i mostra: dones entre 17-60 anys amb cribatge positiu de VM (n=122) i dones amb cribatge negatiu (241). Comparació: actitud de les dones davant de la VM, acceptació i utilitat del cribatge entre dones víctimes i no víctimes de VM. Mesura: aplicació del qüestionari 6 mesos després de l'aplicació del cribatge.	Introducció del cribatge i l'abordatge breu.	<ul style="list-style-type: none"> - AE: atenció prenatal; - AP: - serveis de salut mental i de drogodependències. - Definició: VP. 	RP: Percentatge d'abús. Actituds davant la VM. Acceptació i utilitat del cribatge de la VM.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminució en el percentatge d'abús, (no significatiu després d'ajust). - Increment d'actituds de rebuig a la VM (major en casos positius de VM). - Increment en l'acceptació i utilitat del cribatge als serveis de salut (major en casos positius de VM).
Koziol-McLain et al. (2008). <i>Midwifery Womens Health</i>	Nova Zelanda	Disseny: estudi qualitatiu després de l'aplicació del cribatge. Població d'estudi i mostra: 36 dones entre 20-72 anys d'edat participants d'un estudi que mesurava la VM. Sense grup de comparació. Mètode: Entrevistes semi-estructurades setmanes després del cribatge.	Introducció del cribatge i l'abordatge breu.	<ul style="list-style-type: none"> - UR (adult i pediàtric) - AP - Definició: VP. 	RP: Acceptabilitat, utilitat i dany de la detecció de la VM en els serveis de salut.	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptació del cribatge per les dones. - El cribatge com oportunitat de rebre i compartir amb altres dones informació respecte a la VM i recursos disponibles. - No danys relacionats amb el cribatge.

AE: Atenció Especialitzada; AP: Atenció primària; UR: Urgències; VM: violència masclista; VD: Violència domèstica; VP: violència en l'àmbit de la parella; RP: resultat primari; RS: resultat secundari; UR: Urgències.

(Continuació Taula 1) Característiques dels estudis inclosos sobre intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Autors	País	Disseny de l'avaluació	Tipus d'intervencions	Àmbit de les intervencions; definició de VM	Resultats avaluats	Resultats principals
Intervencions dirigides al personal sanitari						
Feder et al. (2011) <i>Lancet</i> Barbosa, et al. (2018) <i>BMJ Open</i> Sohal et al. (2020) <i>BMC Medicine</i>	Regne Unit	Disseny: Assaig controlat aleatoritzat per conglomerats Població d'estudi i mostra: 24 CAPS Comparació: intervenció (n=3,088 dones víctimes ≥16 anys) i 24 en la control (n=2,945 dones ≥16 anys). Mesura de resultats: anàlisi de registres de derivació i històries clíniques.	Multicomponent: Capacitació, identificació, registre i derivació. (Projecte <i>Referral to Improve Safety</i>)	- AP (urbà) - Definició: VD	<u>Avaluació d'efectivitat</u> RP: Nombre de referències a serveis d'atenció a la VM registrades en la HC electrònica. RS: Detecció de la VM registrada en HC electrònica; referències rebudes per les promotores del projecte i els serveis d'atenció a la VM. <u>Avaluació econòmica</u> RP: anys de vida ajustats per qualitat (AVAC), perspectiva social i serveis nacionals de salut. RS: cost i utilitat de la intervenció. <u>Avaluació longitudinal</u> RP: Nombre de referències diàries rebudes per serveis comunitaris RS: nous casos registrats en la HC electrònica.	<u>Resultats de l'anàlisi d'efectivitat</u> - Increment de les referències cap a serveis d'atenció a la VM als centres del grup intervenció en comparació amb el grup control. - Increment en la detecció de casos de VM als centres d'intervenció en comparació amb els de control. - El 70% de les dones referides va rebre suport, 60% per la promotora del projecte i un 10% per alguna promotora externa al projecte o dels serveis d'atenció a la VM. <u>Resultats de l'avaluació econòmica</u> - Cost-efectivitat en el 61%. - Increment dels AVAC de 0.001 per dona. - Estalvi de £14 teòric per dona ≥16 anys registrades en AP. - Benefici monetari net des de la perspectiva social (£42) i dels serveis nacionals de salut (£22). <u>Resultats de l'avaluació "longitudinal"</u> - Increment de les referències rebudes i dels nous casos registrats de VM.

AE: Atenció Especialitzada; AP: Atenció primària; UR: Urgències; VM: violència masclista; VD: Violència domèstica; VP: violència en l'àmbit de la parella; RP: resultat primari; RS: resultat secundari; UR: Urgències.

(Continuació Taula 1) Característiques dels estudis inclosos sobre intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Autors	País	Disseny de l'avaluació	Tipus d'intervencions	Àmbit de les intervencions; definició de VM	Resultats avaluats	Resultats principals
Intervencions dirigides al personal sanitari						
Hegarty, et al (2013) <i>Lancet</i>	Austràlia	<p>Disseny: Assaig controlat i aleatoritzat per conglomerats.</p> <p>Població d'estudi i mostra: dones ateses pel metge de família (n=137 Intervenció; n=135 Control).</p> <p>Comparació: control (atenció estàndard n=27 metges/es, 135 dones) e intervenció (n=25 metges/es, 137 dones)</p> <p>Mesura: Aplicació de qüestionaris de qualitat de vida i salut mental, escala de depressió, preguntes sobre pla de seguretat i confort; enviats per la línia de base i post intervenció als 6 i 12 mesos post intervenció via correu postal.</p>	Multicomponent: Capacitació, introducció del cribratge i l'abordatge breu per metgesses i metges de família.	<ul style="list-style-type: none"> - AP - Definició: VP. 	<p>RP: Qualitat de vida. Pla i conductes de seguretat. Salut mental.</p> <p>RS: Depressió i ansietat. Pregunta sobre seguretat de la dona i els fills o filles. Confort per parlar de VM amb el seu metge.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - RP: No es van identificar canvis en els resultats principals avaluats als 12 mesos. - RS: Disminució casos de depressió 12 mesos post intervenció. - Va augmentar la pregunta a les dones sobre la seva seguretat i la dels fills i filles per part del metge d'AP als 6 mesos post intervenció.
Taft et al. (2015) <i>BMC Medicine</i>	Austràlia	<p>Disseny: Assaig controlat i aleatoritzat per conglomerats.</p> <p>Població d'estudi i mostra: 91 centres (n=163 infermeres) ; dones ateses a l'AP (n=10.472)</p> <p>Comparació: control (atenció estàndard n= 1.792 dones); intervenció (n=2.330 dones).</p> <p>Mesura: revisió d'informes electrònics de registre de VM, referències de les dones i plans de seguretat.</p>	Multicomponent amb abordatge comunitari: capacitació, detecció.	<ul style="list-style-type: none"> - Detecció en CAPS 	<p>RP: Detecció de la VM per part de les infermeres; revelació de la VM per part de les dones (<i>checklist</i>); derivació de les dones víctimes de VM; nombre de plans de seguretat elaborats.</p> <p>RS: Prevalença de la VM, dany reportat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No es van identificar canvis en la detecció de la VM per part de les infermeres, o en les referències. - Augment del nombre de plans de seguretat i de la revelació de la violència auto reportada. - No es van identificar diferències en la prevalença de la VM. - No es van reportar danys associats a preguntar sobre VM.

AE: Atenció Especialitzada; AP: Atenció primària; UR: Urgències; VM: violència masclista; VD: Violència domèstica; VP: violència en l'àmbit de la parella; RP: resultat primari; RS: resultat secundari; UR: Urgències.

(Continuació Taula 1) Característiques dels estudis inclosos sobre intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Autors	País	Disseny de l'avaluació	Tipus d'intervencions	Àmbit de les intervencions; definició de VM	Resultats avaluats	Resultats principals
Intervencions dirigides a personal de salut i dones de la comunitat						
Taft et al. (2011) BMC Public Health	Austràlia	Disseny: Assaig aleatoritzat per conglomerats Mostra: 133 dones víctimes de VM (n=90 Intervenció; n=43 Control) amb edat mitjana de 32 anys. 50% de les participants continuen vivint amb la parella. Mesura: Aplicació d'escala d'abús, depressió post natal, benestar, estrès en la criança i suport social pre i post intervenció.	Abordatge comunitari.	- Detecció en clíniques d'AP (infermera de salut maternoinfantil i metge/ssa generalista) - Intervenció en el domicili - Definició: VP.	RP: VM; depressió RS: benestar físic i mental; salut general i estrès en la criança.	- Mitjana de VM va disminuir en el grup d'intervenció (no estadísticament significatiu) - No es va reduir la depressió i no va millorar el benestar físic i mental, o la salut general. - L'estrès en la criança no va canviar

AE: Atenció Especialitzada; AP: Atenció primària; UR: Urgències; VM: violència masclista; VD: Violència domèstica; VP: violència en l'àmbit de la parella; RP: resultat primari; RS: resultat secundari; UR: Urgències.

3.3 Característiques de les intervencions efectives

Totes les intervencions inclouen la detecció i abordatge (breu o no) de la VM, excepte una que era una capacitat. Igualment, la majoria contemplava la capacitat al personal sanitari amb continguts molt semblats. Dues de les intervencions van ser implementades en àmbits mixtes que inclouen la detecció de la VM als CAPs i l'abordatge en visites domiciliàries, en un cas d'infermeres i en l'altre de mares mentores de la comunitat. A continuació, es resumeixen les característiques més rellevants de les intervencions (Taula 2).

a. A qui van dirigides las intervencions i quina és la població objectiu?

En general, les intervencions estaven **dirigides al personal de salut**, tant les intervencions de capacitat (Baird, 2017) i d'introducció del cribratge i abordatge breu de la VM (Kataoka, 2010; Koziol-McLain, 2008; MacMillan, 2006; Spangaro, 2010), com les multicomponent (Feder, 2011; Hegarty, 2010; Taft, 2015), però d'aquestes, una inclouia també **dones de la comunitat** com a mares mentores (Taft, 2011). Independentment de a qui estaven dirigides o del tipus d'intervenció, la **població objectiu de la intervenció** estava determinada per la definició utilitzada de dones en risc de patir VM. Alguns van definir com a població de risc a les dones en general i van incloure com a població objectiu totes les dones ateses en diferents serveis sanitaris i nivells d'atenció (Hegarty, 2013; Koziol-McLain, 2008; MacMillan, 2006; Sherin, 1998). La resta, va definir grups específics com a població de risc i van incloure dones embarassades (Baird, 2017; Kataoka, 2010), dones ateses en serveis de salut mental o de drogodependències (Spangaro, 2010), o dones amb diagnòstics clínics associats a patir VM (Feder, 2011). Les dues amb intervencions comunitàries es dirigien a dones embarassades i/o mares de menors ≤5 anys d'edat, de nivell socioeconòmic desfavorit i identificades a l'AP, que viuen amb l'agressor i que com a resultat de la VM pateixen major aïllament social i no poden accedir als serveis sanitaris (Taft, 2011, 2015) (Taula 2).

b. Continguts de les intervencions

INTERVENCIONS DIRIGIDES AL PERSONAL SANITARI

Capacitat dirigida als professionals de salut i personal administratiu

Les capacitacions dirigides a la introducció del cribratge i l'atenció breu van incloure, a més dels protocols de cribratge (MacMillan, 2006), continguts teòrics i d'anàlisi crític d'idees estereotipades i mites sobre la VM. S' inclouen teories del cicle de la VM i la indefensió apresada per analitzar factors individuals i interpersonals que dificulten que les dones preguin decisions

davant la VM (Baird, 2017; Kataoka, 2010). Es van incloure elements per a l'abordatge de la VM de forma segura i confidencial, la gestió i manteniment de registres de les consultes amb les dones, i informació dels recursos comunitaris per a la derivació (Baird, 2017; Kataoka, 2010).

Les intervencions multicomponent van incloure, a més a més, l'anàlisi de barreres per a l'abordatge de la VM als serveis sanitaris i elements de seguretat per a la derivació de les dones als serveis comunitaris. Les capacitacions van ser obligatòries i es van compensar econòmicament (Feder, 2011). Es van incloure elements dirigits a reforçar les habilitats del personal sanitari en l'atenció de la VM com ara la valoració del nivell de preparació al canvi i l'atenció centrada en la dona, l'escolta activa, entrevistes motivadores, tècniques de solució de problemes i l'establiment de relacions saludables (Hegarty, 2013). Un estudi preveia la capacitació continuada dels equips sanitaris i la capacitació al personal administratiu en la gestió de dades, informació i cites amb confidencialitat i seguretat (Feder, 2011).

Una de les intervencions multicomponent fa referència en el seu protocol d'estudi a un component de difusió sobre VM al personal administratiu dels centres d'AP (Hegarty, 2010).

Canvi organitzatiu: introducció d'un "Champion" o referent en VM.

Tant la intervenció basada en el programa de capacitació del personal sanitari per introduir el cribratge i abordatge breu en l'atenció prenatal (Baird, 2017), com dues intervencions multicomponent (Feder, 2011; Taft, 2015), van incloure la introducció d'una persona referent escollida entre els professionals dels equips sanitaris (infermeres, metges de família, etc.) per donar suport a l'equip sanitari en l'atenció dels casos detectats de VM, la seguretat a les infermeres en les visites domiciliàries (per exemple, acompanyant la infermera comunitària en les visites a dones en les que existeix sospita de VM), i com d'enllaç amb els serveis comunitaris d'atenció a la VM (Taft, 2012, 2015).

Detecció de la VM: cribratge i l'abordatge breu

Introducció del cribratge: La implementació es va realitzar mitjançant l'aplicació repetida de l'instrument de cribratge per detectar VM en diferents moments de l'embaràs (Kataoka, 2010); amb diferents qüestionaris validats pel cribratge de la VM (MacMillan, 2006) per identificar diferències en la detecció; qüestionaris dissenyats i validats pels equips d'investigació (Hegarty, 2013), preguntes en format tipus *checklist* (Taft, 2015), o en plantilles electròniques (Feder, 2011), i estandarditzades extretes de qüestionaris per a la detecció de la VM i revisió de la bibliografia dissenyades per ser aplicades de manera rutinària en dones ateses en diferents àmbits dels serveis sanitaris i que no presenten símptomes aparents de VM (Koziol-McLain, 2008; Spangaro, 2010).

En les intervencions multicomponent, en un cas es realitzava el cribratge universal amb un qüestionari dissenyat i validat per l'equip d'investigació aplicat a les dones ateses als serveis d'AP (Hegarty, 2010) i també en el post part (Taft, 2012, 2015). L'altra intervenció, va introduir alertes electròniques en les històries clíniques vinculades a diagnòstics clínics associats a la VM perquè el personal sanitari realitzés preguntes d'identificació de VM (Feder, 2011). Destaca en aquesta intervenció l'èmfasi en el registre de la VM a la història clínica i la derivació a serveis comunitaris dedicats a l'atenció a la VM.

L'*abordatge breu* depenia del mètode d'aplicació del qüestionari de cribratge de la VM (en entrevista presencial o autoadministrat) i tipus d'intervenció. Per a les dones identificades en entrevista presencial, l'abordatge breu incloïa l'avaluació i valoració del risc de la VM i del desig de rebre atenció, contenció amb missatges de rebuig a la VM i desculpabilització de la dona (Koziol-McLain, 2008), l'elaboració d'un pla de seguretat, l'entrega d'informació i material informatiu sobre serveis d'atenció a la VM (Kataoka, 2010; MacMillan, 2006; Spangaro, 2010) i la derivació a treball social de l'hospital de referència o servei comunitari de referència (Spangaro, 2010). En l'aplicació auto administrada s'incloïa informació impresa sobre la VM i els recursos comunitaris d'atenció i la informació de contacte del professional de salut, així com targetes d'informació a les sales d'espera. Només un estudi incloïa la denúncia del cas de VM a la policia si la dona ho desitjava, en un país on la declaració de la VM no es obligatòria (Kataoka, 2010). En cas de ser contactat, el professional feia una intervenció semblant a la de l'entrevista presencial.

