

*Consell
Valencià
de Col·legis
de Farmacèutics*

PROYECTO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN FARMACIA COMUNITARIA

Grupo de trabajo:

Farmacia comunitaria en el ámbito de la violencia de género.

Enero 2019

Este documento ha sido elaborado, a instancias de la comisión de violencia de género del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos y de los presidentes de los Ilustres Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Alicante y de Castellón, por el Grupo de Trabajo integrado por farmacéuticos y trabajando en un modelo de consenso con distintas asociaciones de Violencia de género.

COMISIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO

Jaime Giner. Presidente del MICOF

Vicente Colomer. Secretario y Vocal de Farmacia Comunitaria del MICOF.

M^a Teresa Torres. Farmacéutica comunitaria. Vocal de Asociaciones de la Junta del MICOF.

M^a Luisa Giménez Gaude. Farmacéutica comunitaria. Vocal de Junta del MICOF.

Esther Desirée Ruiz González. Farmacéutica comunitaria. Miembro de SEFAC.

COF DE ALICANTE.

Fe M^a Ballesteros. Presidenta del COFA

ICOF DE CASTELLÓN.

Sergio Marcos. Presidente del ICOCS

COORDINADOR/A DEL DOCUMENTO TÉCNICO.

Cecilia Gómez Santos. Coordinadora de Proyectos, Servicios Profesionales y Formación del MICOF.

AUTORES DEL DOCUMENTO TÉCNICO

Cecilia Gómez Santos. Doctora en Farmacia. Coordinadora de Proyectos, Servicios Profesionales y Formación del MICOF.

María Gil Peinado. Licenciada en Farmacia. Departamento de CIM y Atención Farmacéutica.

Cristina Fernández Coret. Licenciada en Farmacia. Departamento de CIM y Atención Farmacéutica.

Vicente Colomer Molina. Secretario y Vocal de Farmacia Comunitaria del MICOF.

ASOCIACIONES Y ENTIDADES COLABORADORAS:



ÍNDICE

PRESENTACIÓN. VIOLENCIA DE GÉNERO, FARMACIA COMUNITARIA Y CVCOF

SECCIÓN 1. CONCEPTOS GENERALES EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y MARCO CONTEXTUAL

- Violencia de género: conceptos generales
- Causas y factores que influyen en la violencia de género
- Consecuencias para la salud
- Prevalencia y situación actual de la violencia de género en la Comunitat Valenciana

SECCIÓN 2. VIOLENCIA DE GÉNERO Y FARMACIA COMUNITARIA

- Papel del profesional de salud en materia de violencia de género
 - Funciones del profesional sanitario en la detección y prevención secundaria de la violencia de género
 - Dificultades del profesional sanitario para detectar violencia de género
- Instrumentos para la detección y el diagnóstico de la violencia de género
- Necesidad de la farmacia comunitaria en la detección de la violencia de género

SECCIÓN 3. PROPUESTA DE CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN FARMACIA COMUNITARIA

- Sensibilización y pautas generales de actuación en farmacia comunitaria
- Capacitación del farmacéutico y certificación de la farmacia adherida
- Cribado de violencia de género en Farmacia comunitaria

PRESENTACIÓN. VIOLENCIA DE GÉNERO, FARMACIA COMUNITARIA Y CVCOF

El Pacto de Estado contra la Violencia de Género está a la búsqueda de lugares alternativos alejados de lo policial y de lo judicial, como las farmacias, espacios discretos donde hay más confianza. Desde hace tiempo, los farmacéuticos vienen ayudando de forma extraoficial en la lucha contra el maltrato y en 2014, se firmó un convenio para el desarrollo de campañas de prevención y sensibilización. El farmacéutico está en contacto directo con más de 2,3 millones de personas que pasan por las 22.000 Farmacias comunitarias de España y aporta, profesionalidad, cercanía y confianza, algo esencial para detectar posibles víctimas y, con un plus de sensibilidad, ya que el 73% son mujeres. La figura del farmacéutico como agente detector de la violencia machista, es una de las medidas que recoge el Pacto de Estado contra la Violencia de Género, en las medidas 54 y 55 del Pacto. El convenio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, incluye tres líneas de actuación, la formación de los farmacéuticos, la elaboración de un protocolo de actuación y el desarrollo de campañas de sensibilización e información.

Con esta acción, el Consell Valencià de Col·legis de Farmacèutis (CVCOF) ha iniciado una serie de actuaciones, dirigidas a farmacéuticos, con el objetivo de dotarles de herramientas que les ayuden a detectar y saber actuar en casos de violencia de género. Tras la II Jornada 'Violencia de Género. Causas, tipos, consecuencias y recursos', en colaboración con el Ayuntamiento de València se vio la idoneidad, tras solicitud de los colegiados, de trabajar en unas pautas de actuación en la Farmacia comunitaria, cuando se detecten o se sospechen posibles casos de Violencia de Género.

