

# L'atenció a les dones en situació de violència masclista i consum problemàtic de substàncies i/o problemes de salut mental des dels recursos especialitzats (VM, XAD i SM)

## Informe de diagnosi

---

Sub-direcció General de Drogodependències



**Generalitat  
de Catalunya**

Salut/Agència de  
Salut Pública de Catalunya

## **Direcció**

Joan Colom Sub-direcció General de Drogodependències, Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut

## **Coordinació**

Ana Isabel Ibar Sub-direcció General de Drogodependències, Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut

Paulina Vinyes Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

## **Revisió**

Magda Casamitjana Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Gemma Salmerón Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Ariadna Sánchez Sub-direcció General de Drogodependències, Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Lidia Segura Sub-direcció General de Drogodependències, Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

**Autoria:** Spora Sinergies SCCL



Coordinació del projecte: Míriam Sol i Aleix Causa

Consultoria tècnica: Ana Vicente, Cristina Huertas i Ònia Capçada

## **Alguns drets reservats**

© 2020, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Agència de Salut Pública de Catalunya

Sub-direcció General de Drogodependències

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement- No Comercial- Sense Obres Derivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

**Edita:** Agència de Salut Pública de Catalunya

Sub-direcció General de Drogodependències

**Primera edició:** Barcelona, Març de 2020

# Sumari

<b>Introducció.....</b>	<b>5</b>
<b>Bloc I: Contextualització i metodologia.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Contextualització.....</b>	<b>6</b>
1.1. Serveis i recursos.....	6
1.2. Estat de la qüestió.....	6
<b>2. Objectius i metodologia.....</b>	<b>10</b>
2.1. Objectius.....	10
2.2. Metodologia.....	10
<b>Bloc II: Consum de substàncies.....</b>	<b>12</b>
<b>3. Tipologia de situacions de violència masclista.....</b>	<b>12</b>
3.1. Situacions habituals de violència masclista en entorns de consum problemàtic.....	13
3.2. Violències institucionals.....	15
<b>4. Estratègies d'intervenció.....</b>	<b>20</b>
4.1. Detecció.....	20
4.2. Atenció.....	27
<b>5. Estratègies de treball en xarxa.....</b>	<b>35</b>
5.1. Barreres d'accés als serveis.....	35
5.2. Estratègies de derivació.....	37
5.3. Estratègies de coordinació de casos i treball en xarxa.....	40
<b>Bloc II: Salut mental.....</b>	<b>45</b>
<b>6. Violència masclista i salut mental.....</b>	<b>45</b>
6.1. Anàlisi descriptiva de les principals problemàtiques i l'estat de la xarxa de serveis.....	45
6.2. Estratègies d'intervenció.....	49
6.3. Estratègies de treball en xarxa.....	51
<b>Conclusions i propostes.....</b>	<b>56</b>
<b>7. Conclusions.....</b>	<b>56</b>
<b>8. Propostes.....</b>	<b>64</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>65</b>

*Clar, però amb la resta de dones què fem? Amb les que no esta compensades... les que tenen un consum actiu i no estan vinculades... O sigui, per nosaltres, de vegades, la dificultat és aquesta (...). Per mi això és com clar, perquè de vegades tens allà com un buit que sembla que és un desert que dius "i això, qui ho vol atendre?"(GD3)*

# Introducció

Les dones que pateixen situacions de violència masclista poden, alhora, ser consumidores de substàncies i/o patir problemes de salut mental. Aquesta intersecció de fenòmens provoca que hi hagi dones víctimes de violència masclista que són usuàries dels serveis de la XAD, així com de la xarxa de salut mental.

El consum problemàtic de substàncies i els trastorns de salut mental acostumen a ser criteris d'exclusió en l'accés de les dones als recursos especialitzats en violència masclista. Al seu torn, els recursos especialitzats en Salut Mental i de la XAD presenten limitacions a l'hora d'intervenir sobre la situació de violència masclista. Per això, conèixer el funcionament d'aquestes recursos de cara a l'atenció a les dones en situació de violència masclista que presenten un consum problemàtic de substàncies i/o algun problema de salut mental, així com les estratègies de coordinació i treball en xarxa entre els diferents serveis és cabdal per impulsar propostes de millora.

Així, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya té interès en conèixer com es realitza aquesta atenció i quines situacions poden estar dificultant l'accés als serveis o a una atenció adequada per part dels serveis especialitzats en salut mental, en violència masclista i en l'atenció a les drogodependències.

## Estructura del document

El present informe s'estructura en 4 grans blocs: un primer i últim dedicats a presentar i contextualitzar l'estudi i recopilar les principals conclusions i propostes, respectivament, i dos que constitueixen la part central de l'anàlisi: un primer on es recopila tot el que té a veure amb el consum de substàncies, i un segon on s'analitza de forma més breu com és l'abordatge de les situacions de violència masclista en el cas de les dones que presenten problemes de salut mental o patologia dual. Alhora, en cada bloc es trobaran capítols on s'analitza la tipologia de situacions de violència masclista -o altres problemàtiques vinculades- i les estratègies emprades per a realitzar la intervenció i les per a treballar en xarxa, per part dels serveis implicats.

Per entendre i contextualitzar l'estructura del document és important assenyalar que s'han produït canvis entre el disseny inicial de la recerca i el seu posterior desenvolupament. En un inici, estava previst realitzar grups de discussió amb professionals<sup>1</sup> de les tres xarxes de serveis objecte d'estudi (Violència Masclista, XAD i Salut Mental) i amb dones que haguessin viscut o visquessin en el present alguna d'aquestes situacions de problemàtiques múltiples i que fossin usuàries dels serveis, per tal de recollir les seves opinions i valoracions sobre l'atenció rebuda. No obstant això, el grup amb professionals de l'àmbit de Salut Mental i tots els grups amb dones no s'han pogut dur a terme, per motius aliens a Spora Sinergies. Per aquest motiu, l'estudi s'ha vist circumscrit a les visions de les persones que han pogut participar-hi i està més centrat en l'abordatge de les violències masclistes en dones amb consums problemàtics. Encara que es disposava de menys informació al respecte, s'ha considerat oportú introduir un bloc específic dedicat a la salut mental i la patologia dual<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>La totalitat de professionals que han participat en els tres grups de discussió realitzats són dones. Per aquest motiu i d'aquí en endavant, s'ha optat per la utilització del terme "professionals" amb articles i pronoms femenins quan es vol fer referència a l'opinió concreta d'aquestes professionals, per tal de garantir l'ús del llenguatge inclusiu i facilitar la lectura de l'informe. Tanmateix, quan es fa al·lusió als i les professionals dels serveis, en general, sí que es manté la marca dels dos gèneres.

<sup>2</sup> Cal aclarir també que s'ha recopilat poca informació amb relació a la patologia dual, malgrat que ha estat una qüestió sobre la qual s'han introduït preguntes en tots els grups realitzats. Per aquest motiu, s'ha considerat oportú agrupar l'anàlisi d'aquesta qüestió amb la resta del bloc de salut mental.

## 1. Contextualització

### 1.1. Serveis i recursos

Catalunya disposa de diversos centres d'atenció per a persones amb problemàtiques de salut mental, persones amb consums problemàtics i dones en situació de violència masclista.

En primer lloc, pel que fa a **la salut mental, el servei assistencial** de referència per a persones adultes és el Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA). A més, existeixen hospitals psiquiàtrics, hospitals de dia psiquiàtrics i centres de dia de salut mental (Generalitat de Catalunya, 2020).

En segon lloc, pel que fa al consum problemàtic, existeix la **Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD)**, que disposa de diferents **recursos ambulatoris** (entre els quals, els Centres d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències -CAS- i els Centres de Reducció de Danys -REDAN-) i d'**acollida** (Comunitats Terapèutiques i les Unitats Hospitalàries de Desintoxicació -UHD-) (Generalitat de Catalunya, 2017).

En tercer lloc, es disposa de la **xarxa d'atenció i recuperació integral a les dones que pateixen violència masclista**. Es tracta d'un conjunt de serveis enfocats a l'atenció, l'assistència, la protecció, la recuperació i la reparació de les dones que han patit o pateixen violència masclista i els seus fills i filles, en l'àmbit territorial de Catalunya. D'una banda, hi ha **serveis d'informació i atenció** com els Serveis d'informació i atenció a les dones (SIAD) i els Serveis d'Intervenció Especialitzada en violència masclista (SIE) (Generalitat de Catalunya, 2019). D'altra banda, hi ha **recursos d'acollida**, entre els quals hi ha Serveis d'atenció i acolliment d'urgència (temporals i de curta durada), Serveis d'acolliment i recuperació (serveis residencials temporals) i Serveis d'acolliment substitutoris de la llar (Generalitat de Catalunya, 2016).

### 1.2. Estat de la qüestió

#### 1.2.1. Violència masclista i consum problemàtic de substàncies

El consum de substàncies està molt més penalitzat socialment en les dones; pateixen un major grau d'estigmatització que els homes consumidors, el que les aboca a més situacions de rebuig i d'exclusió social (Cantos & Molina, 2017).

Per altra banda, els estudis demostren que **el percentatge de dones en què coexisteixen la problemàtica de violència masclista i el consum de substàncies és elevat** (Castaño & Martínez, 2009). El consum de substàncies està associat a la violència en les relacions afectives tant a l'hora d'exercir-la com a l'hora de patir-la. Diverses investigacions apunten al fet que entre el 40% i el 80% de les persones ateses en serveis de drogodependències exerceixen o reben violència en la família o en la relació de parella (Valls, Geldschläger & La Farga, 2013).

El consum problemàtic de substàncies i la violència de gènere en l'àmbit de la parella es consideren processos independents que es gesten, es desenvolupen i s'articulen paral·lelament o separatament, tot i que poden tenir un origen comú. Igualment, aquestes dues problemàtiques poden estar relacionades a través de processos mediadors que faciliten el pas d'una situació a l'altra (Ponce, Geldschläger, Ginés & Plaza, 2013). Així, el consum problemàtic i

la violència masclista poden coexistir, sent l'un l'antecedent o l'efecte derivat de l'altre. Tot i que el consum de substàncies no és causa necessària ni suficient per viure situacions de violència masclista, ni viceversa, es tracta de circumstàncies que poden anar lligades. El **consum problemàtic** de drogues en dones **pot contribuir a l'aparició i/o al manteniment de la violència masclista** i la **violència masclista** pot afavorir el **desenvolupament de consum problemàtic** (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez & Tubert, 2007; Martínez, 2009).

D'una banda, es posa de manifest que moltes dones comencen a consumir (alcohol, ansiolítics i tranquil·litzants, principalment) com a conseqüència de viure situacions de violència masclista, fent servir el consum com a estratègia per a evadir-se de la situació viscuda. Al 1988, un estudi va mostrar que un 74% de les dones que patien violència masclista prenia tranquil·litzants i un 40% d'elles, somnífers. En aquest sentit, la violència masclista representa un **factor de risc per desenvolupar consums problemàtics de substàncies** (Castaño & Martínez, 2009; Farapi Antropologia Aplikatua, 2007).

D'altra banda, s'assenyala que les dones que consumeixen, pel fet de viure més **situacions de risc**, poden tenir una major propensió a patir experiències de maltractament. A més, el consum pot contribuir a l'aparició i al manteniment de violències de gènere, especialment de caràcter sexual i físic (Castaño & Martínez, 2009; Martínez, 2019).

En aquesta línia, algunes investigacions estudien les diferències en funció de les substàncies que es consumeixen i exposen que l'alcohol i els tranquil·litzants se solen començar a consumir arran de situacions de violència masclista, mentre que el consum de drogues il·legals i els estils de vida associats a aquest consum poden situar les dones en major risc de patir violència. De totes maneres, es posa en relleu que **és complicat establir una relació de causalitat inequívoca entre ambdós fenòmens** (la violència masclista o el consum problemàtic), ja que aquestes situacions es retroalimenten fàcilment (Castaño & Martínez, 2009; Martínez, 2019).

Quan es parla de violència masclista, és important **no limitar-se a la violència dins de l'àmbit de la parella**. Encara que és important tenir present aquest principi en qualsevol àmbit, en el cas específic de les dones amb consums problemàtics és encara més peremptori, donat que la seva situació incrementa el risc de patir violències en altres àmbits, com el social o el comunitari quan es troben en situació de sensellarisme. En aquest sentit, es posa de manifest que el consum problemàtic en dones pot fer que aquestes estiguin immerses en relacions violentes en diferents àmbits que, a més, poden haver normalitzat i integrat en la seva quotidianitat (Martínez, 2009; Martínez, 2019).

## 1.2.2. Violència masclista i salut mental

A la nostra societat, encara romanen pràctiques que estigmatitzen i discriminen les persones amb problemàtiques de salut mental (Balasch, Causa, Faucha & Casado, 2016), problemàtiques que afecten en major mesura les dones i que causen més dificultats en el dia a dia (Ramos-Lira, 2014).

Pel que fa a la violència masclista en dones amb problemàtiques de salut mental, una recerca de la *Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental* del 2017 assenyala que **el 75% d'aquestes dones ha patit violència a l'àmbit familiar o de la parella** (García, 2017).

La violència masclista també es pot donar en casos de dones amb consum problemàtic i, alhora, i trastorn mental. S'anomena "**patologia dual**" a la coexistència d'aquestes dues situacions i les dones que la pateixen solen tenir dificultats afegides a causa del seu deteriorament i de la manca de serveis adequats per tractar les dues problemàtiques de manera integrada. Així, aquestes dones se solen percebre des dels serveis com a casos més complicats d'abordar (Castaños et al., 2007; Martínez, 2019). Tot i que no hi ha una relació causal entre la

violència masclista, el consum problemàtic i la salut mental, Martínez (2019) afirma que la violència sexual en dones amb consums problemàtics pot tenir com a conseqüència el desenvolupament de trastorns mentals com la depressió, l'ansietat, les fòbies, conductes suïcides, etc.

### 1.2.3. L'abordatge de les violències masclistes en dones amb consums problemàtics i/o problemàtiques de salut mental

L'estigma és una marca social negativa que s'utilitza per definir una persona o un grup de persones, provocant rebuig i discriminació i, conseqüentment, violència. D'aquesta manera, la **violència és una conseqüència de l'estigma, que afecta especialment les dones** (Becerra, Ramírez & Zárate, 2014). També existeix l'estigma estructural, que es pot manifestar tant en la normativa i els protocols com en la cultura dels serveis. Es tracta, per tant, de pràctiques estigmatitzants i discriminatòries normalitzades i integrades en la cultura dels serveis, la qual cosa en dificulta la seva detecció (Balasch et al., 2016). Així, les dones víctimes de violència masclista que presenten un consum problemàtic de substàncies i/o que viuen problemàtiques de salut mental estan **exposades a un elevat grau de violències**, fora i dins dels serveis que les atenen.

El primer lloc i en relació amb els recursos de la XAD, cal posar en relleu que l'estigma associat a les dones consumidores genera **desigualtats de gènere pel que fa al tractament del consum problemàtic**. Segons els resultats de la *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES) del 2017-2018, les dones només representen un 16,4% del total de persones consumidores admeses a tractament per abús o dependència de substàncies psicoactives il·legals (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019). Tot i que la quantitat de dones amb consums problemàtics és molt menor a la d'homes, el percentatge de les que accedeixen a programes de recuperació és, proporcionalment, menor. Segons dades de l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies (OEDT) del 2015, les dones representen un 26% de les urgències hospitalàries relacionades amb consum de drogues però només un 18% dels tractaments. En aquest sentit, es posa de manifest que les dones tenen **més problemes d'accés als tractaments de la xarxa i més dificultats de permanència**. S'explica que acostumen a ocultar el problema, evitant sol·licitar ajuda i, per tant, quan finalment la sol·liciten presenten major deteriorament físic i mental (Cantos, 2016; Castaño & Martínez, 2009).

Pel que fa a la **detecció de casos**, s'exposa que les dones amb consums problemàtics detectades a la xarxa de violència masclista tenen dificultats per a identificar-se com a consumidores. Passa el mateix amb les dones en situació de violència masclista detectades a la XAD, que també tenen problemes per a identificar-se com a dones maltractades (Martínez, 2019). En un cas o en l'altre, és recurrent que les dones no vulguin sentir a parlar de la seva altra problemàtica (de consum problemàtic o de violència masclista) i només vulguin tractar la problemàtica vinculada al recurs al qual han accedit (Martínez, 2009).

Pel que fa a l'**atenció dels casos detectats**, els diferents estudis realitzats al respecte posen en evidència que hi ha una manca d'especificitat en l'abordatge de les problemàtiques d'aquestes dones. D'una banda, es detecta una manca de perspectiva de gènere als serveis de la XAD i de salut mental, que han estat dissenyats prenent els homes com a referència. Així, no se sol indagar per esbrinar si el consum problemàtic i/o la problemàtica de salut mental estan relacionades amb el gènere (Castaño & Martínez, 2009; Red2Red Consultores, 2015). D'altra banda, s'identifiquen dificultats derivades de l'abordatge fragmentat de les diferents problemàtiques. En aquest sentit, es prioritza l'atenció sobre el consum problemàtic de substàncies (des de la XAD) i/o sobre la simptomatologia dels problemes de salut mental (des dels recursos de salut mental) en detriment de l'abordatge de la violència masclista, que pot



prevaldre i situar-se al rerefons de la problemàtica (Castaño & Martínez, 2009; Spora Sinergies, 2017).

D'aquesta manera, la manca de formació en gènere impedeix abordar els casos de forma integral, tenint en compte les interrelacions que hi poden haver entre salut mental, consum problemàtic i violència masclista, i comporta que les persones professionals no tinguin clar des de quin servei s'ha d'atendre aquestes dones ni de quina manera s'ha de fer (Castaño & Martínez, 2009). En aquesta mateixa línia, *l'Avaluació del Circuit Barcelona contra la Violència Masclista* identifica com la **detecció i l'abordatge** dels casos de violència masclista en dones amb consums problemàtics i/o problemes de salut mental és **problemàtica i complexa pels i les professionals del Circuit** (Spora Sinergies, 2017).

Pel que fa a les **dones amb patologia dual**, l'abordatge esdevé encara més complex. Es posa de manifest que aquestes dones no només estan més deteriorades quan accedeixen als recursos sinó que no perceben que el tractament les pugui ajudar ni que els centres estiguin adaptats a les seves necessitats. A més, els i les professionals poden sentir impotència i sobrecàrrega davant d'aquestes situacions (Castaños et al., 2007).

Pel que fa als **serveis especialitzats en violència masclista**, els intents de derivació de dones des de la XAD també presenten complicacions, el que fa que moltes dones acabin per no accedir a aquests recursos. Es posa de manifest que les professionals d'aquests serveis no estan prou formades en consums problemàtics i desconeixen com abordar-ho. D'una banda, pel que fa a l'atenció ambulatoria, la no presència de dones amb consums problemàtics s'atribueix a una barreja entre una manca d'adherència a aquest tipus d'intervenció per part de les dones i un funcionament per part de els centres que no concep la possibilitat de recaigudes o de consums puntuals (Martínez, 2009). D'altra banda, es posen de manifest les dificultats que tenen les dones consumidores per accedir als recursos d'emergència i als recursos d'acollida. Les principals barreres d'accés són que no les deixen accedir als recursos si consumeixen i no estan en tractament i que a molts recursos no es permeti accedir amb els fills o filles (Castaños et al., 2007; Valls, Geldschläger & La Farga, 2013). De la mateixa manera, les dones amb problemes de salut mental no compensats també es troben amb dificultats per accedir als recursos de violència masclista (Spora Sinergies, 2017).

En aquesta línia, s'argumenta que els recursos de violència masclista no estan preparats per atendre dones amb consums problemàtics i/o amb problemes de salut mental no compensats (Castaño & Martínez, 2009). De la mateixa manera, els recursos d'acollida de la XAD i de salut mental (unitats hospitalàries, comunitats terapèutiques, hospitals psiquiàtrics) no estan especialitzats en violència masclista i, per tant, no tracten adequadament la problemàtica (Castaños et al., 2007).

## 2. Objectius i metodologia

### 2.1. Objectius

**Objectiu general:** Analitzar l'atenció que s'ofereix des dels diferents recursos especialitzats (Violència masclista, XAD i Serveis de Salut Mental) a les dones que estan en situació de violència masclista i que, alhora presenten algun problema de salut mental i/o consumeixen substàncies.

**Objectius específics:**

- Conèixer les barreres en l'accés als recursos de violència masclista de dones amb consums problemàtics i/o problemes de salut mental i els elements que faciliten o dificulten la seva atenció des d'aquests serveis.
- Identificar les dificultats i reptes dels recursos de la XAD i Salut Mental a l'hora d'oferir una atenció adequada a les dones que han viscut violència masclista i presenten consum problemàtic de substàncies i/o un problema de salut mental, per tal de proposar estratègies de millora.
- Analitzar les estratègies de coordinació i treball en xarxa entre els tres tipus de serveis per detectar fortaleses i punts febles.

### 2.2. Metodologia

El present estudi ha estat realitzat en diferents fases i utilitzant tècniques de recollida de informació diverses.

#### Fase 1: contextualització

En aquesta primera fase s'han concretat els objectius de la recerca i s'ha indagat en el context que envolta les problemàtiques analitzades. En aquesta fase s'han aplicat, principalment, dues tècniques:

- **Taller endoformatiu:** el taller endoformatiu rep aquest nom en tant que és alhora operatiu, avaluatiu i formatiu. S'ha realitzat un taller d'aquests tipus a l'inici del projecte per tal de contextualitzar el punt de partida i consensuar els objectius de l'estudi, els criteris i les categories d'anàlisi i les preguntes de recerca. En aquest taller hi ha participat figures referents de les següents administracions:
  - Dues referents dels recursos de drogodependències, Subdirecció General de Drogodependències, Departament de Salut.
  - Una referent dels recursos de salut mental, Servei Català de la Salut, Departament de Salut.
  - Una referent del Circuit Barcelona contra la Violència Masclista, Consorci Sanitari de Barcelona.
  - Una referent dels recursos de violència masclista, Subdirecció General de la Lluita contra la Violència Masclista, Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- **Anàlisi de fons bibliogràfiques:** s'ha realitzat un anàlisi exhaustiu de l'estat de la qüestió de l'abordatge de les situacions de violència masclista en dones amb consums problemàtics de substàncies i/o problemes de salut mental, per tal de conèixer millor el context on es produeixen aquestes violències, la seva prevalença i l'atenció que reben per part dels serveis.

## Fase 2: Recollida d'informació

Per tal de donar resposta a les necessitats de l'estudi, s'ha aplicat un **enfocament metodològic eminentment qualitatiu**. Les metodologies qualitatives permeten adquirir una comprensió més detallada sobre l'accés i l'atenció que s'ofereix en els diferents recursos.

En concret, s'ha utilitzat la tècnica del grup de discussió.

- **Grup de discussió (GD):** per tal de permetre aflorar les percepcions, pràctiques i discursos al voltant de l'abordatge de les situacions de violència masclista entre dones amb consum problemàtic i/o problemes de salut mental, s'han realitzat 3 grups de discussió amb professionals de diferents serveis:
  - Un GF amb professionals del CAS.
  - Un GF amb professionals del REDAN.
  - Un GF amb professionals dels recursos de violència masclista.

### 3. Tipologia de situacions de violència masclista

La [Llei 5/2008 del dret de les dones erradicar la violència masclista](#), es refereix en l'article 4 al fet que la violència masclista pot exercir-se de quatre **formes**:

- **Violència física:** comprèn qualsevol acte o omissió de força contra el cos d'una dona, amb el resultat o el risc de produir-li una lesió física o un dany.
- **Violència psicològica:** comprèn tota conducta o omissió intencional que produeixi en una dona una desvaloració o un patiment, per mitjà d'amenaçes, d'humiliació, de vexacions, d'exigència d'obediència o submissió, de coerció verbal, d'insults, d'aïllament o qualsevol altra limitació del seu àmbit de llibertat.
- **Violència sexual i abusos sexuals:** comprèn qualsevol acte de naturalesa sexual no consentit per les dones, inclosa l'exhibició, l'observació i la imposició, per mitjà de violència, d'intimidació, de prevalença o de manipulació emocional, de relacions sexuals, amb independència que la persona agressora pugui tenir amb la dona o la menor una relació conjugal, de parella, afectiva o de parentiu.
- **Violència econòmica:** consisteix en la privació intencionada i no justificada de recursos per al benestar físic o psicològic d'una dona i, si escau, de llurs filles o fills, i la limitació en la disposició dels recursos propis o compartits en l'àmbit familiar o de parella.