Només una de les **intervencions multicomponent** va descriure l'aplicació d'un *abordatge estructurat* de la VM per a dones ateses als serveis d'AP. Aquesta incloïa sessions d'assessorament (*counselling*) de 30 minuts per a les dones víctimes de VM sobre el nivell de preparació per realitzar canvis, les relacions interpersonals i benestar emocional (Hegarty, 2010, 2013). Encara que l'altra intervenció multicomponent mencionés la resposta adequada del personal sanitari en l'atenció amb derivació de les dones víctimes de VM a serveis comunitaris, no es va encontrar informació sobre l'abordatge en l'avaluació o el protocol de l'estudi (Feder, 2011; Gregory, 2010). Segons el protocol d'estudi, en la intervenció amb infermeres dels CAPs se seguia una guia de pràctica clínica que incloïa la derivació, suport emocional i documentació de l'abús (Taft, 2012, 2015).

INTERVENCIÓ (MULTICOMPONENT) DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUT I DONES DE LA COMUNITAT: MARES MENTORES

Capacitació dirigida als professionals de salut i mares mentores

El personal de salut participant va rebre una capacitació per a la identificació de símptomes associats a la VM, per donar suport i informació a les dones víctimes o amb símptomes relacionats a la VM i realitzar la derivació per a l'atenció comunitària amb les mares mentores (Taft, 2011).

La capacitació dirigida a les mares com a mentores se centrava en la preparació per a l'actuació no professional i l'establiment d'un vincle amistós amb les dones, així com mesures per afrontar la VM. Incloïa elements per a l'actuació amb dones amb depressió, la criança dels fills i filles, l'auto-cura i la derivació a serveis socials en cas de ser necessari. Com a part del seguiment, les mares mentores participaven en reunions periòdiques per rebre capacitació continuada i suport en la seva actuació per part del personal de salut i l'equip de recerca (Taft, 2011).

Cribratge i abordatge comunitari de la VM de les mares mentores

Les dones víctimes o amb símptomes d'estar exposades a la VM eren identificades pels metges i infermeres d'AP i, després de rebre contenció, eren referides a les mares mentores. La intervenció de les mares mentores consistia en l'acompanyament (visites presencials i contacte telefònic) de les dones víctimes de VM, per donar-los suport en el desenvolupament d'estratègies de seguretat, proporcionar informació sobre els serveis comunitaris d'atenció a la VM i orientació en la criança de les filles i fills (Taula 2).

c. Mètodes i instruments

INTERVENCIONS DIRIGIDES AL PERSONAL DE SALUT

Capacitació dirigida als professionals de salut i personal administratiu

Introducció del cribratge i l'abordatge breu. A més a més de les xerrades i la lectura de bibliografia especialitzada, pel component de sensibilització sobre VM, es van utilitzar vídeos amb testimonis de dones que l'havien patit i els seus fills, així com testimonis presencials de dones supervivents i la participació dels serveis d'atenció especialitzada per a l'atenció a la VM que expliquen els recursos disponibles. També es van utilitzar mètodes per adaptar la teoria a la pràctica, com ara jocs de rol, que es gravaven per analitzar les habilitats comunicacionals

durant el cribratge i l'abordatge breu amb pràctica de consultes amb pacients simulats i estudi de casos (Baird, 2017; Kataoka, 2010).

En les intervencions multicomponent, a les sessions de capacitatí participaven equips multidisciplinaris dels serveis de salut i les dirigien promotores i professionals de salut experts en VM de l'equip de salut. La capacitatí es realitzava de forma continuada, mitjançant reunions clíniques cada 3 o 6 mesos, i també mitjançant el suport telefònic per a les derivacions per part de l'equip dels serveis comunitaris col·laboradors (Feder, 2011). També es proporcionava suport continuat als equips de professionals i al personal administratiu (Feder, 2011). En les capacitacions, s'utilitzaven guies de bones pràctiques per a l'atenció (Feder, 2011), les auditories clíniques, així com kits d'aprenentatge per a la capacitatí i grups de discussió via teleconferència en la modalitat a distància (Hegarty, 2010). Pel que fa a la capacitatí al personal administratiu, es va realitzar a partir de la presentació del material de comunicació i informatiu sobre VM que seria utilitzat en els serveis de salut.

Introducció d'un referent ("Champion")

La persona que va exercir el rol de "*champion*" o persona referent va ser proposada de forma voluntària i/o elegida per l'equip sanitari després de l'aplicació del programa de capacitatí. En aquest últim cas, la persona seleccionada va rebre 8 hores més de capacitatí per incorporar aquest rol a la pràctica diària (Feder, 2011).

Cribratge

Per a la introducció del cribratge es van utilitzar dues formes d'aplicació del qüestionari, presencial i auto administrada. L'aplicació presencial del qüestionari (Kataoka, 2010; MacMillan, 2006) o del protocol de preguntes sobre VM (Koziol-McLain, 2008; Spangaro, 2010) es va dur a terme mitjançant l'entrevista amb un professional sanitari, mentre que l'auto administrada es va fer amb un qüestionari informatitzat (ordinador) o imprès. Els instruments eren qüestionaris validats i adaptats als països dels estudis i els seus idiomes (VAWS-Japonès, PVS, WAST i CAS, veure quadre 3) i preguntes de cribratge basades en un qüestionari validat per indagar sobre els tipus de violència (Taula 2).

En les intervencions multicomponent, la identificació de la VM es va realitzar de forma presencial (en una, a partir d'una alerta en la HC electrònica de les dones) (Feder, 2011) o per correu postal (Hegarty, 2013). L'alerta actuava de recordatori per realitzar les preguntes sobre VM davant de diagnòstics clínics associats a la mateixa (Feder, 2011) (Taula 2). En una de les intervencions es va enviar el qüestionari de cribratge imprès per correu postal a totes les dones ateses a l'AP per a l'autoadministració (Hegarty, 2010). Com a instruments de cribratge es van

utilitzar a) qüestionari dissenyat i validat per l'equip d'investigació (Hegarty, 2005, 2010) b) un llistat de quatre preguntes sobre VM basades en el qüestionari HARK (Gregory, 2010; Sohal, 2007), i c) un *checklist* amb format i preguntes sobre la salut de la dona i la VM consensuades amb les infermeres i l'equip de recerca (Taft, 2015) (Taula 2).

Abordatge breu

En el cas de l'aplicació presencial del cribratge, es va utilitzar un model d'atenció centrada en la dona basat en el respecte, l'empoderament i l'entrega d'informació sobre els recursos comunitaris especialitzats en VM (Kataoka, 2010). En l'aplicació auto-administrada, es proporcionava la informació en format imprès.

En les intervencions multicomponent, en una intervenció es derivava a les dones identificades als CAPs directament o mitjançant una referent als serveis comunitaris especialitzats en atenció a la VM (Feder, 2011). Aquesta intervenció utilitzava un registre de casos mitjançant l'HC electrònica i un format de derivació amb informació sobre VM i els recursos comunitaris al que eren derivades les dones (Feder, 2011). En la segona, els professionals dels CAPs proporcionaven a las dones víctimes de VM sis sessions basades en El Model de Preparació Psicosocial (Cluss, 2006; Hegarty, 2010), i en una tercera, les infermeres d'AP visitaven les dones als domicilis seguint els continguts d'una guia de pràctica clínica en VM (Taft, 2015).

Segons el protocol de l'estudi (Taft, 2012), el protocol de cribratge es va desenvolupar mitjançant un procés participatiu. Consistia en reunions mensuals d'un dia, durant 6 mesos, de l'equip d'investigació i infermeres comunitàries referents de cada centre sobre el protocol i les possibles barreres per a la implementació. Les infermeres traslladaven aquesta discussió als equips dels seus CAPs, i després retro-alimentaven les reunions mensuals.

INTERVENCIÓ (MULTICOMPONENT) DIRIGIDA A LES DONES: MARES MENTORES

Capacitació a personal de salut i mares mentores

Els mètodes utilitzats per a les capacitacions al personal de salut van ser similars als descrits anteriorment. Per a la capacitació dirigida a les mares mentores, es va utilitzar una guia desenvolupada per l'equip d'investigació (Taula 2) (Taft, 2011).

Cribratge

El mètode d'aplicació del cribratge va ser presencial i aplicat a l'AP. L'instrument de cribratge va ser el qüestionari CAS (Taula 2), que també va ser traduït al vietnamita (Taft, 2011).

Abordatge comunitari de les mares mentores

L'abordatge va ser l'acompanyament presencial per les mares mentores mitjançant visites setmanals o trucades telefòniques als domicilis de les dones que havien patit o que presentaven símptomes relacionats amb la VM, segons el cribratge realitzat a l'AP (Taft, 2011).

Taula 2 Descripció de les intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Tipus d'Intervencions	A qui van dirigides	Població objectiu	Continguts de les intervencions	Mètodes i instruments	Temps d'implementació
Intervencions dirigides al personal sanitari					
Capacitació en la detecció i l'abordatge breu	Llevadores i infermeres (Baird, 2017).	Dones gestants ateses a l'atenció prenatal.	<p>Capacitació al personal de salut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conceptes i sensibilització per a l'abordatge de la VM. - Anàlisi d'actituds estereotipades i mites sobre la VM. - Anàlisi crític de les raons per les quals les dones no es separen de l'agressor. - Rol de llevadores, infermeres i límits de l'abordatge de la VM. - Seguretat de les víctimes i el manteniment de registres. - Estratègies per superar potencials barreres per a realitzar el cribratge. 	<p><i>Mètodes de capacitació</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un dia de conferències, jocs de rols gravats per identificar habilitats de comunicació, estudi de casos, vídeos amb testimoni d'una dona supervivent i un nen. - Participació de representants de serveis comunitaris per a la derivació dels casos. 	1 any aprox.
			<p>"Champion" (referent) al centre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una persona de cada centre assumeix el rol de suport a altres en casos de VM després de la capacitació. 	<p><i>Mètode de selecció de persona referent:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Persona voluntària. 	
Introducció del cribratge i abordatge breu	Infermeres (Kataoka, 2010).	Dones gestants ateses a l'atenció prenatal.	<p>Capacitació al personal de salut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevalença, dinàmica i l'impacte físic i psicològic de la VM, i l'atenció apropiada per a les dones abusades. - Revisió de la teoria del cicle de violència i la indefensió apresada. - Discussió de les raons perquè les dones no deixen la relació amb la parella violenta. - L'ús del protocol de cribratge i la intervenció de la VM durant el període prenatal. 	<p><i>Mètodes de capacitació:</i></p> <p>Tres sessions basades en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conferència de 2 hores. - Testimoni d'una víctima de VM. - Entrenament en l'ús del protocol de cribratge i atenció a les víctimes de VM. - 1 sessió dirigida per una supervivent de VM que explica la seva història de recuperació. 	10 mesos
			<p>Cribratge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cribratge repetit tres vegades: a les 14-25 setmanes d'embaràs; la segona a les 20-30 setmanes i la tercera a les 35 setmanes o més. 	<p><i>Mètodes d'aplicació cribratge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicació presencial. - Auto administració del qüestionari (imprès). <p><i>Instruments de cribratge:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Violence Against Women Screen</i> (VAWS-Japonès). 	

(Continuació Taula 2) Descripció de les intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Tipus d'intervencions	A qui van dirigides	Població objectiu	Continguts de les intervencions	Mètodes i instruments	Temps d'implementació
Intervencions dirigides al personal sanitari					
Introducció de cribatge i abordatge breu	Infermeres (Kataoka, 2010).	Dones gestants ateses a l'atenció prenatal.	Abordatge breu: <ul style="list-style-type: none"> - En l'aplicació presencial del qüestionari de cribatge si aquest és positiu: (i) realitzen amb la dona un pla de seguretat i presa de decisions; (ii) entrega d'informació sobre recursos comunitaris, línia telefònica d'emergència i serveis locals d'acollida; (iii) si la dona desitja denunciar l'abús, la infermera contacta amb un centre de suport o la policia. - En l'aplicació auto administrada del qüestionari de cribatge la dona disposa del mateix material informatiu sobre recursos per a l'atenció a la VM. La informació de contacte del professional d'atenció s'inclou en un apartat dins del qüestionari. Les targetes amb informació també estan disponibles a la sala d'espera. 	<i>Mètodes d'aplicació abordatge breu:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Sessió presencial basada en el model d'atenció centrat en la dona, de respecte i empoderament. - Material imprès: proporciona informació sobre recursos i contactes. 	
Introducció de cribatge i abordatge breu	Metge/metgessa o infermera d'urgències. AP i de família (MacMillan, 2006)	Usuàries de serveis de salut.	Capacitació al personal de salut: <ul style="list-style-type: none"> - El personal de salut va rebre formació per abordar la VM. Cribatge: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicació de tres instruments de cribatge. Abordatge breu: <ul style="list-style-type: none"> - Les dones rebien informació sobre recursos comunitaris. 	<i>Instruments de cribatge:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Partner Violence Screen (PVS)</i> - <i>Women Abuse Screening Tool (WAST)</i> - <i>Composite Abuse Scale (CAS)</i> com instrument estàndard. <i>Mètodes i formes d'aplicació del cribatge</i> <ul style="list-style-type: none"> - Informatitzat autoadministrat i escrit, i presencial amb personal d'atenció sanitària. 	13 mesos
Introducció del cribatge i abordatge breu	Personal sanitari del servei d'atenció prenatal, salut mental i drogodependències. Spangaro et al. (2010)	Usuàries de serveis de salut	Cribatge: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicació d'un protocol de cribatge rutinari del Departament de Salut de Nova Gal·les del Sud (Austràlia) per preguntar de manera sistemàtica a totes les dones sense símptomes aparents de VM. 	<i>Protocol de preguntes de cribatge:</i> <ul style="list-style-type: none"> - En l'últim any, ha estat vostè colpejada, bufetejada, trepitjada o ferida físicament d'alguna altra manera? Tens por del teu company o ex company? 	3 anys
			Abordatge breu: <ul style="list-style-type: none"> - Targetes informatives entregades a totes les dones ateses als serveis assignats per aplicar el cribatge de manera rutinària - Valoració del risc i desig de rebre suport. - Derivació a treball social de l'hospital de referència o serveis comunitaris de promoció. 	<i>Mètodes d'aplicació abordatge breu:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista presencial. 	