El CVCOF, como consecuencia, ha elaborado este documento sobre **Pautas de actuación contra la Violencia de Género en la farmacia comunitaria**, y un proyecto piloto mediante cribado, con un protocolo adaptado del que actualmente se utiliza para Atención primaria y especializada de la Generalitat Valenciana (GVA) para la detección de violencia.

SECCIÓN 1. CONCEPTOS GENERALES EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y MARCO CONTEXTUAL

VIOLENCIA DE GÉNERO: CONCEPTOS GENERALES

Violencia de género: «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada».

Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993

La violencia de género es la manifestación más dramática de las desigualdades existentes entre las mujeres y los hombres. La ONU la considera la primera causa de mortalidad, a nivel mundial, de las mujeres entre 18 y 45 años (1) y la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas” (2).

Según la OMS, las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física, psíquica y/o sexual de pareja o por terceras personas en algún momento de su vida (3).

Los tipos de violencia de género más habituales son los siguientes (4).

Física: es aquella que puede ser percibida objetivamente, que deja más huellas externas. Se refiere a empujones, mordiscos, patadas, puñetazos, etc., causados con las manos o algún objeto o arma. Es la más visible, y por tanto facilita la toma de conciencia de la víctima, pero también ha supuesto que sea la más reconocida social y jurídicamente.

Psicológica: aparece inevitablemente siempre que hay otro tipo de violencia. Supone amenazas, insultos, humillaciones, desprecio hacia la mujer por la condición de ser mujer, desvalorizando su trabajo, sus opiniones, etc., Implica una manipulación en la que incluso la indiferencia o el silencio provocan en ella sentimientos de culpa e indefensión, incrementando el control y la dominación del agresor.

Económica: el agresor hace lo posible por controlar el acceso y/o uso del dinero.

Social: el agresor limita los contactos sociales y familiares de su pareja, aislándola de su entorno y limitando así un apoyo externo importantísimo en estos casos.

Sexual: se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que pretenden imponer una relación sexual no deseada mediante coacción, intimidación o indefensión.

CAUSAS Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos. La violencia contra las mujeres es estructural. La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo ⁽⁵⁾.

La violencia contra las mujeres es además instrumental. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado, requiere de algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio. La violencia de género más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social.

Actualmente existe una menor tolerancia social hacia la violencia. Sin embargo, demasiadas mujeres todavía soportan un alto grado de violencia, tanto en sus relaciones de pareja como fuera de ellas. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos. En definitiva, el factor principal de riesgo para la violencia contra las mujeres es, precisamente, el hecho de ser mujer ⁽⁵⁾.

La violencia puede agravarse según aumenta la dependencia económica de las mujeres, así como por la pérdida del papel tradicional de “cabeza de familia” en los hombres en paro de larga duración ⁽⁶⁾.

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

Las consecuencias de la violencia no son sólo físicas y en gran medida, sufren abusos psicológicos y sexuales; Presentan más problemas crónicos de salud y todo ello repercute, directamente y de manera negativa, sobre la salud de quién lo sufre y de sus familias. Las consecuencias en la salud pueden ser las siguientes ⁽⁵⁾:

CONSECUENCIAS FATALES

- Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad
- Deterioro funcional
- Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefaleas)
- Peor salud

CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD

- Dolor crónico
- Síndrome del intestino irritable
- Otros trastornos gastrointestinales
- Quejas somáticas

CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado...
- Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer...

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA

- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos del sueño
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Intento de suicidio
- Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos

CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL

- Aislamiento social
- Pérdida de empleo
- Absentismo laboral
- Disminución del número de días de vida saludable

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral
- Sentimientos de amenaza
- Dificultades de aprendizaje y socialización
- Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
- Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre
- Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia
- La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella

PREVALENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNITAT VALENCIANA

El Instituto de la Mujer realizó una encuesta transversal sobre una muestra representativa y la prevalencia de mujeres maltratadas en España (según indicadores objetivos de maltrato) en el año 1999, fue del 12,4%, del 11,1% en el año 2002 y del 9,6% en el año 2006. La prevalencia fue mayor en el grupo de edad de 45 a 64 años (15,6% en el año 1999, 15,1% en el año 2002 y 12% en el año 2006) y menor en las mujeres de más de 65 años (9%, 8,2% y 6,9%, en el año 1999, 2002 y 2006, respectivamente) ⁽⁷⁾.



Fuente: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

En la actualidad, la Comunitat Valenciana tiene una tasa de 22,14 por cada 10.000 mujeres y un total de 5.568 víctimas en el segundo trimestre de 2018, sólo por detrás de Baleares y por encima de la media nacional, que fue del 16,89. Esto supone un incremento interanual del 4,3% en el número víctimas con respecto a 2017. Estos datos constan en el último informe del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género y han sido difundidos por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana ⁽⁸⁾.

