

Projecte europeu REVIVAL: noves propostes formatives en entorns sanitaris per a un tractament sostenible i segur de la violència masclista

Pilar Escotorin Soza, Marc Brundelius, Robert Roche Olivar

Laboratori d'Investigació Prosocial Aplicada (LIPA) vinculat al Grup de Recerca Consolidat (GRC) Neuroimagen, Personalidad, Prevención, Tratamiento en Psicología Clínica y de la Salud (PsicoClisa). Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducció

A molts professionals de l'àmbit sanitari els toca tractar amb freqüència casos de dones víctimes i supervivents de violència masclista (VM). Tot i els protocols oficials establerts en la legislació actual, no sempre se senten adequadament preparats per tractar un fenomen tan complex, que té tantes variables involucrades.

La VM és un fenomen que forma part d'un sistema patriarcal; per tant, la seva naturalesa cultural el converteix en un fenomen transformable¹. Malgrat això, en existir tantes variables vinculades i múltiples causes, el tractament es fa més complex, atès que per generar intervencions eficaces i sostenibles es necessita implicar les diferents poblacions afectades per aquesta violència, com són fills i filles i agressors, i també alinear en un tractament del fenomen als propis professionals sanitaris, agents educatius, policials, judicials, socials i culturals.

A mesura que evolucionen els protocols de les sales d'emergències per al tractament i la comunicació amb les dones víctimes de violència a Europa, es va preparant i aconsellant professionals de la medicina i d'infermeria, però també de la psicologia, treball social, personal legal i policial sobre aquest tema².

En el projecte europeu REVIVAL (2018-2019), els mesos de novembre i desembre de 2018 es va realitzar a Barcelona un curs amb múltiples actors i multidisciplinari en què van participar voluntàriament en la fase formativa de diagnòstic 53 persones provinents de Catalunya i Andorra de diferents professions sanitàries, socials i policials. Les participants, majoritàriament dones (51) amb diferents nivells d'expertesa i experiència en el treball amb VM, van provenir de 10 hospitals diferents del territori, forces po-

licials, 10 tipus diferents de centres sanitaris, ajuntaments, ONG i entitats socials i educatives especialitzades en VM.

Barreres, dificultats i impacte en la vida personal

Es va oferir un espai formatiu gratuït, finançat per la Unió Europea, de 40 hores, de convocatòria pública, al qual van sol·licitar participar més de 100 professionals del territori. Com que és un curs pilot amb places limitades, no va ser possible incloure totes les persones interessades. El criteri de selecció va ser l'ordre d'arribada i la vinculació professional amb la VM. Es va proposar un model de formació "amb" experts (<https://youtu.be/boZAqwqNAUo>), alineat amb la necessitat de promoure enfocaments de tractament de la VM amb un sistema proactiu, preventiu i comunitari¹.

Centrant-nos exclusivament en el personal sanitari participant (41 participants: medicina, infermeria, psicologia i treball social en centres sanitaris), es va poder constatar el que la literatura científica també revela: que treballar amb víctimes de VM impacta en la vida personal dels professionals. Només 4 participants del curs van indicar que "gairebé mai" els impactava i ningú va indicar que sigui un fenomen que "mai" els impactés.

Assumir professionalment el tractament de la VM no és innocu per als professionals de la salut. Hi ha riscos, com la contaminació psíquica, la identificació excessiva o un maneig inadequat de la frustració o l'esgotament, entre d'altres¹. Tots aquests elements s'han de tenir en compte a l'hora de generar espais formatius que facilitin més identificació i gestió de casos.