(Continuació Taula 2) Descripció de les intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Tipus d'Intervencions	A qui van dirigides	Població objectiu	Continguts de les intervencions	Mètodes i instruments	Temps d'implementació
Intervencions dirigides al personal sanitari					
Introducció del cribratge i abordatge breu	Metge/metgessa o infermera d'AP y Urgències (Koziol-McLain, 2008)	Usuàries de serveis de salut	Cribratge: - Aplicació d'un cribratge estandarditzat utilitzat a Nova Zelanda per a la detecció de la VM.	<i>Preguntes pel cribratge:</i> - "En l'últim any, ha estat vostè colpejada, bufetejada, trepitjada o ferida físicament d'alguna altra manera? En cas afirmatiu, per qui?"; "Durant l'últim any, ha estat vostè forçada a tenir relacions sexuals en contra de la seva voluntat? Si és així, per qui?"; i "Hi ha alguna parella actual o passada que l'estigui fent sentir insegura?"	No reportat
			Abordatge breu: - Les dones que donen positiu, reben contenció amb missatges d'afirmació com "Ningú mereix ser colpejat" i "No és la teva culpa". - Valoració del risc i l'opció d'una consulta amb treball social o derivacions a serveis de la comunitat.	<i>Mètodes d'aplicació abordatge breu:</i> - Entrevista presencial.	
Multi component	Metgesses, metges de família, infermeres, promotores, llevadores, personal administratiu. Professionals d'AP que poguessin entrar en contacte amb les dones. (Feder, 2011)	Dones ateses a l'AP per metgesses i metges de família	Capacitació pel personal de salut: - Barreres per a la detecció de la VM, suport i derivació de les dones a serveis especialitzats. - Referència dels casos als serveis comunitaris especialitzats de forma segura i confidencial - Bones practiques durant l'atenció - En capacitació continuada, retroalimentació sobre dades anonimitzades de les consultes d'identificació i derivació de les dones víctimes de VM a serveis comunitaris; reforç de les guies de bones pràctiques per a l'atenció de la VM.	<i>Mètodes de capacitació al personal de salut</i> - Una sessió de dues hores de capacitació amb equip multidisciplinari a l'hora de dinar. Sessions dirigides per un promotor/a d'un servei comunitari, psicòleg/a, metge/metgessa de família, docent expert i especialitzat en VM (que a més a més va a donar suport als equips de salut en l'atenció de casos de VM). - Guies de bones pràctiques en l'atenció de la VM. - Estudi de casos i <i>roleplay</i> . - Capacitació continuada cada 3 o 6 mesos, i seguiment periòdic en reunions clíniques, suport telefònic per part dels serveis comunitaris especialitzats i pel personal de salut, per a la derivació i atenció.	1 any aprox.

(Continuació Taula 2) Descripció de les intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Tipus d'intervencions	A qui van dirigides	Població objectiu	Continguts de les intervencions	Mètodes i instruments	Temps d'implementació
Intervencions dirigides al personal sanitari					
Multi component	Metgesses, metges de família, infermeres, promotores, llevadores, personal administratiu.	Dones ateses a l'AP per metgesses i metges de família	Capacitació pel personal administratiu: <ul style="list-style-type: none">- Confidencialitat i seguretat de les dones en la gestió de dades i cites de les dones víctimes de VM.	<i>Mètodes de capacitació al personal administratiu</i> <ul style="list-style-type: none">- Una hora d'entrenament.- Presentació de material de comunicació i d'informació del projecte per ser utilitzat als serveis de salut d'AP.- Suport continuat per consolidar la capacitació inicial per part de la promotora especialista en VM	
	Professionals d'AP que poguessin entrar en contacte amb les dones. (Feder, 2011) Continuació		"Champion" (referent): <ul style="list-style-type: none">- Persona de l'equip de salut de suport als altres en casos de VM.	<i>Mètode de selecció de persona referent:</i> <ul style="list-style-type: none">- Seleccionat i proposat per l'equip de salut.	
			Identificació de la VM <ul style="list-style-type: none">- Un avís activat a l'HC informatitzada davant la presència de símptomes associats amb VM com depressió, ansietat, síndrome d'intestí irritable, dolor pelvià i la declaració d'alguna agressió.	<i>Mètode per avís electrònic</i> <ul style="list-style-type: none">- Plantilla emergent als ordinadors vinculada a la història clínica. <i>Instrument d'avís i derivació</i> <ul style="list-style-type: none">- <i>Humiliate Afraid Rape Kick Safety</i> – HARK	
			Registre <ul style="list-style-type: none">- Registre de la VM a la història clínica electrònica.	<i>Instrument de registre</i> <ul style="list-style-type: none">- HC electrònica	
			Ruta de referència <ul style="list-style-type: none">- Dones víctimes de violència derivades cap a la promotora de serveis comunitaris d'atenció especialitzada col·laboradores.- Entrega de materials informatius sobre la violència domèstica visibles en les sales d'espera i lavabo per a dones.	<i>Instrument de referència</i> <ul style="list-style-type: none">- Fulles de derivació.- Informació impresa sobre VM (pòster, targetes de butxaca).	
Multi component	Metgesses i metges de família. (Hegarty, 2013)	Dones ateses a l'AP per metgesses i metges de família.	Capacitació al personal de salut: <ul style="list-style-type: none">- Relacions saludables.- Importància de l'atenció centrada en el pacient.- Escolta activa, entrevistes motivadores i tècniques de resolució de problemes.- Avaluació de la preparació pel canvi i donar suport a les decisions basades en el Model de Preparació Psicosocial: les dones maltractades poden no estar preparades o no ser capaces d'aprofitar les derivacions ofertes pel personal sanitari.- Difusió de la intervenció per a personal administratiu i sanitari.	<i>Mètodes de capacitació:</i> <ul style="list-style-type: none">- Kit d'aprenentatge a distància (6 hores)- Grups de discussió via teleconferència.- Auditories clíniques.- Visites de pràctica interactiva impartides per un metge clínic docent utilitzant jocs de rol de pacients simulats (dues d'1 hora).- Material informatiu imprès i penjat a les parets de la recepció i consultoris.	3 anys aprox.

(Continuació Taula 2) Descripció de les intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Tipus d'Intervencions	A qui van dirigides	Població objectiu	Continguts de les intervencions	Mètodes i instruments	Temps d'implementació
Intervencions dirigides al personal sanitari					
Multicomponent	Metgesses i metges de família. (Hegarty, 2013) Continuació	Dones ateses a l'AP per metgesses i metges de família	Cribatge Aplicació del cribatge a dones que haguessin visitat el metge d'AP els últims 12 mesos. Intervenció breu: - Sessions d'assessorament de 30 minuts a les dones víctimes de VM sobre temes de relacions i el seu benestar emocional	<i>Mètode d'aplicació del cribatge</i> - Enviat per correu postal <i>Instrument de cribatge</i> Qüestionari validat per l'equip de recerca que mesurava vuit problemes de salut i estil de vida, incloent la freqüència en els últims 12 mesos en què les dones van tenir por de la seva parella o ex parella (escala Likert de cinc punts): "cap vegada", "una mica", "algunes", "la majoria", "tot el temps" <i>Mètodes d'aplicació d'abordatge breu</i> - Sis sessions basades en el Model de Preparació Psicosocial.	3 anys aprox.
Multicomponent amb abordatge comunitari	Infermeres d'AP i comunitàries (Taft, 2015)	Dones ateses a l'AP durant l'embaràs i el post part	"Champion" (infermera referent): - Persona de l'equip de salut de suport als altres en casos de VM, derivació i enllaç amb els serveis comunitaris d'atenció a la VM. - Generar grups de discussió dels casos complexos. - Suport a la seguretat de les infermeres en les visites a domicilis de dones amb sospita de patir VM.	<i>Mètode de selecció de persona referent:</i> - Seleccionat i proposat per l'equip de salut o voluntària.	2 anys
			Cribatge - Aplicació de preguntes de cribatge o de mètodes auto completat per propiciar el parlar de VM amb les dones.	<i>Mètodes d'aplicació d'abordatge amb dones</i> - Presencial amb entrevista: mesures de seguretat demanant a les dones no venir acompanyades (fills/filles, la seva parella). <i>Mètodes i instruments de cribatge</i> - <i>Checklist</i> auto reportat: preguntes sobre salut física, materna, benestar, ús de contracepció i VM a través del <i>Key Ages and Stage</i> (KAS), més dues preguntes addicionals: Té algun problema en les seves relacions o en la intimitat amb la seva parella? i algú a casa seva l'ha humiliat o ha tractat de controlar el que pot o no pot fer? - Presencial: les mateixes preguntes.	

(**Continuació Taula 2**) Descripció de les intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Tipus d'Intervencions	A qui van dirigides	Població objectiu	Continguts de les intervencions	Mètodes i instruments	Temps d'implementació
Intervencions dirigides al personal sanitari					
Multicomponent amb abordatge comunitari	Infermeres d'AP i comunitàries (Taft, 2015) <i>Continuació</i>	Dones ateses a l'AP en el embaràs i post part	Ruta d'atenció - No especificada	<i>Mètodes per ruta d'atenció:</i> - Segons guia de bona pràctica clínica del projecte MOVE.	2 anys
			Abordatge - Avaluació i suport que inclou alertar a la infermera sobre el fet que no totes les dones estan preparades per a revelar o acceptar remissions. - Preguntar sobre les circumstàncies de les dones, l'escolta de suport i acceptar la decisió de les dones de marxar quan no estaven preparades. - "Derivacions càlides" i consells sobre la presa de decisions.	<i>Mètodes d'aplicació d'abordatge amb dones</i> - Presencial amb entrevista.	
			Documentació dels casos - Documentació del casos de violència per possibles accions legals.	<i>Instrument de documentació</i> - Document elaborat juntament amb el Servei de Recursos Jurídics per a la Dona, MOVE: guia de documentació objectiva per a les finalitats del tribunal en cas que se li exigís a una infermera que prestés serveis d'avaluació i suport de proves de la VM.	
Tipus d'Intervencions	A qui van dirigides	Població objectiu	Continguts de les intervencions	Mètodes i instruments	Temps d'implementació
Intervencions dirigides al personal sanitari i dones					
Multicomponent amb abordatge comunitari: mares mentores.	Metge/metgessa o infermera d'AP. Dones de la comunitat (Taft, 2011)	Usuàries de serveis de salut (AP) embarassades o mares d'un fill de ≤5 anys.	Capacitació al personal del servei de salut: - Capacitació obligatòria i remunerada sobre identificació (síntomes de victimització) i abordatge (suport i derivació efectiva) de la VM pels professionals de salut sobre prevalença i seqüeles de la VM; escoltar experiències directes de la víctima i l'ex-perpetrador.	<i>Mètodes de capacitació pels serveis de salut</i> - Lectures, xerrades i conferències formals. - Discussió en grups petits sobre estudis de casos i consultes de pràctica amb simulacres de pacients (6 hores).	12 mesos
			Capacitació a mares mentores: - Capacitació inicial incloïa l'establiment del vincle amistós, mesures per enfrontar la VM, el treball amb la depressió, suport en la criança, seguretat i l'auto-cura. Després, les mares mentores es reunien periòdicament per rebre més capacitació i suport.	<i>Formació a mares mentores</i> - Manual de formació del projecte MOSAIC (inicial de cinc dies).	

(**Continuació Taula 2**) Descripció de les intervencions efectives per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Tipus d'Intervencions	A qui van dirigides	Població objectiu	Continguts de les intervencions	Mètodes i instruments	Temps d'implementació
Intervencions dirigides al personal sanitari					
Multicomponent amb abordatge comunitari: mares mentores.	Metge/metgessa o infermera d'AP. Dones de la comunitat (Taft, 2011) Continuació	Usuàries de serveis de salut (AP) embarassades o mares d'un fill de al menys ≤5 anys.	Cribatge <ul style="list-style-type: none"> - Aplicació de qüestionari validat per l'equip de recerca i traduït al vietnamita. 	<i>Instruments de cribatge:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Composite Abuse Scale (CAS) - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) - Wellbeing (SF-36) - Parenting stress (PSI-SF) - Social suport (MOS-SF) 	
			Abordatge comunitari de les mares mentores: <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolupament d'una relació de confiança i modelar un sentit d'esperança. - Informació i derivació cap a serveis comunitaris (especialment per a l'atenció a la VM) per a les dones, fills/es. - Desenvolupament d'estratègies de seguretat adequades a les circumstàncies de les dones. - Suport no professional, orientació, suport per a la criança dels fills/es i derivacions 	<i>Mètodes d'aplicació d'abordatge amb dones</i> <ul style="list-style-type: none"> - Visites setmanals a domicili de mares de la zona capacitades i supervisades. 	

3.4 Condicions per a la implementació d'intervencions efectives als serveis sanitaris

Només un dels estudis analitzats va incloure l'anàlisi de les barreres potencials en la implementació del programa de capacitat per a la detecció i l'abordatge de la VM en l'atenció prenatal (Baird, 2017) i dos, l'avaluació del procés d'implementació (Hooker, 2015; Lewis, 2019). La resta abordaven algunes condicions per a la implementació de les intervencions en la discussió de les experiències que s'han analitzat, fet que pot resultar d'utilitat en la seva potencial adaptació al sistema sanitari català. Les condicions per a la implementació s'han classificat en barreres, facilitadors i característiques del procés d'implementació: i) relacionades amb el context, les organitzacions i els professionals sanitaris; ii) relacionades amb els factors culturals, socials, iii) i relacionades amb les dones víctimes de VM (Taula 3).

INTERVENCIONS DIRIGIDES AL PERSONAL SANITARI

a. Condicions per la implementació relacionades amb el context, l'organització i els professionals sanitaris

Factors contextuais

Les barreres. En les dones que van passar pel cribratge als serveis d'urgències, l'atenció se centrava en el motiu que les havia dut al servei en detriment de les preguntes de cribratge de la VM (Koziol-McLain, 2008). Un estudi suggeria que el fet de no disposar d'un lloc amb privacitat per realitzar el cribratge, hauria estat un factor limitant en els serveis d'urgències (Kataoka, 2010)

Els facilitadors. El suport de les autoritats locals (finançament, reconeixement) a la intervenció, va facilitar el compromís dels equips d'infermeres (Hooker, 2015). Es mencionava també que les freqüents trobades amb les llevadores en l'atenció prenatal durant l'embaràs afavoreixen la relació de confiança per revelar la VM.

Factors organitzatius

Les barreres es referien a la manca de temps per realitzar el cribratge durant la consulta (Baird, 2017; Hooker, 2015), per coordinar la participació dels equips de salut en les capacitacions (Lewis, 2019) i per la càrrega de treball i altres prioritats d'atenció als serveis sanitaris en detriment de l'atenció a la VM (Hooker, 2015; Lewis, 2019; Spangaro, 2010), així com per la rotació de personal en alguns dels serveis que va dificultar la capacitat continuada (Lewis, 2019). També es va considerar que l'idioma podria suposar una limitació a l'hora de dur a terme el cribratge en dones de grups ètnics diferents als del personal sanitari (Baird, 2017).

Com a barreres per a la gestió de la derivació dels casos de VM amb necessitat d'atenció urgent, es van identificar la burocràcia associada a la derivació i la falta de promotores per atendre els casos de VM en alguns dels serveis d'AP (Lewis, 2019), així com la mancança de personal en els serveis comunitaris col·laboradors, en què la falta de finançament va generar inestabilitat, inseguretat i dificultats per generar confiança en el treball conjunt (Lewis, 2019). La introducció de l'alerta a la història clínica basada en la identificació de símptomes relacionats amb la VM va topiar amb limitacions tecnològiques. També s'esmentava la limitació en el material informatiu per a l'abordatge de les dones en alguns dels serveis d'AP (Lewis, 2019) i es va suggerir l'absència de capacitació continuada del personal sanitari com a limitant per a l'atenció a les dones víctimes de VM (Hegarty, 2010).

Els facilitadors: La protecció del temps del personal de salut per assistir a la capacitació i els acords en el lloc de treball, com ara llicència de temps d'estudi remunerada, la substitució i el tancament del servei, van afavorir l'assistència dels professionals.