A banda, la [Llei 5/2008](#) també recull en l'article 5 els quatre **àmbits** principals en què es produeix la violència masclista:

- **Violència en l'àmbit de la parella:** consisteix en la violència física, psicològica, sexual o econòmica exercida contra una dona i perpetrada per l'home que n'és o n'ha estat el cònjuge o per la persona que hi té o hi ha tingut relacions similars d'afectivitat.
- **Violència en l'àmbit familiar:** consisteix en la violència física, sexual, psicològica o econòmica exercida contra les dones i les menors d'edat en el si de la família i perpetrada per membres de la mateixa família, en el marc de les relacions afectives i dels lligams de l'entorn familiar. No s'hi inclou la violència exercida en l'àmbit de la parella, definida en l'apartat primer.
- **Violència en l'àmbit laboral:** consisteix en la violència física, sexual o psicològica que es pot produir en el centre de treball i durant la jornada laboral, o fora del centre de treball i de l'horari laboral si té relació amb la feina, i que pot adoptar dues tipologies:
  - a) Assetjament per raó de sexe: el constitueix un comportament no desitjat relacionat amb el sexe d'una persona en ocasió de l'accés al treball remunerat, la promoció en el lloc de treball, l'ocupació o la formació, que tingui com a propòsit o produeixi l'efecte d'atemptar contra la dignitat de les dones i de crear-los un entorn intimidatori, hostil, degradant, humiliant o ofensiu.
  - b) Assetjament sexual: el constitueix qualsevol comportament verbal, no verbal o físic no desitjat d'índole sexual que tingui com a objectiu o produeixi l'efecte d'atemptar contra la dignitat d'una dona o de crear-li un entorn intimidatori, hostil, degradant, humiliant, ofensiu o molest.
- **Violència en l'àmbit social o comunitari:** comprèn les manifestacions següents:

- a) *Agressions sexuals: consisteixen en l'ús de la violència física i sexual exercida contra les dones i les menors d'edat que està determinada per l'ús premeditat del sexe com a arma per a demostrar poder i abusar-ne.*
- b) *Assetjament sexual.*
- c) *Tràfic i explotació sexual de dones i nenes.*
- d) *Mutilació genital femenina o risc de patir-la: inclou qualsevol procediment que impliqui o pugui implicar una eliminació total o parcial dels genitals femenins o hi produeixi lesions, encara que hi hagi consentiment exprés o tàcit de la dona.*
- e) *Matrimonis forçats.*
- f) *Violència derivada de conflictes armats: inclou totes les formes de violència contra les dones que es produeixen en aquestes situacions, com ara l'assassinat, la violació, l'esclavatge sexual, l'embaràs forçat, l'avortament forçat, l'esterilització forçada, la infecció intencionada de malalties, la tortura o els abusos sexuals.*
- g) *Violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones, com ara els avortaments selectius i les esterilitzacions forçades.*

En aquest capítol s'explica quina és la tipologia i casuística de les situacions de violència masclista que viuen les dones amb consums problemàtics de substàncies. El capítol s'ha estructurat en dos apartats. En el primer d'aquests, s'aprofundeix en les violències masclistes que pateixen les dones que fan un consum problemàtic de substàncies. En el segon, es descriuen les principals violències institucionals que pateixen aquestes dones per part de les diferents xarxes de serveis.

### 3.1. Situacions habituals de violència masclista en entorns de consum problemàtic

Les professionals identifiquen múltiples i diverses formes de violència masclista entre les dones que presenten un consum problemàtic de substàncies. No és gens estrany que així ho hagin manifestat si es té en compte que, tal com s'ha esmentat en l'apartat introductori, la prevalença de la violència masclista és substancialment superior entre aquestes dones. (Martínez, 2019). Les formes d'aquestes violències i els àmbits on es produeixen coincideixen amb els apuntats en marc legislatiu descrit en les pàgines anteriors, però és important posar el focus en les dinàmiques concretes i la interrelació específica que existeix entre l'ús de substàncies i la violència masclista. A continuació es descriuen aquelles situacions identificades amb major freqüència per part dels equips professionals de la XAD i els recursos especialitzats en violència masclista, segons l'àmbit en què es produeixen.

#### a) Àmbit de parella

- **Episodis d'agressions sexuals sota els efectes del consum de cocaïna:** els i les professionals de la XAD coincideixen en identificar el consum elevat de cocaïna com un factor de risc de les agressions sexuals. Segons expliquen, aquestes agressions solen donar-se en situacions en què els dos membres de la parella han consumit. Les agressions sexuals que es produeixen en aquest context de consum solen ser menys identificades per part de les dones que no pas, per exemple, les agressions físiques. Es produeix, per tant, un efecte de normalització de l'agressió que és encara més pronunciat si les dones també han consumit:

*Desfase cocaïna total... les agressions sexuals quan estan intoxicats els homes amb la cocaïna, que se vuelven locos, doncs això és una agressió a la seva parella, encara que ella estigui consumida també. És que (...) amb la cocaïna això passa*

*molt... i no ho expliquen o te'n enteres després, o quan han fet un ingrés, o després de no sé quant temps que ja no estan amb aquella parella (GD1).*

- **Violència física i psicològica molt naturalitzada:** segons les professionals, en entorns de consum és molt habitual que la parella exerceixi violència cap a la dona, tan física com a psicològica. El fort estigma que recau sobre les dones consumidores i l'elevat sentiment de culpa que es desencadena a partir del consum, contribueix al fet que aquestes dones naturalitzin força totes les violències que pateixen, també les que són exercides per part de la parella. De fet, s'apunta que aquesta és una de les que queda més invisibilitzada o que, fins i tot, la mateixa família de la dona la normalitza.
- **Dependència socioeconòmica severa de la parella:** algunes dones amb un consum problemàtic de substàncies es troben en una situació socioeconòmica molt fràgil o precària. Per una banda, no tenen feina o treballen en sectors molt precaris. Per altra, arran del fort estigma i càstig social que sol recaure sobre elles com a dones consumidores, és habitual que hagin perdut la seva xarxa familiar i social. En aquest context, sovint la dependència de la parella s'aguditza, tant en termes econòmics o materials com a emocionals. Aquesta dependència extrema de la parella juntament amb el problema de consum acaben generant una situació de vulnerabilitat molt intensa.

En un context de trencament de la xarxa familiar i social i on és molt difícil accedir<sup>3</sup> als recursos residencials de violència masclista, amb freqüència, la parella apareix com a l'única opció enfront del **sensellarisme**. Tal com es veurà en el punt dedicat a l'anàlisi de les violències masclistes en l'àmbit social o comunitari, les dones amb consums problemàtics de substàncies estan molt exposades a diferents formes de violència (sexual, física...) quan es troben en situació de carrer, motiu pel qual moltes d'elles prefereixen no separar-se de la parella, tot i patir violència, a canvi de la "seguretat" que aquesta els proporciona. Les professionals expliquen que aquesta situació és molt habitual entre les dones usuàries dels programes de REDAN.

- **Control del consum de la substància i/o dels tractaments de salut:** les professionals detecten múltiples tipus de violència relacionats amb el control del consum de la substància i/o dels diferents tractaments enfocats a la millora de la salut (desintoxicació, hepatitis C, VIH, etc.).

D'una banda, es comenta que de vegades la violència consisteix, precisament, a **forçar a la dona a consumir** per mantenir un nivell de consum similar o que almenys faciliti la interacció de parella. Per altra banda, és habitual que les dones depenguin molt de la parella per aconseguir la substància. En aquest context, la violència s'exerceix a través del **control de la dosi**.

En tercer lloc, una altra via d'exercir violència cap a les dones és la **interferència en els seus tractaments de desintoxicació** (boicotejant el pla de treball i l'adherència al tractament) o **d'atenció a malalties** (impediment l'accés a tractaments d'hepatitis C o VIH, per exemple). Aquests tipus de pràctiques incrementen encara més la situació de vulnerabilitat en què es troba la dona:

*Hem detectat diverses situacions d'homes que també venen al CAS, que fan tractament, i dones que són parella i que els homes controlen la medicació i el tractament que se li està donant a la dona. I això també és una manera de violència greu. Per exemple, amb la metadona: "jo li dono la metadona, li dono lo que a mi me sembla o faig un mal ús de la medicació". Això és una situació ja de control i de vulnerabilitat molt gran (GD1).*

---

<sup>3</sup> Aquesta qüestió serà analitzada amb més detall en apartats posteriors.

Les professionals dels recursos especialitzats en violència masclista expliquen que és habitual que la violència psicològica s'exerceixi a través del control, no només entre les dones que consumeixen sinó en general. El que succeeix en aquests tipus de situació és que el control es vehicula a través de la substància o l'accés als tractaments, com pot vehicular-se a través de la llengua o la guàrdia i custòdia dels documents en el cas, per exemple, de les dones migrades.

- **Prostitució forçada:** entre les dones amb problemes de consum i en situació aguda de vulnerabilitat socioeconòmica, es pot donar la situació que el company les obligui a exercir la prostitució per poder costejar la substància i que, alhora, utilitzi després l'**estigma de puta** per humiliar-les o fer-les xantatge.

#### b) Àmbit social o comunitari

En analitzar les principals violències que s'identifiquen en l'àmbit de la parella, ja s'han deixat entreveure algunes de les situacions de violència que pateixen les dones en l'àmbit social i comunitari. Destaquen especialment les formes de **violència sexual**:

- **Agressions sexuals al carrer:** les dones que es troben en situació de carrer estan molt exposades a la violència sexual que poden exercir contra elles persones desconegudes, els "camells" o altres homes amb problemes de consum amb qui tinguin relació.
- **Assetjament sexual en els recursos de la XAD i els albergs:** les dones també pateixen agressions sexuals quan fan ús dels recursos de la XAD o d'altres específics per a les persones en situació d'exclusió residencial. Les situacions d'assetjament i abús sexual són força habituals en uns recursos, que estan força masculinitzats.

Tal com ja s'ha explicat anteriorment, aquest context de violència sexual generalitzada en l'àmbit social i comunitari genera que algunes dones sense recursos optin per la convivència amb un home per no exposar-se a tanta violència. Aquest és el motiu que explicaria el **significatiu menor nombre de dones que viuen al carrer**, en comparació amb el d'homes.

#### c) Àmbit familiar

Sovint, les dones són penalitzades i **castigades per consumir per part del seu entorn familiar**. En aquest context, són els homes de la família (germans, pares, fills...) qui poden exercir la violència més intensa:

*També el fill, també la pot agredir porque "es mala madre". O sea, a las alcohólicas, yo he tenido casos en los que el hijo se ha sabido que la ha agredido. Y, en otro caso, el hermano a la paciente también (GD1)*

#### d) Àmbit laboral

De vegades, les dones que exerceixen la prostitució són agredides pels clients. Aquesta situació es pot donar de manera general en el marc del **treball sexual**, però el consum de substàncies pot ser un factor d'increment d'aquesta violència si les capacitats cognitives, per exemple, estan bastant alterades.

## 3.2. Violències institucionals

Atenent-se a investigacions i a legislacions internacionals, es pot definir la violència institucional com aquella violència física, sexual, psíquica, simbòlica o ambiental, exercida de manera abusiva per agents i funcionaris de l'Estat, així com per l'Estat mateix de manera difusa, en compliment de les seves funcions, incloent normes, protocols, pràctiques institucionals i maneres d'actuar d'una persona o grups de persones (Iridia, 2018).

Els drets de les persones que usen drogues en general, i de les dones en particular, de vegades són denegats o vulnerats des de les mateixes administracions públiques i els seus serveis, tal com es denuncia des de la *Xarxa de Dones que Usen Drogues* (XADUD). Sovint, el fet de consumir impedeix, a la pràctica, un accés igualitari als recursos, ja sigui perquè funciona com a un filtre per impedir l'accés com un criteri "informal" per a no prioritzar les atencions d'aquestes persones, o perquè suposa una constant font d'estigma i càstig que es tradueix en diferents tipus de maltractaments.

Les professionals que han participat en els grups de discussió identifiquen diferents formes de violència institucional. Moltes d'aquestes violències es produeixen o s'intensifiquen precisament pel fet de ser dones, motiu pel qual les professionals no dubten en catalogar-les com a violències masculistes. A continuació es descriuen algunes d'aquestes situacions, segons l'àmbit o la xarxa de serveis on es produeixen<sup>4</sup>.

a) *Àmbit sanitari*

Aquest és l'àmbit on més situacions de violència institucional es descriuen:

- **Violències obstetrícies:** aquest tipus de violència és molt habitual en l'àmbit sanitari quan les dones consumeixen substàncies. Segons les professionals, es produeix una vulneració constant i greu dels seus drets sexuals i reproductius. Aquesta violència es pot exercir a través de pressions per a realitzar avortaments, d'una atenció deficitària –merament sanitària- o fins i tot culpabilitzadora quan la dona decideix tirar endavant amb l'embaràs.
- **Denegació o deficiències en l'accés als tractaments de salut:** s'explica que a vegades es donen situacions on les persones que usen drogues són pressionades per deixar el consum com una forma de xantatge per accedir als diferents tractaments de salut (VIH, hepatitis C, etc.). Tot i que en l'actualitat, una de les línies estratègiques proposades per l'OMS fa referència, precisament, a garantir l'accés als tractaments de les persones consumidores, les persones entrevistades apunten que segueix sent habitual que la qualitat de l'atenció rebuda no estigui garantida, ja que segueix depenent en la sensibilitat dels i les professionals. S'apunta que continua sent habitual que aquestes persones rebin una atenció de qualitat en funció de la sensibilitat dels i les professionals amb què es troben, però no de manera garantida:

*Jo m'ocupo de la part sanitària, sobretot acompanyo a dones portadores del VIH i és dramàtica la situació. Molta violència institucional, moltes disputes, jo com a infermera, amb les infermeres que estan atenent, amb els metges... criminalitzant tota l'estona. Si estàs consumint, et fan xantatge: "no podràs iniciar un altre tractament". Sobretot, quan es fan acompanyaments als hospitals d'infeccioses, ara que estem a tots els circuits d'hepatitis C (GD2)*

De fet, les professionals de REDAN expliquen que una de les funcions dels acompanyaments que fan als centres sanitaris és vetllar perquè no es produeixen aquests maltractaments, tot i que de vegades la seva presència com a professionals tampoc serveix per evitar-ho. Per altra banda, també s'apunta que el càstig major que solen patir les dones que consumeixen també es tradueix en una pressió o **culpabilització més intensa:**

*Yo he acompañado a una mujer y el profesional le ha dicho "qué poco te querías a tus hijos, si no fuiste a un seguimiento". Es grave el tema. La señora no ha vuelto*

---

<sup>4</sup> Tot i que aquesta recerca se centra en l'abordatge de les situacions de violència masculista en un seguit de recursos específics, en aquest apartat s'ha optat per incloure totes les violències institucionals descrites per les professionals, també les que es produeixen en altres xarxes de serveis, per ressaltar el caràcter estructural de les violències institucionals que pateixen les persones que consumeixen drogues.



*nunca más al hepatólogo. Oye hepatólogo y se vuelve loca. Claro, es que imagínate, y haciendo un acompañamiento (GD2).*

- **No prioritizació de les seves atencions:** les professionals apunten que en ocasions les atencions sanitàries que requereixen les persones que tenen problemàtiques agudes de consum de substàncies no són prioritzades, sobretot en aquells casos on hi ha una situació de vulnerabilitat socioeconòmica aguda, com sol ser habitual entre les persones usuàries dels recursos de REDAN. Aquesta desatenció reflecteix la forta estigmatització que recau en la figura del o la “**yonky**”:

*Veamos a qué población estamos atendiendo. O sea, venimos de una sociedad que ya contempla el fracaso como parte del sistema, y las nuestras son las que... el último mono. O sea, dan igual. Si tú tienes que elegir qué población vas a descartar, es la población que vas a descartar: las personas que usan drogas y, en específico, las mujeres, que es que se lo comen todo (GD2).*

#### e) Àmbit de Serveis Socials

- **Major estigma i penalització del consum de les dones:** tal com s’ha apuntat diverses vegades al llarg de l’informe, quan consumeixen, les dones trenquen més el model i rol de gènere que se’ls assigna com a dones. Aquest fet genera que de vegades des dels mateixos serveis socials es contribueixi a penalitzar-les i jutjar-les més, sobretot amb tot allò vinculat amb les responsabilitats derivades de la maternitat (més exigències i xantatges vinculats al manteniment de la custòdia de les criatures, per exemple):

*Jo afegiria també les violències institucionals, que també són violències de gènere. El que seria tota la part de sobre-criminalització a les dones, que també és una violència de gènere. També seria l’estigma que recau sobre elles quan van a les treballadores socials (GD2)*

- **Absència de la perspectiva de reducció de danys entre els serveis no especialitzats en consum de substàncies:** s’assenyala que no aplicar la reducció de danys més enllà dels recursos de l’àmbit específic de drogues, genera que en molts casos les necessitats d’aquestes persones no siguin ateses o que s’atenguin de forma deficitària, la qual cosa suposa que sovint no es vegin garantits els seus drets:

*El tema de que no se aplique la reducción de daños desde otros servicios, desde los servicios sociales, por ejemplo, si tenemos a una mujer embarazada viviendo en calle y consumiendo en activo, ¿por qué no se le da una pensión? (...). Te dicen "no, porque se va a meter ahí con su pareja" o "no, porque va a consumir". Ya, claro que va a consumir, pero desde ahí, nosotros podemos intervenir. (...). Para mí, dejar a una mujer embarazada durmiendo en la calle es violencia institucional (GD2).*

#### f) Àmbit de drogues

La **no integració de la perspectiva de gènere en els recursos de la XAD** genera múltiples situacions de violències institucionals cap a les dones, segons les professionals entrevistades.

- **Major nombre d’expulsions i sancions i menor adherència als tractaments:** els serveis solen estar travessats per lògiques androcèntriques que no s’adapten a les necessitats específiques de les dones, la qual cosa les acaba perjudicant i penalitzant d’una manera subtil, a través sancions i expulsions. Aquest seria un dels motius que explicarien, alhora, la menor adherència de les dones als tractaments de recuperació. Algunes de les professionals que han participat en els grups de discussió consideren que aquest és un clar exemple de com, en la pràctica, la perspectiva d’atenció

hegemònica és aquella segons la qual les persones –en aquest cas les dones- s’han d’adaptar als serveis i no a la inversa:

*Podemos irnos también a otros sistemas, pero yo hablaría un poco de los nuestros. Nosotras, en (nom del servi), tenemos a un montón de mujeres que están sancionadas de todos los servicios, de todos, o de casi todos. Entonces, ¿qué papel tenemos, por ejemplo, las redes de reducción de daños, en la re-traumatización de las mujeres? en ya crear unos sistemas que las re-traumatizarán sí o sí. Porque ya tenemos unas normas que, de alguna manera, las van a hacer fracasar. Y cómo esa destinación al fracaso, a estar mucho más castigadas, porque, evidentemente, a ellas se las sanciona por mucho menos que a sus compañeros hombres, también son formas de violencia (GD2).*

El cas de les **comunitats terapèutiques** és especialment significatiu. S’apunta que les dones són expulsades en molta major mesura d’aquestes comunitats acusades de sexualitzar el recurs i de tenir sexe amb els homes. De nou, en establir i aplicar aquesta norma no s’analitza en clau de gènere quin paper juga per a les dones la cerca de relacions sexuals i afectives i l’establiment de vincles d’acord amb els mandats de gènere.

- **Inexistència de dades desagregades per sexe:** les professionals denuncien que en l’àmbit de drogues existeixen poques dades desagregades que permetin conèixer les situacions i necessitats específiques de les dones, o si n’hi ha, aquestes no estan prou actualitzades, en un àmbit com al de drogues on els tipus de substàncies i les formes de consum canvien constantment:

*Esa es la otra violencia, ¿no? La de los datos. El que te vienes a mirar qué datos tenemos sobre drogas, por ejemplo, y la mayoría siguen sin estar segregados. Miras trabajo sexual y te sale, por ejemplo, una minoría, pero es que miras cuántas mujeres son trabajadoras sexuales y no aparece el dato, no está publicado. La invisibilidad de los datos (GD2).*

Aquest fet no és fútil perquè són les dades les que permeten conèixer la realitat i a partir de les quals es dissenyen les polítiques públiques, de manera que continuarà sent difícil atendre les necessitats específiques de les dones des dels recursos de la XAD i aplicar així una perspectiva de drets si no es coneixen les seves condicions de vida i els motius i experiències que envolten els seus consums.

#### g) Àmbit d’atenció a les violències masclistes

Per analitzar les violències institucionals que es produeixen en aquest àmbit, és necessari fer referència abans al concepte de **victimització secundària** que recull l’article 3.h de la [Llei 5/2008 del dret de les dones erradicar la violència masclista](#):

• **Victimització secundària o revictimització:** el maltractament addicional exercit contra les dones que es troben en situacions de violència masclista com a conseqüència directa o indirecta dels dèficits quantitius i qualitius de les intervencions dutes a terme pels organismes responsables, i també per les actuacions desencertades provinents d’altres agents implicats

Al mateix temps, l’article 7 d’aquesta llei estableix que els poders públics de Catalunya han de seguir uns criteris d’actuació determinats, entre els quals destaquem per l’àmbit que ens ocupa els següents:

- **e) la deguda consideració de les particularitats territorials, culturals, religioses, personals, socioeconòmiques i sexuals de la diversitat de les dones en situació de violència masclista, i**

*també llurs necessitats específiques, amb el benentès que cap particularitat no justifica la vulneració dels drets fonamentals de les dones.*

- **j)** *l'evitació de la victimització secundària de les dones i l'establiment de mesures que impedeixin la reproducció o la perpetuació dels estereotips sobre les dones i la violència masclista.*

- **o)** *la necessitat de la celeritat de les intervencions, per tal de possibilitar una adequada atenció i evitar l'increment de la victimització.*

Tal com recull aquest article, cap particularitat de la situació en què es trobi la dona justifica la vulneració dels seus drets i la no atenció a les seves necessitats. Per aquest motiu, la majoria de professionals parlen de l'existència d'una **violència institucional greu** quan **no es garanteix l'accés als recursos residencials** a les dones que consumeixen substàncies i que es troben en una situació de violència d'eminent risc, o quan se les expulsa del recurs pel fet de consumir:

*Nosaltres necessitem recursos on enviar a aquestes dones que no poden viure a la casa. Què les fotem, al carrer? I continuem i som còmplices d'aquesta violència? Cal recursos i cal recursos més amplis... i cal recursos ben pensats. (GD3)*

Tot i que aquesta qüestió s'analitzarà en profunditat en capítols posteriors, en aquest punt resulta imprescindible recollir que existeix un consens bastant rotund entre les professionals que han participat en aquesta recerca en què aquest fet produeix una **forta victimització secundària** que maltracta i traumatitza encara més a aquestes dones, atès que des del mateix sistema se les aboca a més violència i a situacions de perill greus. Aquesta denúncia és especialment contundent entre les professionals dels recursos de REDAN, ja que estan en contacte amb un sector de població on la dependència de la substància sol ser més aguda:

*Aquesta és la gran violència a la que ens enfrontem, podem passar 10 mil qüestionaris però, te'n vas al SARA i els hi dius que aquesta dona està en risc de violació cada dia i no te l'accepten. Perquè no ho consideren violència, perquè és una violència estructural, que està allà, i que ni tan sols te l'accepten. Aquest propi cribratge és molt subjectiu i, a més, és "es que te voy a mandar al circuito, y te estoy mandando a que todavía recibas mucha más violencia" i que te sentis encara més sola, més rebutjada, més fracassada... és una re-traumatització tan constant que... (GD2)*

El resultat de totes aquestes violències institucionals en els àmbits abordats -i possiblement en altres-, és que les dones amb consums problemàtics **acaben allunyant-se** d'un sistema que no és acollidor amb elles i que no dona resposta a les seves necessitats. Tal com recull aquesta darrera cita, els mateixos serveis poden generar que les dones se sentin més rebutjades i soles després d'haver-hi accedit; aquest és un clar exemple de com opera la victimització secundària o revictimització.

## 4. Estratègies d'intervenció

En aquest capítol s'analitza com s'està duent a terme l'abordatge de les situacions de violència masclista des dels recursos de la XAD. Es descriuen les diferents actuacions que es desenvolupen en aquest àmbit així com els principals problemes amb què es troben els equips professionals per a fer-hi front.

D'acord amb el [Protocol Marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista](#) (Generalitat de Catalunya, 2020<sup>5</sup>), les estratègies d'intervenció inclouen actuacions professionals en diferents **nivells d'abordatge**: prevenció, detecció, atenció i recuperació. En aquest capítol s'analitzen només les actuacions de **detecció** i **atenció** que duen a terme aquests recursos, atès que aquests són els dos nivells d'intervenció que agafen més protagonisme en l'abordatge de la violència masclista des de la XAD.

### 4.1. Detecció

Segons [Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista](#), la detecció és “la posada en funcionament de diferents instruments teòrics i tècnics que permetin identificar i fer visible la problemàtica de la violència masclista, tant si apareix de forma precoç com de forma estable, i que permetin també conèixer les situacions en les quals s'ha d'intervenir, per tal d'evitar-ne el desenvolupament i la cronicitat”.

Per tant, la detecció és el nivell d'intervenció que es refereix al procés en què un servei o recurs **esdevé coneixedor d'un cas concret de violència masclista**; és a dir, es fa visible i explícita la implicació d'una persona usuària dels serveis en una situació de violència masclista. Molts dels signes propis de la violència masclista estan profundament arrelats en les pràctiques culturals i quotidianes, de manera que si no es disposa dels coneixements i les eines adequades, sovint aquestes situacions poden resultar imperceptibles i, per tant, passar desapercibudes.

La detecció, en tots els casos, es pot fer a partir d'una **demanda explícita** –quan les dones expressen que es troben en una situació de violència masclista– o bé d'una **demanda implícita** –quan la situació encara no ha estat reconeguda i expressada però es manifesta de forma latent–. Tanmateix, per la mateixa naturalesa de la violència masclista, el procés de reconeixement d'aquesta situació per part de les persones implicades pot ser llarg i costós. Sovint, els equips professionals identifiquen símptomes, indicis o indicadors de sospita, però la dona no expressa ni reconeix de forma explícita la situació de violència. En aquests casos, fer emergir aquesta demanda implícita és un dels **reptes de la detecció** més importants per als equips professionals.