D'aquest grup, 21 persones no tenien en el seu lloc de treball cap activitat formal d'autocura. Per a 20 de les professionals sanitàries consultades, l'eina més útil d'autocura que els ofereix el seu treball són les sessions específiques per discutir casos i 11 professionals van indicar que realitzen activitats recreatives fora de l'horari laboral, propiciades pel seu entorn laboral. Hi havia altres espais d'autocura formals, propiciats per les entitats sanitàries en la mostra consultada, però de manera més minoritària: rotació laboral, que inclou funcions i responsabilitats (1), vacances preventives (3), suport extern

Correspondència: Pilar Escotorin Soza
Laboratori d'Investigació Prosocial Aplicada (LIPA)
Universitat Autònoma de Barcelona
Tel. 935 814 443
Adreça electrònica: pilar.escotorin@uab.cat
Pàgines web: <http://lipa-net.org> - <http://www.uab.cat/>

de professionals (7) i participació en tallers per manejar l'estrès a la feina (9).

Com a part d'un procés de diagnòstic participatiu es va realitzar una pregunta visualitzada: "Quin coneixement i quines eines personals o professionals m'ajudarien en el meu treball amb dones sobrevivents de la VM?". L'objectiu era identificar les principals dificultats comunes per a tots els participants i categoritzar-les en un mapa global interrelacionat. Les respostes dels participants es van agrupar en 12 macrocategories i es van identificar com a prioritats la necessitat de: 1) comptar amb més recursos psicològics i clínics, 2) d'autocura; 3) més recursos de comunicació interpersonal, 4a) i d'empatia per connectar amb la dona; 4b) més recursos per innovar en el funcionament actual del sistema (millorar la qualitat de les xarxes, coneixement de protocols, espais d'intercanvi amb altres professionals); 5) més recursos per tractar les diferències culturals; 6a) més coneixement de temes jurídics; 6b) millor coneixement de la xarxa; 7) més recursos tècnics; 8) millorar l'experiència pràctica; 9) augmentar la comprensió del fenomen de la VM; 10) conèixer més eines d'intervenció amb la dona; 11) conèixer eines de prevenció i educació per al canvi cultural i 12) desenvolupar més habilitats intra/interpersonals i professionals.

Malgrat que aquest grup consultat tenia característiques que el poden definir com un grup de professionals sensibilitzats pel que fa al fenomen de la VM, així i tot, cal destacar que el 13% "mai" preguntava als seus pacients si eren víctimes de violència, el 25% no ho preguntava "gairebé mai", el 35% ho preguntava "a vegades", el 12% ho preguntava "gairebé sempre" i només el 15% ho preguntava "sempre".

Atendre les dones víctimes de violència en el seu primer contacte amb els serveis de salut

La literatura científica ho constata: els professionals de la medicina i altres disciplines de salut no sempre pregunten als seus pacients si són víctimes de la VM per múltiples motius; n'hi ha que se senten aclaparats, obliden preguntar-ho o bé tenen por d'obrir una mena de caixa de Pandora en què s'activen elements que després no es puguin gestionar¹.

Les dades de Catalunya, en contrast amb les d'altres socis participants en el projecte europeu REVIVAL (Sofia a Bulgària; Caserta i Nàpols a Itàlia), indiquen que, comparativament, a Catalunya s'ha avançat però, tot i els avenços legals, de sensibilització, formació i millora dels protocols d'actuació i atenció de dones supervivents de VM a Catalunya, encara hi ha una enorme diferència entre el nombre de casos detectats i el nombre de casos estimats. A Catalunya només s'arriba a atendre el 7% de les dones que s'estima que viuen en situació de violència. El conjunt de la Xarxa d'Atenció i Recuperaçió Integral (que inclou els serveis i oficines d'atenció a les dones, SIAD) arriba a atendre l'11% dels casos³.

Diversos projectes en diferents països europeus estan ajudant a implementar nous conceptes de com atendre

les dones víctimes de violència en el seu primer contacte amb els serveis de salut quan busquen ajuda en els serveis d'emergència dels hospitals. La comunicació interpersonal del personal de salut amb aquestes dones s'emfatitza com un element crucial².