Factors relacionats amb els professionals

Les barreres. Alguns professionals de salut van identificar la càrrega emocional associada a l'atenció de la VM com un factor inhibidor per preguntar a les dones sobre VM (Lewis, 2019). Una altra barrera va ser la frustració d'algunes infermeres davant les dones que no actuaven segons el seu consell davant de la violència (Hooker, 2015). Alguns metges i metgesses d'AP van considerar com a limitació, els valors i la menor importància atribuïda al treball no clínic als serveis de salut d'AP. Segons els equips de promotores a càrrec de la capacitació i acompanyament del personal sanitari, una barrera era la persistència d'actituds de justificació de la violència que pateixen les dones en alguns dels professionals.

Facilitador. La influència d'altres professionals de salut realitzant la mateixa feina va facilitar que el personal sanitari integrés en la seva pràctica diària el rol en la identificació. Les infermeres amb experiència prèvia en l'abordatge de la VM van mostrar major flexibilitat i permeabilitat a l'hora d'adoptar la intervenció basada en visites domiciliàries a les dones víctimes de VM (Hooker, 2015).

Relacionats amb els continguts de la intervenció

Els facilitadors. La capacitació i el treball en xarxa amb organitzacions comunitàries especialitzades en VM va facilitar que el personal sanitari integrés en la seva pràctica diària la identificació, registre i derivació de les dones víctimes de VM (Hooker, 2015; Lewis, 2019). També es va identificar el rol de la promotora (Lewis, 2019) i del personal d'enllaç (Hooker, 2015)

com a catalitzador i suport en la capacitació i l'abordatge de la VM i com a pont entre el centres d'AP i els serveis comunitaris col·laboradors especialitzats en atenció a la VM. Va facilitar la derivació de les dones i la resposta a la VM per part dels professionals dels serveis sanitaris (Lewis, 2019). A més a més, comptar amb una infermera de suport pels casos de VM detectats, a més de proporcionar una connexió amb els recursos comunitaris i els serveis socials, va possibilitar l'obtenció de segones opinions sobre casos complexos i va generar un sentiment de suport i comoditat per preguntar sobre VM a les dones (Hooker, 2015).

El mètode participatiu aplicat durant els primers sis mesos de la implementació de la intervenció per al desenvolupament del protocol de cribratge, va facilitar que les infermeres involucrades percebessin majors nivells de coherència amb el rol en la detecció i l'abordatge de la VM (Hooker, 2015). Les infermeres també preferien el cribratge mitjançant l'instrument auto completat per les dones (*checklist*) previ a l'entrevista, ja que facilitava l'entrevista presencial.

La característica fonamental en el procés d'implementació de la gran majoria va ser *la cura per a la seguretat de les dones* durant el cribratge, l'abordatge breu, la derivació i el tractament de les dades de les víctimes de VM (Feder, 2011; Hegarty, 2010; Kataoka, 2010). Entre les mesures adoptades, es preguntava a les dones si la parella estaria d'acord en abandonar l'habitació durant l'entrevista amb el professional de salut abans de realitzar el cribratge i no es permetia la presència de nens majors de dos anys que poguessin informar de la conversa sobre VM a la parella masculina o a altres membres de la família, proporcionant-los joguines i un lloc separat per jugar (Kataoka, 2010).

També es destaca *el treball interinstitucional* per a la derivació de les dones entre els serveis d'AP i les organitzacions especialitzades en atenció a la VM i altres serveis socials, com ara els serveis d'habitatge i ajudes financeres per cobrir altres necessitats socioeconòmiques de les dones realitzat pel personal d'enllaç entre les serveis sanitaris i el tercer sector (Lewis, 2019).

Entre les característiques rellevants relacionades amb la *capacitació del personal sanitari*, concretament en la formació dirigida a llevadores i infermeres, es va destacar el suport confidencial per aquelles professionals que haguessin patit VM i que experimentessin angoixa durant el cribratge i/o abordatge (Baird, 2017). A més a més, una altra característica important va ser comptar amb la participació en les capacitacions d'agents comunitaris que presentaven els recursos disponibles per donar suport a les víctimes de VM (Baird, 2017; Kataoka, 2010). També es va destacar que el mètode d'aprenentatge es basés en el suport als professionals de salut i en el reconeixement de les seves habilitats amb diferents enfocaments (Baird, 2017).

b. Condicions per la implementació relacionades amb factors culturals, socials i de les dones

Culturals, socials i de les dones víctimes de VM

Les barreres. Els autors de les avaluacions van considerar que les normes culturals que valoren el fet de mantenir temes personals i familiars en privat i els sentiments personals amagats, així com la vergonya i la culpa que poden sentir les dones respecte a viure VM, actuen com a barreres per introduir el cribatge presencial i també condicionen la menor preferència per aquest mètode per part de les dones (Baird, 2017; Kataoka, 2010; Koziol-McLain, 2008).

Els facilitadors per a l'aplicació del cribatge van ser l'elevat nivell d'alfabetització i educatiu de les dones (Hegarty, 2013; Lewis, 2019), així com el fet de comptar amb un instrument validat i traduït a l'idioma del país (Kataoka, 2010). La percepció per part de les dones de que el personal de salut està capacitat per a l'abordatge de la VM els hi pot donar- seguretat per parlar de la mateixa (Koziol-McLain, 2008).

INTERVENCIÓ (MULTICOMPONENT) DIRIGIDA AL PERSONAL SANITARI I DONES: MARES MENTORES

a. Condicions per a la implementació relacionades amb el context, l'organització i professionals sanitaris

Factors relacionats amb els professionals

Les barreres: En els *professionals* de salut es va observar que, malgrat les capacitacions rebudes, es mantenien reserves per realitzar el cribatge de la VM degut a la persistència de la inseguretat sobre les habilitats per preguntar a les dones sobre VM (Taft, 2011). També es va discutir com a possible limitació de l'efectivitat de la intervenció amb baixes taxes d'identificació (Taft, 2011), la introducció de la intervenció en el context d'un assaig clínic, en què el personal sanitari del grup control va percebre que no existien beneficis per a les dones víctimes de VM en aquest serveis.

Taula 3 Condicions per a la implementació de les intervencions per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut

Intervencions dirigides al personal sanitari		
Barreres	Facilitadors	Característiques del procés d'implementació
<i>Relacionades al context, l'organització i els professionals</i>		
Context <ul style="list-style-type: none"> - L'atenció de les dones a urgències se centra en el motiu de la visita en detriment del cribratge (Koziol-McLain, 2008). Organitzatives <ul style="list-style-type: none"> - Poc temps de consulta per abordar els casos positius de VM (Baird, 2017; Hooker, 2015). - Dificultats per coordinar el temps de capacitació per tot el personal d'AP (Lewis, 2019). - Barreres idiomàtiques en contextos multi ètnics (Baird, 2017). - Càrrega de treball i prioritats de l'AP es contraposen (Hooker, 2015; Lewis, 2019). - Burocràcia de gestió de casos de VM considerats urgents a l'AP i rotació del personal d'AP (Lewis, 2019). - Escassos espais físics per realitzar el cribratge a urgències (Kataoka, 2010) i a l'AP (Hooker, 2015). - Finançament i continuïtat del personal del tercer sector. Influeix en la inseguretat i l'establiment de confiança en el treball conjunt entre els serveis sanitaris i el tercer sector (Lewis, 2019). - No comptar amb promotora en tots els serveis sanitaris per fer de medidora entre el treball en VM i les exigències dels entorns d'AP (Lewis, 2019). - Càrrega de treball del personal sanitari per reclutar participants va resultar en menor taxa de participació en el grup de cribratge negatiu (Spangaro, 2010). - Escàs material informatiu sobre VM en alguns centres (Lewis, 2019). - Limitacions tècniques de plantilla HARK (Lewis, 2019). 	Context <ul style="list-style-type: none"> - L'atenció continuada durant l'embaràs reforça la relació de confiança i afavoreix la detecció (Baird, 2017). Organitzatives <ul style="list-style-type: none"> - Temps protegit per a la capacitació i flexibilitat en el lloc de treball per afavorir l'assistència (Baird, 2017). - Acords en el lloc de treball com la llicència de temps d'estudi remunerada, suplència i el tancament de la clínica prenatal (Baird, 2017). - Suport d'autoritats locals a les intervencions dona percepció de coherència en l'adopció del cribratge i abordatge de la VM (Hooker, 2015). Professionals <ul style="list-style-type: none"> - Personal de salut identifica l'abordatge de la VM com a part de la feina diària (Lewis, 2019). - Influència dels altres membres de l'equip durant la capacitació afavoreix l'inici de l'abordatge de la VM (Lewis, 2019). - Rol de la promotora d'enllaç entre els centres de salut i el tercer sector: catalitzador, suport i capacitació (Lewis, 2019). - La capacitació i sensibilització del personal de salut en el cribratge de la VM pot donar major seguretat a les dones per parlar de la VM (Koziol-McLain, 2008). - Percepció de coherència de l'abordatge de la VM facilita el cribratge (Hooker, 2015). - Infermeres participants en el procés de desenvolupament del protocol de cribratge (investigació acció participativa (IAP) mostraven major nivell de coherència amb el cribratge (Hooker, 2015). - El mètode menys directe per preguntar sobre VM va ser preferit per les infermeres i va afavorir l'aplicació del cribratge (Hooker, 2015). 	<ul style="list-style-type: none"> - Consideració de les mesures de seguretat per disminuir riscos durant l'aplicació del cribratge: limitar l'edat de persones que acompanyen a la dona durant el cribratge (<2 anys) (Kataoka, 2010). - Creació d'espais separats per nens >2 anys per jugar mentre la dona rep el cribratge a l'AP (Kataoka, 2010). - Treball interinstitucional per a proporcionar atenció integral als pacients amb problemes medico socials (Lewis, 2019). - El procés IAP va donar més flexibilitat per adaptar la intervenció als serveis sanitaris i al treball de les infermeres (Hooker, 2015). Aplicació de la capacitació <ul style="list-style-type: none"> - Consideració de suport confidencial al personal sanitari que hagués patit VM, en cas que experimentessin angustia durant l'atenció (Baird, 2017). - Capacitació en l'aplicació del cribratge, reforçada amb temes relacionats amb violència masclista i abordatge breu (Baird, 2017; Kataoka, 2010). - La participació durant les capacitacions de serveis comunitaris per donar informació sobre els serveis existents (Baird, 2017). - Creació d'un mètode d'aprenentatge basat en el suport i la informació (Baird, 2017). - Reconeixement del coneixement i les habilitats existents de les participants (Baird, 2017). - Ús d'una varietat d'enfocaments d'aprenentatge i ensenyament (Feder, 2011). - Comptar amb un instrument validat i adaptat al context cultural i al llenguatge (Kataoka, 2010).

(Continuació Taula 3) Condicions per a la implementació de les intervencions per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista des dels serveis de salut (Continuació)

Intervencions dirigides al personal sanitari		
Barreres	Facilitadors	Característiques del procés d'implementació
<i>Relacionades al context, l'organització i els professionals</i>		
Professionals <ul style="list-style-type: none"> - Internalització dels valors i importància de l'abordatge de la VM entre el tercer sector (major) i l'equip del Sistema Nacional de Salut (menor), pot influir en les tasques de coordinació per a l'abordatge integral de la VM (Lewis, 2019). - Justificació de la VM d'alguns membres del personal sanitari i limitada formació continuada (Lewis, 2019), frustració davant les decisions de les dones que pateixen VM (Hooker, 2015). <p>La càrrega emocional que provoca abordar la VM inhibeix alguns professionals sanitaris de preguntar (Lewis, 2019)</p>		
<i>Relacionades amb factors culturals, socials i de les dones víctimes de VM</i>		
Culturals i socials <ul style="list-style-type: none"> - A l'entrevista presencial, normes culturals (ex. Japó) que valoren mantenir els temes personals i familiars en privat i els sentiments personals amagats pot limitar que dones parlin de la VM (Kataoka, 2010). Dones <ul style="list-style-type: none"> - La VM pot produir vergonya i culpa en les dones i limitar que parlin de la seva experiència a l'entrevista presencial (Baird, 2017; Kataoka, 2010; Koziol-McLain, 2008). 	Dones <ul style="list-style-type: none"> - Alt nivell d'alfabetització en dones facilita l'aplicació dels qüestionaris autoadministrats en paper (Kataoka, 2010); les dones amb major nivell d'estudis van respondre millor a la invitació de participar en el cribratge que les de menys anys d'educació (Hegarty, 2010). 	
Intervencions dirigides al personal sanitari i dones		
<i>Relacionades amb el context, l'organització i els professionals</i>		
Professionals <ul style="list-style-type: none"> - Persistència d'inseguretat dels membres dels equips sanitaris per preguntar sobre VM a les dones, malgrat les capacitacions (Taft, 2011). - Baix nivell de derivació de dones al grup de comparació per part del personal de salut perquè consideraven que no els hi aportava beneficis (MOSAIC) (Taft, 2011). 		

4 Discussió

Els articles analitzats recullen intervencions efectives per a la detecció i abordatge de la violència masclista (VM) als serveis sanitaris, implementades en diversos àmbits dels serveis sanitaris en sistemes de salut que comparteixen característiques amb el sistema de salut de Catalunya (basats en atenció primària i d'accés universal). Només un estudi va avaluar una intervenció efectiva en un país europeu (Regne Unit); no es van trobar avaluacions d'intervencions efectives implementades a Espanya. Totes les intervencions estaven dirigides al personal sanitari i una va incloure també dones de la comunitat com a mares mentores.

4.1 Diferents objectius però algunes característiques comunes

Totes les intervencions van demostrar ser efectives en relació a l'objectiu que s'havien plantejat i, en alguns casos, respecte alguns objectius addicionals. La capacitat per a la introducció del cribratge i abordatge breu de la VM va millorar la percepció de preparació del personal sanitari (Baird, 2017). La introducció del cribratge i l'abordatge breu van augmentar la detecció de la VM, no es va trobar evidència de danys relacionats amb preguntar sobre VM i, segons un estudi, les dones van acceptar i percebre el cribratge com útil (Koziol-McLain, 2008). Les intervencions multicomponent, a més a més d'augmentar la detecció i l'atenció, van millorar el registre i derivació de dones víctimes de VM als serveis comunitaris especialitzats (Feder, 2011), així com l'actitud del personal sanitari per a l'atenció de la VM (Feder, 2011; Hegarty, 2010) i els plans de seguretat realitzats per a les dones (Taft, 2015). Un d'aquests estudis també va demostrar una disminució en els casos de depressió entre les dones víctimes de VM (Hegarty, 2010), i un altre, que la intervenció era cost-efectiva (Barbosa, 2018; Feder, 2011). Els estudis que els van mesurar, no van trobar resultats concloents de l'impacte de les intervencions en la disminució de la VM, qualitat de vida o altres resultats en salut.

Les intervencions mostren algunes característiques comuns com ara la capacitat generalment del personal sanitari, però també del personal administratiu i de dones de la comunitat (mares mentores). La introducció del cribratge, amb diverses formes d'aplicació dels qüestionaris, i l'abordatge breu de la VM amb continguts que abastaven la valoració del risc de VM, el desenvolupament d'un pla de seguretat i l'entrega d'informació sobre els recursos comunitaris d'atenció a la VM. En alguns casos, es realitzava la derivació de les dones víctimes als serveis de treball social hospitalaris referents en VM dels serveis sanitaris, i als serveis comunitaris especialitzats en VM, depenent de la forma d'aplicació del cribratge. En l'anàlisi de les condicions per la implementació de les intervencions, es van identificar algunes barreres o

facilitadors de tipus contextuals, organitzatius, relatius als professionals, a les dones víctimes de VM i als valors culturals i socials respecte a la VM. Com a característiques essencials de la implementació de les intervencions, es va identificar la cura per la seguretat de les dones, abans i durant la detecció i abordatge de la VM, i la integració de continguts teòrics, tècnics i vivencials, amb la participació en la capacitat d'actors socials i comunitaris.