Aquesta premissa és especialment rellevant en el cas dels serveis i recursos que, com els de la XAD, tenen altres funcions no relacionades amb la violència masclista, com ara l'atenció a les drogodependències. A més, si bé la violència masclista és un problema que travessa totes les realitats socials, entre les dones que consumeixen substàncies psicoactives existeix una major incidència d'aquestes situacions, tal com s'ha explicat en diferents moments. Per aquest motiu, **aquests serveis són especialment cabdals en la detecció** de casos de violència masclista. Per fer-ho, els equips professionals segueixen diferents estratègies i pautes d'actuació, l'anàlisi de les quals és l'objecte del primer epígraf (2.1.1.) d'aquest apartat. A més a més, en el segon epígraf (2.1.2.) s'expliquen els principals problemes que envolten aquest procés de detecció.

---

<sup>5</sup>[Protocol Marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista](#). Generalitat de Catalunya, Institut Català de les Dones. Aquest document és una reproducció fidedigna del protocol marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista de l'any 2008, però hi inclou algunes noves seccions.

### 4.1.1. Estratègies i eines de detecció

Per una banda, cal posar en relleu que la detecció d'una situació de violència masclista es pot realitzar a través de **diferents agents**, com ara de les mateixes dones, dels seus fills i filles, dels homes que exerceixen aquesta violència o d'altres persones de l'entorn. En relació amb aquesta qüestió, s'assenyalen diversos aspectes importants:

- ✓ La majoria de situacions de violència masclista identificades pels recursos de la XAD es detecten directament a través de les **dones** usuàries dels serveis. Aquesta és la **via de detecció més comuna**.
- ✓ Tanmateix, de vegades també es detecten situacions de violència masclista a través dels homes que són atesos als CAS o els REDAN. De fet, s'indica que en l'actualitat s'està treballant en alguns recursos de la XAD per aconseguir **augmentar la detecció de situacions de violència masclista a través dels homes**. Millorar aquesta via de detecció no només és important perquè pot ser l'inici d'un treball al voltant de les masculinitats amb aquests homes, sinó que també contribueix al fet que aquestes situacions no passin desapercibudes i que es pugui oferir atenció especialitzada a un nombre més gran de dones:

*Estem treballant també amb el tema de preguntar als homes. Això és un projecte pilot que vam fer, vam passar una enquesta i això i va anar molt bé perquè arran d'aquestes preguntes que ens van facilitar, van sortir agressors que no vam detectar abans. Com que van sortir agressors, també van sortir víctimes i algunes eren usuàries del CAS i això se'ns havia passat, no acabàvem de detectar del tot (GD1).*

- ✓ Quan es detecten situacions a través dels homes, hi ha dues possibilitats: que les dones que pateixen aquesta violència **siguin també usuàries del servei**, o bé **parelles o familiars** d'aquests homes que no tenen consums problemàtics. En el primer dels casos, és relativament senzill poder fer aflorar la demanda explícita per part de la dona, tot i que de vegades manifesten que no volen intervenir sobre aquesta situació.
- ✓ Quan les dones **no són usuàries directes del servei** resulta més complicat que la detecció passi per una demanda explícita, atès que la primera **dificultat radica en el fet que les professionals trobin un moment d'intimitat** per poder parlar amb aquestes dones. Tanmateix, s'apunta que quan es detecten aquestes situacions es registren i s'intenta contactar amb la dona. En el cas que ho desitgi, el procediment habitual és derivar-la als recursos especialitzats en violència masclista.

Si ens centrem en la **detecció que es realitza a través de les dones usuàries** directes dels recursos de la XAD –que al final és el canal de detecció més habitual–, les professionals expliquen que fan servir **diferents estratègies**. D'acord amb la informació recollida en els grups de discussió, hi ha dos elements que determinen l'estratègia de detecció: d'una banda, el vincle amb la professional i la confiança dipositada en el servei per part de la dona; de l'altra, la realització de preguntes de cribratge "universal". A continuació s'explica amb més detall cadascuna d'aquestes estratègies i els dilemes o dificultats que les envolten.

#### a) El vincle

La majoria de professionals expliquen que l'**estratègia de detecció més eficaç** passa per l'establiment d'un **vincle de confiança** amb la dona, atès que no és habitual poder detectar una situació de violència en les primeres atencions. Per poder parlar d'una qüestió tan íntima i dura com sol ser l'experiència de violència masclista, acostuma a ser necessari que existeixi confiança entre professional i pacient, i aquesta es genera amb el temps; és a dir, si no existeix aquest vincle, sol ser més difícil que la dona faci una demanda explícita sobre aquesta situació.

Normalment, aquest vincle es crea a través de les **atencions o entrevistes individuals**. Ara bé, si no existeix una demanda explícita per part de la dona, no és suficient amb disposar d'aquests espais d'atenció individualitzada i tenir certa confiança amb la pacient perquè emergeixi la situació de violència masclista. Cal que els i les professionals tinguin **perspectiva de gènere i formació en violència masclista** ("hay que saber escuchar e indagar").

En aquest sentit, les professionals entrevistades expliquen que introdueixen certes preguntes en les entrevistes o atencions individuals, les respostes a les quals fan servir com a indicadors de sospita sobre l'existència d'un possible cas de violència. Per exemple, s'assenyala que és important i útil **introduir preguntes sobre com i qui aconsegueix la substància**, atès que les professionals de la XAD ja coneixen les possibles dinàmiques de violència associades a les situacions on la dona no és autònoma en aquest sentit. Aquestes preguntes fan emergir una informació preliminar molt important i alerten sobre la necessitat de continuar treballant en aquesta línia amb la pacient:

*Yo creo que cada una tiene una estrategia. Yo siempre pregunto, sobre todo cuando sabemos que la pareja también consume, "¿tú cómo obtienes la sustancia? ¿La vas a buscar tú, te la traen?" y generalmente es él. Y ahí ya ves una dependencia de "yo podré consumir lo que quiero si me la trae él." Entonces, eso ya te va dando pie... pero tú con mucha tranquilidad, lo vas trabajando (GD1).*

Per altra banda, les professionals coincideixen a assenyalar que per poder generar un vincle de confiança és fonamental **respectar la decisió i el ritme de la dona** i no forçar-la a fer que afronti una situació per a la qual potser encara no està preparada. De fet, s'indica que fer-ho pot ser fins i tot contraproduent, en el sentit que la pot portar a rebutjar el servei. Aquesta premissa és especialment important en el cas de les dones consumidores de substàncies perquè és habitual que moltes d'elles tinguin pocs vincles socials i familiars i, aleshores, aquest vincle de parella sigui una de les poques relacions que mantenen. Ara bé, respectar el ritme de la dona no es contradiu amb el fet que els i les professionals hagin de jugar un **paper actiu i pacient en la detecció** i que treballin amb ella per assolir un escenari obert al canvi on la dona pugui fer una demanda explícita si arriba a sentir-se segura:

*Però tu vas preguntant... el que passa és que el resultat no sempre és l'esperat (GD1).*

Tanmateix, sovint no es presenten les condicions perquè aquest vincle pugui establir-se, la qual cosa pot acabar influint en el fet que sigui difícil detectar les situacions de violència masclista. A continuació s'exposen alguns **factors que dificulten l'establiment del vincle**:

- **Ús dels serveis amb finalitats limitades:** algunes de les dones usuàries dels recursos de la XAD, sobretot aquells perfils en una situació de vulnerabilitat social més aguda, s'apropen als recursos només per obtenir metadona o altres materials per a l'administració de les substàncies, però posen límits respecte a la possibilitat de fer una atenció terapèutica que vagi més enllà. Aquest fet sol generar que sigui força complicat generar un vincle de confiança amb els i les professionals que faciliti la detecció de les situacions de violència masclista, ja que per exemple les atencions acostumen a tenir una durada curta.
- **Vinculació intermitent amb els serveis:** un altre element que pot dificultar la creació d'un vincle de confiança –i que de vegades es relaciona amb l'anterior–, és que algunes dones acudeixen als serveis de manera molt intermitent, la qual cosa dificulta poder fer un seguiment acurat i la detecció de problemàtiques, com les vinculades a la violència masclista. Les professionals expliquen que algunes pacients s'apropen als serveis "per seqüències", però no amb la suficient regularitat com per a generar un vincle de confiança estable.

- **Assistència obligada als serveis:** en el cas de les dones que són usuàries del CAS perquè han estat derivades de manera obligada des dels EAIA, és més difícil que les professionals puguin detectar la situació de violència:

*Hi ha pacients que venen perquè, normalment, si tenen fills, l'EAIA les invita a venir a fer tractament i clar, en aquestes situacions és molt difícil. De vegades, tu sí que pots veure que hi ha alguna cosa però elles no ho manifesten. Tenen por de les repercussions que pot tenir...(GD1).*

El fet de ser forçades a acudir a un servei contribueix que les dones sentin desconfiança cap als i les professionals o les conseqüències que pugui tenir revelar que estan patint violència masclista, sobretot quan tenen criatures a càrrec.

#### b) Cribratge

El cribratge universal consisteix en l'administració sistemàtica d'eines de detecció a tota una població i s'utilitza per identificar problemes que no tenen una simptomatologia clara. En el cas de la violència masclista es considera cribratge universal la utilització d'algun element de detecció en totes les dones -o homes- que s'atenen en un servei, presentin o no signes de trobar-se en una situació de violència masclista. Per tant, aquest impacte serà més gran com més ampli sigui el sector de població que atén el servei que l'aplica. Tenint en compte que la població acudeix als recursos de la XAD per a rebre atenció en un àmbit molt específic, és interessant i pertinent analitzar què s'està fent en aquest sentit i els debats o problemes que envolten l'ús d'aquesta estratègia en els esmentats serveis:

- ✓ Alguns CAS han introduït preguntes de cribratge amb les dones. Tanmateix, aquest procediment **no està estès en tots els recursos** i, en qualsevol cas, les professionals afirmen que està **poc protocol·litzat**.
- ✓ Es fa al·lusió a què les preguntes de cribratge més generalitzades són les que ofereix el **programa del SICAS** de l'Agència de salut Pública de Catalunya. Es tracta de 3 preguntes sobre violència masclista que han de realitzar les **figures d'educadors/es i treballadors/es socials**.
- ✓ **La resta de professionals** (equips d'infermeria, psicologia o psiquiatria) introdueix preguntes sobre violència **en funció de la seva formació o sensibilitat** amb aquesta problemàtica. En aquest sentit, s'afirma que sol coincidir que precisament les figures professionals sanitàries, que no estan obligades a introduir aquestes preguntes de cribratge, són les que acostumen a tenir menys coneixements i/o interès per abordar les situacions de violència masclista:

*A mí lo que me está costando mucho trabajar es que otros profesionales trabajen y pregunten. ¿Qué pasa? Que la Agencia de Salud Pública de Barcelona ha montado este programa solamente para que educadoras y trabajadoras sociales hagamos esas tres preguntas, el resto ni psicólogos ni enfermeros lo tienen. (...). El profesional que lo hace es porque le pone un plus, porque no lo tiene en el programa (GD1).*

- ✓ En la pràctica, això genera **diferències significatives en l'aplicació del cribratge**, atès que no tots els CAS tenen una organització o funcionament similar. Per exemple, en alguns serveis les persones usuàries han de tenir almenys una consulta amb el treballador/a social i en canvi en altres no, hi ha professionals que afirmen que l'apliquen com a una eina de valoració del risc però no exactament com a una eina enfocada a la detecció, etc.

- ✓ A banda d'aquests elements que marquen l'ús diferencial d'aquesta estratègia de detecció, cal visibilitzar que el cribratge està envoltat d'algunes **tensions i controvèrsies**:

- Per a algunes professionals la introducció de preguntes de cribratge és una estratègia oposada i incompatible amb l'estratègia d'establir un vincle de confiança; de fet, s'arriba a considerar que aquestes preguntes són, fins i tot, una altra forma de **violència institucional** que vulnera el dret a la privacitat. I és que per a un nombre considerable de les professionals que han participat en els grups, resulta força **ineficaç i violent** realitzar aquestes preguntes en el moment que ho determinen els programes i protocols, quan encara no existeix un vincle amb la dona. Cal posar en relleu que aquestes opinions es troben majoritàriament entre les professionals de REDAN, les quals estan especialment sensibilitzades amb les nombroses violències i maltractaments institucionals als quals són sotmeses les dones amb consum actiu de substàncies:

*Lo que pasa es que me parece difícil, o no creo que sea efectivo, que se pueda abordar desde una encuesta o desde una pregunta. Primero hay que vincular. Y, luego, en un espacio de seguridad, de confianza... pero es que, yo siempre lo llevo a qué es lo que me pasa a mí si alguien que no conozco de nada me va a preguntar. Probablemente, estaría como en otra, en dar respuesta, pero sin realmente centrarme (GD2).*

- En canvi, per a altres, aquesta és una **eina molt útil que ajuda a solucionar la infradetecció**, en el sentit que no deixa tot el pes o la responsabilitat sobre el fet que el o la professional estigui sensibilitzada sobre la violència masclista; és a dir, es garanteix que s'aborda el tema. A més a més, defensen que el cribratge facilita que la dona **identifiqui que és un problema del qual pot parlar en aquest servei**, encara que sigui en moments posteriors del procés. Des d'aquest punt de vista, el cribratge contribueix a preparar el terreny perquè la dona pugui fer una demanda explícita sobre la seva situació de violència, quan ella ho decideixi o se senti preparada:

*Sí que penso que m'agradaria que, dins la història clínica, no perquè s'hagi de fer a la primera visita, però que dins de la història clínica, sí que hi haguessin uns ítems per detectar violència. Perquè clar, què ens passa, a mi, en concret, al nostre CAS i al nostre centre de reducció de danys, no es detecta, hi ha un dèficit impressionant de detecció. No em crec que tinguem tan poques dones que siguin víctimes de violència. La majoria de persones que treballen allà, doncs mira, doncs no... i mira que vam fer formació, i es va dir que es faria detecció per sospita, i que parlem tots sovint i tot, però no es detecta. És una cosa que no tenen present (GD2)*

*Quan tu preguntes, de vegades et contesten que sí o que no, i de vegades.... però com a mínim saben que és un lloc que quan elles vulguin, ho podran parlar (GD1).*

- Les professionals partidàries d'introduir aquestes preguntes argumenten que és millor no fer-les en les primeres visites quan encara no existeix el vincle pacient-professional (*estas preguntas que tú haces a tu manera y que no puedes preguntar en la primera visita...*); és a dir, es reivindica que **és una eina que s'ha d'aplicar amb flexibilitat** i que sempre requereix d'uns **coneixements mínims**. Segons aquestes professionals, el cribratge no pot funcionar com a una enquesta fixa i predeterminada, sinó que s'ha d'adaptar a cada cas (moment on es realitzen les preguntes, la forma de fer-les, etc.).

*És una cosa com molt protocol·litzada i que, jo penso que, jo si tinc un instrument, no l'utilitzo mai així. En tot cas, intentes utilitzar-lo quan hi ha empatia, quan ja has aconseguit que la persona et verbalitzi que hi ha una situació de violència. I, llavors, tu pots tenir el tema al cap, per poder valorar el risc. Però no vol dir que li hakis de fer les preguntes tal qual són, ni molt menys, sinó que ho faràs caminant l'entrevista (GD2)*



- ✓ En definitiva, es constata que **la protocolarització del cribatge presenta diferents respostes professionals**, que van des de la resistència a aplicar-los, l'aquiescència amb la proposta que es formula des del protocol, o la seva modificació o adaptació parcial.

c) *Altres estratègies i eines: atencions grupals*

Per últim s'explica que els espais d'atenció grupals esdevenen un entorn favorable per a la detecció i perquè les dones facin explícita les situacions de violència masclista, ja que aquests espais acostumen a fer-les **sentir-se còmodes** i això facilita que puguin obrir-se i compartir les seves experiències de violència.

#### 4.1.2. Problemes de detecció

El material analitzat fins ara fa pensar que existeixen problemes per a la detecció de les situacions de violència masclista des dels recursos de la XAD. I és que tal com s'ha explicat en el punt anterior, els recursos presenten alguns límits per crear el vincle i la protocol·lització del cribatge presenta diferents respostes professionals.

Però a banda d'aquestes qüestions, s'identifiquen altres entrebancs relacionats amb detecció. D'una banda, hi ha alguns elements estructurals que tenen a veure amb els serveis i el seu funcionament que fan difícil poder detectar les situacions de violència masclista. De l'altra, tota una sèrie de situacions transversals i de context que també ho obstaculitzen o ho fan més complicat.

a) *Problemes dels serveis i els equips professionals*

Els problemes amb què es troben els serveis i els seus equips professionals de cara a la detecció de la violència masclista es relacionen, fonamentalment, amb situacions o factors que incideixen en la infradetecció de casos. És a dir, en el fet que dones en situació de violència masclista siguin ateses pels serveis sense que aquests ho detectin. La dificultat rau en els casos en què hi ha demanda implícita. A continuació es resumeixen quins són els principals elements que dificulten la detecció:

- **Falta de formació entre els equips professionals:** aquest és un dels elements que més impedeix poder detectar. Aquest problema s'accentua si, tal com s'ha posat en relleu en pàgines anteriors, els protocols i altres pautes d'actuació al voltant de la violència masclista estan poc esteses i estandarditzades, ja que aleshores la detecció depèn bàsicament de la mirada i els coneixements del o la professional. La formació, a més d'aportar continguts i eines d'actuació, és una acció de sensibilització per si mateixa en el sentit que contribueix a desenvolupar una perspectiva sensible als indicadors de violència masclista. La falta de formació genera desconeixement respecte a les accions a emprendre un cop s'ha detectat un cas o a qui derivar. Això alimenta la sensació d'**inseguretat o incompetència** per a abordar la violència masclista i, aleshores, dissuadeix al o la professional d'intentar fer-la aflorar:

*Entre que no lo pregunta el profesional porque tiene miedo de la respuesta... tiene miedo de preguntarlo, no saben qué hacen... sobre todo los psiquiatras (GD1)*

- **Desconeixement i resistències entre determinats perfils professionals:** la perspectiva en violència masclista i la interiorització que és una responsabilitat detectar-la estan especialment poc esteses entre determinats perfils professionals. Tan sols en les **àrees de treball social o educació social** dels recursos de la XAD s'assumeix amb més contundència aquesta responsabilitat, essent precisament aquestes qui participen dels circuits i estan més connectades amb la xarxa de serveis especialitzats en violència masclista. Ara bé, si es té en compte que aquests àmbits solen tenir més dificultats per

establir el vincle (menys atencions i amb menys regularitat, etc.), es dedueix que els dèficits de detecció poden ser considerables.

*Sí que és veritat que no és el mateix ser el psicòleg o el metge referent d'un pacient que "vaig a veure a la treballadora social perquè no m'arriba per pagar la llum". Quan arriba, tu fas la intervenció, intentes vincular-la... però després, a lo millor, ja ha resolt el que tenia i encara que li donis una visita per veure com ha resolt el que tenia al cap d'uns dies o d'una setmana... ja no ve (GD1).*

La majoria de professionals apunten que hi ha un perfil professional que té especials resistències per a abordar –i per tant també per a detectar- les situacions de violència masclista: els i les **psiquiatres**. Segons la informació recollida en els grups de discussió, una bona part dels equips professionals de psiquiatria dels recursos de la XAD tenen la mirada pròpia del model bio-mèdic i no atenen qüestions que associen a l'àmbit 'social'. Aquesta mirada clínica restringida, que no té en compte factors psicosocials, presenta evidents limitacions per fer aflorar la situació de violència masclista o veure-la com a un problema que pot estar interferint en l'addició de la dona:

*Estic parlant, per exemple, nosaltres en el nostre CAS, la majoria de pacients van al psiquiatre, i es que no detecten. I dius "hòstia, com ho hem de fer perquè tinguem present que això també és important, igual que els hi demanen en un moment donat si porten la vacuna de l'hepatitis C?" (GD1).*

- **Pressió assistencial:** en els casos en què no es disposa d'una mirada capacitada per observar els indicadors de violència, la pressió assistencial dels serveis i el temps reduït de les visites dificulten encara més poder fer emergir els casos. Les professionals apunten que és habitual no disposar del temps que requereix l'establiment d'un vincle de confiança i que aquesta és l'estratègia de detecció més eficaç, tal com ja s'ha apuntat anteriorment. Per altra banda, la pressió assistencial també genera que, de vegades, encara que es percebin indicis, hi hagi professionals que no aprofundeixin en la seva detecció, una pràctica que es retroalimenta amb el fet anteriorment comentat de la manca de formació. És a dir, en un context de saturació del servei i de manca de formació, per a alguns/es professional indagar en una possible situació de violència masclista suposa massa temps i esforç. A més, les professionals apunten que existeixen demandes per quantificar el nombre d'atencions que es fan des dels recursos, la qual cosa empeny forçosament al fet que les atencions hagin de ser ràpides i "pragmàtiques":

*Pero para trabajar desde el vínculo, necesito un tiempo para vincular, pero entonces, durante ese tiempo, ¿qué hago? ¿le ofrezco un espacio en el que no le pregunto nada, ni violencia, ni si consume ni nada? Pero el sistema te obliga a poner números... (GD2).*

- **Experiències de maltractament i violència institucional prèvies:** segons les professionals de la XAD, les múltiples experiències de violència institucional que solen haver viscut les dones que consumeixen substàncies, descrites en el capítol anterior, les dissuadeix de fer una demanda explícita sobre aquesta problemàtica perquè senten un rebuig generalitzat cap a tota possible intervenció que puguin fer els serveis. A més i com també s'ha expressat ja, aquesta situació **s'accentua força si tenen criatures a càrrec**, per la forta por que tenen a perdre la seva custòdia. S'apunta que aquest fet no només dificulta la detecció als recursos de la XAD, sinó també en altres serveis com els EAIA.

b) *Situacions transversals i de context que dificulten la detecció*

En segon lloc, s'identifiquen un seguit de situacions transversals associades al context social, cultural i econòmic que també juguen en contra de la detecció de casos de violència masclista.

Algunes d'aquestes barreres es vinculen a col·lectius específics de dones, com ara les dones de classe alta o les dones gitanes. Tot i que són situacions alienes als serveis i recursos, seria interessant que aquests integressin mecanismes per superar-les en la seva intervenció.

- **Elevada normalització de les violències masclistes en entorns de consum:** en ambients de consum és habitual que les dones pateixin múltiples violències, tal com ja s'ha indicat en el capítol anterior. Aquesta gran exposició a la violència i l'elevat sentiment de culpa que solen tenir les dones consumidores per haver trencat els rols de gènere, fa que naturalitzin la violència que reben per part de la parella o altres familiars, un fet que dificulta molt la detecció perquè aquestes dones no acostumen a reconèixer la situació de violència que pateixen.:

*De vegades el problema és que d'entrada venen amb moltes pors i moltes vergonyes i se senten molt culpabilitzades pel propi consum i tota la circumstància, perquè, de vegades, venen forçades per altres circumstàncies i llavors d'això no en parlen...(GD1).*

- **Percepció que les experiències passades no són situacions que s'hagin d'abordar en el present:** aquesta trajectòria freqüentment marcada per una alta exposició a la violència, genera que algunes dones tinguin la percepció que les experiències passades no són situacions sobre les quals es pugui o s'hagi d'intervenir; el seu present acostuma a ser prou complex com per a haver de centrar-se en el passat. Per aquest motiu, és habitual que no facin demandes explícites sobre aquestes situacions o que posin barreres als intents d'indagació per part dels i les professionals.
- **Dones de classe alta:** un altre col·lectiu que presenta problemes específics de detecció són les dones de classe social alta. D'una banda, la família i la parella se signifiquen de forma particular i diferent de com ho fan altres sectors de la societat, la pressió per mostrar una imatge social d'amor i d'èxit en la parella està més accentuada. Aquest fet contribueix a invisibilitzar la violència masclista en major mesura. D'altra, aquestes dones sovint no acudeixen als recursos públics de la XAD i des dels serveis privats es detecten encara menys les situacions de violència masclista.
- **Dones gitanes:** es detecta un alt grau de tolerància cap a la violència masclista per part de les dones gitanes amb problemes de consum. En aquests casos, la dificultat de detecció radica en el fet que la població gitana acostuma a mantenir uns forts vincles familiars i comunitaris i a gestionar la major part de les seves problemàtiques a partir de codis culturals propis.

*Tenemos un grupo importante y con apellidos y renombre de jerarquía, por decirlo de alguna forma, a nivel de barrio. Y, es como, no se dice. "¿Cómo voy a denunciar yo? ¿Cómo denunciar a alguien que ya está mirado por la justicia por tráfico de drogas y ahora voy a decirle yo "sí, mira, me golpea, me pega, también a mi hermana", "ha violado a fulana..."?" (GD1).*

Tal com es pot llegir en la cita, aquesta qüestió dificulta que les dones arribin als serveis amb una demanda explícita de violència masclista, ja que emprendre qualsevol acció podria tenir conseqüències per a tota la família o membres de la comunitat.

## 4.2. Atenció

L'atenció és la resposta professional davant de la detecció d'un cas de violència masclista. Quan una persona afectada per la situació de violència expressa el problema (demanda explícita), la responsabilitat dels serveis passa a un altre nivell d'intervenció i ha d'actuar, sigui atenent el cas o derivant-lo al servei que pertoca.

Així, la [Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista](#), defineix l'atenció com "el conjunt d'accions destinades a una persona perquè pugui superar les situacions i les conseqüències generades per l'abús en els àmbits personal, familiar i social, tot garantint-ne la seguretat i facilitant-li la informació necessària sobre els recursos i els procediments perquè pugui resoldre la situació". És a dir, formen part de l'atenció totes les actuacions professionals que s'emprenen per facilitar que la dona superi la situació de violència i les conseqüències generades en els diferents àmbits de la seva vida. Aquesta atenció pot tenir diverses dimensions i va des de l'acompanyament en tot el procés personal de reconeixement de la situació i de presa de decisions associada, fins a actuacions enfocades a mitigar els efectes que la violència masclista ha produït sobre les dones, entre altres actuacions.