LA COMUNITAT VALENCIANA ES LA SEGUNDA REGIÓN CON MÁS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA según el informe del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género ⁽⁸⁾

SECCIÓN 2. VIOLENCIA DE GÉNERO Y FARMACIA COMUNITARIA

PAPEL DEL PROFESIONAL SANITARIO EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Por todo lo comentado previamente, en 1998, la OMS la declaró prioridad internacional para los servicios sanitarios, consciente del importante papel que desempeñan los profesionales de la salud en su detección, mucho más en el ámbito de la Atención Primaria, ya que, tiene un papel relevante en el abordaje de este problema, y sus profesionales están bien situados para detectar precozmente la violencia de género, ya que, la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden con más frecuencia a los servicios sanitarios ⁽⁵⁾.

En España, en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género se establecen medidas de sensibilización e intervención en el ámbito sanitario para optimizar la detección precoz, con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, estableciéndose igualmente apartados de prevención e intervención integral de violencia de género en los distintos Planes Nacionales de Salud ⁽⁹⁾.

El abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección del problema, pero que las víctimas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente ⁽⁵⁾. Asimismo, la Ley orgánica 1/2004 establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, promoverán las actuaciones de los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género ⁽⁹⁾.

Dentro de la prevención secundaria cabe destacar la búsqueda activa o detección precoz de casos de violencia de género, en la que puede colaborar el sector sanitario. La detección precoz de estos casos puede reducir las consecuencias negativas en la salud de la mujer y prevenir la aparición de episodios de maltrato ulteriores ⁽⁷⁾. La OMS recomienda a los profesionales preguntar por experiencias de maltrato a las mujeres en sus consultas; estar alerta ante señales o signos de violencia, prestar atención a las víctimas, mujeres, hijos e hijas, convivientes, para minimizar los daños y romper el círculo de la violencia. El Protocolo Común del Ministerio de Sanidad ⁽⁵⁾ aconseja preguntar a toda mujer mayor de 14 años.

Por ello, la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat elaboró un protocolo en 2009, que permite guiar la búsqueda activa, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de los casos de violencia de género. Éste se aplica tanto en el ámbito de la atención primaria como especializada. El objetivo general de este protocolo es establecer unas pautas normalizadas que permitan guiar, tanto para la búsqueda activa o detección precoz de posibles casos de violencia de género, como la instauración de las medidas de intervención a seguir ante los casos identificados. Así mismo, se establecen estrategias de seguimiento en el ámbito de la atención primaria y especializada de la Comunitat Valenciana ⁽⁷⁾.

La formación, el conocimiento de los protocolos y una mayor sensibilización en los profesionales sanitarios incrementan el número de detecciones de maltrato, reduciendo problemas crónicos de salud y gasto sanitario ⁽¹⁰⁾.

FUNCIONES DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO⁽⁵⁾

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia de género, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento
- Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia clínica
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo
- Informar y remitir a las mujeres a los recursos específicos disponibles en la comunidad
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras, ya que pueden reforzar el aislamiento; favorecer la confianza en ellas mismas y ofrecer la posibilidad de que busquen ayuda
- Establecer una coordinación con otros/as profesionales e instituciones
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de Casos.

DIFICULTADES PARA DETECTAR VIOLENCIA DE GÉNERO POR PARTE DEL PROFESIONAL SANITARIO⁽⁵⁾

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad
- No considerar la violencia como un problema de salud
- Experiencias personales respecto a la violencia
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente
- Intento de racionalización de la conducta del agresor
- Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato)
- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales)
- Frecuentes actitudes paternalistas

INSTRUMENTOS PARA LA DETECCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Existen varios instrumentos de detección para utilizar en los cribados en este ámbito, sin embargo, no son muchos los validados en población española. Entre los cuestionarios que han demostrado ser más válidos y fáciles de usar se encuentran los siguientes ⁽¹¹⁾:

Index of Spouse Abuse (ISA)

El ISA permite medir la intensidad del maltrato, tanto físico como psicológico ⁽¹¹⁾. El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) obtuvo una versión adaptada al español en la que identificaba algunos de los ítems con baja consistencia interna y otros como no aplicables a todas las mujeres ⁽¹²⁾.

Cabe destacar que, además de tratarse de un instrumento de diagnóstico, su uso en la clínica presenta ciertas limitaciones, como son su longitud – 30 ítems – y que requiere de un programa informático para su corrección. Por ello, se recomienda su uso en estudios epidemiológicos o en la cuantificación objetiva del maltrato en ámbitos legales y clínicos que no requieran de un diagnóstico inmediato ⁽¹¹⁾.

Woman Abuse Screening Tool (WAST)

El WAST es un instrumento diseñado específicamente para Atención Primaria ⁽¹¹⁾. Fue originalmente desarrollado con 7 ítems que preguntan por el grado de tensión y la presencia de episodios violentos físicos, emocionales y sexuales. Tras ser evaluado por los autores la comodidad de las mujeres frente a cada uno de los ítems, se desarrolló una versión corta del WAST, que incluye únicamente los 2 ítems con los que las mujeres manifestaron sentirse más cómodas.