4.2 Les poblacions objectiu del cribatge i la detecció de la VM

L'OMS desaconsella preguntar sistemàticament a totes les dones en les consultes amb professionals sanitaris (cribatge universal), donada la manca d'evidència de l'efecte del cribatge en la salut de les dones o en la reducció de la VM (WHO, 2013) i recomana l'aplicació del cribatge en subpoblacions de risc i dones amb simptomatologies associades a patir VM (veure resum al quadre 1). De les intervencions analitzades, una que va resultar cost-efectiva, va definir com a població objectiu dones que presentaven algun diagnòstic clínic associat a la VM a la consulta amb el metge d'AP (Feder, 2011). D'altres, van aplicar el cribatge en subpoblacions definides a partir de diversos criteris, com ara les dones embarassades, degut a l'increment del risc que suposa patir VM per a la salut i la vida de les dones i els nounats (Chisholm, 2017; Shah, 2010; WHO, 2013); i en el cas de dones ateses en serveis de salut mental i drogodependències, pel major risc que presenta aquesta població de patir VM (Spangaro, 2010). Finalment, les intervencions restants es dirigien a dones ateses a l'AP i/o l'AE, basant-se en l'alta prevalença de la VM (Hegarty, 2013; Koziol-McLain, 2008; MacMillan, 2006).

4.3 El cribatge de la VM i els mètodes d'aplicació: el seu abast i limitacions

Una de les crítiques a la introducció del cribatge de la VM als serveis sanitaris és l'absència d'evidència sobre si la seva aplicació causa o no dany a les dones (Jewkes, 2002). En línia amb els nostres resultats, altres revisions han identificat que existeixen pocs estudis que abordin la percepció de les dones respecte a l'aplicació del cribatge als serveis sanitaris (Feltner, 2018; O'Doherty, 2015; Taft, 2013). Els estudis que l'avaluen assenyalen que la percepció de les dones és favorable i no es registra evidència de danys associats (Feltner, 2018; Taft, 2013).

Segons l'estudi inclòs en aquesta revisió (Koziol-McLain, 2008), les preguntes de cribatge van provocar records dolorosos per a les dones. Alhora, la privacitat de l'entrevista amb el professional sanitari i el fet de rebre informació sobre recursos comunitaris de suport a la VM i estratègies de seguretat, van fer sentir una major seguretat a les dones víctimes de VM. Aquests són punts importants que requereixen de més anàlisi en l'avaluació de les intervencions,

considerant que la por d'ofendre les dones amb preguntes de VM s'ha identificat com una barrera referida pel personal sanitari per aplicar el cribratge (Dyer, 2019; Sugg, 1992).

És important assenyalar que en els estudis analitzats, el mètode amb majors nivells de detecció de la VM i acceptació per part de les dones va a ser l'aplicació del qüestionari autoadministrat en detriment de l'entrevista presencial amb un professional sanitari, destacat també en una altra revisió que avaluava l'efectivitat del cribratge comparant diferents mètodes (Hussain, 2015). En aquest sentit, s'ha suggerit que l'aplicació auto administrada per mantenir major privacitat facilita revelar experiències de VM, que poden tenir una càrrega important de vergonya i por per a les dones (Hussain, 2015). Així mateix, la intervenció basada en visites domiciliàries per part de les infermeres d'AP, va identificar que la utilització d'un llistat de preguntes tipus *checklist* afavoria que les dones parlessin de la VM i va ser considerat per les infermeres com un facilitador per realitzar el cribratge (Hooker, 2015). Tot i això, cal considerar que l'aplicació del qüestionari de cribratge autoadministrat sense contacte posterior amb un professional sanitari presenta una limitació important, que rau en el fet de perdre l'oportunitat de realitzar de forma immediata un abordatge breu de la VM als serveis sanitaris.

Tenint em compte que el personal sanitari capacitat i sensibilitzat en VM genera seguretat en les dones per parlar de la mateixa (Koziol-McLain, 2008), caldria enfortir les habilitats i coneixements, adequar els espais als serveis sanitaris per generar seguretat i confort perquè les dones puguin parlar de la seva experiència (García-Moreno, 2002) i, sembla fonamental, per animar-les a sol·licitar ajuda en cas que el cribratge es faci mitjançant un qüestionari autoadministrat.

4.4 La valoració del risc i pla de seguretat davant la VM

La valoració del risc permet als professionals de la salut donar suport a la dona en la identificació de mesures per augmentar la seva seguretat i conscienciar-les sobre el risc. El desenvolupament del pla de seguretat forma part del procés general d'avaluació de riscos, que té per objectiu prevenir la violència influint en els factors de risc i els factors de protecció per millorar els recursos que té a l'abast la dona (per exemple, la xarxa de suport, elements de seguretat a l'ambient físic) (Blank, 2015). Tots els estudis indicaven la necessitat de realitzar una intervenció breu sobre les dones que donaven positiu en el cribratge, però cap dels estudis va descriure els tipus d'estratègies o el pla de seguretat aplicat.

Només un dels estudis inclosos avaluava la percepció de les dones i dels seus fills i filles sobre el risc relacionat amb la VM, sense trobar canvis en les dones que van rebre la intervenció en relació a l'augment o disminució del risc percebut (Hegarty, 2010). Analitzar l'impacte sobre el

risc de les estratègies generades per les dones i el tipus d'acompanyament proporcionat pels professionals sanitaris és essencial, ja que l'evidència assenyala que algunes estratègies utilitzades per les dones per sortir de la VM les poden posar en major risc (Parker, 2014).

Aquesta revisió de les estratègies adoptades per dones víctimes de VM als EEUU va mostrar que les dones que es van involucrar en xarxes formals (com centres especialitzats en atenció a la VM, serveis d'acolliment substitutoris de la llar) van elaborar plans per abandonar l'agressor i van reduir el risc de revictimització (Parker, 2014). També és important tenir en compte que les respostes de les dones a la VM estan vinculades a diverses circumstàncies específiques de l'abús (com el temps en que va estar exposada a l'abús i/o al fet d'haver patit violència sexual), els recursos personals (com l'edat que tenia la dona a l'inici de l'abús) i la seva situació socioeconòmica (l'ocupació i el nivell educatiu) (Montero, 2012) que poden limitar la capacitat d'adonar-se dels riscos als que estan exposades i/o d'aplicar estratègies de seguretat davant la VM.

Finalment, cal assenyalar que les derivacions podrien no ser un objectiu desitjat per les dones en les fases pre-contemplatives o contemplatives del cicle d'abús (Reisenhofer, 2013), és a dir, que poden no estar preparades per rebre el suport que se'ls hi ofereix (Chang, 2010). Per això, donar suport emocional a les dones víctimes de VM, i l'elaboració d'un pla de seguretat amb el suport dels serveis sanitaris, es considera crucial i rellevant ja que augmenta la capacitat de les dones per prendre mesures per millorar la seva seguretat (McFarlane, 2002)

4.5 La capacitat al personal sanitari: un contingut transversal

La capacitat del personal sanitari es considera un eix fonamental en la implementació d'intervencions als serveis de salut, ja que la falta de coneixements per respondre a la VM té com a conseqüència que els professionals estiguin poc inclinats a preguntar sobre la mateixa, per evitar "obrir la caixa de Pandora" (Sugg, 1992). En aquest sentit, un estudi realitzat a Espanya identifica, entre les característiques que poden afavorir l'abordatge de la VM als serveis sanitaris, el fet de comptar amb personal capacitat dins dels equips i la percepció dels professionals d'estar preparats per proporcionar l'atenció adequada a les dones víctimes de VM (Goicolea, 2015). Així, els serveis sanitaris es podrien beneficiar de la capacitat amb equips multidisciplinaris identificats en la nostra revisió per afavorir el treball amb diferents professionals, amb metodologies participatives i plataformes virtuals que abordin continguts tant per millorar els coneixements, les habilitats i les actituds, com per sensibilitzar sobre la VM.

En coherència amb l'evidència existent (Short, 1998; WHO, 2013) destaca en les capacitacions incloses la introducció de continguts i mètodes per millorar les habilitats

(sensibilització, escolta activa, tècniques de resolució de problemes, atenció centrada en la dona, etc.) i coneixements (teoria del cicle de la VM, mites i creences estereotipades sobre la VM, etc.) per a l'abordatge de la VM (Baird, 2017; Feder, 2011; Hegarty, 2013; Kataoka, 2010; Taft, 2011), així com el fet que en la seva majoria fossin presencials o semi presencials per cobrir tant els continguts teòrics com pràctics de l'abordatge de la VM. Cal destacar que un dels estudis analitzats (Hegarty, 2013) incloïa la preparació del personal sanitari per valorar en l'abordatge de la VM alguns dels factors que poden actuar com a inhibidors perquè les dones puguin sortir de la VM. Aquest element, a més de centrar l'atenció en les possibilitats reals de les dones, podria tenir el potencial de disminuir la frustració que a vegades sent el personal sanitari davant les dificultats de les dones per prendre decisions (García-Moreno, 2002). En aquest sentit, hi ha evidència que dóna suport a l'aplicació del model transteòric (Prochaska, 2008), que posa èmfasi en la valoració de l'estat de canvi de la dona davant la situació de VM que viu i en l'enfortiment de l'autoeficàcia per realitzar i mantenir canvis per sortir de la mateixa (Reisenhofer, 2019).

En relació al tipus de capacitació, els estudis existents (majoritàriament dels EEUU, (Sawyer, 2016; Sprague, 2018), assenyalen que els programes de capacitació on-line i presencials obtenen diferents resultats en la preparació del personal sanitari. Els cursos online mostren ser efectius per a la millora del coneixement general de la VM però, en canvi, els resultats no són concloents sobre les millores en les actituds del personal sanitari davant la VM, el registre i/o derivació dels casos (Sawyer, 2016). Una altra revisió va trobar que les capacitacions presencials dins dels serveis sanitaris, proporcionen una oportunitat de millorar habilitats comunicacionals per abordar continguts més sensibles que poden sorgir en l'atenció a la VM (Sprague, 2018).

4.6 Intervencions de l'AP a nivell comunitari per a l'abordatge de la VM

S'ha documentat que experiències de treball comunitari sobre VM dels centres d'AP a Espanya, com ara grups de suport per a les dones, depenen del voluntarisme i compromís d'alguns professionals sanitaris amb l'atenció de la VM (Goicolea, 2017). La limitada sostenibilitat d'aquestes experiències ha estat relacionada amb la sobrecàrrega de treball, ja que el treball comunitari es considera opcional, i amb els conflictes amb els professionals que han de cobrir la feina dels que estan realitzant aquestes activitats (Goicolea, 2017). Però no s'han analitzat els continguts d'aquestes intervencions, qui les aplica, les característiques del procés d'implementació o els seus resultats.

En les intervencions identificades en la nostra revisió, dues de les intervencions multicomponents incorporaven treball comunitari, una amb infermeres comunitàries i l'altra amb mares mentores. En el primer cas, el treball de d'AP amb la comunitat per a la detecció i

l'abordatge de la VM s'integra en altres accions prioritàries a abordar en els serveis sanitaris (WHO, 2013), com són l'atenció a dones embarassades o a nens menors de 5 anys. Les visites domiciliàries realitzades per infermeres a dones embarassades o en el post part, es van mostrar efectives en augmentar el desenvolupament dels plans de seguretat per part de les dones, però no va haver-hi un augment de les derivacions cap a serveis especialitzats d'atenció a la VM (Taft, 2015). També s'ha de comptar amb rutes de derivació clares perquè la derivació dels casos als serveis comunitaris siguin efectives (Blank, 2015; Lewis, 2019).

En línia amb altres revisions (Van Parys, 2014), les intervencions per a la introducció del suport no professional mitjançant visites domiciliàries de mares mentores per a l'abordatge de la VM mostra resultats prometedors en la disminució de la VM però menor evidència en els resultats de salut. Donada la complexitat dels factors que influeixen entre la identificació i la reducció de la VM (molts dels quals no estan sota el control dels professionals sanitaris), s'ha suggerit que no ha d'esperar-se necessàriament que les intervencions disminueixin la VM (O'Campo, 2011; Van Parys, 2014), però sí altres resultats intermedis com els que s'han identificat en la nostra revisió, tant relacionats amb els serveis sanitaris (augment de la detecció de la VM) com amb les dones víctimes de VM (augment dels plans de seguretat per part de les dones).

4.7 Referents de suport als equips sanitaris i promotores de l'atenció a la VM

El suport als professionals sanitaris en la resposta a la VM és un component clau referit freqüentment en la literatura especialitzada (Blank, 2015; García-Moreno, 2015; WHO, 2013). Encara que són necessaris més estudis, s'ha identificat que el suport dels referents o *champions*, normalment una infermera, poden millorar la contenció de les dones víctimes de VM, millorar la col·laboració entre professionals de diferents disciplines en l'atenció a la VM i el clima laboral dins dels serveis sanitaris (Joyner, 2012; McCaw, 2001). En el context espanyol, s'ha identificat que el treball interdisciplinari encara repta relacionats amb les jerarquies per percebre que desvaloren l'experiència d'alguns professionals com les infermeres i les llevadores (Goicolea, 2017).

En concordança amb altres revisions (O'Doherty, 2015; Ramsay, 2009), la introducció de la promotora (*advocate*) (Feder, 2011), les referents (Hegarty, 2013) i infermeres d'enllaç (Taft, 2015), van afavorir la millora de les habilitats dels professionals per a la detecció, atenció i derivació dels casos de VM mitjançant la capacitació, el suport continuat als equips de salut i el rol d'enllaç amb els serveis comunitaris especialitzats i suport a les visites domiciliàries. En conjunt, aquests resultats estan en línia amb les recomanacions de l'OMS sobre el rol de les

promotores, referents, professionals de suport i d'enllaç com a facilitadores de l'accés de les dones víctimes de VM als diferents serveis socials i comunitaris, de canvi en el sistema i catalitzador del major reconeixement de la VM en professionals de salut de l'experiència de les dones que pateixen VM (WHO, 2013).

4.8 Factors organitzatius clau per a la implementació de les intervencions

Segons l'OMS (WHO, 2009), un element per incidir en la transformació dels sistemes de salut en l'atenció a la VM és vincular l'abordatge de la VM amb les activitats i prioritats existents. En la revisió, la introducció de les intervencions als serveis d'atenció prenatal immersos en plans nacionals per a la millora de la salut materno infantil es va identificar com un factor facilitador de la implementació pel contacte continuat amb les dones durant la gestació (infermeres comunitàries i dones a la comunitat).

En la revisió destaca el paper especialment important dels factors organitzatius. Així, la manca de temps per a l'atenció, expressat també com la pressió de la càrrega de treball i altres prioritats dels serveis, són barreres comunes en la implementació de les intervencions per a l'abordatge i detecció de la VM (Hooker, 2015; Lewis, 2019), destacant la necessitat d'una planificació curosa que contempli els recursos necessaris per a la seva implementació (WHO, 2009).