En aquest punt cal visualitzar que sovint no és fàcil diferenciar amb nitidesa quan s'està en un nivell d'abordatge vinculat a la detecció o en un segon moment d'atenció; és a dir, els **nivells d'abordatge se superposen i dilueixen**. En aquest sentit, cal posar en relleu que algunes professionals consideren que el treball per passar d'una demanda indirecta a una demanda directa és ja part de l'atenció i altres, en canvi, situen aquesta part de la intervenció en l'àmbit de la detecció.

En el primer epígraf d'aquest apartat s'expliquen aquells aspectes o trets que caracteritzen l'atenció de les situacions de violència masclista des dels recursos de la XAD. En el segon epígraf s'exposen els principals problemes que sorgeixen en aquest procés.

#### 4.2.1. L'atenció a la violència masclista des dels serveis de la XAD

Aquest epígraf s'estructura, alhora, en dos subpunts. D'una banda i en primer lloc, es recull el debat sobre si és més pertinent fer l'atenció de la situació de violència masclista des dels recursos de la XAD o bé derivar a les dones a la xarxa de recursos especialitzats perquè puguin rebre una atenció més específica. En segon lloc, s'expliquen algunes bones pràctiques en l'atenció conjunta de la problemàtica de VM i consum de substàncies.

a) *Quina és la xarxa de serveis que ha de fer l'abordatge de la situació de violència masclista?*

Existeixen diferents opinions respecte a la pertinència de realitzar l'atenció de la situació de violència masclista des d'uns serveis o altres. Davant la identificació d'un cas, algunes professionals opinen que aquesta atenció **directament des del CAS** ofereix un seguit d'avantatges que es perden si s'opta per la derivació. En canvi, altres professionals consideren que és millor **derivar a les dones a recursos especialitzats** i, aleshores, treballar de manera coordinada. Tal com es podrà observar a continuació, de vegades els arguments emprats des d'aquestes dues postures són justament els oposats.

##### ➤ **Avantatges de realitzar l'atenció a la situació de violència masclista des dels recursos de la XAD:**

- Els recursos de la XAD ofereixen **major proximitat i flexibilitat** en l'atenció que no pas els recursos de violència masclista, els quals estan molt més saturats. Els serveis de violència masclista funcionen amb processos estandaritzats i amb horaris rígids, elements que es mostren com a antagònics a les lògiques pròpies del consum o la violència masclista, així com al procés vital de les dones. En aquest sentit, s'indica que per exemple els CAS acostumen a poder atendre sense cita prèvia i que això se sol ajustar més a les necessitats i ritmes de les persones que consumeixen substàncies.
- El fet que moltes vegades s'atengui als dos membres de la parella als recursos de la XAD facilita, alhora, poder **intervenir al voltant de la situació de violència masclista també amb l'home**, una qüestió que algunes professionals consideren important, per exemple per poder evitar possibles situacions de més perill.

- El **vincle terapèutic** generat ja amb els i les professionals dels recursos de la XAD facilita una ràpida intervenció.
- Les dones que consumeixen substàncies ja han de suportar un estigma molt gran com a dones consumidores. Derivar-les als recursos de la xarxa de violència masclista pot augmentar aquesta càrrega, atès que actuarà també sobre elles **l'estigma associat a l'etiqueta de víctima**.
- Atendre la situació de violència masclista des dels recursos de la XAD ofereix **més protecció a la dona** davant de les possibles represàlies que pot emprendre la parella, ja que per a l'home només s'estaria realitzant una atenció en l'àmbit del consum de substàncies i no sabrà que, alhora, s'està atenent la situació de violència masclista. S'indica que els homes que exerceixen violència sovint posen barreres a les dones perquè acudeixen a altres xarxes, un fet que es dona especialment en el cas dels recursos de violència masclista perquè són conscients que això pot allunyar-les i tenir altres conseqüències negatives per a ells. La següent cita reflecteix aquests dos elements de la importància del vincle i la preservació en l'anonimat presents quan es fa l'atenció des de la XAD:

*Nosotros nos hemos dado cuenta de que es muy difícil derivar, ya no solo por el hecho de que consuma o no, sino porque posiblemente, el vínculo que tiene contigo es más especial que el que puede tener en un momento determinado fuera. Y porque, además, tú puedes tratar en consulta un tema de violencia sin que la pareja se entere, como si trabajaras un tema de adicción. Entonces, eso facilita mucho el que estas mujeres puedan abrirse un poco más dentro de nuestros espacios. Por tanto, yo siempre he sido partidaria de trabajar el tema de la violencia desde los CAS, siempre (GD1).*

➤ **Avantatges de derivar les dones als serveis especialitzats en violència masclista i iniciar un treball coordinat:**

- Atendre la situació de violència masclista des del recurs de la XAD de vegades resulta difícil perquè és habitual que la parella sigui també usuari del recurs. Algunes professionals expliquen que en observar els canvis que es poden produir en la dona arran les atencions, **l'home pot voler controlar-la o boicotejar aquest abordatge**.
- Vinculat al punt anterior, algunes **professionals** indiquen que **senten por** per les conseqüències que pot tenir per a elles el fet d'estar exposades a aquest home que també és usuari del recurs. S'explica que aquesta situació és especialment problemàtica o de **risc** per a la figura de la **treballadora social**, atès que normalment és molt fàcil identificar-la perquè només n'hi ha una en cada recurs:

*El control del que fan, d'on van, del que expliquen al centre. i si ells també són pacients nostres perquè viuen a la mateixa zona, ens deixen a nosaltres molt vulnerables també davant d'ell. Perquè no és el mateix el psicòleg o el metge, que en tenim varius, sinó que la treballadora social és una sola. Soc jo la treballadora social. Mai us ha passat que vingui i et digui "tu què parles amb la meva dona?" "tu què li has dit?" (GD1).*

- Tenint en compte que, segons la informació recollida en els grups de discussió, una bona part dels i les professionals de la XAD **no tenen suficient formació** en perspectiva de gènere i violències masclistes, no derivar les dones als serveis especialitzats pot suposar en la pràctica una **atenció deficient** d'aquesta situació. A més, s'apunta que des dels recursos específics de violència masclista no només es fa atenció psicològica sinó que també es dona suport legal o d'altres tipus i s'ofereix atenció als fills i filles, uns serveis que no s'ofereixen des dels recursos de la XAD:

*Jo penso que, des del CAS, es pot assolir el tractament fins un punt. Però la gent del CAS no podem carregar-nos amb tot perquè hi ha d'haver recursos específics que donin recolzament, no solament a la pacient sinó als seus fills també, perquè és un tractament més específic. Sí que és veritat que no en qualsevol moment farem la derivació però sí que no podem assumir-ho tot (GD1)*

Malgrat que aquí s'han presentat com a dues postures totalment oposades, és important aclarir que aquesta és una distinció analítica i que les opinions de totes les professionals no encaixen perfectament en aquestes dues categories. Al contrari, es tracta de dos “**tipus ideals**”, però la majoria de professionals reconeixen avantatges i desavantatges d'ambdues estratègies i no les consideren incompatibles o antagòniques.

b) *Bones pràctiques d'atenció de les situacions de violència masclista des dels recursos de la XAD*

En aquest punt es presenten les estratègies o eines valorades com a experiències especialment positives en l'atenció conjunta a les problemàtiques de violència masclista i consum de substàncies.

Abans d'explicar en què consisteixen aquestes bones pràctiques val la pena aclarir que són catalogades com experiències positives en relació amb una **perspectiva d'abordatge** que és compartida per bona part de les professionals que han participat en els grups de discussió. Encara que el conjunt de serveis que formen part de la XAD poden tenir visions relativament diferents existeix un acord en relació amb la idea que és pertinent realitzar una **actuació empoderadora i centrada en la dona**, que s'adeqüi a les seves necessitats i ritmes, que respecti la seva autonomia i decisions i que, en últim lloc, eviti la revictimització que sol provocar la intervenció paral·lela de diferents serveis quan aquests no es coordinen. Per tant, les bones pràctiques que es presenten a continuació ho són d'acord amb aquesta perspectiva empoderadora i centrada en la dona:

- **Respectar els ritmes i límits que marqui la dona:** aquesta premissa és un dels aspectes que segons les professionals més caracteritzen una correcta actuació, tant per una qüestió de respecte a les seves decisions com per una qüestió d'eficàcia, ja que una atenció invasiva podria conduir a la desvinculació del servei. Així, s'entén que el servei ha d'adequar l'atenció que ofereix a les característiques de cada dona, les seves necessitats i els seus ritmes. Posar la dona al centre de l'atenció implica comprendre i respectar el seu procés i les seves decisions, i posar els recursos del servei a la seva disposició, d'una manera flexible.

En aquest sentit, les professionals expliquen és preferible **no pressionar** per tornar a abordar la violència masclista fins que la dona no ho expressi. Mentrestant, s'ha de fer una atenció **propera** i sensible a altres situacions o problemàtiques del seu dia a dia. Les professionals expliquen que l'abordatge de la violència masclista ha de ser **molt gradual**. No saber llegir el moment de la dona o no poder flexibilitzar l'atenció en funció de les seves necessitats pot tenir conseqüències negatives. Abordar aspectes quan no es troba preparada (reconèixer la violència, separar-se, denunciar, etc.), pot fer-la sentir incòmode i pressionada, fins al punt que desitgi allunyar-se del servei:

*Jo, el que volia assenyalar és que, el que veiem són dones que tenen uns vincles, familiars i emocionals, molt fràgils. Per tant, qualsevol situació de qüestionament de la relació és escollir entre sola o acompanyada, mal acompanyada. (...) Els vincles són molt fràgils i la vivència d'elles de dependència emocional és molt alta. Per tant, qualsevol abordatge ha de ser molt paulatí, si és que es deixen, perquè les deixes en una situació de molta desprotecció (GD1).*

No obstant això, també s'especifica que atendre de manera gradual és possible **si no existeix un risc elevat** per a la dona.

- **Aplicar una estratègia d'intervenció indirecta:** quan la dona posa barreres a tractar la situació de violència masclista és una bona pràctica fer servir una estratègia d'atenció indirecta, basada en no abordar la qüestió de la violència directament, sinó en preparar-les per estar enfocada al canvi i l'empoderament.:

*Potser en una sessió apareixen temes de violència però no cal tornar a parlar sobre l'aspecte tal però ja estàs igualment treballant aspectes personals que la puguin anar posicionant en un moment de canvi (GD1).*

Aquesta manera d'intervenir consisteix en treballar a partir de la **capacitat d'agència** de la dona i fugir d'atencions que intervinguin només a partir de la "idea" o categoria de víctima. L'estratègia empoderadora requereix amb freqüència aquest procés gradual que cerca preparar a poc a poc la dona per impulsar i acceptar possibles canvis vitals futurs que se'n derivin. De nou, això és especialment possible quan no hi ha un risc elevat que la situació empitjori.

- **Atenció grupal:** aquesta pràctica no només seria útil per a la detecció, tal com ja s'ha apuntat en l'apartat anterior, sinó que també és molt eficaç en relació amb aquesta part d'atenció directa. El treball terapèutic grupal serveix perquè les dones comparteixin les seves vivències relacionades amb la violència. Aquest espai per a compartir sol anar de la mà d'un acompanyament que les ajuda a identificar trets i característiques pròpies de les dinàmiques de maltractament en la parella. Gràcies al treball grupal, les participants augmenten el seu coneixement sobre el fenomen que han viscut o estan vivint i entenen la relació que té amb el gènere, la qual cosa fomenta l'enteniment de la violència com un problema social i no individual. Aquest punt els serveix per a **descarregar-se de culpa** i empoderar-se, en concebre's com a dones fortes i resilents, supervivents a una injustícia.
- **Metzineres:** es tracta del primer programa integral de reducció de danys exclusiu per a dones a Catalunya. Aquest recurs és valorat de manera molt positiva per les professionals que han participat en els grups de discussió. El fet que més es destaca és que és un servei veritablement integral, centrat en la persona i en la perspectiva de drets, atès que tracta d'adaptar-se a les particularitats i necessitats de cada dona i ofereix propostes flexibles d'entrada directa i immediata. Des d'aquest servei s'està fent un especial esforç per visualitzar, quantificar i donar resposta a les necessitats de les dones (a tall d'exemple, es posa en relleu el fet que tinguin accés lliure a llits per descansar, donat que les dones que es troben en situació de carrer tenen molts problemes per poder dormir a les nits perquè han d'estar alerta de possibles agressions). A més, s'indica que és un tipus d'intervenció que s'està demostrant més efectiva que altres programes de REDAN, precisament per aquesta aposta per la incorporació transversal de la perspectiva de gènere, sobretot en el mateix disseny del servei.

#### 4.2.2. Problemes en l'atenció

Els problemes en el nivell de l'atenció poden tenir dos focus: el mateix funcionament dels serveis o bé els elements socials i culturals que fan que alguns casos de violència masclista siguin especialment difícils d'abordar. Tal com es podrà veure a continuació, alguns d'aquests problemes són els mateixos o molt semblants als que envolten la fase de detecció, però en aquest epígraf s'explica com interfereixen de manera concreta en la part d'atenció.

##### *a) Problemes dels serveis i els equips professionals*

- **Atenció fragmentada:** alguns/es professionals de la XAD mostrem resistències al fet d'abordar la situació de violència masclista, atès que entenen que la seva funció és centrar-se en la problemàtica de consum. Aquesta atenció parcel·lada guarda relació amb la mateixa concepció dels serveis, més basada en la resolució sectorialitzada de problemes concrets. Així, des d'aquest model d'atenció es considera que el focus del problema de la dona està en el consum de substàncies i aleshores s'ignoren o atenen de manera deficitària altres qüestions o problemàtiques. Per a la totalitat de professionals

que han participat en els grups de discussió, aquest és un problema greu perquè va en contra de la perspectiva d'atenció integral que defensen. Segons aquestes professionals, el perfil professionals que tendeix a realitzar amb més freqüència aquest tipus d'atenció es el de **psiquiatria**:

*Yo tengo una mujer delante con un problema de adicción al alcohol y un tema de maltrato y un tema de tal... y parece que, en drogas, solo trabajemos el episodio drogas. (...). Vamos a ver, yo cuando estoy con una mujer consumidora, estoy con una mujer consumidora en su totalidad, y lo mismo puedo hablar de trabajo, de familia... porque la estás tratando a ella. Eres su terapeuta en todo lo que se está haciendo. Entonces, claro, me revienta porque está todo compartimentado (GD1).*

L'atenció fragmentada genera l'efecte d'**invisibilitzar** la situació de violència masclista perquè situa el problema de la dona, principalment, en el consum de substàncies.

- **L'atenció preeminentment terapèutica té l'efecte d'ocultar els malestars de les dones i les dinàmiques de la violència masclista:** aquest seria un problema derivat de manera directa de la manca de perspectiva de gènere dels equips professionals dels recursos de la XAD. Les professionals que han participat en la recerca indiquen que aquest és practicada amb més freqüència des de l'àmbit de la **psiquiatria**. S'apunta que es tendeix a fer una atenció terapèutica a les dones sense tenir en compte el sentit que adquireixen els vincles en la subjectivitat femenina, els malestars que se'n deriven o les dinàmiques pròpies de la violència masclista en la parella. Per exemple, s'afirma que sovint no es comprenen les circumstàncies particulars que envolten els consums de substàncies i com això pot tenir una relació estreta amb la situació de violència (consum com a via de fugida o per sostenir la situació i no com eix central del problema). Aquesta manca de perspectiva també sol tenir l'efecte d'invisibilitzar la violència masclista.

El resultat és una atenció poc eficient, en tant que s'aborda la simptomatologia—el consum— sense atendre els motius que poden desencadenar-lo. A més, s'indica que és una atenció **poc respectuosa i revictimizant**, que tendeix a jutjar-les i a augmentar el ja de per si elevat sentiment de **culpa** que solen presentar:

*Ir sensibilizando a la población masculina del CAS, de profesionales, para empezar a trabajar con la mujer desde otro lugar. Y cuesta mucho... no tanto con la psicóloga o el psicólogo, pero con los psiquiatras del CAS, los psiquiatras que tengo, los tres... ellos dicen "sí, sí, sí", pero después se marcan, cuando presentan el caso, unas intervenciones... con unos juicios de valor... que digo "no has entendido nada de lo que hablamos la vez pasada" (GD1).*

Tal com mostra la cita, es tracta d'un problema complex perquè no acostuma a resoldre's amb la formació, ja que requereix **canvis profunds de pràctiques professionals enquistades**. En aquest sentit, seria interessant realitzar formacions molt específiques, sobretot amb els equips professionals de psiquiatria, i protocols d'actuació més pautats sobre com s'ha de fer, en la pràctica, una resposta assistencial que inclogui la perspectiva de gènere en l'àmbit de la psiquiatria i que doni eines sobre com atendre els casos de VM. Les persones professionals, tal com succeeix amb per exemple en els casos oncològics, han de saber clarament quin és el procediment clínic que s'ha de realitzar en els casos de violència masclista i com s'han d'abordar els malestars vinculats al gènere, que prèviament han d'identificar.

- **Manca de recursos per atendre la problemàtica mixta de violència masclista i consum problemàtic de substàncies:** les professionals destaquen la manca de recursos residencials de reducció de danys on s'abordi conjuntament la complexa interacció entre violència masclista i consum de substàncies i la saturació de l'únic recurs de tractament d'especialització mixta que existeix, l'Espai Ariadna.



En aquest punt és important obrir un parèntesi per explicar l'origen i la finalitat d'aquest recurs. L'**Espai Ariadna** es va posar en marxa per iniciativa de Fundació Salut i Comunitat amb el suport de diferents administracions l'11 de novembre de 2013. Naix com a iniciativa pionera<sup>6</sup> per a donar resposta a les necessitats del tractament residencial detectades entre les dones i les seves filles i fills derivades de la intersecció de les problemàtiques de la violència masclista i el consum problemàtic de substàncies. L'Espai Ariadna es coordina amb la XAD i la xarxa de violència masclista i actualment està dividit en dos recursos: un del Consorci de Serveis Socials de Barcelona –però gestionat per la Fundació Salut i Comunitat- on s'atén a les dones de la ciutat de Barcelona (13 places); i el recurs propi de la Fundació Salut i Comunitat, on s'atén a dones de la resta de Catalunya (10 places). Pel que fa a les seves característiques, l'Espai Ariadna és un recurs de tractament orientat a l'**abstinència** i a la **recuperació de la violència masclista**; és a dir, és un recurs que **no és ni d'urgències ni de reducció de danys**. Tot i això, es treballa amb una perspectiva d'atenció centrada en la persona i, aleshores, quan una dona no té com a objectiu l'abstinència se li acompanya igualment fins que pugui trobar un espai o recurs més adient amb els seus objectius.

Malgrat la fortalesa de comptat amb aquest recurs, des d'Espai Ariadna es posa en relleu la **necessitat de disposar de més places i també de recursos d'altres tipologies**<sup>7</sup> per a donar resposta al ventall de situacions diverses que existeixen en l'àmbit de confluència d'aquestes dues problemàtiques. En aquest sentit, les professionals que han participat en l'informe subratllen també les limitacions dels recursos actuals per abordar aquestes situacions:

*En la reunió de equipo decía un profesional "¿qué tenemos que decirle? ¿Que se deje pegar y que no se tape más con la almohada? ¿Que le pegue y que venga machacada para decirle al Espai Ariadna que la coja porque "mira cómo ha venido"?". Con ella estamos trabajando el "aléjate, vete...", estamos que ya no sabemos qué decirle, y no la podemos mandar a ningún lado, y la mujer está sola. Y no va a aguantar, regresará. Porque queramos o no, lo único que tiene es este hombre (GD1)*

- **Recursos socioeconòmics insuficients:** de vegades, darrere d'un problema de consum i violència masclista hi ha també tota una situació de vulnerabilitat socioeconòmica a la qual és difícil fer front amb els recursos dels quals disposen els serveis de la XAD. Tant el consum com a la violència masclista poden ser la part d'una problemàtica socioeconòmica molt més àmplia d'arrels estructurals. Es pot realitzar una atenció integral i centrada en la dona que no fragmenti les problemàtiques del consum i la violència masclista, però sense altres tipus de recursos que ajudin a trencar el cercle de l'exclusió i la pobresa en el qual viuen algunes d'aquestes dones, serà molt difícil que millorin substancialment les seves condicions de vida. Aquesta situació genera les dones tinguin escasses expectatives sobre la possibilitat de fer canvis vitals significatius. És a dir, tenen una sensació de sostre de vidre amb els beneficis de la intervenció:

---

<sup>6</sup>Val la pena deixar constància que actualment continua sent l'únic recurs residencial de l'Estat espanyol especialitzat en l'abordatge integral d'aquesta problemàtica mixta.

<sup>7</sup>De fet, la Fundació salut i Comunitat va deixar constància en les Primeres Jornades de l'Espai Ariadna que aquest recurs no estava podent donar resposta a totes les dones que presentaven aquesta doble problemàtica i que, per tant, des d'una perspectiva de garantia de drets s'estimava molt necessari disposar d'un recurs específic de reducció de danys per a atendre aquelles dones que viuen situacions de violència masclista i no poden o no volien deixar de consumir. En aquest context, la Fundació Salut i Comunitat va impulsar un procés participatiu amb diferents agents de XAD per a dissenyar un recurs que donés resposta a les necessitats d'aquestes dones i que, per tant, no eren perfil de l'Espai Ariadna. El resultat d'aquest procés va ser el naixement de Metzineres.

*Que fas un treball personal però que després potser hi ha un sostre en el sentit que a lo millor després no trobaran una feina, o no tindran un canvi de vivenda...(GD1).*

En alguns casos, aquests factors fan que la dona no faci passes endavant, mentre que en d'altres fan que les dones es tirin enrere amb decisions que ja han pres.

b) *Situacions transversals i de context que dificulten l'atenció*

- **Resistències de les dones a abordar la situació de violència masclista:** aquest punt està molt vinculat a les dificultats ja explicades en l'apartat dedicat als problemes de detecció. Si les dones manifesten que no estan preparades per abordar la relació violenta que tenen amb la seva parella, i es respecten les seves decisions i ritmes, aleshores difícilment es podrà fer l'atenció que seria desitjable:

*Vienen y te dicen "no me pegué con la puerta, ni me caí ni..." no, no, "discutí con él y me pegó". Y la escuchas y le dices "¿qué hacemos con esto?" y te dice "nada, en este momento no estoy preparada para hacer nada" (GD1).*

Evidentment, aquests límits de vegades fan força difícil o fins i tot impossible l'atenció de la situació de violència, atès que no sempre és viable o possible treballar-la adequadament a través d'estratègies d'atenció indirectes com a les apuntades en pàgines anteriors (atencions preparadores per a l'acceptació del canvi, etc.).

- **La por a perdre els fills/es:** aquesta qüestió es relaciona directament amb l'anterior perquè és un dels principals motius pels quals les dones mostren resistències a voler abordar la situació de violència.

*Y el riesgo de perder luego la custodia de los críos porque, luego, una vez tú entras en un circuito donde se te decreta como que estás en consumo activo, los puntos que tienes de que te quiten a la criatura son muchos (GD1).*

La por a perdre els i les filles actua sovint com a un fre perquè les dones es decideixin a abordar aquesta problemàtica.

## 5. Estratègies de treball en xarxa

En aquest capítol es descriuen les estratègies que utilitzen els serveis per treballar en xarxa i dur a terme derivacions i/o coordinació de casos, així com les principals dificultats que envolten aquestes intervencions.

- S'entén per **derivació** l'acció que desenvolupa un/a professional d'un servei concret en recomanar a la persona atesa que acudeixi a un altre servei o recurs determinat per tal de rebre-hi una atenció o assessorament específic.
- La **coordinació de casos i el treball en xarxa** són totes aquelles accions en el marc d'una estratègia de treball basada en la col·laboració i l'intercanvi interprofessional, més enllà de la derivació d'un cas concret. És a dir, la col·laboració i intercanvi entre professionals en el marc de la informació dels serveis, el coneixement, la formació, la planificació, etc.

Cal tenir present que la lògica que organitza els diferents serveis és eminentment sectorial, els divideix segons àmbits d'intervenció (drogues, VM, SM, entre d'altres). Es produeix, per tant, una divisió artificial de les necessitats, els problemes i la realitat de les persones usuàries. Aquesta organització sectorial dels serveis no és problemàtica en si mateixa, però requereix de processos de derivació i d'una perspectiva integradora i interdisciplinària que faciliti la coordinació i el treball en xarxa per tal de pal·liar l'efecte de la fragmentació de les necessitats. Ara bé, quan aquesta perspectiva integradora és poc present, la lògica sectorial es fa més evident i pot tenir efectes contraproductius sobre la intervenció que ofereixen els diferents serveis.

El capítol està organitzat en tres apartats. En el primer s'expliquen les barreres que existeixen per accedir als recursos especialitzats en violència masclista quan hi ha situacions de consum actives. El segon apartat està dedicat a aprofundir en totes aquelles qüestions vinculades a la derivació. Per últim, en el tercer apartat s'analitzen les estratègies que fan servir les professionals per coordinar-se i treballar en xarxa.