En la adaptación española de la versión corta del WAST llevada a cabo por el OSM, se evaluaron las dos formas de puntuar el instrumento propuestas por los autores de la versión original. El estudio concluyó que el segundo criterio de puntuación, a pesar de resultar en un elevado número de falsos positivos, resultaba más útil que el primer criterio, el cual mostraba una baja sensibilidad.

Por tanto, aunque la versión corta ha demostrado ser una manera efectiva y rápida de identificar en el ámbito asistencial posibles casos de mujeres que están sufriendo violencia de género, siempre se va a requerir de una confirmación de la sospecha a través de instrumentos diagnósticos fiables y válidos ⁽¹²⁾.

Partner Violence Screen (PVS)

Fue inicialmente diseñado para ser aplicado de un modo rápido en los servicios de urgencias al contar sólo con 3 ítems. Sin embargo, debido a que incluye preguntas muy directas, en ocasiones ha dado lugar a que el cuestionario no fuera completado ⁽¹¹⁾.

Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI)

El PMWI es el único diseñado específicamente para la detección específica del maltrato psicológico, ya que no contiene ninguna pregunta sobre violencia física ni sexual. Por ello, resulta especialmente recomendable para la detección de situaciones de maltrato en la pareja poco evidentes y sutiles ⁽¹¹⁾.

Además, dispone de una versión corta y, al igual que el ISA, se trata de un instrumento de diagnóstico de la violencia de género ⁽¹²⁾.

La GVA en el *Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género*, utiliza el cuestionario AAS, descrito a continuación:

Abuse Assessment Screen (AAS) ^(13,14).

Permite la identificación de mujeres víctimas de violencia física y sexual y, cuantificar la severidad y la frecuencia del maltrato durante el embarazo.

Se trata de un cuestionario validado que ha de ser administrado por el o la profesional de la salud en un contexto privado. Está compuesto por cinco preguntas, las cuales indagan por la experiencia de violencia física y sexual y han de ser respondidas con “sí” o “no”. En caso afirmativo, se pregunta por la persona agresora (diferenciando entre el marido, el exmarido, un novio, un extraño, otra persona o agresores múltiples) y por el número de veces que han tenido lugar estas agresiones. Finalmente, se plantea si siente miedo de su pareja. La respuesta positiva a los ítems 2,3 ó 4, indica que la mujer entrevistada podría ser víctima de violencia por parte de su pareja.

Esta herramienta es especialmente adecuada en la detección del maltrato, ya que, la brevedad del cuestionario y su fiabilidad aumenta la efectividad del reconocimiento de mujeres víctimas de maltrato. Una limitación de este instrumento es que no identifica claramente la violencia emocional.

NECESIDAD DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La OMS y numerosas organizaciones sanitarias siguen alertando a la comunidad científica y a los profesionales sobre la infradetección de la violencia de género y de sus graves consecuencias ⁽⁵⁾, reconociendo que este tipo de violencia es un factor de riesgo para el deterioro de la salud física y mental de las víctimas.

En este sentido, un estudio llevado a cabo en 16 centros de salud de cuatro comunidades autónomas, con 145 entrevistas a profesionales de salud de atención primaria (109 mujeres y 36 hombres), publicado en el *European Journal of Public Health*, demuestra que la disminución de personal en las plantillas de los centros de salud ha hecho que los profesionales encuentren dificultades para atender problemas complejos como el de la violencia de género. Además, el estudio basado en entrevistas en profundidad revela que “la formación continuada para dar una respuesta adecuada a la violencia de pareja es cada vez más escasa, y el exceso de carga laboral impide poder asistir a estas actividades cuando se convocan ⁽⁶⁾”.

Esto puede ser debido, en parte, a que la implicación de los médicos de familia ha sido en general baja ⁽¹⁵⁾, quizá por el hecho de que existe cierta controversia en la detección mediante cribados sobre violencia de género por parte de algunos profesionales sanitarios; en este sentido, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) no encuentra evidencias suficientes para recomendar el cribado sistemático en la población general mediante cuestionarios específicos,

aunque sí recomienda incluir preguntas sobre la existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica que pueda ayudar a su detección (16,17), mientras, otras sociedades como la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sí apuestan por el cribado sistemático⁽¹⁸⁾.

Además, en muchas ocasiones se requiere de intervenciones interdisciplinares con profesionales, lo que hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones.

En este sentido, el farmacéutico está en contacto directo con más de 2,3 millones de personas que pasan por las 22.000 Farmacias comunitarias de España y aporta, profesionalidad, cercanía y confianza, algo esencial para detectar posibles víctimas y, con un plus de sensibilidad, ya que el 73% son mujeres. Por esta razón, pueden convertirse en aliados de Atención primaria y Especializada en la lucha de esta lacra.