Algunes barreres relacionades amb els professionals sanitaris van ser de caràcter actitudinal, per exemple, la justificació de la violència, inseguretat per preguntar sobre VM i la càrrega emocional. És possible que els canvis en les actituds i creences basades en estereotips de gènere que justifiquen la VM requereixin d'un procés més llarg que s'ha de tenir en compte dins dels serveis i equips sanitaris per millorar l'abordatge de la VM (García-Moreno, 2015). Per això, la capacitació continuada amb el suport de les promotores i altres professionals de referència (Lewis, 2019; Torres-Vitolas, 2010), i el suport i acompanyament confidencial per a les professionals sanitàries que haguessin patit VM (Baird, 2017) es considera fonamental per generar i sostenir canvis actitudinals i enfortir les habilitats del personal de salut per a l'atenció de la VM als serveis sanitaris (WHO, 2013).

En relació al contingut específic de les intervencions, un element organitzatiu clau va ser la introducció d'una persona referent de suport als serveis sanitaris, com ara les promotores o *champions*, referents, infermeres comunitàries i d'enllaç amb serveis comunitaris especialitzats en VM (per al treball en xarxa), van mostrar ser elements importants per donar sentit de coherència i motivació al personal sanitari per a l'adopció de les intervencions (Feder, 2011; Hooker, 2015; Lewis, 2019). Així mateix, el procés participatiu (IAP) en la preparació de la

implementació de la intervenció (per al disseny del protocol de cribatge i la identificació de barreres per a la implementació i estratègies per reduir-les) amb infermeres comunitàries va contribuir a percebre majors nivells de coherència en realitzar el cribatge de la VM. En aquest sentit, l'aplicació de processos IAP ha demostrat contribuir a la motivació dels professionals, al suport institucional i a l'adopció d'intervencions, degut a la participació horitzontal, flexibilitat i presa de decisions consensuades (Vargas Lorenzo, 2020).

Les promotores per a la detecció activa i atenció de la VM als serveis sanitaris i les infermeres d'enllaç, a més de donar suport als equips per a la millora del coneixement en VM, actuen com a facilitadors per al treball en xarxa amb altres organitzacions comunitàries d'atenció a la VM (Hooker, 2015; Lewis, 2019). Segons una revisió, el rol d'enllaç entre l'AP i els serveis comunitaris incrementen la cooperació entre els equips sanitaris i socials, que treballen moltes vegades aïllats entre sí. Tot i això, en la introducció s'ha de tenir en compte la càrrega de treball associada a aquesta feina (Long, 2013). A més a més, les intervencions que inclouen la promoció de detecció activa i atenció de la VM als serveis sanitaris (*advocacy* en anglès) resulten més efectives en augmentar les derivacions als serveis comunitaris especialitzats en l'atenció de la VM (Ramsay, 2009) i el suport a l'equip sanitari en la capacitat continuada i el treball en xarxa.

4.9 L'atenció de la VM als serveis sanitaris requereix de l'acció multisectorial

Com ja s'ha esmentat abans, l'atenció de la VM és complexa i requereix d'una resposta que pot començar als serveis sanitaris però que ha d'assegurar l'accés a la informació i a altres serveis (socials, comunitaris, d'habitatge, etc.) per atendre les diferents necessitats de les dones i ajudar-les a sortir de la situació (Dutton, 2015). Per això, és important mantenir la coordinació interinstitucional, en particular perquè els serveis sanitaris, socials especialitzats (habitatge, economia, etc.) de suport a la dona són entitats separades amb funcions diferents a l'atenció de la VM, però igualment importants i beneficioses per respondre i ajudar les dones víctimes de VM (Blank, 2015).

En aquest sentit, s'ha identificat la introducció del coneixement dels serveis comunitaris especialitzats en VM (capacitació del personal sanitari facilitada per professionals d'aquests serveis, informació impresa entregada a las dones víctimes de VM als serveis sanitaris) i derivacions directes (promotora/referent per a l'atenció a la VM per al suport en la derivació dels casos als serveis socials i comunitaris) fomenten l'acció multisectorial. També s'ha identificat com a prerrequisit necessari per introduir l'acció multisectorial en el disseny i implementació d'intervencions efectives el fet de comptar amb eines i protocols clars per a la recollida i registre, tant de les dones identificades i les derivacions realitzades als serveis

comunitaris especialitzats com de l'existència de rutes de derivació institucionalitzades (Blank, 2015; Lewis, 2019; Sohal, 2020).

4.10 Algunes consideracions sobre la notificació obligatòria de la VM

La notificació obligatòria a la policia dels casos detectats de VM per part del personal de salut s'aborda només en un estudi i superficialment (Kataoka, 2010). D'una banda, és possible que es degui a que en alguns dels països no és obligatòria, com al Japó, o perquè es va considerar la col·laboració amb la policia un component de treball en xarxa amb serveis comunitaris especialitzats, (Feder, 2011), i fa suposar que els esforços s'han de centrar en dotar les dones de múltiples recursos emocionals i psicosocials per tal de fer front i sortir de la VM.

La nostra revisió no contemplava la notificació de la VM a la policia, però és un element important en el context espanyol i català ja que la notificació és obligatòria, malgrat ser una acció que es desaconsella (WHO, 2013). En aquest cas, l'OMS indica que si s'ha de realitzar la notificació obligatòria de la VM a la policia, el personal sanitari ha d'informar a la dona sobre els seus drets i sobre els riscos que implica la notificació.

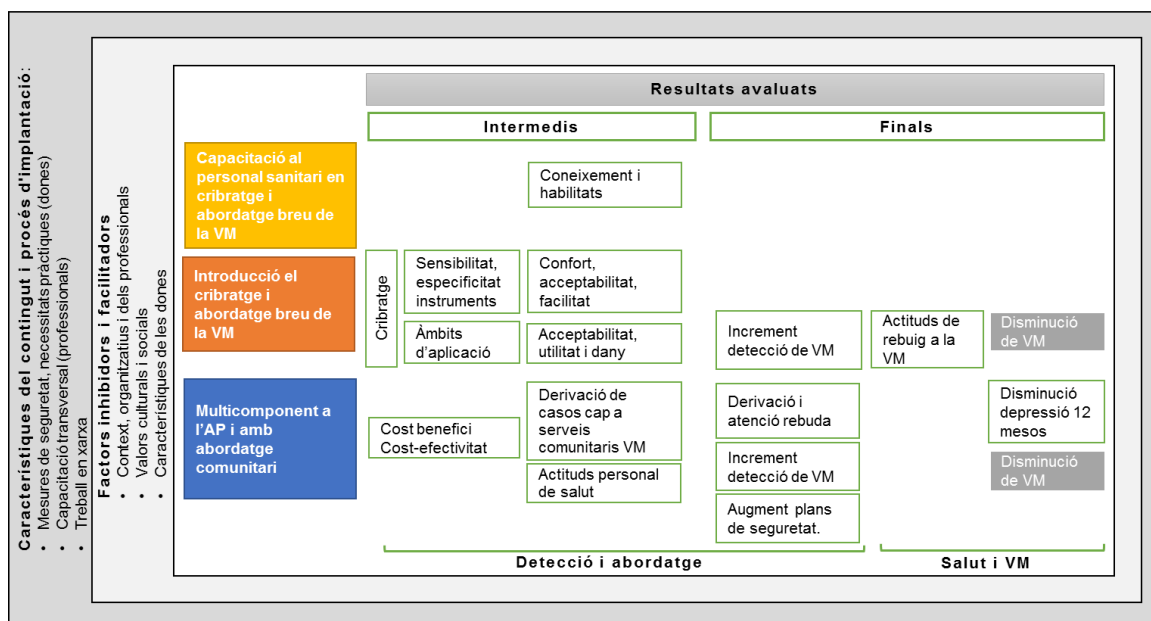
La notificació de la VM a les autoritats acostuma a generar molt estrès i angonya, ja que en la majoria dels casos l'agressor és una persona propera i de la qual les dones depenen a nivell emocional o econòmic (Rodríguez, 1998). Estudis des de la perspectiva de les dones mostren el rebuig a la notificació obligatòria per part dels professionals de salut i que pot dissuadir a les dones de buscar ajuda als serveis sanitaris (Rodríguez, 1998). Aquí cal sumar-hi, malgrat el marc legal favorable a Espanya, els resultats del tractament judicial de la VM (baixa taxa de condemnes, estereotips discriminatoris en la conceptualització de la VM i atenció revictimitzant a les dones), que també poden generar desconfiança en les dones a l'hora de denunciar (Bodelón, 2015). A Catalunya, segons l'última enquesta sobre violència de gènere, del 20% de dones víctimes de VM que consideraven l'agressió com un delictes, només un 26% va fer la denúncia. De les dones que no van denunciar, el 12% declara com a motiu "la durada o característiques del propi procediment". En aquest sentit, en la implementació de les intervencions per a l'abordatge de la VM en el nostre context, la denúncia de la VM hauria de ser considerada tant des de la perspectiva de les dones (per per la dependència emocional i econòmica de l'agressor i la seva possible reacció violenta), rol del personal sanitari en la valoració del risc de violència que viuen (possible escalada de la VM que requereix de la protecció de la dona i fills/filles) i la qualitat de la resposta judicial.

5 Conclusions i implicacions per als serveis sanitaris

5.1 Conclusions

Són limitats els estudis que avaluen l'efectivitat de la introducció d'intervencions per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista (VM) als serveis sanitaris. Només un dels estudis inclosos en aquesta revisió va tenir lloc al context europeu i no es va identificar cap estudi al context espanyol. Les intervencions efectives estaven basades en la capacitat del personal sanitari, la introducció del cribratge i abordatge breu, i d'intervencions multi components (que més a més introdueixen sessions de suport per a les dones als serveis sanitaris, el registre de la VM, rutes de derivació i derivació a serveis comunitaris especialitzats i l'abordatge mitjançant visites domiciliàries per infermeres comunitàries i mares mentores). En general, aquestes intervencions van millorar la detecció i l'abordatge des dels serveis sanitaris i en la salut. Els resultats en la disminució de la VM no van ser concloents (Figura 2).

Figura 2. Resultats, característiques del contingut de les intervencions i condicions per a la implementació d'intervencions als serveis sanitaris



Font: elaborat per les autores

- Com contribueixen les intervencions a la millora de la detecció i abordatge de la VM?

Les intervencions de capacitat van mostrar millores en el coneixement i percepció de preparació per a l'atenció de la VM per part del personal sanitari, important per disminuir barreres per a l'aplicació del cribratge de la VM.

La introducció del cribratge te com a resultats finals l'augment de la detecció de la VM, que sembla dependre de l'àmbit d'aplicació (major taxa de notificació als serveis d'urgències en comparació als d'AP) i l'augment de les actituds de rebuig davant la VM per part de les dones.

La introducció del cribratge en els serveis sanitaris és acceptat per les dones, que el consideren útil per conèixer més sobre la VM i els recursos comunitaris especialitzats per l'atenció i no mostra danys associats en les dones que han patit VM. En relació als instruments de cribratge, els tres instruments analitzats (*Partner Violence Screen* (PVS), *Women Abuse Screening Tool* (WAST) i *Composite Abuse Scale* (CAS)) van mostrar una alta sensibilitat i especificitat en el cribratge de la VM.

Les intervencions multicomponent, a més de l'augment en la detecció de la VM, impacten en l'augment de les dones víctimes de VM que acaben rebent atenció i en la disminució dels casos de depressió als 12 mesos d'implementada la intervenció, a més de ser cost-efectives. A més a més, milloren les actituds del personal sanitari davant l'atenció de la VM, augmenten la derivació de les dones des dels centres d'AP als serveis comunitaris especialitzats en VM i l'elaboració de plans de seguretat per part de les dones víctimes de VM.

- Quines són les característiques principals de les intervencions efectives per a la detecció i abordatge de la VM als serveis sanitaris?

Les intervencions efectives per a la detecció i abordatge breu tenen com a component transversal la capacitat dels professionals sanitaris per dotar-los d'habilitats i coneixements tant per a l'aplicació del cribratge i abordatge de la VM com per a la derivació als serveis comunitaris especialitzats en VM o altres serveis socials.

Les característiques essencials de les capacitacions per evitar que les dones se sentin jutjades i avergonyides referides són: trencar mites sobre la VM, comprensió dels factors que impedeixen que les dones se separin del seu agressor i/o posin una denúncia. Els mètodes, tant en modalitat online (continguts teòrics), com presencials, han de fer possible traslladar la teoria a la pràctica, per exemple, amb jocs de rol gravats per identificar habilitats comunicacionals, promoure el treball multidisciplinari amb la capacitat d'equips amb diferents perfils professionals i abastar continguts tant per a l'ús dels protocols de detecció i atenció a la VM com de sensibilització del personal sanitari amb vídeos de testimoniatges de víctimes de VM. A més a més, algunes capacitacions han d'estar dirigides al personal administratiu pel tractament amb confidencialitat de les dades de les dones i la seguretat de les víctimes durant la visita als serveis de sanitaris.

El cribratge s'acompanya d'un abordatge, més o menys breu de la VM, per fer contenció, valorar riscos associats a la VM, lliurar informació sobre la VM i els recursos comunitaris especialitzats d'atenció i desenvolupar un pla de seguretat amb les dones. L'espai físic en el qual s'aplica el cribratge ha de garantir la privacitat (que ningú més escoltarà la declaració de la dona).

Els instruments de cribratge utilitzats són, d'una banda, qüestionaris validats i adaptats als països d'intervenció i els seus idiomes, amb alta sensibilitat i especificitat per detectar la VM, preguntes úniques i en format *checklist*, que són aplicats tant de forma presencial (amb professionals sanitaris) o auto completats (escrit o amb ordinador).

Un component rellevant és la identificació i capacitació d'una persona per ser referent (*champion*) i/o la introducció d'una promotora o infermera d'enllaç per donar suport a l'atenció de la VM als equips dels CAPs i a les derivacions de les dones cap als serveis comunitaris col·laboradors, així com les infermeres comunitàries i dones de la comunitat que realitzen l'acompanyant a les dones a la comunitat (domicilis, telèfon).

A més a més, es facilita informació sobre la VM i els serveis comunitaris d'atenció especialitzada amb materials informatius lliurats directament a les dones pels professionals o disponibles a les sales d'espera i/o amb cartells en espais més discrets com ara serveis de dones.

Altres components de les intervencions efectives són la introducció d'alertes electròniques a la HC informatitzada, lligades a diagnòstics relacionats amb la VM, com a recordatori als metges d'AP per realitzar preguntes d'identificació de la VM, el registre dels casos identificats i derivacions a la HC i comptar amb rutes i instruments de derivació.

- Quins factors influeixen en el procés d'implementació de les intervencions per a la detecció i abordatge de la VM als serveis sanitaris?

Les barreres per a la implementació de les intervencions són principalment de tipus organitzatiu, relacionades amb el temps del que disposen els professionals sanitaris tant per a l'atenció de la VM com per a la participació en les capacitacions, com també per desenvolupar el rol de promotora, lligat a la càrrega de treball i altres prioritats diverses d'atenció als CAPs, així com la rotació del personal. Altres barreres d'aquest tipus són les limitacions tecnològiques per la implementació de l'alerta electrònica de recordatori per realitzar les preguntes de VM.

Les barreres relacionades amb el servei per a l'aplicació del cribratge es refereixen a les dificultats per trobar un lloc privat per dur-lo a terme, identificades en les urgències i a l'AP i que l'atenció a les dones estigui centrada en el motiu de consulta en detriment del cribratge.

Les barreres relacionades amb el personal sanitari van ser la persistència d'inseguretat en les habilitats per preguntar a les dones sobre la VM i la càrrega emocional associada a l'abordatge, que van actuar com inhibidors per realitzar el cribratge. Així mateix, alguns professionals van identificar la persistència d'actituds de justificació de la VM.