### 5.1. Barreres d'accés als serveis

Tal com ja s'ha esmentat, el fet de consumir substàncies suposa en l'actualitat una important barrera d'accés als recursos especialitzats en violència masclista. A continuació s'enumeren els elements que caracteritzen o expliquen aquestes barreres i s'exposen també els debats o divergències d'opinió entre professionals que existeixen al voltant d'aquesta qüestió:

- ✓ Les professionals dels recursos de la XAD apunten que, malgrat que s'han produït avanços en els últims temps, els recursos especialitzats en violència masclista encara acostumen a tenir uns **criteris molt rígids respecte al consum de substàncies**, la qual cosa incrementa les barreres d'accés als serveis, especialment quan es tracta dels recursos residencials
- ✓ Algunes professionals consideren que aquests criteris són massa restrictius fins i tot amb els **consums no problemàtics**. En la seva opinió, la normativa vigent que prohibeix el consum de substàncies posa de manifest que aquests serveis estan assumint una perspectiva infantilitzants

*Si estás en consumo o reducción del daño, ¿dónde derivamos? Si tenemos una mujer que dice "no, yo no quiero dejar de consumir, yo quiero seguir con mis porros". Y, de repente, la cantidad son 2 porros diarios, y que los tiene bien*

*puestos, porque los necesita para soportar, como el alcohol, como otras cosas... y ella sigue llevando a los niños a la escuela, sigue trabajando, sigue cuidando a la madre... sigue teniendo una vida normal, que los que sabemos que tiene ese consumo somos los del CAS, pero el resto, ni se entera. Pero, es como decirle, ¿le vamos a quitar que termine de consumir si no le damos una atención o una respuesta? (GD1)*

- ✓ Tant les professionals dels recursos de la XAD com dels recursos especialitzats en violència masclista coincideixen a assenyalar que el fet de no admetre les dones amb consums actius als serveis, o expulsar-les en arran del consum, constitueix una **violència institucional greu**. S'ha de tenir en compte que, a més, moltes dones amb consums problemàtics acostumen a tenir itineraris vitals adversos i han viscut múltiples experiències de violència. Per aquest motiu, el fet de no acceptar-les o expulsar-les d'un recurs pot reforçar encara més el seu patiment. És a dir, produeix una forta **revictimització**:

*El que passa és que si estem parlant de disminució de danys, la majoria de les vegades no compleixen horaris, etcètera, etcètera, i, llavors, al cap de quatre dies, van a fora. I, per tant, les tornem a abocar a la mateixa situació que tenien. (GD2).*

- ✓ En **situacions d'emergència**, aquestes barreres d'accés esdevenen un factor clau en la **desprotecció** de les dones. Tal com relaten les professionals, aquestes dones sovint no disposen de xarxa familiar o social i no solen estar vinculades a altres serveis, a part de la XAD. Per tant, la no acceptació en aquests recursos les deixa literalment al carrer o les empeny de nou cap a l'home que exerceix violència sobre elles. Aquesta situació es dona amb més freqüència entre les usuàries de REDAN.
- ✓ Per aquest motiu, algunes professionals de la XAD han començat a **demanar per escrit la negativa del recurs a acceptar la dona**, per una qüestió de delimitar responsabilitats si la situació derivés en un dany greu per a la dona. Expliquen que no és agradable fer-ho, però que és l'única forma que disposen per protegir-se professionalment
- ✓ Tanmateix, és important destacar que aquestes situacions d'emergència a les quals no es poden donar resposta d'acord amb els criteris actuals dels recursos, generen un fort **malestar i estrès entre les professionals de la XAD**, especialment de les de REDAN que són les que han de lidiar de forma més freqüent amb aquestes situacions:

*Es rollo siete de la tarde, no sé a dónde ir, vienen a nosotras porque justo estas dos personas tenían bastante vínculo con el centro y entonces, vienen a ti, y vas ahí de urgencias y nada. "Es que estás llamando desde un servicio de reducción de daños... son consumidoras". Y mi compañera se volvió loca "es que la van a matar, ¿dónde la mando?". Cierras el centro y te vas con el estómago...(GD2).*

- ✓ Per altra banda, les professionals d'alguns dels serveis específics de violència masclista, conscients de l'absència de recursos d'especialització mixta o de la saturació dels existents, acostumen a fer la **"vista grossa"** davant dels consums que no impedeixen el respecte a les normes del recurs. Aquests criteris "informals" d'admissió varien força d'uns recursos i territoris a altres. Per exemple, sembla que la possibilitat de fer la "vista grossa" és més fàcil a comarques que no pas a Barcelona, on els recursos estan molt saturats. A més, sempre dependrà molt del criteri subjectiu del o la professional amb qui et trobes:

*També t'haig de dir que he pogut colar a persones que consumeixen, fent així com una mica la vista grossa, i llavors, un cop són a dintre, ja no depèn tant de si consumeixen o no, sinó del comportament que tenen i de la conducta que tenen. Si és una noia que mínimament pot complir perfecte (GD2).*

- ✓ Tal com s'observa en la darrera cita, segons les professionals de recursos de violència masclista, només és possible fer '**la vista grossa**' quan les dones consumidores no generen **problemes de convivència**. Quan els consums són més **disruptius i problemàtics**, s'explica que aleshores **no és possible ni viable admetre-les**. L'opinió generalitzada d'aquestes professionals és que no és adequat, ni per a la dona que consumeix ni per a la resta de dones, reproduir entorns conflictius i violents que revictimitzen i dificulten la recuperació, més encara en presència de menors. A més, s'indica que cal tenir en compte que són dones que acostumen a tenir molts malestars i, per tant, és fàcil que els canalitzin cap a una companya quan apareixen conflictes de convivència.
- ✓ S'argumenta que al marge dels problemes de convivència derivats del consum, aquests recursos no estan preparats per atendre a aquesta problemàtica múltiple. Per una banda, perquè els equips professionals no disposen dels coneixements necessaris, els **manca formació** sobre aquesta temàtica. Per l'altra, perquè la forta pressió assistencial i l'**escassejat de recursos humans**, força habitual en la majoria de recursos de violència (per exemple, s'esmenta que en alguns recursos residencials només hi ha una figura d'atenció psicològica a mitja jornada), impedeix atendre aquest tipus de necessitats de major complexitat.
- ✓ Existeix cert **conflicte o debat entre els equips professionals de les dues xarxes**. Per als equips de violència masclista, la raó que justifica la no admissió als recursos és únicament el no voler revictimitzar-les dones, a cap d'elles. En canvi, segons algunes professionals de la XAD, s'aplica un criteri tàcit de rebuig al tipus de població que, per exemple, acostuma a ser usuària dels REDAN:

*La historia es que, los centros que existen, que deberían de flexibilizar una parte de sus servicios, yo no digo todos, pero sí una parte, para acoger este estilo de población, no los quieren, ¿por qué? porque es el marrón. (GD2).*

- ✓ Per altra banda, en aquest punt és necessari puntualitzar de nou que a Barcelona existeix un recurs residencial d'especialització mixta on poden ser ateses dones amb consum actiu en situació de violència: **Espai Ariadna**. Tanmateix, segons algunes persones entrevistades, encara que es permet l'accés de dones consumidores, ben aviat se'ls demana que el consum deixi de ser actiu. En un context d'inexistència altra tipologia de recursos, aquest criteri d'accés constitueix un problema per a aquelles dones que no volen o no poden deixar de consumir. I és que tal com ja s'ha explicat, aquest és un recurs enfocat a l'**abstinència** i, per tant, té dificultats per donar resposta a les situacions que encaixen més en un perfil d'intervenció de **reducció de danys**.
- ✓ En el cas dels **recursos ambulatoris**, semblaria que l'existència de barreres d'accés és considerablement menor, tot i que en alguns casos també es produeix. El que acostuma a passar és que la barrera d'accés es canviï per l'**exigència d'estar vinculada** a un servei de la XAD per rebre l'atenció en el recurs de violència.

## 5.2. Estratègies de derivació

En aquest apartat es descriu l'abast de les derivacions (3.2.1.), les dinàmiques de derivació que existeixen i alguns elements facilitadors (3.2.2) i, per últim, els elements que dificulten aquests processos (3.2.3.).

### 5.2.1. Abast de les derivacions

A continuació s'analitza l'abast de les derivacions entre els recursos de la XAD i els recursos de violència masclista en ambdós sentits.

a) *Recursos de la XAD* → *Recursos especialitzats en violència masclista*

Les professionals de la XAD afirmen que realitzen **poques derivacions** pels següents motius:

- ✓ L'existència de **barreres d'accés** associades al consum de substàncies. Moltes vegades ni s'intenta derivar perquè se sap que la dona no podrà accedir a aquest recurs si no deixa de consumir. Aquest fet explicaria el fort malestar que existeix entre els equips professionals dels recursos de **REDAN**, els quals senten que s'han convertit en "apagafocs".

*Están haciendo una demanda que no es real en las situaciones que tenemos. No te puedo derivar a una persona porque está consumiendo y no lo va a dejar. Lo que necesito es un recurso que la atienda con consumo activo (GD2).*

- ✓ La creença per part del o la professional que **és millor fer l'atenció de la situació de violència des del servei de la XAD** (perquè és el servei on la dona ja té establert el vincle o perquè es considera que és més segur per a la dona fer-ho així).
- ✓ Bona part de les dones amb problemes de consum **no volen ser derivades** a altres recursos fora de la XAD. Per una banda, per por a ser estigmatitzades i jutjades com a dones i/o mares consumidores. Per altra banda, perquè és habitual que no vulguin abordar la situació de violència masclista.

b) *Recursos especialitzats en violència masclista* → *Recursos de la XAD*

En el cas de les derivacions fetes des dels recursos especialitzats en violència masclista als serveis de la XAD, les professionals destaquen les següents qüestions:

- ✓ Existeix la percepció que **es deriven pocs casos** als recursos de la XAD.
- ✓ Es considera que, principalment per manca de formació, des d'aquests recursos no se solen detectar els consums poc problemàtics, com per exemple el de les benzodiacèpines. La pràctica d'**explorar els consums** estaria poc estesa entre aquestes professionals:

*Per part nostra, als circuits, quan fas sessions sobre consums i tal, la percepció és que, qui consumeixen són els homes. I ells estan atenent moltes dones que estan fent consums importants i no estan avaluant ni explorant el consum (...). I hi ha poques derivacions de dones normalment (GD1).*

### 5.2.2. Estratègies de derivació

A continuació s'expliquen les estratègies i dinàmiques de derivació seguides pels i els professionals.

El primer pas en la derivació d'una dona d'un recurs a un altre depèn de la **valoració del cas**. Quan els serveis de la XAD detecten situacions de violència masclista i entreveuen que el nivell de consum no suposarà una barrera d'accés, fan una valoració del cas per analitzar com de pertinent o necessari és derivar, tenint en compte les necessitats de la dona.

Els aspectes que es tenen en compte en aquesta valoració inclouen:

- ✓ Analitzar en quin moment està la dona amb relació a la situació de violència. En general, es considera que és adequat fer una derivació si **existeix la voluntat** per part de la dona

de treballar específicament sobre aquesta problemàtica i vol **tenir accés a altres serveis** que no ofereix el recurs de la XAD:

*Treballes primer la confiança perquè puguin sortir els temes i, a partir d'aquí, tot un treball de reforç, d'empoderament... llavors, a partir d'aquí, si vol fer un treball més intens i específic i aprofitar els recursos, perquè en aquests centres també treballen amb els fills, a lo millor tenen també suport de tipus legal, aleshores sí que derivem (GD1).*

- ✓ . Si l'anàlisi del nivell de risc del cas revela que és urgent o greu, aleshores és molt habitual tramitar una sol·licitud de derivació als **recursos d'urgència**, encara que aquests presentin barreres d'accés.

Per altra banda, s'apunten alguns **elements que faciliten la derivació**:

- ✓ El fet que la majoria de CAS i alguns programes de REDAN comptin amb una **figura referent de violència masclista**, i que aquesta participi en els **circuits**, facilita força les derivacions que es produeixen en ambdues direccions. Aquesta figura centralitza la detecció de casos i la coordinació amb els circuits i els recursos de violència. Aquest coneixement influeix positivament en un millor i més ràpid intercanvi d'informació així com en una correcta derivació.
- ✓ Disposar de mecanismes de **seguiment** del cas millora el procés de derivació. Aquest intercanvi d'informació posterior permet actualitzar les estratègies d'intervenció dels diferents serveis i adaptar i adoptar noves pràctiques professionals.
- ✓ El fet d'**acompanyar** la dona des del servei inicial al servei de rebuda per afavorir la vinculació. Aquest acompanyament pot ser des d'un seguiment molt acurat fins a un acompanyament presencial.
- ✓ Una estratègia que es valora positivament és **derivar al CAS sense haver hagut de contactar prèviament amb el CAP**. Aquest mecanisme facilita i agilitza la derivació i incrementa la qualitat de l'atenció.

### 5.2.3. Problemes associat a la derivació

Els diferents mecanismes i procediments per a la derivació dels casos de violència masclista no sempre es duen a terme tal com està oficialment previst. En alguns casos sorgeixen entrebancs que alteren els processos de derivació ordinaris. A continuació es presenten els principals elements que dificulten els processos de derivació:

- ✓ De vegades, les dones usuàries de la XAD que accepten ser derivades als recursos de violència masclista, insten als i les professionals de la XAD a **ometre i no fer constar la seva situació de consum**, per evitar l'estigma associat a les dones consumidores. El problema que es genera és que, aleshores, no és possible compartir amb la professional del recurs de rebuda tota la informació que caldria per facilitar la vinculació, posar-la al dia del cas, etc..
- ✓ Des d'alguns recursos de violència masclista **es requereix que sigui la dona qui truqui directament**. Segons les professionals de la XAD, aquesta exigència penalitza aquelles dones més afectades pel seu consum, les quals necessiten suport professional per realitzar aquest tipus de tasca. Una estratègia habitualment empleada consisteix en fer que la dona truqui des del despatx de la professional per poder-les seguir acompanyant
- ✓ El fet que a causa de les barreres d'accés s'hagi de fer la "vista grossa" per derivar les dones a la majoria de recursos de violència masclista, especialment als residencials, genera que aquestes derivacions siguin **poc "transparentes"**, en el sentit que depenen gairebé exclusivament de la **confiança interprofessional**:

*Si derivamos a una mujer, la primera pregunta es "pero ¿está en consumo activo?" y le tengo que contestar "está en consumo activo, pero se compromete a no consumir cuando vaya al grupo. Pero no me la dejes fuera porque está en consumo, porque tiene su derecho" y no se entiende... Entonces, al final, como tengo confianza... al final es por la confianza... les digo "pásate por el CAS y lo hablamos", les digo ¿tú confías en mí? vas a ver que va a funcionar en el grupo, pero déjala que consuma porque no sabe cómo salir de esta situación". (GD1)*

A continuació es descriuen un conjunt **d'aspectes que poden provocar que no es dugui a terme la derivació:**

- **Manca de claredat en els criteris de derivació:** algunes professionals sostenen que els criteris de derivació a certs recursos de violència masclista no són prou clars. A tall d'exemple, s'explica que la informació disponible no és prou clara en relació amb si el primer contacte l'ha de realitzar la dona afectada o algun/a professional del CAS.
- **Saturació dels serveis:** s'indica que en l'actualitat hi ha alguns recursos que estan molt saturats, especialment a Barcelona. Específicament, es fa menció a les grans llistes d'espera del SARA i l'Espai Ariadna<sup>8</sup>. Aquesta demora en l'accés al recurs genera que hi hagi derivacions que no arriben a concretar-se:

*Es que nos ha pasado con una persona que recibía agresión sexual, violencia, todo tipo de violencia... se sienta y te dice "venga va, ya estoy preparada, vamos". Pues la perdimos. Porque igual, hasta dentro de un mes y medio, después de pasar mucha entrevista y tal... y ya está, se fue. Es que es normal (GD2).*

- És freqüent que des dels CAS s'opti simplement per informar les dones sobre l'existència d'aquests recursos, per la consciència de l'existència de barreres d'accés o del rebuig de la dona al fet d'abordar la situació de violència en aquell moment. En molts dels casos, **aquesta estratègia de derivació passiva acostuma a no materialitzar-se**. És a dir, moltes de les dones mai seran ateses pels serveis especialitzats en violència masclista
- ✓ Per altra banda, donat que un dels criteris d'accés per entrar a la majoria de recursos és que la dona deixi de consumir i estigui vinculada a un CAS, quan no es compleixen aquestes condicions les dones són **derivades als serveis socials d'urgència, a albergs generalistes o a pensions**. Aquests recursos **no són els adequats** per abordar la problemàtica múltiple d'addició i violència masclista. De fet, el que generen aquestes derivacions és que no es treballi sobre aquestes problemàtiques, simplement és una sortida d'urgència davant l'escassetat de recursos específics. En el cas concret de les derivacions a pensions, s'apunta que aquesta decisió reflecteix la manca de coneixements sobre consums.

### 5.3. Estratègies de coordinació de casos i treball en xarxa

Quan una persona és derivada a un altre servei, és probable que ambdós serveis intervinguin en el cas. Així, és d'esperar que els serveis que estan intervenint sobre un mateix cas es coordinin per compartir informació, establir un objectiu comú i aclarir el rol de cada servei per evitar duplicitats. Per tant, el treball en xarxa i la coordinació entre serveis són elements fonamentals per tal de dur a terme un abordatge integral de la violència masclista. En aquest apartat s'identifica com es porta a terme la coordinació i el treball en xarxa així com els problemes i dificultats que sorgeixen en aquest procés.

---

<sup>8</sup> Actualment, l'Espai Ariadna compta amb 10 places extres respecte a la seva configuració inicial, la qual cosa ha permès reduir la llista d'espera. No obstant això, encara és habitual que les dones hagin d'esperar uns dos o tres mesos per poder entrar-hi. A més, s'indica que un 30% de les unitats familiars (dones soles o amb criatures) estan més d'un any en aquest recurs per manca de recursos d'habitatge que facilitin la sortida, especialment en cas de dones amb trastorn mental que requereixen suport o recursos específics.



### 5.3.1. Mecanismes de coordinació de casos i elements facilitadors del treball en xarxa

El primer que s'ha de posar en relleu és que les professionals d'ambdues xarxes coincideixen en considerar que **és cabdal treballar de forma conjunta i coordinada**. S'afirma que la possibilitat de coordinar-te amb la resta de serveis que intervenen en un cas marca una **diferència significativa respecte a la qualitat de l'atenció**, atès que permet realitzar una atenció més integral i donar resposta a situacions complexes. Les professionals destaquen que l'abordatge de les problemàtiques múltiples requereix la col·laboració de professionals especialistes en diferents àmbits:

*La diferència de com van els casos quan això es pot fer i quan no, jo penso que és increïble. I la dona és la mateixa o la gravetat dels diagnòstics... (GD3)*

A més, la coordinació **augmentaria l'eficàcia** de les intervencions, perquè suposa detectar buits i duplicitats dels serveis:

*És quan pots dir "necessita un ajut de lloguer" i et diuen "ah, vale, doncs ho paguem", perquè sinó costa molt (GD1).*

Per aconseguir aquesta coordinació es fan servir diferents mecanismes. Aquests fan referència a les estructures, mètodes i eines que permeten la coordinació i el treball en xarxa. S'observa que no hi ha una definició clara i consensuada pel que fa a la **coordinació de casos**. Sota els aquests paraigües emergeixen diferents tipologies de coordinació que s'estenen en un contínuum gradual al voltant de la implicació professional en la coordinació del cas:

- **Traspàs d'informació:** es tracta de l'intercanvi d'informació d'un cas entre professionals de dos o més serveis. Representa el tipus més simple de coordinació. El seu objectiu és tenir una visió més àmplia del cas i conèixer les intervencions prèvies realitzades, per tal d'intentar evitar o minimitzar la revictimització i la duplicitat de les intervencions per part dels diferents serveis.
- **Coordinació de les intervencions:** amb aquest model es fa un pas més enllà del simple intercanvi d'informació per establir una estratègia comuna entre els diferents serveis que hi intervenen. Aquest tipus de coordinació suposa un major grau d'implicació professional en tant que inclou el treball de posar-se d'acord, consensuar una mateixa direcció per a les diferents intervencions i delimitar els rols de cadascú. Al mateix temps, permet que el cas s'assumeixi com a quelcom compartit i no pas fragmentat, sobre el qual cada servei té una responsabilitat que no li és exclusiva, sinó que es tracta d'una corresponsabilitat. Sovint implica reunions de coordinació presencials entre els diferents serveis, tot i que a vegades la comunicació es resol per via telemàtica o telefònica.
- **Pla de treball conjunt:** aquesta darrera estratègia de coordinació és la que incorpora una major implicació professional. Es basa en la intervenció conjunta de dos o més serveis de manera interdisciplinària, acostant els equips professionals de diferents serveis vers una mateixa forma de treballar. L'objectiu és posar tota la informació sobre la taula per valorar la situació i prendre decisions conjuntament en relació amb les accions necessàries, en què cada servei hi jugarà el seu paper. Sol requerir espais de coordinació presencials.

A continuació es descriuen alguns mecanismes concrets que es fan servir de manera habitual:

- **Participació dels serveis de la XAD en els circuits de violència masclista:** els principals avantatges que suposa la participació en els circuits de cara a la coordinació i el treball en xarxa són:
  - **Visibilitzar les problemàtiques i els recursos especialitzats consums**, habitualment més invisibilitzades o relegades a un segon pla en comparació amb altres problemes o xarxes de serveis:

*Lo que sí que creo que es importante, como decía la compañera, es ser visibles, estar presentes, que te vean, que el PIAD vea que también hay mujeres consumidoras. Hablar, que se esté hablando, que haya debate, que haya recepción (GD2).*

- **Avançar cap a la generació de sinergies entre professionals de diferents xarxes:** el fet que hi hagi professionals de la XAD dins dels circuits de violència masclista, afavoreix que comenci a estendre's una mirada menys estigmatitzant sobre el consum, encara que sigui a poc a poc. Es fa referència, per exemple, a la formació sobre consums oferta per als CAS a la resta de professionals del circuit.
- **Analitzar i consensuar de manera conjunta** alguns elements importants per a un abordatge integral i coordinat del cas, com ara escollir quin ha de ser el servei de referència:

*Nosaltres, per exemple, al (nom del municipi), hi pot haver al circuit el CSMA, el CAS... i quan es detecta, es decideix entre els professionals, quin és el referent on la dona se sent més identificada(...). Depèn de la persona amb qui ella es vincula, on millor se sent ella protegida... Però per això es necessita un treball en xarxa brutal (GD1)*

- **Participació en les comissions de seguiment de casos dels circuits:** per treballar de manera coordinada en casos complexos no és suficient amb participar en el circuit. Cal participar en un espai de coordinació *ad hoc* l'objectiu del qual és traçar plans d'intervenció integrals i de manera coordinada entre serveis. Aquestes comissions permeten dissenyar conjuntament la intervenció sobre el cas i fer-ne el seguiment. Normalment, cada servei exposa la situació de la dona en relació amb la seva problemàtica particular i l'ús del recurs, quines són les actuacions que s'estan duent a terme, per tal de no encavalcar-se i així consensuar una acció coordinada. Tot i que és un model de coordinació i treball en xarxa que requereix bastant temps i implicació professional, es considera que és el més eficaç a l'hora de realitzar un veritable treball en xarxa.
- **Utilització de TICS:** les professionals expliquen que sovint fan servir plataformes de comunicació virtuals (telèfon, skype, mailing, etc.) per coordinar-se amb els i les professionals d'altres serveis.
- **Generació de fitxes de treball conjunt:** es tracta d'una eina concreta per operativitzar i registrar el treball conjunt de diferents serveis sobre un mateix cas. Aquesta estratègia està poc estesa, però es valora com a una eina molt útil i que millora la sistematització de la informació. Sol ser una eina que complementa i amplia la participació en les comissions de treball.

### 5.3.2. Dificultats en la coordinació de casos i el treball en xarxa

A continuació es recullen els principals problemes identificats respecte a la coordinació i el treball en xarxa.

#### a) Problemes dels serveis i els equips professionals

- **Manca de formació dels equips professionals en àmbits d'intervenció que no són els propis del servei:** aquest és un dels fets que, en opinió de les professionals, més dificultarien realitzar un treball coordinat entre diferents serveis. La manca de formació en l'àmbit d'intervenció no vinculat directament al servei provoca que es despleguin actuacions contradictòries entre si, o que no ofereixen una atenció integral a la dona:
  - **Manca de perspectiva de gènere i coneixements sobre violències masclistes entre alguns/es professionals de la XAD:** és necessari que els equips de la XAD tinguin més perspectiva de gènere per ajustar i coordinar algunes intervencions. Com a exemple concret,

s'esmenta que de vegades els serveis de violència masclista han atès dones en situació de violència masclista, parelles d'un home amb problemes de consum, amb qui estaven treballant la desvinculació de la parella i la identificació de la violència i des del recurs de la XAD, ahora, se'ls exigia la prioritització de la cura i l'acompanyament d'aquest home:

*Per la recuperació d'ells, exigeixen determinat comportament d'elles, com ara acompanyar-lo... acompanyar-lo a la recuperació... tenir un cert comportament. I, amb això, resulta difícil de treballar (...), perquè estem treballant el contrari, estem treballant un desapego... (GD3).*

- **Manca de coneixements sobre consums entre els equips professionals dels serveis de violència masclista:** el fet de no disposar de coneixements sobre consums fa que sigui difícil dissenyar plans de treball de manera conjunta entre ambdós serveis. Per exemple, s'explica que en aquells casos on la dona es compromet a deixar de consumir per poder entrar al recurs, sol ser freqüent que s'exerceixi una excessiva pressió perquè ho faci de manera ràpida, una demanda que no s'ajusta al seu ritme de recuperació. Així mateix, hi ha cert desconeixement en relació amb el tractament de la metadona, que és considerat per part d'algunes professionals com una substància addictiva més que no pas com un tractament.