SECCIÓN 3. PROYECTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN FARMACIA COMUNITARIA

1. SENSIBILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

1.1. Campaña: (cartelería, multimedia, folletos, teléfonos información en Tickets, etc)

1.2. Recomendaciones Generales

2. COLABORACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

3. CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN FARMACIA COMUNITARIA

3.1. Capacitación del farmacéutico comunitario

3.2. Certificación de la Farmacia adherida

3.3. Procedimiento del cribado

3.3.1. Indicadores de sospecha

3.4. 1. Detección de violencia (cuestionario AAS).

1. SENSIBILIZACIÓN Y PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA

La sensibilización y participación en las campañas del CVCOF, en consonancia con las Asociaciones implicadas y Delegación del gobierno afecta a todas las farmacias comunitarias que quiera adherirse a dicha campaña en la Comunitat Valenciana. Así mismo, implicará la posible colaboración en otras acciones, promovidas por las entidades colaboradoras u otros actores, relacionadas con la sensibilización de la población en este ámbito.

1.1 Campaña.

Se editará, cartelería, folletos y otro material informativo que se estime necesario. Se actuará en redes sociales a través de los departamentos de comunicación de los COF. Así mismo, se promoverá la participación voluntaria en la campaña de los tickets con los teléfonos de información de Violencia de género y centros donde acudir, debido a la potencial utilidad obtenida en campañas anteriores.

Además, se informará de una serie de pautas de actuación con unas recomendaciones generales y pautas que no se deben realizar ante casos relacionados, como los descritos a continuación.

1.2 Recomendaciones Generales ^(4, 19, 20, 21)

- Estar alerta a la actitud de la pareja (si insiste en estar presente en la entrevista, si contesta en su lugar etc.)
- Valorar el lenguaje no verbal de la mujer a solas y en presencia de su pareja.

- Practicar una escucha activa.
- Tenemos que tener en cuenta la demanda que hace la mujer y como la percibe.
- Cuidar nuestras expresiones y evitar frases como ¿usted es una mujer maltratada? “, tu marido es un maltratador? “o” por qué has aguantado tanto?”, etc.
- Mostrar y expresar apoyo profesional sea cual sea la decisión que tome la mujer (en relación a mantener la situación de violencia, no querer tener acceso a servicios especializados, etc.) Respetar sus negativas a contestar determinadas preguntas, respetando en todo momento el proceso y el tiempo que ella necesite.
- Evitar la “coerción”, es la mujer la que tiene que tomar decisiones. En este sentido, no promovemos la separación de la pareja si ella no quiere.
- Evitar la victimización secundaria.
- Evitar la crítica de la pareja.
- Evitar culpabilizar a la mujer.
- Evaluar si la pareja es la persona adecuada para apoyar en el tratamiento de las mujeres, para llevar a cabo el control sus gastos, salidas etc., ya que esto puede ser utilizado como una estrategia para ejercer poder y control sobre ella.
- Transmitir que nadie merece sufrir violencia y que nuestro papel es de ayuda.
- Explicar, si procede, el Ciclo de la Violencia, de acuerdo con el cual, la violencia se produce en tres fases que se repiten de modo cíclico: Fase de acumulación de tensión, Fase de explosión o agresión y Fase de calma, reconciliación o luna de miel.



Fuente: Generalitat Valenciana (adaptado de Leonore E. Walker, 1979)

PAUTAS QUÉ NO SE DEBE HACER (4)

- Poner en duda la interpretación de los hechos, emitir juicios.
- Dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- Dar falsas esperanzas.
- Criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: "¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...".
- Infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- Recomendar terapia de pareja o mediación familiar.
- Prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer.
- Adoptar una actitud paternalista.

2. COLABORACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

En salud, el bien del paciente precisa del trabajo coordinado y en equipo de todos los profesionales que interactúan en el cuidado y conservación de la salud. La sociedad necesita y merece de dicho trabajo en común, por ello, las administraciones públicas y los colectivos profesionales entre los que se encuentran los Colegios Profesionales, tienen la grave obligación de trabajar para la integración en el equipo multidisciplinar de todos los profesionales sanitarios.

El CVCOF promoverá reuniones con el resto de colectivos profesionales para consensuar procedimientos de colaboración de la farmacia comunitaria en los profesionales de la salud implicados en la detección, como Atención primaria y Especializada, y de ellos con la propia farmacia comunitaria.

3. CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN FARMACIA COMUNITARIA

La realización de esta actuación por parte de las farmacias comunitarias requiere de:

- Adhesión al programa por parte de los farmacéuticos titulares de la oficina de farmacia mediante solicitud a su COF.
- Existencia entre su plantilla de, al menos, un farmacéutico capacitado para la realización de la actuación según el protocolo del CVCOF
- Disposición de instalaciones que permitan el desarrollo de la actuación.