Pel que fa a les dones víctimes de VM, les barreres per reconèixer la VM van ser els sentiments de vergonya i culpa associats amb patir VM. També es van identificar barreres relacionades amb valors culturals i socials que inclouen la percepció de les dones de la VM com un assumpte privat.

En relació als factors facilitadors, el suport de les autoritats locals i el finançament de les intervencions va donar major coherència al treball en l'atenció de la VM als serveis sanitaris. Els serveis d'atenció prenatal i d'AP, amb un contacte continuat amb les dones, faciliten l'establiment de confiança per parlar de la VM. A més, destaquen els factors organitzatius com la protecció del temps del personal sanitari i acords als llocs de treball per a la participació en les capacitacions. La presència d'una promotora i de la referent (*champion*) per a la capacitat continuada dels equips sanitaris, les derivacions de les dones al serveis comunitaris i la millora del treball en xarxa.

Un altre facilitador per a la implementació va ser que els professionals sanitaris assumeixin l'abordatge de la VM com a part de la seva feina quotidiana. Així mateix, la influència d'altres professionals sanitaris capacitats fent la mateixa feina, dóna sentit de coherència al treball.

En relació a les dones, va ser un facilitador per a la participació de les víctimes en l'aplicació del cribratge, d'una banda, el nivell educatiu i, d'altra, la percepció de que els professionals estan capacitats per realitzar el cribratge ja que els hi dóna major seguretat a l'hora de parlar amb ells de VM.

Alguns elements addicionals a considerar del procés i contingut:

- La seguretat de les dones abans, durant i després de l'aplicació del cribratge i abordatge breu.
- Suport confidencial al personal sanitari que hagi patit VM, en cas d'experimentar angoixa en relació a l'atenció a la VM.
- Capacitacions amb col·laboració del personal de serveis comunitaris especialitzats en atenció a la VM, amb metodologies que afavoreixen la sensibilització del personal sanitari davant la VM i reconeguin el coneixement i habilitats dels professionals.
- El treball col·laboratiu i en xarxa amb serveis comunitaris i socials per oferir un abordatge integral de la VM.
- Procés participatiu per adaptar el contingut de la intervenció amb els professionals que l'han d'aplicar: infermeres referents d'AP.

5.2 Implicacions per als serveis de salut

La implementació del cribratge i abordatge breu de la VM té implicacions importants en l'organització dels serveis sanitaris ja que:

- Comporta destinar temps d'atenció del personal sanitari per participar primer, en les capacitacions i, després, per poder realitzar un abordatge adequat. És important considerar que després de rebre una capacitat inicial, el personal de salut seguirà trobant barreres i dificultats personals i de context que poden influir en la seva motivació per a la detecció efectiva dels casos de VM.
- Protegir la privacitat de les dones, comptant amb espais separats per als fills i filles d'edat suficient per comentar els continguts de l'entrevista de cribratge a l'agressor i/o persones pròximes i posar en risc la seguretat de la dona.
- Proporcionar una intervenció immediata, amb la identificació d'un pla d'acció, realista. En funció de la valoració del risc de la violència, pot ser necessari mobilitzar altres agents socials i comunitaris per a la protecció de les dones.
- Comptar amb materials als serveis sanitaris amb informació sobre la VM i els recursos comunitaris disponibles per a l'atenció a la mateixa.
- Registre de la VM en la HC de les dones i de les derivacions cap als serveis comunitaris especialitzats en VM.
- Comptar amb protocols de rutes de derivació compartits amb els serveis comunitaris especialitzats en VM.
- Identificació d'una persona referent, *champion* i/o d'enllaç dins dels serveis sanitaris amb temps protegit per a l'atenció a les dones i la coordinació del treball en xarxa amb els serveis comunitaris i socials.
- La persona referent ha de tenir flexibilitat i disponibilitat de temps per donar suport als equips sanitaris en la detecció i l'abordatge de la VM.
- Incorporar el treball centrat en la comunitat (infermeres comunitàries, membres de la comunitat) i integrar la detecció i l'abordatge de la VM a altres programes dels serveis sanitaris.
- Participació del personal sanitari en la recerca per a la implementació i avaluació d'intervencions per a l'abordatge i detecció de la VM als serveis sanitaris.
- Donada l'escassetat d'evidència, seria necessari promoure estudis que avaluïn l'efectivitat de les intervencions que es realitzen actualment en els serveis sanitaris per a la detecció i

abordatge de la VM. Generar evidència sobre les percepcions, creences i pràctiques del personal de salut que puguin actuar com a barrera en l'atenció de la VM.

6 Bibliografia i Annex

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index Professional Manual. Third Edition. Psychological Assessment Resources* (I. PAR (ed.); Third). <https://www.parinc.com/Products/Pkey/332>
- Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3271–3285. <https://doi.org/10.1111/jocn.13706>
- Ansara, D. L., & Hindin, M. J. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science & Medicine*, 70(7), 1011–1018. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.009>
- Artazcoz, L., Garrido, A., Juárez, O., Otero, I., Pazarin, M., Pérez, K., Pérez, G., & Salvador, M. (2019). Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: marc conceptual. *Barcelona Societat*, 21(June), 1–16.
- Bachman, R., & Saltzman, L. E. (1995). *Violence against women: Estimates from the redesigned survey*. moz-extension://174a62df-3236-441e-8ea7-82c2b395a762/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.bjs.gov%2Fcontent%2Fpub%2Fpdf%2FFFEMVIED.PDF
- Baird, K. M., Saito, A. S., Eustace, J., & Creedy, D. K. (2015). An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. *Women and Birth*, 28(3), 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.009>
- Baird, K. M., Saito, A. S., Eustace, J., & Creedy, D. K. (2017). Effectiveness of training to promote routine enquiry for domestic violence by midwives and nurses : A pre-post evaluation study. *Women and Birth*, 31(4), 285–291. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.014>
- Barbosa, E. C., Verhoef, T. I., Morris, S., Solmi, F., Johnson, M., Sohal, A., El-Shogri, F., Dowrick, S., Ronalds, C., Griffiths, C., Eldridge, S., Lewis, N. V, Devine, A., Spencer, A., & Feder, G. (2018). Cost-effectiveness of a domestic violence and abuse training and support programme in primary care in the real world: updated modelling based on an MRC phase IV observational pragmatic implementation study. *BMJ Open*, 8(8), e021256. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021256>
- Blank, K., & Rösslhuber, M. (2015). Training Manual on gender-based violence for health professionals. In M. Rösslhuber & M. Sengölg (Eds.), *IMPLEMENT – SPECIALIZED SUPPORT FOR VICTIMS OF VIOLENCE IN HEALTH CARE SYSTEMS ACROSS EUROPE*. AÖF - Austrian Women's Shelter Network.
- Bodelón, E. (2015). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de La Cátedra*

- Francisco Suárez, 48(48), 131–155. <https://doi.org/10.30827/acfs.v48i0.2783>
- Ley Orgánica 1/2004, Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, Pub. L. No. 1/2004, 1 (2004).
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2009). Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research*, 44(3), 1052–1067. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.00955.x>
- Butler, J. (1990). Gender trouble: feminisms and the subversion of identity. In *Routledge*. <http://libgen.org/book/index.php?md5=C64069CD194A487578E0D1C49C358E85%5Cnpapers3://publication/uuid/38F85D65-6524-426F-8F61-597D7ED0EC19>
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet (London, England)*, 359(9314), 1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Chang, J., Dado, D., Hawker, L., Cluss, P. A., Buranosky, R., Slagel, L., McNeil, M., & Scholle, S. H. (2010). Understanding turning points in intimate partner violence: factors and circumstances leading women victims toward change. *Journal of Women's Health* (2002), 19(2), 251–259. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1568>
- Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson, J. E. (Jef). (2017). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(2), 145–149. <https://doi.org/10.1016/J.AJOG.2017.05.043>
- Cluss, P. A., Chang, J. C., Hawker, L., Hudson Scholle, S., Dado, D., Buranosky, R., & Goldstrohm, S. (2006). The process of change for victims of intimate partner violence. Support for a Psychosocial Readiness Model. *Women's Health Issues*, 16(5), 262–274. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.06.006>
- Coker, A. L., Hopenhayn, C., DeSimone, C. P., Bush, H. M., & Crofford, L. (2009). Violence against women raises risk of cervical cancer. *Journal of Women's Health*, 18(8), 1179–1185. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1048>
- Pacto de Estado En materia de violencia de género, (2017). <http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/home.htm><http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/home.htm>
- Connell, R. (1987). Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics. In *Cambridge*.
- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74, 1675–1683. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>
- Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya. (2018). *Enquesta de violència masclista. Departament d'Interior*. https://interior.gencat.cat/ca/el_departament/publicacions/seguretat/estudis_i_enquest

es/enquesta_de_violencia_masclista/

- Dutton, M. A., James, L., Langhorne, A., & Kelley, M. (2015). Coordinated public health initiatives to address violence against women and adolescents. *Journal of Women's Health, 24*(1), 80–85. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4884>
- Dyer, A. M., & Abildso, C. G. (2019). Impact of an Intimate Partner Violence Training on Home Visitors' Perceived Knowledge, Skills, and Abilities to Address Intimate Partner Violence Experienced by Their Clients. *Health Education & Behavior : The Official Publication of the Society for Public Health Education, 46*(1), 72–78. <https://doi.org/10.1177/1090198118796882>
- Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., & Martín-Baena, D. (2010). Partner violence and psychological well-being: Buffer or indirect effect of social support. *Psychosomatic Medicine, 72*(4), 383–389. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d2f0dd>
- Feder, G., Davies, R. A., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths, C., Gregory, A., Howell, A., Johnson, M., Ramsay, J., Rutterford, C., & Sharp, D. (2011). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet (London, England), 378*(9805), 1788–1795. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61179-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61179-3)
- Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, C. E., Middleton, J. C., Barclay, C., Higginbotham, L., Green, J. T., & Jonas, D. E. (2018). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults. *JAMA, 320*(16), 1688. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.13212>
- FRA. (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*. <https://doi.org/10.2811/981927>
- Galobardes, B., Lynch, J., & Smith, G. D. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin, 81–82*(1), 21–37. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldm001>
- García-Moreno, C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet, 359*(9316), 1509–1514. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08417-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08417-9)
- García-Moreno, C., Hegarty, K., D'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet, 385*(9977), 1567–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)
- García-Moreno, C., Hegarty, K., D'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *Lancet (London, England), 385*(9977), 1567–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)
- Goicolea, I., Mosquera, P., Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., García-Quinto, M., &

- Vives-Cases, C. (2017). Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 187–193.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>
- Goicolea, I., Vives-Cases, C., Hurtig, A.-K., Marchal, B., Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., García-Quinto, M., & San Sebastian, M. (2015). Mechanisms that Trigger a Good Health-Care Response to Intimate Partner Violence in Spain. Combining Realist Evaluation and Qualitative Comparative Analysis Approaches. *PLOS ONE*, 10(8), e0135167.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135167>
- Goodyear-Smith, F., Arroll, B., & Coupe, N. (2009). Asking for help is helpful: validation of a brief lifestyle and mood assessment tool in primary health care. *Annals of Family Medicine*, 7(3), 239–244. <https://doi.org/10.1370/afm.962>
- Gregory, A., Ramsay, J., Agnew-Davies, R., Baird, K., Devine, A., Dunne, D., Eldridge, S., Howell, A., Johnson, M., Rutterford, C., Sharp, D., & Feder, G. (2010). Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 54.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-54>
- Hall, M., Chappell, L. C., Parnell, B. L., Seed, P. T., & Bewley, S. (2014). Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 11(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001581>
- Hankivsky, O. (2013). Intersectionality 101. *Journal of Public Policy & Marketing*, 32(special issue), 90–94. <https://doi.org/10.1509/jppm.12.044>
- Hegarty, K., Fracgp, Bush, R., & Sheehan, M. (2005). The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. *Violence and Victims*, 20(5), 529–547.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16248489>
- Hegarty, K., Gunn, J. M., O'Doherty, L. J., Taft, A., Chondros, P., Feder, G., Astbury, J., & Brown, S. (2010). Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: A cluster randomised controlled trial (weave). *BMC Public Health*, 10, 1–11.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-2>
- Hegarty, K., O'Doherty, L., Taft, A., Chondros, P., Brown, S., Valpied, J., Astbury, J., Taket, A., Gold, L., Feder, G., & Gunn, J. (2013). Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 382(9888), 249–258.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60052-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60052-5)
- Heise, L. (1998). Violence Against Women. *Violence Against Women*, 4(3), 262–290.

- <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Heise, L., & Kotsadam, A. (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 3(6), e332–e340. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00013-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00013-3)
- Hooker, L., Small, R., Humphreys, C., Hegarty, K., & Taft, A. (2015). Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: A mixed method process evaluation of a randomised controlled trial. *Implementation Science*, 10(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0230-4>
- Hussain, N., Sprague, S., Madden, K., Hussain, F. N., Pindiprolu, B., & Bhandari, M. (2015). A Comparison of the Types of Screening Tool Administration Methods Used for the Detection of Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(1), 60–69. <https://doi.org/10.1177/1524838013515759>
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet (London, England)*, 359(9315), 1423–1429. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)
- Jewkes, R., Flood, M., & Lang, J. (2014). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *Lancet*, 385(9977), 1580–1589. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61683-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61683-4)
- Jewkes, R., Levin, J., & Penn-Kekana, L. (2002). Risk factors for domestic violence: Findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine*, 55(9), 1603–1617. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00294-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00294-5)
- Joyner, K., & Mash, B. (2012). A comprehensive model for intimate partner violence in South African primary care: Action research. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-399>
- Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H., & Horiuchi, S. (2010). Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1), 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-84>
- Koziol-McLain, J., Giddings, L., Rameka, M., & Fyfe, E. (2008). Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 504–510. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.06.002>
- Lewis, N. V., Dowrick, A., Sohal, A., Feder, G., & Griffiths, C. (2019). Implementation of the Identification and Referral to Improve Safety programme for patients with experience of

- domestic violence and abuse: A theory-based mixed-method process evaluation. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e298–e312. <https://doi.org/10.1111/hsc.12733>
- Long, J. C., Cunningham, F. C., & Braithwaite, J. (2013). Bridges, brokers and boundary spanners in collaborative networks: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-158>
- Lukasse, M., Schroll, A.-M., Ryding, E. L., Campbell, J., Karro, H., Kristjansdottir, H., Laanpere, M., Steingrimsdottir, T., Tabor, A., Temmerman, M., Van Parys, A.-S., Wangel, A.-M., & Schei, B. (2014). Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(7), 669–677. <https://doi.org/10.1111/aogs.12392>
- MacMillan, H. L. (2006). Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. *JAMA*, 296(5), 530. <https://doi.org/10.1001/jama.296.5.530>
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M. H., Shannon, H. S., Ford-Gilboe, M., Worster, A., Lent, B., Coben, J. H., Campbell, J. C., McNutt, L.-A., & McMaster Violence Against Women Research Group. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 302(5), 493–501. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1089>
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., Bass, E. B., & Derogatis, L. R. (1995). The “battering syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 737–746. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001>
- McCaw, B., Berman, W. H., Syme, S. L., & Hunkeler, E. F. (2001). Beyond screening for domestic violence: A systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(3), 170–176. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00347-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00347-6)
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., Hall, I., & Smith, S. (2002). An intervention to increase safety behaviors of abused women: Results of a randomized clinical trial. *Nursing Research*, 51(6), 347–354. <https://doi.org/10.1097/00006199-200211000-00002>
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Silva, C., & Reel, S. (1998). Safety behaviors of abused women after an intervention during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 27(1), 64–69. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02592.x>
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2017). *Víctimas mortales por violencia de género*. 12-06-2018. <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fic>

haMujeres/home.htm

Ministerio de trabajo y asuntos sociales. (2017). *Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género: Marco conceptual y ejes de intervención*.