*Usuàries de les cases d'acollida sí que han vingut. Jo el que sí recordo és que hi havia bastanta pressa per part dels professionals de la casa d'acollida perquè la persona donés negatiu en consum, ella fumava porros(GD1).*

- **Derivació als recursos de la XAD sense coordinació:** davant d'una problemàtica mixta de violència masclista i consum de substàncies, de vegades s'interpreta que és un cas l'atenció del qual correspon als recursos de la XAD. És a dir, els recursos de violència masclista farien prevaler la problemàtica de consum i aleshores traslladarien l'atenció a l'altra xarxa. El consum es converteix en estigma i eclipsa la situació de violència.
- **Impediments institucionals:** quan els serveis disposen de mecanismes formals per a la coordinació de casos establerts per les institucions corresponents, aquesta pràctica és incorporada més fàcilment. Ara bé, quan la coordinació de casos no entra dins el mandat institucional, és més difícil que els i les professionals puguin realitzar aquesta coordinació, atès que han de prioritzar altres feines:

*Abans, per exemple, la regidoria no volia que es treballessin casos, no es volia que es portessin casos al circuit. La comissió de seguiment de casos, per exemple, a (nom del municipi), es volia plantejar però no estaven d'acord. Amb el canvi de govern, s'ha plantejat i està genial (GD1)*

- **Manca de temps i espais per a la coordinació:** la saturació d'alguns serveis i la pressió assistencial dificulten la realització d'un treball en xarxa. Aquest problema s'associa més a alguns dels recursos de la xarxa de violència masclista, especialment al SARA. S'explica que les agendes dels equips professionals estan molt saturades i aleshores és difícil calendaritzar espais de coordinació o, fins i tot, contactar via telefònica o per email per intercanviar informació, pautes d'intervenció, etc.
- **No retorn de les derivacions:** sovint no es dona informació sobre com ha funcionat la derivació, encara el servei d'origen hagi de continuar treballant sobre el cas. Aquest fet dificulta compartir valoracions sobre el cas i consensuar la conveniència i pertinència de certes intervencions.
- **No participació d'alguns recursos de REDAN en els espais de coordinació:** els recursos de REDAN d'alguns barris, municipis o comarques no participen en el circuit territorial de violència masclista, la qual cosa dificulta la coordinació amb altres xarxes de serveis i tendeix a invisibilitzar-los encara més, sobretot quan no es troben físicament integrats dins d'un CAS.

- **Desacreditació dels equips professionals per part de les altres xarxes de serveis:** aquesta situació afectaria especialment als equips dels recursos de violència masclista i als equips dels recursos i programes de REDAN. Als primers, perquè de vegades es menysté tot allò que es vincula al feminisme, de manera que es desacrediten els criteris tècnics que incorporen la perspectiva de gènere:

*La militància és de carrer, no? Ens associen amb militants de carrer... "ya viene esta con la bandera de no sé qué..." i no hi ha aquests concepte d'intervenció tècnica feminista. Bueno, són discursos que, potser, en àrea metropolitana estan molt més treballats i no estan construïts en altres espais, perquè no s'han pogut construir... llavors, ara, les professionals som... bueno... quasi serveis auxiliars voluntariosos... chicas para todo... i bueno, cuando tengo un caso muy chungo sí que te llamo, ¿no? (GD3)*

En el cas dels equips de REDAN, les professionals apunten que tenen la sensació que han de "batallar" massa perquè es tinguin en compte els seus criteris. Aquesta dificultat la tenen també quan s'han de coordinat amb altres recursos de la XAD com als CAS.

- **Desconeixement de la totalitat de serveis que s'ofereixen dins de la xarxa de violència masclista:** el treball en xarxa requereix conèixer el valor afegit que pot suposar la intervenció d'altres recursos sobre un cas, per la qual cosa és important que els equips disposin d'informació concreta i acurada sobre la resta de serveis. En aquest sentit, s'indica que és habitual associar l'atenció dels recursos específics en violència masclista a l'atenció psicològica i que se sol desconèixer l'atenció jurídica i social que també ofereixen:

*La connexió, el treball en xarxa, és molt ampli, és molt variat, és de moltes possibilitats i no és només de psico a psico i tal, sinó que la xarxa de violència masclista és molt àmplia i ve a donar valor afegit també (GD3)*

- **La coordinació està excessivament supeditada al coneixement previ o la confiança entre professionals:** posar-se en contacte amb un/a altre/a professional, fer una trucada o trobar un moment per compartir la informació d'un cas és relativament senzill. No obstant això, s'indica que sovint aquesta facilitat depèn massa del fet que existeixi confiança entre els i les professionals. Aquesta situació sembla que es dona especialment a comarques o municipis mitjans o petits i no pas a territoris com a Barcelona. Així, el que garanteix una coordinació eficaç no té tant a veure amb els mecanismes que existeixen, sinó amb les persones que hi ha als serveis, la qual cosa complica el treball de coordinació quan per exemple hi ha rotacions professionals:

*Problemes que tinguis que dependre del professional, que no hi hagi un protocol establert, sinó de la bona voluntat del professional (GD3)*

b) *Problemes derivats de situacions transversals o de context*

- **Negativa de les dones de transferir informació sobre els seus consums:** algunes dones no volen que els i les professionals dels recursos de la XAD comuniquin als serveis de violència masclista que fan un consum problemàtic d'alguna o algunes substàncies, per por a ser etiquetades i estigmatitzades.

### 6. Violència masclista i salut mental

Aquest últim capítol està dedicat a recollir tot allò que té a veure amb l'abordatge de la problemàtica mixta de la violència masclista i la salut mental. No obstant això i tal com s'ha posat en relleu en la introducció d'aquest informe, cal tenir present que no s'ha pogut disposar de les opinions i experiències dels recursos de salut mental, la qual cosa suposa una limitació metodològica rellevant que s'ha de prendre en consideració a l'hora de llegir aquest apartat.

El capítol es divideix en tres apartats. El primer té per objectiu ajudar a ubicar i contextualitzar el punt de partida i el segon i el tercer estan dedicats a l'anàlisi específica dels diferents nivells d'intervenció sobre les situacions de violències masclista.

#### 6.1. Anàlisi descriptiva de les principals problemàtiques i l'estat de la xarxa de serveis

Aquest primer apartat conté tres epígrafs: un primer en el qual s'explica la controvèrsia que existeix al voltant dels diagnòstics de trastorns mental, un segon en què s'exposen algunes característiques de la xarxa de salut mental que influeixen o condicionen en l'actualitat l'abordatge d'aquesta problemàtica mixta i, per últim, un tercer en el qual s'exposen les complexitats que presenten els casos amb patologia dual.

##### 6.1.1. Problemes de salut mental entre les dones en situació de violència: controvèrsies al voltant dels diagnòstics

El primer que cal destacar és que les professionals dels recursos de violència masclista afirmen que atenen **moltes més dones amb problemàtiques de salut mental** que no pas de consum de substàncies. De fet, expliquen que és força habitual que les dones que han passat per aquesta situació presentin danys psicològics, conseqüència del patiment i el trauma viscuts:

*És inevitable, no? La situació de violència masclista, de per si significa patiment i, per tant, símptomes aguts o crònics psicològics i, per tant, vaja, jo per la meua banda, podria diagnosticar a totes les dones amb qualsevol dels trastorns possibles. (GD 3).*

Els recursos de violència masclista sostenen que els serveis de salut tendeixen a **sobrediagnosticar trastorns mentals**, especialment el CSMA i el CAP. Darrere d'aquest contrast ressonen diferències en els paradigmes d'aproximació a la salut mental i les pràctiques professionals que se'n deriven. Per una banda, la xarxa de salut mental està molt centrada en el tractament dels símptomes dels problemes o trastorns mental i menys en les seves causes. Per aquest motiu, l'abordatge que es realitza és de caràcter psiquiàtric i es fonamenta en el tractament farmacològic. Per contra, la xarxa de recursos especialitzats en violència masclista acostuma a atendre les causes que generen desequilibris o problemes en la salut mental de les dones, majoritàriament des del camp de la psicologia.

Fet aquest petit incís, s'entendrà per què les professionals de violència masclista afirmen que un dels motius que explicarien el sobrediagnòstic de trastorns mental, és la **infradetecció**<sup>9</sup> de

<sup>9</sup>Aquest punt s'analitza amb més detall en l'apartat següent, dedicat específicament a analitzar les estratègies i problemàtiques que envolten el nivell de detecció.

**les situacions de violència masclista** per la manca de perspectiva de gènere d'aquests/es professionals. És a dir, com que no es contextualitzen adequadament els símptomes que presenten les dones es tendeix a realitzar un diagnòstic psicopatològic.

A més, aquests diagnòstics deriven alhora en un elevat nivell de **medicalització** de les dones, moltes vegades fet també des dels mateixos CAP, sense que cap professional de l'àmbit de la salut mental en faci una intervenció o seguiment específic:

*Dones que fa 10 anys que prenen antidepressius, fa 5 anys que prenen ansiolítics i no hi ha cap mena de derivació ni de mirada... això ens preocupa (GD3).*

De fet, s'assenyala que moltes d'aquestes dones **presenten una bona salut mental**, si es té en compte la cruesa de la situació viscuda. El deteriorament del seu benestar emocional (angoixa, por, etc.) ha d'interpretar-se com a una conseqüència de l'experiència de violència.

En aquesta mateixa línia, s'apunta que el sol fet de disposar d'una ordre d'allunyament o d'accedir a un recurs d'habitatge on se sentin segures fa que la seva situació millori substancialment. Així, quan es posen en funcionament **mesures que afavoreixen la seva recuperació o reparació**, les millores que experimenten i el grau d'autonomia al que arriben són molt significatius. Quan es donen aquestes condicions favorables la salut mental d'aquestes dones millora ràpidament i la seva simptomatologia es redueix:

*Aquesta millora, la percebem nosaltres i, no sé si tant... és a dir, costaria que, en aquestes dones, els hi traguessin els diagnòstics psiquiàtrics. I, en canvi, nosaltres veiem dones que van guanyant autonomia i fan vides bastant normals. Jo he atès dones que han tingut... per exemple, han itinerari per llocs i, al final, han arribat al SIE i miro i tenen 7 i 8 diagnòstics diferents. I, al final, amb un any i mig tenia una vida autònoma (GD3).*

Per últim, és important assenyalar que, a més, **aquests diagnòstics poden girar-se contra la dona** en ser utilitzats per la parella o exparella com a una via per humiliar-la o amenaçar-la, en un context social d'estigmatització generalitzada dels problemes de salut mental. En resum, el control i el maltractament habituals en les dinàmiques de **violència masclista** s'expressen en aquesta situació través de **l'al·lusió als diagnòstics**:

*En salut mental, nosaltres, el que detectem és aquest control o aquesta violència psicològica a través de "es que tú estás loca...". Suposo que passa per aquí: "porque tú estás tal, estás tomando medicación"... (GD3).*

Aquesta problemàtica s'accentua si s'afegeix el fet que algunes dones han viscut **experiències traumàtiques de separació dels seus fills i filles** arran els diagnòstics de trastorn mental. Les professionals posen en relleu l'elevada **revictimització** que genera en les dones aquest tipus d'actuació.

### 6.1.2. La saturació dels serveis de salut mental

Les professionals que han participat en l'estudi coincideixen a assenyalar l'elevada saturació dels serveis de salut mental. Aquest fet generaria victimització secundària entre les dones que han viscut situacions de violència masclista. En alguns casos, s'arriba a parlar, fins i tot, de **violència institucional**, sobretot quan es fa referència a situacions de desatenció o a abordatges inadequats a causa de l'absència de recursos. La següent cita il·lustra el cas d'una dona en situació de violència masclista que havia fet un intent greu de suïcidi a la qual no se li oferiria l'atenció requerida des de la xarxa de salut mental:

*Jo vaig parlar amb Salut Mental de la zona nostra també i vaig dir "m'esteu abocant a que es torni... a que surti d'allà, d'aquesta privada, i es tiri al tren, perquè el sistema l'està maltractant, l'esteu abocant a això" (GD3).*

En el cas concret de l'**atenció ambulatoria als CSMA**, les professionals afirmen que sovint és "molt precària". Aquesta precarietat l'associen a la reduïda duració de les sessions i a una freqüència de cites baixa, la qual cosa generaria un abordatge i seguiment del cas insuficient.

Quan es donen **episodis d'emergència associats al trastorn mental en els recursos residencials de violència masclista**, es fan encara més evidents les mancances del sistema. Davant d'una crisi psiquiàtrica, les professionals expliquen que l'única opció que tenen és anar a urgències d'un hospital i que la dona rebi tractament farmacològic per rebaixar-li la simptomatologia, però la intervenció es queda en aquest abordatge puntual i superficial.

### 6.1.3. Patologia dual

En aquest epígraf es recull l'anàlisi de les situacions que viuen les dones en situació de violència amb consums problemàtics i problemes de salut mental i com està articulada la xarxa de serveis per donar resposta a aquesta problemàtica múltiple.

D'una banda, s'explica que és molt habitual que les dones que han viscut situacions de violència tinguin deteriorada la seva salut mental. Aquest empitjorament de la salut mental arran l'experiència de violència, de vegades porta a les dones a fer un **consum problemàtic** de benzodiazepines o alcohol, majoritàriament, com una via per a **sostenir i aguantar la violència**.

D'aquesta manera, acaba sent freqüent que es doni una situació on conflueix violència masclista, problemes de salut mental i consum de substàncies. En aquestes situacions, les professionals identifiquen un **augment del risc de la violència** o la tendència a la seva cronificació, ja que aquest consum adaptatiu pot accentuar la tolerància a la situació i el patiment que comporta, en el sentit d'utilitzar-se com a un mecanisme de compensació:

*Les dues coses. I que es retroalimenten l'una a l'altra, en el sentit que és un factor de prevalença i que, bueno, pues que augmenta la violència i, cada vegada, el consum i la gravetat de la salut mental fa que també s'utilitza de mecanisme patològic de compensació del que estan vivint. El que deia una mica ella, moltes dones relaten que consumeixen també com per mantenir la relació, en certa manera (GD3).*

Però quan convergeixen aquestes tres problemàtiques, el que acostuma a passar és que **el consum esdevingui el focus principal d'atenció**. Així, la xarxa de violència masclista i la de Salut Mental acostumen a pensar que cal "solucionar" aquest consum abans de tractar els altres problemes, el que fa que es derivin aquestes dones a la XAD.

Així, existeix la creença que si la dona consumeix, no es poden tractar altres aspectes i se la pressiona perquè deixi de fer-ho. D'aquesta manera, **deixar de consumir esdevé un criteri per accedir a altres recursos**; o dit d'altra forma, no deixar de consumir suposa una barrera d'accés tant als serveis de Salut Mental com als de violència masclista.

L'abordatge fragmentat **limita la comprensió dels casos i no s'adequa a les situacions** que viuen aquestes dones. En aquesta línia, s'exposa un exemple de mala pràctica en què no es contempla el que explica una usuària sobre el fet que estava en perill pel fet de presentar simptomatologia psicòtica i consumir drogues, rebutjant-la i abocant-la des dels serveis a més violència:

*La mujer estaba en una psicosis brutal. Claro, también estaba fumando cocaína, pero había patología dual, sí que había un trastorno base que tendía a la psicosis. ¿Por qué las mujeres se psicotizan de esta manera? No es por las drogas, yo creo que es por la vida que han llevado. Pero estaba diciendo que le iban a pegar una cuchillada. Entonces, dentro de todo su brote, de toda su descompensación, de todo su consumo, se la acompaña a urgencias. Y en urgencias no se la quedan, a sabiendas de que las profesionales que la habían*

*acompañad o decían que el peligro que estaba verbalizando no era parte de un delirio sino de su realidad. O sea, hay una parte que es delirio y otra parte que es realidad. Esa noche durmió en calle y esa noche la acuchillaron. Estamos hablando de una violencia institucional brutal (GD2).*

Les dones que viuen situacions de violència masclista i tenen patologia dual estan doncs **exposades a diverses violències**. Això també les porta a tenir actituds més violentes i a confiar menys en els serveis, que **les revictimitzen de manera sovint**.

L'estigma que recau sobre aquestes dones fa més complex el seu tractament i les **persones professionals** que les atenen **reconeixen tenir prejudicis** davant d'aquests casos. Es perceben i s'etiqueten com a casos d'especial complexitat, el que fa que les persones professionals puguin sentir-se desbordades pel fet de no saber com abordar-los.

Es posa de manifest la percepció que **no existeixen recursos adequats per atendre i acollir aquestes dones**, atès que els que existeixen no cobreixen les seves necessitats.

#### 6.1.4. La prevalença de la situació de consum

La preeminència que s'atorga a la situació de consum per sobre de les altres problemàtiques és un fet que afecta estructuralment l'atenció a la patologia dual, més enllà dels casos concrets on també conflueix una situació de violència masclista. Això genera que dins de la XAD apareguin veus **crítiques amb la categoria de patologia dual** i que tinguin la impressió que són considerades "professionals de segona". Es considera que, malgrat que Salut Mental i la XAD pertanyen a la mateixa Subdirecció, en la pràctica, són xarxes que funcionen de manera fragmentada d'acord a la seva especialització. En aquest context, quan hi ha casos de patologia dual, no existeix un abordatge integral del cas, sinó més aviat un delegació de funcions inadequada a la XAD:

*Es una batalla perdida lo de la patología dual. Primero, que no sé quién se la inventó. Segundo, yo estoy en contra totalmente. Entonces, siempre estaremos igual, cuando hay un consumo no les importa nada la esquizofrenia, ni el trastorno bipolar ni la psicosis ni nada, porque lo que importa es que está consumiendo. Entonces, todo se carga hacia ahí. (GD2)*

La majoria de professionals afirma que **no hi ha relació entre els serveis de Salut Mental i de la XAD** més enllà dels aspectes purament burocràtics (programes, plans, etc.). S'exposa que hi ha moltes dificultats de coordinació entre els serveis a causa de l'estigmatització que pateixen les dones amb consums problemàtics.

Aquesta diferenciació i manca d'integració entre els serveis **genera dificultats a l'hora de treballar amb casos de patologia dual**, especialment des dels serveis de la XAD, que no poden accedir fàcilment a recursos de salut com, per exemple, hospitals o comunitats terapèutiques.

D'altra banda, s'exposa un exemple de **bona pràctica** en què s'han **integrat els serveis de drogues i els de salut mental**. A diferència del que es comentava anteriorment, s'explica que es tracta d'un servei combinat on s'aborden les problemàtiques de salut mental i els consums problemàtics, el que permet que les persones amb consums problemàtics puguin accedir més fàcilment a recursos de salut mental:

*Aleshores, nosaltres tenim tots els recursos que tenim a l'abast de tots els pacients indistintament si consumeixen o no. Vull dir que, quan arriben, en funció del que tenen, se'ls atén. Això també facilita molt (GD2)*

S'apunta que en un inici aquesta mesura va despertar resistències entre els equips de la XAD, perquè no acabaven de trobar-se còmodes amb el fet que s'associï el consum a la salut mental.



Però després d'observar les millores d'atenció que ha comportat per les persones amb consums problemàtics, les opinions han passat a ser clarament favorables:

*Jo t'haig de dir que nosaltres, com a professionals, hem patit molt amb la integració. Però jo ara estic molt contenta de que Drogues i Salut Mental estigui tot integrat (GD2).*

A més, en el cas concret de l'abordatge a la patologia mental, facilita aplicar la mirada i atenció integral que tant es trobava a faltar

## 6.2. Estratègies d'intervenció

En aquest apartat s'exposen les diferents qüestions o elements que envolten les estratègies de detecció i atenció.

### 6.2.1. Detecció

De vegades, les dones comencen a ser ateses a la xarxa de Salut Mental però al darrere hi ha una situació de violència masclista. La primera dificultat d'abordatge en aquests casos és de detecció, ja que els equips professionals d'aquests serveis han de saber fer emergir la violència i identificar les diferents dimensions del problema, el que requereix formació especialitzada. En cas contrari, la dona pot rebre un tractament sobre els símptomes sense detectar la situació de violència. Malgrat que no es disposa de les aportacions dels i les professionals d'aquests serveis, a continuació s'exposa quina és la percepció general de les professionals dels recursos especialitzats en violència masclista respecte a aquesta qüestió.

La impressió majoritària és que **els equips professionals dels serveis de salut mental detecten poc les situacions de violència masclista**. Aquest fet tindria relació amb el sobrediagnòstic i la sobremedicalització apuntats en l'apartat anterior, a banda de generar altres conseqüències com al perill de no detectar situacions d'elevat risc per a la dona.

Molts dels motius que explicarien aquest dèficit de detecció coincideixen amb els ja apuntats en l'epígraf 5.2.3. sobre els problemes de detecció dels recursos de la XAD. A continuació recollim aquells que incideixen especialment en la xarxa de Salut Mental.

#### a) Elements que dificulten la detecció

- **Falta de formació entre els equips professionals:** aquesta mancança s'associa sobretot a determinades figures professionals, especialment a **psiquiatres**. S'indica, a més, que les formacions acostumen a oferir-se als perfils més vinculats a l'àmbit social -treballadors/es o educadors/es socials- perquè després siguin aquests qui formin a la resta de l'equip. Cal formar als i les expertes de l'àmbit de la salut mental perquè introdueixin la perspectiva de gènere a la seva **mirada i pràctica clínica** i perquè aprenguin a identificar amb més nitidesa quins són els límits entre les dinàmiques de crisi i les dinàmiques de violència en l'àmbit de la parella. Només així podran detectar situacions de violència que ara per ara acostumen a passar desapercibudes, sobretot entre certs perfils de dones (dones amb estudis universitaris, de classe mitjana o alta, etc.). De fet, les professionals de violència tenen la percepció que els problemes de diagnosi se'n deriven en bona part del fet que els recursos de Salut Mental presenten mancances a l'hora de detectar formes de violència masclista que s'allunyin del tipus de violència i de víctima que són predominants en l'imaginari social:

*La perspectiva de gènere no és saber què és el masclisme, sinó saber, en cada dona, com es pot personar aquesta... i sortir d'aquest estereotip i estar obert a que qualsevol dona et pugui explicar una història de violència masclista. Jo crec que aquí és on es necessitarien, el que diu ella, més de 20 hores... perquè això ja ho*

*fan... i salut els hi fa formació... (...). Nosaltres veiem un perfil de dones molt molt molt més ampli, que això també és una cosa que els hi costa acceptar (GD3).*

- **L'elevada pressió assistencial:** el fet que les atencions estiguin tan espaciades i que el temps de visita sigui reduït impedeix establir un vincle de confiança amb la pacient, o realitzar un bon cribratge (a través de l'adaptació de les preguntes i del moment en què es formulen), les dues estratègies de detecció més esteses entre altres equips professionals.

## 6.2.2. Atenció

En aquest epígraf es revisen els elements que faciliten i els que dificulten l'atenció de les dones amb problemes de salut mental severa, des dels recursos especialitzats en violència masclista.

### a) Elements facilitadors de l'atenció

- **Que la dona rebi atenció en un servei específic de salut mental:** aquest element sol facilitar la intervenció que fan els recursos especialitzats en violència masclista, ja que aquests també estan saturats i aleshores es fa difícil atendre les situacions d'especial complexitat si no tenen un suport extern:

*Jo crec que, aquí també, canvia molt la intervenció si, per exemple, és una dona que ja està vinculada a un professional de salut, no? i que té una bona adhesió al tractament... Llavors sí que es pot treballar molt bé la violència, perquè ella ja ha fet tot un treball de base... tu pots anar pactant també amb ella... o quan comences a treballar diferents aspectes de la violència que viu o que ha viscut, és més fàcil també si hi ha un treball previ... i poder fer també un treball conjunt (GD3)*

A tall d'exemple, s'apunta que els equips dels PIAD són bastants reduïts i que per això fer-se càrrec en solitari de les situacions d'especial complexitat acostuma a ser bastant **inviàble o esgotador**. A més, s'indica que no és només una qüestió de saturació de feina o d'escassetat de personal, sinó també de **manca de formació especialitzada**. Aquestes professionals afirmen que no disposen dels coneixements necessaris per atendre correctament determinats trastorns mentals.

- **Actualitzar i revisar els diagnòstics dels recursos de violència masclista:** a causa de la tendència al sobrediagnòstic de trastorns mentals, algunes professionals dels recursos de violència masclista expliquen que els sol funcionar l'estratègia de comprovar i actualitzar el diagnòstic. Algunes estratègies que s'utilitzen és fer una valoració afegida per part d'una figura professional de l'àmbit de la psicologia en la primera visita, o deixar un temps per a l'observació de la dona. Aquesta estratègia permet no aplicar d'entrada filtres d'accés i que no es generin prejudicis i resistències precipitades envers la dona entre l'equip professional del mateix recurs:

Evidentment, aquesta és una **estratègia adaptativa** a la situació actual en la qual encara hi ha aquest excés de diagnòstic de trastorns mentals, però s'afirma que el més oportú seria disposar de diagnòstics ajustats fets amb perspectiva de gènere:

Afirmar que existeix un sobrediagnòstic de trastorns mentals no suposa, en absolut, negar o qüestionar la importància de comptar amb diagnòstics realitzats per personal especialitzat. De fet, es reivindica que disposar d'un diagnòstic ajustat quan s'accedeix al recurs agilitza i facilita força l'atenció.