Como toda actuación nueva, para su implantación será necesario la realización de un piloto por un tiempo limitado que permita ajustar las acciones.

3.1 Capacitación del farmacéutico comunitario

Con el objetivo de que el farmacéutico comunitario adquiera conocimientos y habilidades en el ámbito de la violencia de género, con los condicionantes que conlleva, este realizará una formación que incluirá conocimiento de la situación actual en la Comunitat Valenciana, el protocolo de actuación y las pautas relacionadas y las habilidades necesarias para el desarrollo de la actuación.

Tras la evaluación de la adquisición de los conocimientos y habilidades requeridas se expedirá la correspondiente “Capacitación”.

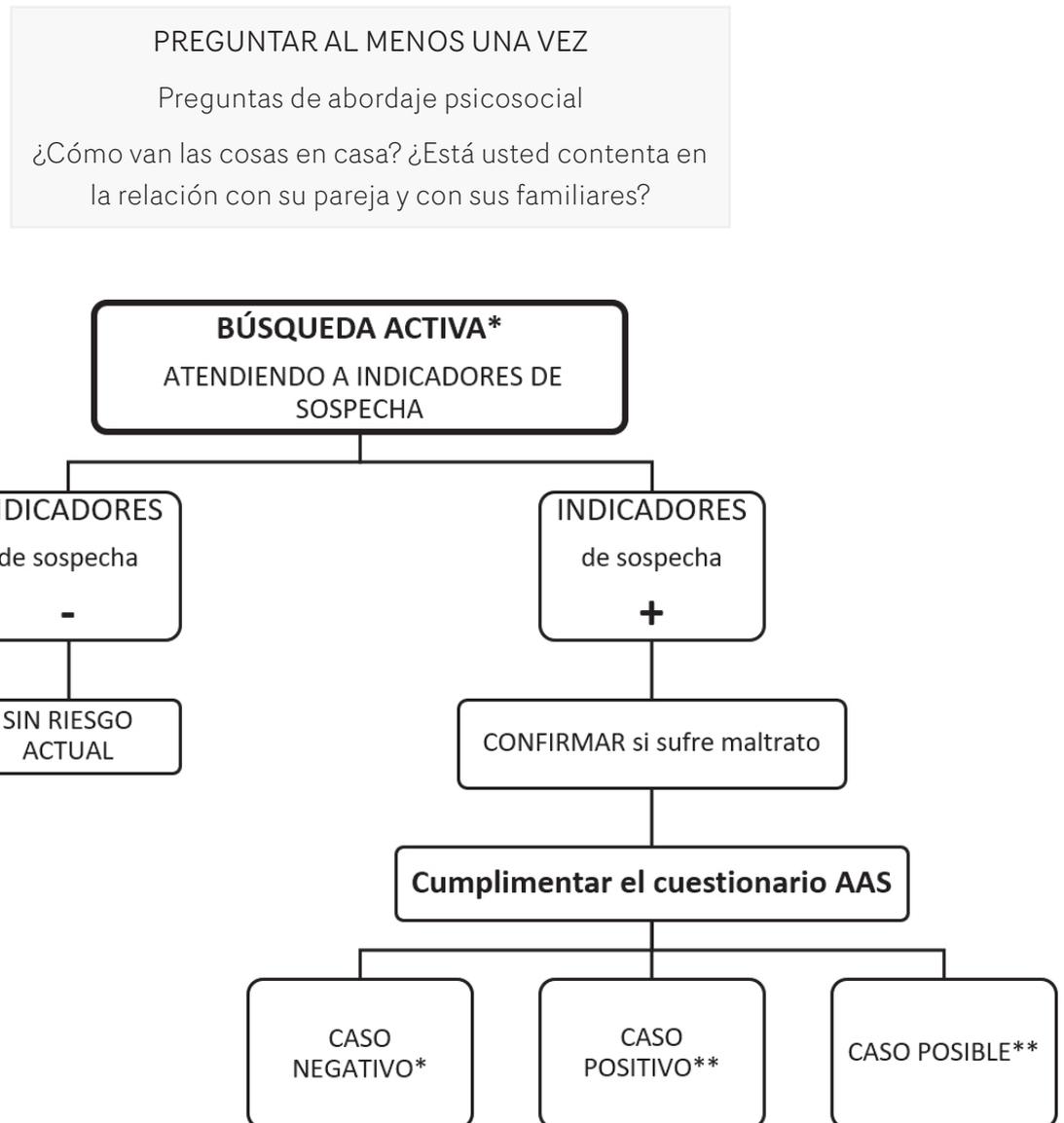
3.2 Certificación de la farmacia adherida

La Farmacia Comunitaria, a través de sus titulares, solicitará la “Certificación” de la misma en la realización de la actuación. Para ello, los COF comprobarán que dispone de farmacéuticos capacitados y de instalaciones que cumplan los requisitos necesarios para el correcto desarrollo del cribado, como es la existencia de una zona de Atención personalizada o ZAP, que garantice la intimidad y privacidad, entre otros.