Combatre el fenomen únicament des de l'àmbit sanitari difícilment oferirà alternatives de solució sostenibles si no es busca el suport d'altres perspectives professionals. Es requereixen espais interdisciplinaris de confiança, on es comparteixin els limitats recursos existents i on els professionals puguin buscar suport i ajuda d'altres per superar les seves pròpies dificultats.

Una mirada interdisciplinària i prosocial és clau perquè s'aculli la complexitat de la situació de la dona, però també la pròpia complexitat psicològica del personal sanitari que l'atén.

Tractament prosocial

Un tractament prosocial de l'atenció a una pacient que viu en situació de VM vol dir propiciar una intervenció que promogui l'apoderament, considerant el moment actual físic, psicològic, social i cultural tant de la dona com de qui l'atén. El professional sanitari no és una persona lliure de prejudicis. Una mirada optimitzadora cap a la dona és bàsica per a la generació d'una relació de confiança. I la mirada, al seu torn, reflecteix pensaments i emocions. Es tracta, doncs, de facilitar els espais formatius adequats per tal que els professionals entrenin la seva mirada cap a la dona, connectin millor amb elles des de la seva perspectiva i siguin més conscients dels propis límits. La pregunta no és llavors, quines eines són les que serveixen, sinó des d'on es volen aplicar les eines.

Un tractament de la VM des de la prosocialitat significa entrenar una mirada horitzontal, de valoració de la dignitat de la dona sense menystenir, sense prejutjar, sense culpabilitzar. Aquesta mirada horitzontal no és automàtica, però es pot entrenar. Aquest va ser un dels desafiaments del curs REVIVAL a Barcelona.

La qualitat prosocial en l'atenció sanitària implicaria (a més d'atendre les dones complint els requeriments obligatoris dels protocols i les lleis de cada país) anar més enllà de les obligacions legals, per construir relacions de confiança i potenciar, d'aquesta manera, la creativitat, l'autoestima i la identitat de les pròpies víctimes, perquè (en la mesura del possible) siguin elles les qui activin els seus propis recursos de supervivència i es generi una relació professional sanitari-pacient horitzontal, que no prejutgi, ni etiqueti, ni involuntàriament generi una segona victimització de la dona.

Innovar per optimitzar la qualitat de les intervencions

En la fase actual del projecte REVIVAL (que finalitza el desembre de 2019) continuen participant professionals sa-

nitari i no sanitari, que han realitzat la formació/entrenament i que han dissenyat com a resultat del curs 3 projectes d'intervenció sobre innovació en serveis i espais de millora de la qualitat de la xarxa de treball professional, 5 projectes d'innovació en models de formació per al tractament professional de la VM, 9 projectes sobre la innovació d'espais, eines per al treball amb dones i nous serveis d'atenció a la víctima i 5 projectes de creació o adaptació dels protocols existents.