## b) Elements que dificulten l'atenció

- **Manca de vinculació amb un recurs específic de salut mental:** en aquells casos en què s'han d'atendre a dones que presenten problemàtiques de salut mental i en les que la simptomatologia no està convenientment compensada, poden sorgir dificultats per atendre-les adequadament. Si, a més, no es realitza un treball en xarxa amb la resta de serveis, es fa encara més inviable poder-los oferir una atenció apropiada.
- **Resistències de les dones a fer tractaments farmacològics:** arran les experiències traumàtiques que han viscut en la xarxa de serveis, sobretot d'aquelles vinculades a la pèrdua de la custòdia dels seus fills i filles, algunes dones opten per no adherir-se al tractament farmacològic. Aquesta situació pot dificultar força la integració d'aquesta dona en els recursos residencials i la seva atenció integral:

*Alguna mujer que ha entrado en la casa en plan "no quiero saber nada de medicación psiquiátrica porque, por culpa de eso, me han retirado a la criatura", como pensar que, por estar en un tratamiento, como ese estigma de estar loca, y es como que no quieres saber nada de tomar medicación. Te pone en una situación complicada (GD3).*

Val la pena puntualitzar que la crítica feta per les professionals dels recursos de violència masclista al voltant de l'excessiva medicalització que fa el sistema de salut, no invalida l'afirmació que no prendre una medicació quan aquesta és necessària, dificulta molt l'abordatge d'aquestes situacions de problemàtiques múltiples.

- **Manca de recursos de suport a la marentalitat:** tot i que aquesta és una qüestió que s'intenta treballar des dels recursos de violència, de vegades cal el suport d'un recurs extern, però n'hi ha pocs i estan molt saturats:

*Bueno, doncs que, pateixen violència, tenen problemes de salut mental greus i el com es pot acompanyar la seva marentalitat... que moltes vegades acaba amb ingressos de nanos a centres per desempaments, però després, analitzes què ha passat i, si som honestes amb nosaltres mateixes, els serveis i nosaltres primeres, no hem pogut donar resposta ni preveure situacions de risc que es donen perquè la dona ha entrat en crisis o perquè ha fet un intent de suïcidi... i com es damnifica i es revictimitza això. És terrible, ens preocupa molt... la conseqüència d'això en la dona també té un dany, a nivell d'impacte, molt bèstia (GD3).*

Aquesta feblesa en l'atenció acaba generant situacions que revictimitzen força a les dones amb problemes de salut mental

## 6.3. Estratègies de treball en xarxa

En aquest últim apartat s'exposen les estratègies empleades per a treballar en xarxa entre els diferents tipus sistemes de servei. A més, s'inicia l'anàlisi explicant quines són les barreres d'accés que es poden trobar les dones en situació de problemàtica múltiple de violència masclista i salut mental per accedir als recursos especialitzats en violència masclista.

### 6.3.1. Barreres d'accés

Tal com ocorre amb el consum de substàncies, el fet que una dona tingui un trastorn mental sever pot acabar suposant en l'actualitat una barrera d'accés als recursos especialitzats en violència masclista, especialment els **recursos residencials**. En aquest epígraf es recullen les opinions i experiències de les professionals al voltant d'aquesta qüestió:

- ✓ Més que un rebuig d'entrada, el que acostuma a passar és que algunes dones accedeixen al recurs però transcorregut un temps, són **expulsades** com a conseqüència dels problemes de convivència que emergeixen arran del seu trastorn
- ✓ Tot i que les professionals de violència masclista reivindiquen la necessitat d'atendre aquestes dones des d'algun servei amb especialització mixta, indiquen que els **recursos residencials ordinaris no són els adequats**, ja que no es disposen dels coneixement i els mitjans per fer-ho de manera correcta .
- ✓ Pel que fa a com distingir quines dones amb problemes de salut mental pot atendre el recurs de manera òptima i quines no, les professionals apunten que cal **diferenciar el tipus de trastorn mental i identificar la seva gravetat**. La complexitat de l'atenció dependrà en bona mesura de la severitat i el tipus de trastorn. Bo suposa la mateixa complexitat l'atenció d'un quadre de depressió o ansietat que un trastorn de personalitat, esquizoide o bipolar, sobretot en moments de descompensació. Mentre que els primers trastorns solen presentar una bona adaptació al recurs, els segons tenen majors dificultats per ajustar-se a les normatives o els horaris.
- ✓ Per poder aplicar un criteri més lax d'entrada, les professionals dels recursos de violència reivindiquen la necessitat de comptar amb una **"sortida"** per disposar d'una alternativa a la qual derivar la dona si comproven que no s'adapta al recurs o no li poden oferir l'atenció que necessita.

*El que sí que demanaria és que hi haguessin sortides ràpides del servei, és a dir, podem donar una oportunitat, perquè cada cas és únic. S'actua en casos d'un trastorn molt sever, que llavors ja dius "uau..."...pots donar una oportunitat, el tema és que... si nosaltres, fent aquest procés de diagnòstic, fem un primer disseny d'intervenció i veiem que la cosa no rutlla, òstia, lo que sí que necessitem és també un recurs al darrera que ens digui "vale" (...). Llavors, en alguns casos funciona i, en alguns casos, no (GD3).*

- ✓ Aquesta alternativa es considera imprescindible per evitar la **revictimització** que suposaria haver d'expulsar-la del recurs.
- ✓ Les expulsions no només genera revictimització en les dones, sinó també en la **resta de dones i criatures** que es troben en aquell moment en el recurs, exposades de nou a un escenari de violència.
- ✓ Aquesta situació genera un **gran malestar i estrès entre les professionals**, que han de fer front a la sensació de sentir que estan exposant de nou les dones a la situació de violència:

*Amb el cost emocional que té com equip. Vosaltres us podeu imaginar que, una expulsió... el cost emocional que té. (GD3)*

- ✓ Per últim, les professionals dels recursos de violència masclista denuncien la forta **violència institucional** que suposa la manca de recursos específics per atendre aquestes dones, o bé que els recursos existents no disposin de mitjans per realitzar-la:

*Aquí hi ha un buit, jo crec, que és molt important...(...). Quan ens coordinem, doncs, a psiquiatria, lògicament, et diuen "no, no té criteris d'ingrés hospitalari" i dius "no, si això ja ho sabia"... ja però... tampoc té criteris per anar a una casa i també ho compartim...(GD3)*

## 6.3.2. Derivació

### a) Abast de les derivacions

#### Salut Mental → Recursos especialitzats en violència masclista

En primer lloc, s'afirma que els serveis de salut mental realitzen **poques derivacions a la xarxa de recursos de violència masclista**. Les professionals plantegen la hipòtesi que aquest fet es deu, principalment, a dues qüestions. D'una banda, a què existeix una forta **infradetecció** de les situacions de violència masclista en aquests recursos, tal com ja s'ha apuntat anteriorment. De l'altra, a què sovint es desconeixen els serveis que poden oferir els recursos especialitzats en violència masclista. Aquesta situació acabaria desembocant en un minvament de l'atenció integral d'aquestes dones o una vulneració dels seus drets, ja que acaben no tenint accés a certes atencions o serveis especialitzats:

*I que jo penso també que si tu assumeixes el tractament en violència, perquè detectes que és una dona a qui tu estàs fent un treball de salut mental i que, a més a més, afegeix una situació de violència masclista, en algun moment donat, t'hauràs de recolzar en altres professionals de la xarxa, no? Perquè és una dona que, en un moment donat, pot tenir un procediment jurídic que vol iniciar... i, llavors, haurà de fer un assessorament especialitzat (GD3).*

#### Recursos especialitzats en violència masclista → Salut Mental

En segon lloc, es destaquen diferents qüestions en relació amb les derivacions que es realitzen des dels recursos especialitzats en violència masclista a la xarxa de salut mental:

- ✓ Les professionals dels recursos de violència masclista donen **molta importància** a aquestes derivacions perquè el fet que la dona estigui vinculada a aquests serveis **facilita força la seva atenció** dins del recurs de violència.
- ✓ No obstant això, es fan **menys derivacions de les que es consideren que serien necessàries**. D'una banda, perquè la xarxa de salut mental està molt saturada i els processos de derivació s'allarguen fins a un punt que les derivacions acaben per no produir-se. De l'altra, perquè el circuit de derivació és complex i rígid.
- ✓ En relació amb la complexitat i la rigidesa del circuit de derivació, s'apunta que el fet d'haver de derivar en primer lloc al CAP abans d'accedir al CSMA
- ✓ que **s'hagi de derivar primerament al CAP per accedir a un CSMA**, és una dificultat afegida i contribueix a allargar encara més el procés, amb els efectes de revictimització que això comporta. Es compara aquesta situació amb la facilitat que suposa derivar directament als CAS:

*Sí, una dona que entra, que no s'ha detectat que hi ha consum, però als 15 dies d'acollida veus que ve amb olor a alcohol, bla, bla, bla... en dos setmanes pot ser atesa al CAS del barri i, això, amb CSMA seria impensable.(GD3)*

- ✓ Per altra banda, de vegades també hi ha **dificultats per derivar dins de la mateixa xarxa de salut mental, per rigideses territorials** associades a l'existència de traves internes i la coexistència de múltiples empreses proveïdores.
- ✓ Especialment significatives són les dificultats de derivació que es troben els **recursos residencials d'emergència**. En aquests recursos s'atén a dones que es troben fora dels seus territoris habituals de residència, per tal de garantir la seva seguretat i protecció. Aquesta mobilitat territorial fa que les dones hagin de requerir atenció per part d'un CSMA diferent del que l'ha estat atenent fins aleshores, la qual cosa es veu obstaculitzada per les dificultats de realitzar **derivacions internes** des de la xarxa de

salut Mental. Les professionals expliquen que s'han vist immerses en casos on davant urgències psiquiàtriques, no ha estat possible fer derivacions d'un CSMA a un altre:

*El que veiem és una falta de coordinació entre els propis serveis de la mateixa xarxa... CSMA que no es coordinen entre ells, que no s'envien els expedients, que no es fan derivacions. Aleshores, aquests CSMA que estan sobresaturats, que tenen molta feina, casos molt greus... arriben dones que venen de cop i volta, no saben quant de temps la tindran... això els hi tira enrere (GD3).*

- ✓ A més, les professionals tenen la impressió que en un context generalitzat de saturació del sistema de Salut Mental, les serves **derivacions no són prioritzades** en considerar que aquestes dones podran rebre atenció psicològica o psiquiàtrica al mateix recurs de violència:

*Hi ha tota una cosa, unes funcions, que ens traslladen, que òstia, no, som una casa d'acollida, però no tenim un servei psiquiàtric (GD3).*

Tal com es pot llegir en la cita, aquest fet s'interpreta com a un trasllat de responsabilitats d'uns serveis a altres.

### 6.3.3. Coordinació i treball en xarxa

En aquest últim epígraf es descriuen breument alguns elements facilitadors i algunes dificultats en la coordinació i el treball en xarxa entre els recursos de violència masclista i els serveis de Salut Mental.

#### a) Elements facilitadors

- **Coordinacions bilaterals regulars:** es valora molt positivament disposar d'un temps fix i predefinit dedicat a la coordinació entre dos recursos es valora molt positivament. Aquest model permet treballar de manera coordinada en la valoració i seguiment dels casos i consensuar el pla de treball, sense haver de dependre de la bona predisposició personal dels professionals que conformen els equips. En concret, s'esmenta la bona experiència de coordinació que existeix entre el **Sara** i el **Servei de Psiquiatria Transcultural de l'hospital Vall d'Hebron**. Aquest espai de coordinació es valora molt positivament no només perquè ofereixi un espai de coordinació mensual, sinó també perquè la coordinació es fa directament amb els equips de psiquiatria i no amb altres figures professionals més vinculades a l'àmbit social, que sol ser el més habitual. Això facilita compartir paradigmes i mirades sobre la intervenció i traslladar la perspectiva de gènere a l'esfera clínica:

*Això és meravellós. Perquè anem 3 hores, tenim formació, compartim mirada, bueno, perspectiva de gènere... sí que podem... per compartir bones pràctiques (GD3)*

#### b) Elements que dificulten la coordinació i el treball en xarxa

- **Resistències professionals:** existeix la percepció que alguns/es professionals de l'àmbit de Salut Mental tenen poc interès en coordinar-se amb altres xarxes de serveis, si bé incideixen en la necessitat de no generalitzar i en el fet que cal tenir en compte que aquests serveis estan molt saturats en l'actualitat.
- **Excessiva sectorialització dels serveis de Salut Mental:** s'explica que els serveis de salut Mental, com a la resta de l'àmbit sanitari, tenen una excessiva tendència a la sectorialització. Aquest fet genera una menor capacitat per a coordinar-se amb la resta de serveis i suposa una aplicació insuficient de la Llei 5/2008.

- **Manca de temps per a la coordinació en l'agenda dels equips professionals de salut mental:** la coordinació no està planificada dins les tasques professionals dels i les professionals de Salut Mental, de manera que és difícil encabir aquesta funció dins les agendes dels equips. Aquest fet dificulta l'accés als equips professionals per a coordinar-s'hi i pot generar una manca de sintonia entre serveis. Al mateix temps, també té efectes sobre l'atenció integral.
- **Dèficit en la informació que es comparteix:** tot i que de vegades s'aconsegueix establir contacte amb els equips professionals de Salut Mental, la informació que faciliten és insuficient per treballar de manera coordinada sobre un cas:

*I, també, et diré, els que, de vegades, aconseguim coordinar-nos i que ens retornin la trucada després de 10 vegades, molt poca informació ens donen, també et diré... molts pocs psiquiatres ens han fet una coordinació plena, profunda... moltes vegades "ha venido 4 veces, pa, pa, pa, pa...", molt més superficial. Vull dir que, poques vegades ens aporten o podem compartir informació (GD3)*

- **Protecció de dades i el problema de la confidencialitat:** la manera com compartir informació confidencial és un punt de tensió entre els serveis. Per tal de complir la llei els i les professionals dels serveis han de tenir una cura especial. Tanmateix, també resulta evident que la informació ha de ser traspasada per tal de garantir un abordatge integral. Tot i que l'existència e protocols i estratègies per resoldre el problema de la protecció de dades<sup>10</sup>, alguns serveis segueixen oposant-se a compartir informació dels casos, una situació que es dona amb més freqüència quan s'intenten coordinacions amb serveis de l'àmbit sanitari. Per exemple, s'esmenta que de vegades no es coneixen els diagnòstics d'algunes dones que accedeixen als recursos residencials de violència masclista:

*En qüestió de salut mental, nosaltres tenim un problema que és que no, bueno, i que moltes vegades hem reclamat i aquí xoquem amb la confidencialitat de les dades, que considerem que, en el cas d'un servei residencial en el que conviuen, com és el nostre cas, nou nuclis familiars amb dones amb criatures, una mica, si hi ha algun diagnòstic de salut mental, això, com a equip, ho hauríem de saber (GD3).*

---

<sup>10</sup>Capítol 8 del [Protocol Marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista](#). Generalitat de Catalunya, Institut Català de les Dones..

## 7. Conclusions

### Sobre la incidència de situacions de violència masclista o altres problemàtiques:

- Dins de la xarxa de recursos especialitzats en violència masclista, s'atenen moltes **més dones amb trastorn mental** que no amb consum problemàtic de substàncies. Respecte als problemes de consums més estesos, destaca l'alcoholisme.
- Malgrat que les formes i els àmbits on es produeixen les situacions de violència són els mateixos que viuen la resta de dones, s'identifiquen **dinàmiques de violència concretes característiques dels entorns de consum problemàtic**:
  - En l'àmbit de la parella destaquen les múltiples violències relacionades amb el control del consum de la substància i/o dels diferents tractaments enfocats a la millora de la salut (VIH, Hepatites C, etc.); la situació de dependència extrema de les dones que es troben en situació de vulnerabilitat socioeconòmica; o la pressió per exercir la prostitució com a una via per a costejar la substància, entre altres.
  - En la resta d'àmbits, destaquen les múltiples formes de violència sexual que viuen les dones en situació de sensellarisme o quan fan ús dels albergs o recursos de la XAD i les que es donen quan exerceixen la prostitució; o els maltractaments que exerceixen pares, germans i fills en l'entorn familiar per castigar el consum de la dona.
- Les dones en situació de violència masclista i amb consums problemàtics i/o problemes de salut mental pateixen diferents tipus de **violències institucionals**, exercides per les diferents xarxes de serveis. Aquestes violències tenen l'efecte de generar una forta victimització secundària.
  - Respecte a les violències institucionals que pateixen específicament les dones amb **consum problemàtic de substàncies**, destaquen les que es produeixen en l'àmbit sanitari (violències obstetrícies, xantatges per accedir als tractaments, no prioritjació de les atencions, etc.), l'àmbit de Serveis Socials i dins de la mateixa XAD. Aquestes últimes es vinculen amb la manca d'integració de la perspectiva de gènere en els recursos, que genera una desatenció de les necessitats específiques de les dones que acaba derivant en un major nombre d'expulsions i sancions i una menor adherència als tractaments .
  - Respecte a l'àmbit de **salut mental**, les principals violències institucionals que es destaquen són totes aquelles derivades de l'elevada saturació dels serveis, que fa que no s'atenguin o es faci una atenció inadequada de les situacions de violència masclista que viuen (manca de seguiment per part del CSMA de casos atesos als recursos de violència masclista, manca de recursos per abordar situacions psiquiàtriques d'urgència d'usuàries de recursos residencials de violència masclista, etc.).
  - Pel que fa a les violències institucionals que es generen dins de la **xarxa d'atenció a les violències masclistes**, hi ha unanimitat entre totes les professionals en considerar que l'existència de **barreres d'accés** als recursos derivades dels consums actius i/o els problemes de salut mental, en un context on no hi ha recursos d'especialització mixta o els que hi ha estan saturats, constitueix una violència institucional greu. Aquestes situacions contribueixen força a la seva victimització secundària perquè suposa no atendre-les, fins i tot en situacions de perill o màxima vulnerabilitat. Aquest fet suposa una clara vulneració dels drets de les dones que reconeix la *Llei 5/2008*.
  - Les dones amb consum problemàtic i que tenen un trastorn mental –**patologia dual**– tenen més possibilitats de ser revictimitzades des de les institucions. No només es desatén la situació de violència, sinó que s'acostuma a no abordar el seu problema de salut mental. L'estigma del consum eclipsa les altres dues problemàtiques.



## Sobre les estratègies d'intervenció:

### Detecció

- En termes generals, s'identifica una **infradetecció** de les situacions de violència masclista per part dels recursos de la XAD i de Salut Mental.
- Respecte a les **deteccions per part dels serveis de Salut Mental**, les professionals de la xarxa de violències masclistes indiquen que una conseqüència directa d'aquesta manca de detecció és la tendència a sobrediagnosticar, per la manca de contextualització dels seus símptomes en el marc de la situació de violència masclista que pateixen
- Pel que fa a la detecció des dels recursos de la XAD, la majoria de casos es fa a través de les **dones usuàries** dels recursos.
- No obstant això, en l'actualitat alguns CAS estan intentant augmentar la detecció de situacions de violència masclista **a través dels homes**. Quan es detecten aquests casos, s'acostuma a contactar amb les dones i a derivar-les als serveis de violència masclista en cas que així ho demanin.
- Les dues estratègies de detecció principals són **l'establiment d'un vincle de confiança** i la formulació de preguntes de **cribratge**.
- L'estratègia de detecció **més eficaç** és la generació del **vincle**. Hi ha elements que faciliten o dificulten la generació d'aquest vincle –i per extensió que poden facilitar o dificultar la detecció:
  - D'una banda, ho facilita respectar el ritme de la dona i no pressionar-la perquè afronti situacions per a les quals encara no se sent preparada.
  - De l'altra, ho dificulta el fet que algunes dones tinguin una vinculació molt intermitent amb els recursos, que hi vagin de forma obligada o que s'hi apropen amb unes finalitats molt determinades, com a l'accés a la metadona o al material per al consum d'injectables.
- Introduir preguntes sobre **com i qui aconsegueix la substància** és una bona pràctica de detecció. Les respostes serveixen com a indicadors de sospita de l'existència d'una relació de dependència extrema de la seva parella.
- Pel que fa al **cribratge**, la recerca mostra que tot i que alguns recursos que han introduït preguntes específiques enfocades a la detecció de les situacions de violència masclista, aquest procediment no està estès en tots els recursos de la XAD. Un dels motius que explicarien aquesta escassa extensió és que davant la protocolització del cribratge hi ha respostes professionals força diverses: una bona part les professionals es resisteix a aplicar-los perquè els considera una estratègia poc eficient i respectuosa, i l'altra afirma que és una eina que cal adaptar a cada cas, per la qual cosa es necessiten coneixements específics. Tanmateix, cal posar en relleu que algunes professionals defensen el seu ús, tot i que sigui adaptant les preguntes, perquè ajudaria a superar la infradetecció existent.
- Per altra banda, sorgeixen altres elements associats a l'estructura i el funcionament dels serveis o al context social que **difículten la detecció**. La recerca mostra que una bona part d'aquests elements són els mateixos que també dificulten la detecció en el cas dels serveis de Salut Mental:
  - **Manca de formació** entre els equips professionals, que contribueix a generar sensació d'inseguretat o incompetència per a abordar la qüestió de la violència masclista.
  - **L'existència de resistències entre determinats perfils professionals**, especialment en l'àmbit de la psiquiatria. Aquests/es professionals acostumen a aplicar una mirada clínica poc atenta als factors psicosocials que resulta ser un impediment a l'hora de fer aflorar la situació de violència masclista. La manca de formació i l'existència d'aquestes resistències estarien

en la base de la **infradetecció** de les situacions de violència masclista per part d'aquests/es professionals.

- **La pressió assistencial dels serveis** i el temps reduït de les visites dificulten fer emergir els casos.
- **Les experiències de maltractament i violència institucional prèvies** viscudes per les dones, que els dissuadeix de fer una demanda explícita sobre aquesta problemàtica, sobretot quan tenen criatures a càrrec, per por a què revelar certes problemàtiques pugui comportar la pèrdua de la custòdia.
- En el cas concret de les dones amb **consums problemàtics**, el fet que hagin rebut diferents tipus de maltractament (criminalització per la família, ruptura de xarxes, estigma, humiliació, etc.) genera una elevada sensació de **culpa** que contribueix a què **naturalitzin les violències** que pateixen. Aquesta situació acaba derivant en què sigui difícil que ho traslladin als serveis i els seus equips professionals.

## Atenció

- Existeixen **opinions divergents respecte a on és més pertinent abordar la situació de violència masclista**: directament en els recursos de la XAD o en els serveis específics de violència masclista. Els principals avantatges que s'associen a l'opció d'atendre-la directament des del CAS, tenen a veure amb què existeix un vincle ja consolidat entre professional i pacient i que, en cas que la dona continuï dins de la relació de parella, el CAS li permet abordar la problemàtica sense aixecar sospites. Al contrari, els principals arguments que s'utilitzen per a defensar la pertinència de derivar als recursos especialitzats es vinculen a la desprotecció que suposa per als i les professionals treballar la problemàtica de violència si la parella també és usuària del CAS. Al nivell de control al qual estan sotmeses algunes dones dins d'aquest servei per part de la parella. Per últim, a què la xarxa d'atenció a les violències masclistes pot oferir serveis i atencions que no existeixen dins del CAS. Alguns d'aquests arguments són contradictoris, del que es dedueix que hi haurà situacions on sigui més segur per a la dona fer l'abordatge al mateix CAS i en altres ocórrer el contrari.
- Hi ha un gran consens respecte a la pertinència d'aplicar una **perspectiva empoderadora i centrada en les necessitats de la dona**, que s'adeqüi als seus ritmes i que respecti la seva autonomia i decisions. Algunes de les estratègies o bones pràctiques que permeten desenvolupar aquesta perspectiva des dels recursos de la XAD són:
  - No pressionar a la dona per tornar a treure el tema de la violència masclista fins que no ho faci ella. S'ha de realitzar un abordatge gradual, sempre que no existeixi un risc elevat.
  - Aplicar una estratègia d'atenció indirecta encaminada a la preparació per al canvi i l'empoderament de la dona.
- No obstant això, aquest és un model ideal. En la pràctica de vegades els serveis apliquen **atencions contràries** a aquesta perspectiva.
- Els espais de **treball grupals** faciliten tant la detecció com a l'atenció. En aquests grups, les dones acostumen a sentir-se còmodes i això facilita que expressin la situació de violència. A més, identifiquen amb més facilitat la relació que té l'experiència de violència amb el gènere. Aquest punt els serveix per a descarregar-se de culpa i empoderar-se.
- Hi ha un recurs de REDAN pioner, exclusiu per a dones, que està tenint uns resultats molts satisfactoris i des del qual s'aborden les múltiples experiències de violència masclista que viuen les dones que consumeixen substàncies; es tracta de **Metzineres**. El fet que més es destaca és que és un servei veritablement integral, centrat en la persona i en la perspectiva de drets.
- Quan una dona està sent atesa en un recurs de violència masclista i té un problema de consum o salut mental, el fet que estigui **vinculada al CAS o el CSMA** facilita

l'abordatge de la situació de violència per part d'aquest primer recurs. Per a atendre casos d'especial complexitat com a aquests, les professionals afirmen necessitar el suport de professionals amb coneixements específics.