3.3 Procedimiento de la detección precoz.

Las mujeres prefieren las preguntas escritas al interrogatorio directo a la hora de abordar este problema por parte del profesional sanitario. El Artículo 32.3 de la Ley 1/2004 promueve la aplicación, la puesta al día, y la difusión de protocolos que contengan pautas homogéneas de actuación ante este problema ⁽⁹⁾. Como hemos comentado previamente, en 2009, la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat Valenciana elaboró un “protocolo, para la búsqueda activa, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de los casos de violencia de género en atención primaria y especializada” ⁽⁷⁾. Este documento trata de adaptar dicho protocolo para incluir a la farmacia

comunitaria como posible recurso de atención primaria en el ámbito de la violencia de género con los siguientes pasos a seguir:



* Población diana en la búsqueda activa: Mujeres que vienen a la farmacia comunitaria que presenta signos, actitudes o comportamientos que alertan frente a una posible situación de maltrato.

** Por determinar

3.3.1. Indicadores de sospecha

La presencia de una serie de signos y síntomas pueden guiar al personal sanitario en la identificación de casos de maltrato. Por ello, es importante tenerlos presente y mantener una actitud de alerta. Estos permitirán orientar la búsqueda activa de los casos ⁽⁴⁾.

Lesiones físicas de cualquier tipo

Recaída, cambio de pareja, embarazo, cese de convivencia u otros acontecimientos vitales.

Hallazgos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Relaciones sexuales forzadas. Atención especial a las lesiones durante el embarazo

Sintomatología psicósomática y/o fisiológica: síntomas genitourinarios, alteraciones gastrointestinales, enfermedades de transmisión sexual, dolor crónico errático, etc.

Alteraciones psicológicas y de la conducta: Llanto fácil, irritabilidad, cambios de humor, actitud defensiva, sumisión, ánimo depresivo, crisis de ansiedad, insomnio, etc.

Indicadores sociales: aislamiento social y familiar provocado por la pareja, control económico, etc.

Situación de vulnerabilidad y dependencia de la mujer; aislamiento familiar y/o social; migración (nacional y extranjera), discapacidad y situación de exclusión social.

Antecedentes de violencia: haber sufrido o presenciado situaciones de violencia familiar en el pasado.

Información de familiares, amistades u otros profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.

En Farmacia comunitaria, se prestará especialmente atención a los indicadores de sospecha siguientes:

- Abuso de medicamentos, sobre todo, psicofármacos
- Insomnio
- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos de estrés postraumático
- Intentos de suicidio
- Baja autoestima
- Irritabilidad
- Trastornos en la conducta alimentaria
- Labilidad emocional
- Cefaleas
- Cervicalgia
- Dolor crónico general
- Mareos

- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal, etc.)
- Dificultades respiratorias
- Como consecuencia de relaciones sexuales no deseadas:
- embarazo no deseado, pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, sangrado vaginal, infecciones urinarias, dolor pélvico crónico, infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, etc.
- Como consecuencia del maltrato durante el embarazo:
- aborto espontáneo, bajo peso al nacimiento, muerte fetal, hemorragia preparto, etc. Falta o retraso de atención prenatal, etc.

3.3.2. Detección de violencia

Cuando el farmacéutico sospecha que una mujer puede ser víctima de maltrato, basada a partir de los indicadores de sospecha, deberá realizar una entrevista específica.

Para la confirmación de un posible caso de maltrato se utilizará el instrumento de cribado AAS (*ver anexo 1*), conocido en inglés como “Abuse Assessment Screen” y que ha sido adaptado en nuestro contexto cultural por Escribá-Agüir y col⁽²⁰⁾. Éste está integrado por una serie de preguntas sencillas y directas, que pueden facilitar la exteriorización e identificación del problema. Se considera un caso positivo, si se responde afirmativamente a alguna de las preguntas de la número 2 a la 6.

Algunas veces, aunque exista una sospecha de que se trata de un caso de maltrato, puede que la mujer no reconozca que es víctima de malos tratos, sería en el algoritmo un caso posible. En este caso, es muy importante no precipitar su testimonio, ofreciéndole apoyo, confianza, continuidad, mediante visitas de seguimiento que le permitan ganar confianza y afrontar en un futuro su reconocimiento. Así mismo, se valorará la posibilidad de derivar a otros/as profesionales, si fuera posible y previa conformidad de la mujer.

Queda por definir las posibles actuaciones a partir de la confirmación de caso positivo en futuras comisiones y reuniones del grupo de trabajo.

ANEXO 1: CUESTIONARIO AAS

1) En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su marido/ pareja o por una persona importante para usted?

- NO ₀ → Fin del cuestionario
 SI ₁

¿Qué edad tenía usted? ____ años.

¿Durante cuánto tiempo? ____ años.

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

2) Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional?