Dins dels beneficis identificats per les participants d'aquesta formació, on els participants van tenir un paper d'experts actius i de coconstrucció dels resultats, van destacar els nous aprenentatges (“M'emporto el nom d'alguns recursos que no coneixia” [psicòloga, hospital públic]; “Gràcies pel descobriment de la gran importància de la prosocialitat com a enfocament d'intervenció final, però, sobretot, preventiu” [metge, CatSalut]; “El report psicològic és una nova eina que portaré al meu servei” [psicòloga, atenció a la víctima]; “Vaig rebre una cura d'humilitat gràcies a les ponències del tema transcultural /.../. M'adono que ho sabia, però que no ho tenia integrat” [psiquiatre, hospital públic]); els avantatges de conèixer i interactuar informalment amb altres serveis (“El que més m'ha agradat és el contacte amb altres ambients” [metge, atenció primària]; “Agraeixo aquesta oportunitat de conèixer altres serveis, altres formes d'actuar. M'han regalat molta informació. M'agradaria que ens coordinéssim més i compartíssim més informació” [infermera, servei urgències, hospital públic]); el valor d'aprendre a valorar la feina que fan altres professionals (“M'emporto la passió amb què tots esteu treballant” [infermera, CatSalut]; “He après molt sobre les xarxes que podem utilitzar, i tenir contacte amb altres professionals, amb mossos, administratius, treballadors socials. La seva missió és importantíssima, ens enriqueix a tots en el nostre àmbit. Ha estat molt bonic” [infermera, centre d'atenció primària]); treballar amb altres metodologies més actives i participatives (“A poc a poc, sense adonar-nos-en, hem fet un procés junts de transformació, i això és preciós” [metge, GenCat]; “Em va agradar molt aquest aspecte dinàmic, d'intercanvi” [psicòloga, hospital públic]); sentir el suport d'altres professionals (“S'agraeix veure tants professionals treballant el mateix tema” [metge, atenció primària]); tenir espais per fer una revisió personal (“M'emporto una obertura de ment” [psicòloga, hospital públic]; “He après coses de mi mateixa i coses que puc millorar” [psicòloga, atenció a la víctima]); i l'augment de la motivació per seguir endavant (“M'emporto l'entusiasme, les ganes, la resiliència. Crec que m'ha ajudat molt a l'hora de continuar treballant, escoltant” [metge del treball, GenCat]).

Conclusions: nous models formatius per tractar un problema complex

L'experiència de REVIVAL a Catalunya evidencia els elements que reporten les investigacions. Es confirma la importància que els equips multidisciplinaris abordin el problema de la VM i es ratifica la rellevància d'incloure en el currículum de disciplines com medicina, infermeria i altres professions de salut pública, capacitació específica sobre com prevenir, detectar i tractar les víctimes de VM.

Assumir el repte de la detecció de casos de VM requereix una mirada complexa, que juntament amb innovació estructural en el sistema, ofereixi espais formatius interdisciplinaris acreditats en les respectives branques professionals. REVIVAL va generar un model formatiu participatiu que va dotar els professionals de més espais d'intercanvi, de contrast d'informació i estratègies per al tractament de casos complexos, va generar noves xarxes de suport social, —afavorint una revisió i discussió de l'aplicabilitat dels protocols i les teories proposades—, va iniciar debats sobre la millora de l'eficiència dels recursos existents i va posar sobre la taula les llums i les ombres dels procediments.

En definitiva, el pilot formatiu de REVIVAL està generant teoria i noves eines amb els propis experts participants, creant un “centre de confiança” entre professionals que treballen en el tractament de la VM.

La proposta és innovar en l'oferta formativa en funció d'un tractament més complex del fenomen, fent un pas més enllà de les fronteres formatives de les pròpies especialitats i entitats. Cal reforçar la qualitat de la col·laboració interprofessional, sense pretendre donar les respostes, sinó simplement posant en joc i en relació els recursos que ja existeixen.

Per comprendre des de la perspectiva de la dona i posar-se veritablement en la seva pell, cal evitar reproduir receptes i obrir-se a construir juntament amb les dones, com expertes en la seva vida i en la seva història, intervencions sostenibles i segures.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Rojas K. La violencia de género desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud. Estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. [Tesi doctoral]. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2014.
2. Roche R, Brundelius M, Escotorin M. What the scientific community says about good practices and new lines of intervention. Suggestions for a local action plan. 2018. Report WP2 State of the Art REVIVAL project. Consultable a: Archivo del proyecto REVIVAL (Right Environment To Protect Women Victims of Violence at Each Level - REVIVAL Grant Agreement number 776629 – SDO –), plataforma interna del projecte europeu.
3. Faura R, dir. Avaluació del Circuit Barcelona contra la violència masclista. Document de resultats i línies de millora. [Internet] Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona; 2017. Consultable a: http://ajuntament.barcelona.cat/bcnantimasclista/sites/default/files/avaluacio_circuit_acc.pdf. Accés: març de 2018.