- Respecte a les dones amb problemes de salut mental i com a una estratègia adaptativa per compensar la tendència al sobrediagnòstic de trastorn mental, s'apunta com a bona pràctica **l'actualització i revisió dels diagnòstics**. Aquesta pràctica permet aplicar menys barreres d'accés d'entrada i frenar la tendència a la generació de resistències davant les professionals.
- Amb relació a la **patologia dual**, la recerca constata la tendència a la fragmentació per especialització de la XAD i Salut Mental, de manera que predomina un abordatge inadequat d'aquesta problemàtica en el qual es fa prevaler l'atenció al consum. No obstant això, en els territoris on s'ha dut a terme la integració de les dues xarxes sembla que s'ha produït una millora de l'atenció significativa, no només de les dones amb consums problemàtics i problemes de salut mental que es troben en situació de violència masclista, sinó de totes les persones amb problemes de consum en general.
- S'identifiquen alguns elements vinculats als serveis i els equips professionals que **difículten l'atenció**:
  - **Atenció fragmentada**: els serveis de la XAD i Salut Mental acostumen a centrar-se en l'abordatge de la problemàtica de consum o salut mental, respectivament, sense que es presti massa atenció a altres situacions que hi poden estar vinculades, com la situació de violència masclista. L'abordatge fragmentat pot tenir l'efecte d'invisibilitzar la violència masclista. De fet, acostuma a passar que són les àrees de treball social o educació social les que assumeixen amb més contundència la responsabilitat d'abordar aquesta problemàtica, però hi ha altres perfils professionals clau com els de l'àmbit de la psiquiatria que ho estarien relegant a un segon pla.
  - **Manca de perspectiva de gènere**: sovint s'atén les dones sense tenir en compte els trets característics de la subjectivitat femenina, els malestars que se'n deriven o les dinàmiques pròpies de la violència masclista en la parella. Aquesta manca de perspectiva també contribueix a invisibilitzar la violència masclista.
  - **Sostre de vidre de les intervencions amb perfils de consumidores de llarga trajectòria**: la insuficiència de recursos per abordar les problemàtiques socioeconòmiques d'aquestes dones sol provocar un efecte de desesperança apresada que les fa pensar que no poden fer res per modificar la situació actual, la qual cosa les dissuadeix de voler atendre altres qüestions com a la violència masclista.
  - **Resistència de les dones a adherir-se als tractaments farmacològics**: algunes dones amb problemes de salut mental rebutgen prendre la medicació quan estan als recursos residencials de violència masclista, la qual cosa dificulta treballar-hi o que compleixin les normes del recurs. Sovint, aquestes resistències tenen el seu origen en experiències traumàtiques dins de les diferents xarxes de serveis (retirada de custòdia, ingressos hospitalaris involuntaris, etc.). De vegades, no només és un rebuig al tractament farmacològic sinó a qualsevol intervenció que s'associï a l'àmbit de la salut mental. En aquest sentit, es troben paral·lelismes amb les dones que consumeixen substàncies: la por a perdre la custòdia les dissuadeix de realitzar determinades intervencions, tot i que podrien ser beneficioses per al seu procés de recuperació.
  - **Dificultats per a vincular-se als CAS i CSMA**: de vegades, sorgeixen problemes perquè les dones es vinculin als CAS o CSMA. Als primers, sobretot, perquè no volen ser etiquetades com a "consumidores"; als segons, per la saturació dels serveis, que genera que les cites siguin molt espaiades o curtes. Aquestes situacions poden acabar perjudicant l'abordatge de la situació de violència.

## Sobre les estratègies de treball en xarxa

### Barreres d'accés

- La recerca constata l'existència de barreres d'accés als **recursos de violència masclista** quan hi ha un consum actiu de substàncies o un problema greu de salut mental, especialment en els **recursos residencials**. Aquestes barreres són reconegudes pels equips professionals de les diferents xarxes de serveis.
- Tanmateix, de vegades aquestes barreres d'accés no es materialitzen d'entrada sinó més aviat a través d'**expulsions** dels recursos quan es generen conflictes de convivència amb la resta de dones de la casa, o quan el trastorn mental o el consum dificulta molt l'abordatge del cas.
- En el cas de les usuàries dels recursos de **REDAN**, es constata que la tendència més estesa és la de **no acceptar l'entrada** d'aquestes dones als recursos. En la pràctica, això suposa la **desatenció de situacions d'emergència** on existeix un risc evident. Aquest fet genera molta angoixa i estrès entre aquestes professionals, atès que són conscients que s'està avocant les dones a una situació de perill. Existeix la percepció que les REDAN s'han convertit en "apagafocs".
- Tant si la barrera d'accés es materialitza des de l'inici com si es fa efectiva a través d'una expulsió posterior, el resultat és que es genera una situació de desatenció evident, catalogada per totes les professionals com a una **violència institucional greu**. La consciència d'aquest "**buit**" en el sistema genera molt malestar entre les professionals de les diferents xarxes.
- Malgrat que existeix aquest consens, conviuen **opinions diferents respecte als motius que expliquen aquestes barreres**:
  - Les professionals dels recursos de **violència masclista** posen l'accent sobre el fet que **no disposen dels recursos humans ni els coneixements tècnics necessaris** per atendre els casos on hi ha un consum molt disruptiu o un trastorn mental sever descompensat (trastorns psicòtics, esquizoides, trastorns límits de personalitat, etc.). A més, emfasitzen que els conflictes que es generen en els recursos residencials revictimitzen força tant a les dones que són expulsades com a la resta de dones i criatures que es troben al recurs. Consideren que aquests conflictes contribueixen a generar entorns violents que dificulten els processos de recuperació de les dones. Segons aquestes professionals, cal engegar recursos d'especialització mixta o ampliar les places dels que ja existeixen, com és el cas de l'Espai Ariadna.
  - En canvi, algunes professionals de la XAD afirmen que aquestes barreres d'accés no només responen als criteris exposats a dalt. Al contrari, es tractaria de l'evidència que alguns dels perfils de població que atenen els recursos de la XAD, específicament el de **consum de llarga trajectòria** vinculat a situacions de vulnerabilitat socioeconòmica aguda, **no són una prioritat per a cap dels serveis**. En aquest sentit, se subratlla que l'estigmatització que pateixen aquestes persones es reflecteix en una desatenció de les seves necessitats i una vulneració dels seus drets.
- Una qüestió sobre la qual sí que semblaria que existeix consens és sobre el fet que la norma que prohibeix tots els consums de substàncies als recursos residencials és massa rígida. De fet, s'apunta que sovint es fa la "**vista grossa**" en aquells casos on el consum no genera problemes de convivència en el recurs. Tanmateix, des dels recursos de violència masclista es reivindica la necessitat de **disposar d'alternatives** on derivar les dones si amb el temps es veu que aquest recurs no és el més adequat per a elles.
- La tendència a fer la "vista grossa" suposa en la pràctica que l'accés i la permanència en el recurs estiguin condicionats a **criteris subjectius i no protocol·litzats**.

- En el transcurs de la recerca ha sorgit un debat sobre les barreres d'accés als serveis que es troben les dones consumidores. En alguns serveis es prohibeix el consum, sota l'argument que aquests comporten conductes disruptives i suposen una amenaça pel manteniment del clima grupal. Aquest argument associa automàticament el consum de substàncies, independentment de la substància consumida i de la tipologia de consum, a l'aparició de conductes problemàtiques. Aquest argument és qüestionat per altres aproximacions que sostenen que no tots els consums desencadenen conductes disruptives i que, conseqüentment, el criteri d'admissió i/o d'expulsió s'hauria de vincular amb el comportament de les dones, més que no pas amb si són o no consumidores. De fet, aquells serveis que estableixen com a condició per a l'admissió que les dones no consumeixin, acaben per no complir amb la seva normativa quan descobreixen que una dona perfectament integrada al seu servei és consumidora. Aquest debat obre la porta a **repensar si el criteri d'admissió i/o d'expulsió s'ha de focalitzar en si les dones consumeixen**, o si s'ha de valorar cadascun dels casos en base al comportament i la integració de la dona al servei.
- Pel que fa a l'**Espai Ariadna**, es constata que les **places disponibles no són suficients** per atendre les necessitats de tota Catalunya, especialment si es té en compte que és l'únic recurs d'especialització mixta que existeix. L'existència d'una **llista d'espera** massa llarga impedeix atendre situacions de necessitat urgent i que algunes derivacions es perdin pel camí. A més, s'ha de tenir en compte que el problema de la saturació del servei s'agreuja perquè una bona part de les unitats familiars estan més d'un any en aquest recurs arran la manca de recursos d'habitatge que facilitin la sortida, la qual cosa s'acaba traduint en un increment de temps a la llista d'espera per a la resta de dones. Per altra banda, la recerca identifica que existeix **certa confusió al voltant de les característiques i objectius d'aquest recurs**. Sembla que algunes professionals de la XAD no tenen clar que aquest és un recurs orientat a l'abstinència i que, per tant, un dels objectius de la intervenció és assolir la no consumició problemàtica de substàncies a mig i llarg termini. Aquest fet genera que es confonguin els criteris d'accés amb l'existència de barreres d'accés, una confusió que s'accentua en un context d'absència d'altres recursos residencials amb enfocament de REDAN.
- Per últim, en el cas dels **recursos ambulatoris** acostuma a passar que la barrera d'accés es canviï per l'**exigència d'estar vinculada** a un servei de la XAD o Salut Mental .

## Derivacions

- **Abast de les derivacions:**
  - Es realitzen **poques derivacions des dels recursos de la XAD als recursos de violència** masclista. Els principals motius que expliquen aquest fet són: la consciència que les dones no seran ateses si el consum continua actiu, la creença que és millor fer l'atenció directament des de la XAD i el rebuig de les dones a ser derivades, ja sigui perquè no volen abordar la situació de violència o perquè volen evitar ser estigmatitzades dins de la xarxa de violència pel fet de consumir.
  - En el cas de les derivacions des de la **xarxa de Salut Mental a la de violència masclista**, també s'afirma que **se'n realitzen poques**. Els principals motius que explicarien aquest fet és la infradetecció de les situacions de violència i el desconeixement dels serveis específics que pot oferir la xarxa de violència, a banda de l'atenció psicològica.
  - Tanmateix, també es constaten que s'efectuen **poques derivacions des dels recursos de violència a la XAD o els serveis de Salut Mental**. En el primer cas, perquè no es detecten els consums problemàtics, atès que no es disposa de prou formació sobre consums. En el segon cas, perquè la xarxa de Salut Mental està molt saturada i perquè el circuit de derivació és complex i rígid (s'ha de passar primer pel CAP, les derivacions internes són dificultoses, etc.).

- Hi ha alguns **elements que faciliten realitzar derivacions** o fer-les de manera adequada:
  - L'existència d'una **figura referent de violència masclista** dins dels recursos de la XAD o Salut Mental que participi en els circuits.
  - Realitzar un seguiment o **retorn** de la derivació.
  - **Acompanyar** la dona al servei de rebuda.
  - Derivar directament **sense haver de passar prèviament pel CAS** (en el cas de les derivacions al CSMA, aquesta opció no és possible i s'esmenta com a un element que dificulta la derivació).
- Alhora, també existeixen alguns **elements que les dificulten**:
  - Derivacions on **no es facilita tota la informació que caldria** per realitzar un bon traspàs (algunes dones que consumeixen substàncies no volen que s'informi els recursos de violència sobre el problema de consum).
  - L'exigència que sigui la dona qui hagi de **trucar directament** al recurs de violència no s'ajusta a les competències i necessitats d'algunes usuàries de la XAD.
  - El fet que moltes vegades es puguin fer derivacions fent la "**vista grossa**" sobre el consum genera processos poc transparents i excessivament dependents de criteris subjectius com a la confiança entre professionals.
  - Derivacions a **recursos inadequats** de les dones amb consums problemàtics (albergs, serveis socials d'urgència o pensions). Cap d'aquests serveis té les característiques apropiades per atendre les necessitats específiques d'aquestes dones.
  - Un qüestionament dels criteris professionals dels equips de REDAN, que fa que es posi en dubte la necessitat de realitzar una derivació davant d'un cas urgent.

## Coordinació i treball en xarxa

- La majoria de professionals defensa la **necessitat de treballar en xarxa de manera coordinada per oferir una atenció integral i de qualitat**. Aquesta necessitat existeix sempre, però és especialment significativa en el cas de les problemàtiques mixtes com les analitzades en aquesta recerca, ja que requereixen la cooperació de professionals de diferents àmbits. A més, la coordinació permet **augmentar l'eficàcia** de les intervencions perquè facilita detectar buits i duplicitats dels serveis.
- Hi ha algunes estratègies o mecanismes que **faciliten** la coordinació:
  - **Participació dels serveis de la XAD i Salut Mental en els circuits de violència masclista**, ja que permet visibilitzar aquestes problemàtiques, generar sinergies i establir conjuntament certs aspectes clau per al treball en xarxa (per exemple, decidir qui serà la persona referent del cas).
  - **Participació en les comissions de casos dels circuits**, per traçar plans d'intervenció integrals i de manera coordinada entre serveis. Tot i que és un model de coordinació i treball en xarxa que requereix temps i implicació professional, es considera que és el més adequat. Aquesta estratègia pot anar acompanyada de la utilització de **fitxes de treball conjunt** que facilitin la sistematització de la informació.
  - **Generació d'espais de coordinació bilateral de manera periòdica** (per exemple, de manera mensual o trimestral).
- Per altra banda, també hi ha un seguit d'elements associats als serveis que **difículten** la coordinació i el treball en xarxa:
  - **La manca de formació dels equips professionals** en àmbits d'intervenció diferents de l'específic del servei genera que els recursos facin intervencions que entren en conflicte entre elles o no ofereixin a la dona una atenció integral.
  - En alguns casos, es deriven casos a la XAD però no es planteja un treball conjunt, sinó simplement el **traspàs del cas**. Aquesta focalització en la problemàtica de consum és un exemple de com l'estigma de "consumidora" eclipsa la problemàtica de la violència i contribueix a invisibilitzar-la.

- De vegades, existeixen traves o **impediments institucionals** que condicionen la participació dels recursos de la XAD en els circuits de violència masclista.
- La **manca de temps i espais definits** per a la coordinació és un dels aspectes que més la dificulten. Les agendes dels equips professionals estan tan saturades que és difícil convocar reunions o, fins i tot, contactar via telefònica o per email. Aquesta problemàtica sembla que afectaria especialment als equips professionals de Salut Mental.
- De vegades, **no es realitza el retorn de la derivació**, la qual cosa dificulta dur a terme el seguiment del cas i consensuar la pertinència de les intervencions que es plantegin.
- Alguns **REDAN no participen en els circuits de violència**, la qual cosa accentua encara més la seva invisibilització o "aïllament".
- Algunes professionals senten que ells **critèris tècnics que proposen són qüestionats** per professionals d'altres àmbits. Aquesta sensació la tenen especialment les professionals de violència masclista i les de REDAN.
- Per treballar en xarxa cal **conèixer bé els serveis que existeixen**. En el cas de la xarxa de violències masclistes, s'afirma que s'associa en excés només a l'atenció psicològica.
- De vegades, **els casos es coordinen quan els i els professionals es coneixen i/o tenen una relació de confiança**. Les rotacions de professionals o la inexistència d'aquest vincle fan que aquest sistema constitueixi una amenaça a l'hora de proporcionar una atenció adient.
- De vegades, **la informació que es transfereix és insuficient** per a conèixer quin tipus d'abordatge està fent cada recurs, una qüestió necessària per a articular el treball en xarxa. Aquesta situació es donaria especialment en el cas de les coordinacions amb els equips de Salut Mental -de per si escasses. S'explica que la llei de protecció de dades podria ser el motiu principal pel qual no es fa transferència d'informació des dels serveis de Salut Mental.

## 8. Propostes

### Formació i sensibilització

- Realitzar formacions específiques amb els perfils professionals de l'àmbit de la psicologia i la psiquiatria sobre introducció de la perspectiva de gènere en la mirada i pràctica clínica, tant a la XAD com a Salut Mental.
- Reforçar la formació sobre salut mental i consums a les persones professionals dels serveis especialitzats en violències masclistes per millorar la detecció i atenció dels casos de problemàtiques múltiples.

### Detecció i atenció

- Reforçar la línia de treball iniciada en alguns CAS per a millorar la detecció a través dels homes i contacte i derivació de les dones als recursos de violència masclista.
- Revisar els protocols de cribatge i annexar una guia de bones pràctiques o estratègies que faciliti la seva aplicació adequada (recomanacions sobre quins són els moments adequats per a realitzar les preguntes, aspectes a tenir en compte per formular les preguntes de manera càlida i no intrusiva, etc.).
- Estendre l'ús de l'eina del cribatge o d'altres eines de detecció a tots els serveis de la XAD i Salut Mental i a tots els perfils professionals. Alguns serveis no compten amb eines de detecció ni de valoració del risc sistematitzades, de manera que en aquests serveis es dona un ampli marge d'interpretació del o la professional en cada cas, que no necessàriament compta amb formació especialitzada. Es recomana estendre l'ús d'eines de detecció que es considerin oportunes per a cada servei entre aquells que no n'utilitzen i entre aquells que les utilitzen de forma irregular, per tal de reduir el marge d'interpretació dels professionals. Alhora, es recomana que es revisi l'aplicació del cribatge perquè no siguin només les figures referents de l'àmbit del treball social les que l'apliquin.
- Donar continuïtat i reforçar els espais d'atenció grupal amb dones en situació de violència masclista i amb consums problemàtics, atès que es constata que és una bona pràctica tant per a la detecció com per a l'atenció de les situacions de violència masclista.
- Augmentar les places dels serveis de suport a la parentalitat per a dones amb fills i/o filles en situació de violència i amb problemàtiques de salut mental i/o consums problemàtics.

### Coordinació i treball en xarxa

- Agilitzar la derivació dels recursos de violència masclista als serveis de Salut Mental (derivació directa des dels recursos de violència masclista, eliminació dels obstacles de derivació interna entre diferents CSMA per atendre usuàries dels recursos residencials de violència masclista, etc.).
- Flexibilitzar la normativa d'alguns recursos de violència masclista sobre l'obligació que sigui la dona qui truqui directament, per tal de garantir que aquest criteri no suposa de facto una barrera per a cap perfil de dones, especialment aquelles amb consums problemàtics i/o problemes de salut mental.



- Brindar informació clara i específica al personal dels diferents serveis sobre les obligacions i el funcionament de les polítiques de protecció de dades, per tal de resoldre la tensió entre la confidencialitat i traspàs d'informació. En aquest sentit, s'ha de donar a conèixer el capítol específic sobre protecció de dades del [Protocol Marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista](#), atès que aquesta qüestió està envolta de força confusió en l'actualitat.
- Ampliar el temps de coordinació amb la resta de serveis del qual disposen els i les professionals dels serveis de Salut Mental.
- Impulsar que s'incorporin perfils professionals de l'àmbit de la psiquiatria als circuits territorials de violència masclista i a les comissions de seguiment casos.
- Reforçar la participació dels recursos de REDAN en els circuits territorials de violència masclista, per tal d'augmentar la seva visibilitat en la xarxa de serveis, facilitar la coordinació amb els recursos de violència masclista i contribuir a la extensió de la perspectiva de REDAN.
- Crear espais de comunicació bilateral o trilaterals entre els diferents serveis ambulatoris i residencials de violència masclista i els recursos de la XAD i Salut Mental. Es tractaria de reunions periòdiques on es podrien expressar i discutir les problemàtiques amb què es troben les diferents professionals de la xarxa, per tal de millorar la coordinació entre serveis i establir plans de treball conjunts per als casos abordats per diferents serveis alhora. A banda de l'abordatge dels casos concrets, aquests espais també podrien tenir com a un dels seus objectius que cada servei doni a conèixer a la resta la seva mecànica i principis d'intervenció i quina és la seva política en relació amb l'admissió de dones consumidores i /o amb problemes de salut mental.
- Establir línies de treball paral·leles que tinguin per objectiu garantir l'accés de les dones en situació de violència masclista i consum problemàtic i/o problemes de salut mental als recursos específics de violència, a curt i mig termini:
  - Obertura d'un recurs d'especialització mixte en les tres problemàtiques on s'apliqui la perspectiva de REDAN i hi hagi especialistes en patologia dual. En concret, les persones que han participat en la recerca proposen que sigui un recurs coordinat per professionals de REDAM.
  - Ampliar les places d'Espai Ariadna.
  - Flexibilitzar les normes d'accés als recursos de violència masclista, especialment la que fa referència a la prohibició de consum de substàncies.
- Estendre el model de fitxa de treball coordinat que s'està utilitzant en alguns territoris (per exemple, El Prat de Llobregat), el qual facilita, d'una banda, la millora de les derivacions (superació d'obstacles vinculats a la protecció de dades, millor traspàs i retorn de la informació, etc.) i, de l'altra, la realització del treball en xarxa i l'establiment d'un pla de treball pautat pels diferents serveis que intervenen en el cas.
- Reforçar el compromís institucional de les diferents xarxes de serveis respecte a la coordinació i treball en xarxa, a través d'un reconeixement de les tasques professionals que comporta, i respecte a l'avanç cap a un model d'atenció més integral, que reconegui la importància del treball en xarxa i l'abordatge no fragmentat del cas o la problemàtica específica.

## Bibliografia

- Balash, M., Caussa, A., Faucha, M. & Casado, J. (2016). L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya 2016. Barcelona: Apunts. Recuperat de: <http://www.spora.ws/wp-content/uploads/2017/03/2016.-Cat.-Estigma-a-Catalunya.pdf>
- Becerra, C., Ramírez, A. G. & Zárate, C. (2014). El estigma de ser mujer. En Trujillo, M. & López, V. (Coord.), *Un Mar de Ideas creando Olas de Conocimiento* (pp. 165-170). Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México: Editorial Panorama. Recuperat de: <https://www.expciencias.net/assets/2014-un-mar-de-ideas.pdf#page=182>
- Cantos, R. (2016). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. España: Fundación Atenea. Recuperat de: <https://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2017/02/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Cantos, R. & Molina, C. (2017). *Frente al espejo. Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género*. España: Fundación Atenea. Recuperat de: <https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Cantos-R-y-Molina-C-2017-Frente-al-espejo.pdf>
- Castaño, V. & Martínez, I. (2009). *La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres*. España: Fundación Atenea. Recuperat de: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/216.pdf>
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. & Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperat de: [https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Intervencion\\_en\\_drogodependencias\\_con\\_enfoque\\_gen.pdf](https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Intervencion_en_drogodependencias_con_enfoque_gen.pdf)
- Farapi Antropologia Aplikatua. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperat de: <https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/drogas-y-violencia-de-genero.pdf>
- García, A. (2017). *Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental: Guía*. Álava: Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFE). Recuperat de: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf>
- Generalitat de Catalunya. (18 de maig del 2016). *Acolliment i recuperació*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Recuperat el 16 de juliol del 2020 de: [https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits\\_tematicos/families/violencia\\_masclista/xarxa-datencio-i-recuperacio-integral-/serveis-dacolliment-substitutori-de-la-llar/](https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/families/violencia_masclista/xarxa-datencio-i-recuperacio-integral-/serveis-dacolliment-substitutori-de-la-llar/)
- Generalitat de Catalunya. (30 de març del 2017). *Xarxa de recursos assistencials*. Drogues. Recuperat el 16 de juliol del 2020 de: [http://drogues.gencat.cat/ca/professionals/tractament/xarxa\\_de\\_recursos\\_assistencials/index.html](http://drogues.gencat.cat/ca/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/index.html)
- Generalitat de Catalunya. (18 de desembre del 2019). *Serveis i oficines d'informació i atenció a les dones*. Institut Català de les Dones. Recuperat el 16 de juliol del 2020 de: [http://dones.gencat.cat/ca/ambits/Serveis-recursos-i-formacio/atencio\\_dones/mapa\\_siad/](http://dones.gencat.cat/ca/ambits/Serveis-recursos-i-formacio/atencio_dones/mapa_siad/)
- Generalitat de Catalunya. (10 de febrer del 2020). *Atenció a la salut mental i addiccions*. CatSalut. Servei Català de la Salut. Recuperat el 16 de juliol del 2020 de: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>
- Irdia, (2018). *Violència institucional i revictimització en el sistema judicial i de denúncia de violències sexuals*. Barcelona: Irdia i Ajuntament de Barcelona. Recuperat de: [https://iridia.cat/wp-content/uploads/2019/01/Violencia-despres-de-la-violencia\\_WEB\\_Mod21-01-2019-2.pdf](https://iridia.cat/wp-content/uploads/2019/01/Violencia-despres-de-la-violencia_WEB_Mod21-01-2019-2.pdf)

- Martínez, P. (2009). Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD).
- Martínez, P. (2019). Uso de drogas, adicciones y violencia desde perspectiva de género. *Infonova Revista profesional y académica sobre adicciones*, 35, pp. 23-34.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2019). *Informe 2019: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Recuperat de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OED-A-INFORME.pdf>
- Ponce, A., Gelschläger, H., Ginés, O. & Plaza, M. (2013). *Violència contra la parella i consum de substàncies: Revisió i model integrador*. Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències, Departament de Salut.
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37, pp. 275-281. Recuperat de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam144a.pdf>
- Red2Red Consultores. (2015). *Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma*. España: Confederación Salud Mental España. Recuperat de: <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Spora Sinergies. (2017). *Avaluació del Circuit Barcelona contra la Violència Masclista. Document de resultats i línies de millora*. Barcelona: Àrea Drets de Ciutadania, Participació i Transparència, Direcció de Feminismes i LGTBI. Recuperat de: [https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/avaluacio\\_circuit\\_barcelona\\_contra\\_violencia\\_masclista.pdf](https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/avaluacio_circuit_barcelona_contra_violencia_masclista.pdf)
- Valls, E., Geldschläger, H. & La Farga, S. (2013). *Violència contra la parella i consum de substàncies. Guia per a professionals de la XAD*. Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències, Departament de Salut. Recuperat de: [https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/00\\_84\\_GUIA\\_VCP\\_PROFESSIONALS-1.pdf](https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/00_84_GUIA_VCP_PROFESSIONALS-1.pdf)