- NO ₀
 SI ₁

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Con qué frecuencia?

- ALGUNAS VECES. ₁
 FRECUENTEMENTE. ₂
 MUY FRECUENTEMENTE. ₃

3) Durante el último año, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?

- NO ₀
 SI ₁

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Cuántas veces? ____

4) Durante el último año, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales? NO ₀ SI ₁

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Cuántas veces? _____

SOLO PARA MUJERES EMBARAZADAS

5) Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional? NO ₀ SI ₁

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Con qué frecuencia?

 ALGUNAS VECES. ₁ FRECUENTEMENTE. ₂ MUY FRECUENTEMENTE. ₃**6) Desde que está embarazada, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?** NO ₀ SI ₁

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Cuántas veces? _____



* Se considera un CASO POSITIVO al responder afirmativamente a algunas de las preguntas del número 2 al 6.

** Por determinar.

Si el caso es positivo:

¿Es la primera vez que se identifican, en los servicios sanitarios, los malos tratos que sufre actualmente?

- NO₀
- SI₁

¿Durante cuánto tiempo sufre los malos tratos actuales? ____ años.

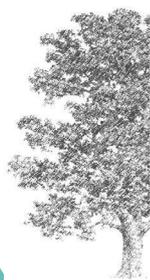
LISTA DE CÓDIGOS PARA IDENTIFICAR QUIÉN LO HIZO

1	Marido/Pareja	10	Hija
2	Exmarido/Expareja	11	Hermano
3	Novio	12	Hermana
4	Exnovio	13	Tío u otro hombre del ámbito familiar
5	Padre, padrastro o compañero de madre	14	Tía u otra mujer del ámbito familiar
6	Madre, madrastra o compañera de padre	15	Hombre conocido no perteneciente al ámbito familiar
7	Suegro	16	Mujer conocida no perteneciente al ámbito familiar
8	Suegra	17	Desconocido
9	Hijo	18	Otros (especificar)

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de Dic. de 1993. 1994 [citado 2013 Abr. 8]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>
2. WHO. Violence against women: a 'global health problem of epidemic proportions'. New clinical and policy guidelines launched to guide health sector response. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/>
3. WHO. World report on violence and health. Ginebra: World Health Organization; 2002.
4. Guía de intervención ante la violencia de género en mujeres con adicciones. Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana. 2016.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Protocolo Común de actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Solana e Hijos; 2007. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/introProtocoloComun.htm>
6. Laura Otero-García; Erica Briones-Vozmediano; Carmen Vives-Cases; Marta García-Quinto; Belén Sanz-Barbero & Isabel Goicolea. A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain. European Journal of Public Health December 2018, Volume 28, Issue 6, 1, Pages 1000–1005, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky095>.
7. Vicenta Escribá Agüir, Manuela Royo Marqués, Rosa Mas Pons, Ana Fullana Montoro, María Piedad Moreno Alonso. Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género. Generalitat Valenciana. 2009.
8. Informe estadístico sobre violencia de género. Observatorio de la violencia de género. Consejo General del Poder Judicial (España). Sección de Estadística Judicial. Segundo Trimestre 2018.
9. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, Miércoles 29 diciembre 2004. Pag. 42166-97.
10. Carmen Lozano Alcaraz et al. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Rev Enferm UFSM 2014 Jan/Mar;4(1):217-226.
11. Garcia-Esteve L1, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, Valdés M. Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting. Med Clin (Barc). 2011 Oct 8;137(9):390-7.
12. Unidad de Apoyo a la Investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer desde el ámbito sanitario. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Salud y Consumo.
13. McFarlane, J., Hughes, R.B., Nosek, M.A., Groff, J.Y., Swedlend, N., & Mullen, P. Abuse assessment screen-disability (AAS-D): measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women

- with physical disabilities. *Journal of Womens Health Gender-Based Medicine* 2001, 10, 861-866.
14. McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, 1992; 267, 3178.
 15. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género. ¿Hemos superado el reto? *Atención Primaria*. 2015;47(3):129---130.
 16. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo. *Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
 17. Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C et al. Grupo de salud mental del PAPPS. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007; 39(Supl 3):88-108.
 18. Martín Prieto M, González Rodríguez MA, Vicente Muelas N. *El Maltrato*. Madrid: SEMERGEN; 2005.
 19. -McCord-Duncan E, Floyd M, Kemp E, Bailey b, Lang F. Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want? *Fam Med*. 2006; 38(6):416-22.
 20. Chen P, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan K et al. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Intern Med* 2007; 5:430-5.
 21. MacMillan H, Wathen C, Jamieson E, Boyle M, McNutt L, Worster A et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2006; 296(5):530-6.
 22. Escribà-Agüir V, Ruiz-Perez I, Saurel-Cubizolles M-J. Screening for domestic violence during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28(3): 133-134.



*Consell
Valencià
de Col·legis
de Farmacèutics*