<http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/violencia-contra-la-mujer/marco-juridico>

Ministerio del Interior. (2009). *Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género* (pp. 1–78). <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/violencia-contra-la-mujer/marco-juridico>

Montero, I., Escriba, V., Ruiz-Perez, I., Vives-Cases, C., Martín-Baena, D., Talavera, M., & Plazaola, J. (2011). Interpersonal Violence and Women's Psychological Well-Being. *Journal of Women's Health, 20*(2), 295–301. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2136>

Montero, I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., Talavera, M., Martín-Baena, D., & Peiró, R. (2012). Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: A national study in primary care. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(4), 352–358. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.105759>

Musa, A., Chojenta, C., Geleto, A., & Loxton, D. (2019). The associations between intimate partner violence and maternal health care service utilization: A systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health, 19*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0735-0>

Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of Internal Medicine, 156*(11), 796–808, W-279, W-280, W-281, W-282. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447>

O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C., & Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science & Medicine, 72*(6), 855–866. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.019>

O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 15*(7), 595–596. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>

O'Reilly, R., Beale, B., & Gillies, D. (2010). Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse, 11*(4), 190–201. <https://doi.org/10.1177/1524838010378298>

Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing, 16*(9), 1736–1748.

- <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01746.x>
- OMS. (2017). *Violencia contra la mujer*. Centro de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Parker, E. M., & Gielen, A. C. (2014). Intimate Partner Violence and Safety Strategy Use: Frequency of Use and Perceived Effectiveness. *Women's Health Issues*, 24(6), 584–593. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.08.001>
- Pérez G, I, O., Artázcoz L, A, G., M, P., & C., P. (2016). *Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: anàlisi de situació en la ciutat de Barcelona*. http://interior.gencat.cat/ca/arees_dactuacio/seguetat/violencia-masclista-i-domestica/estadistica-sobre-violencia-masclista-i-domestica/dades-sobre-violencia-masclista-dones/-dades-sobre-violencia-masclista-dones.-anys-anteriors/
- Portal Estadístico Violencia de Género. (2018). Estudio del tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación. *Portal Estadístico Violencia de Género*, 40.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). *The transtheoretical model and stages of change*. (B. R. K. Glanz & K. Viswanath (eds.); 4th ed.). Health behaviour and health education theory research and practice.
- Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, Pub. L. No. BOE-A-2008-9294 (2008). <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-9294-consolidado.pdf>
- Ramsay, J., Carter, Y., Davidson, L., Dunne, D., Eldridge, S., Feder, G., Hegarty, K., Rivas, C., Taft, A., & Warburton, A. (2009). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD005043. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005043.pub2>
- Ramsay, J., Rivas, C., & Feder, G. (2005). Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations. In *Center of Health Sciences* (Vol. 4).
- Reisenhofer, S., Hegarty, K., Valpied, J., Watson, L. F., Davey, M.-A., & Taft, A. (2019). Longitudinal Changes in Self-Efficacy, Mental Health, Abuse, and Stages of Change, for Women Fearful of a Partner: Findings From a Primary Care Trial (WEAVE). *Journal of Interpersonal Violence*, 34(2), 337–365. <https://doi.org/10.1177/0886260516640781>
- Reisenhofer, S., & Taft, A. (2013). Women's journey to safety - The Transtheoretical model in clinical practice when working with women experiencing Intimate Partner Violence: A scientific review and clinical guidance. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 536–548.

- <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.004>
- Rodriguez, M. A., Craig, A. M., Mooney, D. R., & Bauer, H. M. (1998). Patient attitudes about mandatory reporting of domestic violence. Implications for health care professionals. *The Western Journal of Medicine*, 169(6), 337–341.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9866430>
- Sawyer, S., Coles, J., Williams, A., & Williams, B. (2016). A systematic review of intimate partner violence educational interventions delivered to allied health care practitioners. *Medical Education*, 50(11), 1107–1121. <https://doi.org/10.1111/medu.13108>
- Shah, P. S., & Shah, J. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: A systematic review and meta-analyses. In *Journal of Women's Health* (Vol. 19, Issue 11, pp. 2017–2031). <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2051>
- Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508–512. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9669164>
- Short, L. M., Alpert, E., Harris, J. M., & Surprenant, Z. J. (2006). A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(2), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.10.009>
- Short, L. M., Johnson, D., & Osattin, A. (1998). Recommended components of health care provider training programs on intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 283–288. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00007-5)
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., & WHOQOL Group. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Sohal, H., Eldridge, S., & Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Family Practice*, 8(1), 49. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-49>
- Sohal, H., Feder, G., Boomla, K., Dowrick, A., Hooper, R., Howell, A., Johnson, M., Lewis, N., Robinson, C., Eldridge, S., & Griffiths, C. (2020). Improving the healthcare response to domestic violence and abuse in UK primary care: interrupted time series evaluation of a system-level training and support programme. *BMC Medicine*, 18(1), 48.
<https://doi.org/10.1186/s12916-020-1506-3>
- Spangaro, J. (2017). What is the role of health systems in responding to domestic violence? An evidence review. *Australian Health Review*, 41(6), 639. <https://doi.org/10.1071/AH16155>

- Spangaro, Zwi, A., Poulos, R., & Man, W. (2010). Six Months After Routine Screening for Intimate Partner Violence: Attitude Change, Useful and Adverse Effects. *Women & Health, 50*(2), 125–143. <https://doi.org/10.1080/03630241003705060>
- Sprague, S., Swaminathan, A., Slobogean, G. P., Spurr, H., Arseneau, E., Raveendran, L., Memon, M., Scott, T., Agarwal, G., & Bhandari, M. (2018). A scoping review of intimate partner violence educational programs for health care professionals. *Women & Health, 58*(10), 1192–1206. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1388334>
- Stöckl, H., Hertlein, L., Himsl, I., Delius, M., Hasbargen, U., Friese, K., & Stöckl, D. (2012). Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 91*(1), 128–133. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01264.x>
- Sugg, N. K. (1992). Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence. *JAMA, 267*(23), 3157. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480230049026>
- Taft, A., Hooker, L., Humphreys, C., Hegarty, K., Walter, R., Adams, C., Agius, P., & Small, R. (2015). Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): A cluster randomised trial. *BMC Medicine, 13*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0375-7>
- Taft, A., O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L., & Feder, G. (2013). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015*(7), CD007007. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub2>
- Taft, A., Small, R., Hegarty, K. L., Watson, L. F., Gold, L., & Lumley, J. A. (2011). Mothers' AdvocateS in the Community (MOSAIC)-non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: A cluster randomised trial in primary care. *BMC Public Health, 11*(1), 178. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-178>
- Taft, A., Small, R., Humphreys, C., Hegarty, K., Walter, R., Adams, C., & Agius, P. (2012). Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. *BMC Public Health, 12*, 811. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-811>
- Thorpe, K. (1993). A study of the use of the Edinburgh postnatal depression scale with parent groups outside the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 11*(2), 119–125. <https://doi.org/10.1080/02646839308403204>
- Tollestrup, K., Sklar, D., Frost, F. J., Olson, L., Weybright, J., Sandvig, J., & Larson, M. (1999). Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a

- managed care organization. *Preventive Medicine*, 29(5), 431–440.
<https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0552>
- Torres-Vitolas, C., Bacchus, L. J., & Aston, G. (2010). A comparison of the training needs of maternity and sexual health professionals in a London teaching hospital with regards to routine enquiry for domestic abuse. *Public Health*, 124(8), 472–478.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.04.003>
- Van Parys, A.-S., Verhamme, A., Temmerman, M., & Verstraelen, H. (2014). Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PLoS ONE*, 9(1), e85084.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085084>
- Vargas Lorenzo, I., Eguiguren, P., Mogollón-Pérez, A.-S., Mendes, M. F. de M., López, J., Bertolotto, F., Vázquez, M. L., & for Equity LA II. (2020). What are the key success factors in the implementation of participatory action research interventions to improve care coordination across levels? Evaluation of the implementation process in five Latin American countries. *Health Policy and Planning*, [In press].
- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Carrasco-Portiño, M., & Torrubiano-Domínguez, J. (2007). El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 242–246. <https://doi.org/10.1157/13106808>
- Vives-Cases, C., Gil-González, D., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I., & Torrubiano-Domínguez, J. (2010). Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: A cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 51(1), 85–87.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.03.017>
- Vives-Cases, C., Torrubiano-Domínguez, J., Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., & Gil-González, D. (2011). Social Determinants and Health Effects of Low and High Severity Intimate Partner Violence. *Annals of Epidemiology*, 21(12), 907–913.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2011.02.003>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
<https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, 1(2), 125–151.
<https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>
- WHO. (2009). Expert meeting on Health-sector responses to violence against women. In *World Health Organization* (Issue March).
- WHO. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. www.who.int/reproductivehealth

- WHO. (2014). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- World Health Assembly. (2014). *Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children* (Vol. 67, Issue March). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162855>
- Zaher, E., Keogh, K., & Ratnapalan, S. (2014). Effect of domestic violence training: systematic review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 60(7), 618–624, e340-7. <https://doi.org/10.1037/e529382014-198>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

6.1 Annex: Taules suplementàries

Taula suplementària 1. Descripció d'intervencions efectives per a la detecció i abordatge de la violència masclista en altres contextos

Estudis que analitzen l'efectivitat de les intervencions per a la detecció i abordatge breu de la VM dirigides al personal de salut						
Autors	Context	Disseny de l'avaluació	Tipus d'intervencions	Àmbit de les intervencions i definició de la VM	Resultats avaluats	Resultats principals
Christofides (2010) AIDS Care	Sudàfrica	Disseny: Qualitatiu. Mostra: 16 orientadors i 35 dones d'entre 19-37 anys. Comparació: N/A Mètode: Grups focals amb orientadors i entrevistes en profunditat amb dones.	Capacitació en detecció i abordatge breu de la VM en atenció al VIH.	- AP: Servei d'orientació i prova de VIH.	RP: Percepció respecte al cribratge. Canvis o accions preses després del cribratge. Sostenibilitat del cribratge.	- Valoració positiva del cribratge de VM durant la prova de VIH. - Percepció de poder desigual amb la parella augmenta el risc de VIH. - El cribratge no es va a mantenir un any després de la implementació. - Actituds dels professionals basades en el gènere van influir en la implementació del cribratge.
Estudis que analitzen l'efectivitat de les intervencions per a l'abordatge de la VM dirigides a dones.						
Krishnan (2012) Violence Against Women	Índia	Disseny: Pre-post de dues fases d'implementació participativa: (i) desenvolupament i adaptació de la intervenció, i (ii) pilot d'implementació. Mostra: 2,427 dones joves embarassades i supervivents de VM i les seves sogres. Comparació: N/A Mètode: Grups focals amb orientadors i entrevistes en profunditat amb dones.	Intervenció amb educadores comunitàries.	- AP: Atenció prenatal.	RP fase 1: Perspectives sobre VM. Context d'implementació per disminuir el risc. RP fase 2: Factibilitat. Acceptabilitat. Seguretat de la intervenció.	Fase 1: desenvolupament i adaptació - Disparadors de la VM: l'exigència del marit de tenir sexe; conflictes relacionats amb el treball i ingressos del marit; mobilitat de la dona en la comunitat; les relacions de les dones amb els seus sogres. - Respostes de les dones a la VM: silenci per considerar la VM com un tema difícil d'expressar que necessita de confiança i confidencialitat, sol·licitar la assistència de la família perquè la VM és un assumpte privat. - Disseny i implementació: sessions compartides amb sogres per afavorir canvi de percepció i actitud davant la VM; mantenir també sessions separades per afavorir comunicació oberta.

						<ul style="list-style-type: none"> - Seguretat: emmarcar la intervenció com una alternativa per millorar la vida i salut de la família; percepció de que la intervenció afavoreix la cura per la salut de les sogres és un incentiu per a la participació; participació limitada de les dones i les seves sogres que es traslladen a la ciutat natal pel part; intervencions implementades en serveis de salut són considerades respectables, neutrals i legítimes per ser visitats per les dones. <p>Fase 2: pilot d'implementació</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factibilitat: Alta adherència i retenció. - Acceptabilitat i potencial efectivitat: aprendre sobre salut materno infantil; relació amb les sogres; relacions familiars; millora en hàbits alimentaris; millora en la relació amb sogres; intervenció de les sogres en conflictes familiars amb el fill. - Seguretat: no es van reportar situacions adverses per les dones respecte a la VM.
--	--	--	--	--	--	--

Taula suplementària 2. Descripció d'intervencions efectives per a la detecció i abordatge de la violència masclista fora dels serveis de salut.

Context/objectiu	Referència	Nom de la intervenció
Comunitàries (prevenció de la VM)	Abramsky, et al. J Epidemiol Community Health, 2016 http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2015-206665	SASA! , a community mobilisation intervention, on women's experiences of intimate partner violence: secondary findings from a cluster randomised trial in Kampala, Uganda
Visites domiciliàries sociosanitàries (prevenció de la VM)	Dyer, Abildso CG. Health Educ Behav, 2019 https://doi.org/10.1177/1090198118796882	Impact of an Intimate Partner Violence Training on Home Visitors' Perceived Knowledge, Skills, and Abilities to Address Intimate Partner Violence Experienced by Their Clients
	Sharps, et al. Womens Health. 2016 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27206047	Domestic Violence Enhanced Perinatal Home Visits: The DOVE Randomized Clinical Trial
Refugis per a dones; dones i el seu fills sense sostre	McWhirter. J Interpers Violence. 2011 http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260510383026	Differential Therapeutic Outcomes of Community-Based Group Interventions for Women and Children Exposed to Intimate Partner Violence.
	Bybee D, Sullivan CM. Am J Community Psychol. 2005 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16134046	Predicting revictimization of battered women 3 years after exiting a shelter program .
L'atenció al VIH a l'AP	Wagman, et al. Lancet Glob Heal. 2015 https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031938416312148	Effectiveness of an integrated intimate partner violence and HIV prevention intervention in Rakai, Uganda: analysis of an intervention in an existing cluster randomised cohort.
	Wagman, et al. Eval Program Plann. 2018 https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149718917302033	Process evaluation of the SHARE intervention for preventing intimate partner violence and HIV infection in Rakai, Uganda.
Atenció a dones supervivents de VM amb depressió	Nicolaidis, et al. J Gen Intern Med. 2013 http://link.springer.com/10.1007/s11606-012-2270-7	The Interconnections Project: Development and Evaluation of a Community-Based Depression Program for African American Violence Survivors
	Howarth E, Robinson A.. Violence Against Women. 2016 http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801215597789	Responding Effectively to Women Experiencing Severe Abuse
	Constantino, et al. Issues Ment Health Nurs. 2015 http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01612840.2014.991049	Comparing Online with Face-to-Face HELPP Intervention in Women Experiencing Intimate Partner Violence.
	DePrince, et al. Violence Against Women. 2012 http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801212456523	The Impact of Victim-Focused Outreach on Criminal Legal System Outcomes Following Police-Reported Intimate Partner Abuse.
Intervencions basades en internet	Glass, et al. Am J Prev Med. 2017 http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.12.014	The Longitudinal Impact of an Internet Safety Decision Aid for Abused Women.
	Eden, et al. Am J Prev Med. 2015 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29366396	Use of Online Safety Decision Aid by Abused Women.