
PREVALENCIA DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE A LA POBLACIÓ GIRONINA AMB TRASTORNS MENTALS

Projecte de recerca



Kujegi Camara Tunkara

Tutor: Dr. David Ballester Ferrando

Curs 2018-2019

Grau en infermeria

Treball de Fi de Grau

AGRAÏMENTS

Inicialment, m'agradaria agrair al meu tutor de treball de fi de grau i professor de salut mental, el qual, des del primer minut que el vaig escoltar parlar, em va transmetre uns valors que a dia d'avui, els intento conservar i integrar cada dia en la meva vida i espero, transmetre algun dia als meus fills. D'altra banda, ha estat una de les persones que més m'ha donat suport, m'ha demostrat al cent per cent la confiança que te en mi i les meves capacitats, i m'ha encoratjat per dur a terme tot aquest gran projecte i espero, que sigui un dels investigadors quan tinguem la possibilitat de finalitzar-lo.

Seguidament, m'agradaria agrair a les meves grans companyes: la Hannan, la Chahida, la Diana, la Chaymae, la Cristina, la Manisha i el meu gran company, en Francisco, perquè han estat els que m'han suportat en els bons i no tan bons moments, fent-me gaudir d'unes de les millors experiències durant aquests darrers quatre anys, i espero que molts més.

Finalment, però no menys important, la meva família, ja que gràcies a ells estic aquí, finalitzant el meu treball de fi de grau i molt a prop de començar una nova vida laboral amb un munt d'experiències. Tanmateix, perquè m'han proporcionat un conjunt de valors i principis que m'han ajudat a crear la meva personalitat i manera de veure la vida, que d'alguna manera, han fet que sigui qui soc.

ÍNDEX

RESUM	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUCCIÓ GENERAL	6
2. MARC TEÒRIC.....	8
2.1. Violència de gènere	8
2.1.1. Epidemiologia de la violència de gènere.....	9
2.1.2. Conseqüències de la violència de gènere	11
2.1.3. Factors de risc de la violència de gènere	12
2.2. Trastorns mentals.....	13
2.2.1. Discapacitat secundaria	15
2.2.2. Trastorn depressiu	16
2.2.3. Trastorn per ansietat.....	16
2.3. Violència de gènere i trastorns mentals	17
2.3.1. Prevenció i actuació	19
3. BIBLIOGRAFIA	22
4. OBJECTIUS.....	26
5. MATERIALS I MÈTODES	27
5.1. Disseny d'estudi.....	27
5.2. Àmbit d'estudi.....	27
5.3. Població.....	27
5.4. Criteris d'inclusió i exclusió	27
5.5. Mostra	28
5.6. Descripció de les variables d'estudi.....	29
5.7. Instruments per a l'estudi	30
5.8. Descripció del procediment i recollida de dades	31
5.9. Anàlisi de dades	32
5.10. Aspectes ètics i legals	33
5.11. Limitacions de l'estudi.....	33
6. CRONOGRAMA DEL PROJECTE	35
7. PRESSUPOST ECONÒMIC	36
ANNEX I: QÜESTIONARI.....	37
ANNEX II: SOL·LICITUD DEL PROJECTE A CEIC.....	41
ANNEX III: COMPROMÍS DE L'INVESTIGADOR PRINCIPAL.....	42

ANNEX IV: ACORD DE PARTICIPACIÓ SIGNAT PEL CAP DE SERVEI I SUPERVISOR INFERMER.....	43
ANNEX V: CARTA DE PRESENTACIÓ AL IAS.....	44
ANNEX VI: FULLA INFORMATIVA.....	45
ANNEX VII: CONSENTIMENT INFORMAT.....	46

RESUM

Introducció: La violència de gènere és un problema social important en la nostra societat degut a l'afectació que suposa en els drets humans de les dones. Tot i que les dones amb trastorns mentals són més vulnerables a viure experiències de violència, hi ha una gran invisibilitat del fenomen en aquest col·lectiu afectat per trastorns mentals i es veu reflectida en la manca de recerca sobre aquest aspecte.

D'altra banda, les dones amb trastorns mentals que han patit violència de gènere, solen informar freqüentment d'aquesta situació als centres sanitaris, així doncs, cal realitzar activitats de prevenció, detecció i actuació conjuntes amb els professionals sanitaris, el sistema judicial i els col·lectius socials.

Així doncs, tenint en compte l'absència d'estudis que engloben aquesta greu problemàtica, es considera molt rellevant poder determinar la dimensió del problema.

Objectius: Analitzar la prevalença de violència de gènere en dones amb trastorns mentals tractades en els Centres de Salut Mental d'Adults. D'altra banda, s'identificaran els factors de risc segons el perfil sociodemogràfic i es determinarà la prevalença de violència de gènere segons el trastorn mental base de la persona.

Metodologia: Es tractarà d'un estudi descriptiu, observacional i transversal amb anàlisi quantitatiu que es durà a terme del setembre de 2019 al desembre de 2020 amb la participació de 267 usuàries de tots els Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). L'elecció de la mostra es farà mitjançant l'aleatorització mostral estratificada per centres i el qüestionari es realitzarà en una visita programada de la usuària en un període de 6 mesos. L'instrument de recollida de dades és una qüestionari ad-hoc de dades sociodemogràfiques i el qüestionari *Revised Conflict Tactics Scale 2*.

Es garantirà i protegiran les dades personals dels participants seguint la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*.

Paraules clau: trastorn mental, violència de gènere, prevalença, prevenció.

ABSTRACT

Introduction: Gender-based violence is a very important social issue due to the violation involved in the human women rights. Although women with mental disorders are most vulnerable to live violent experiences, there is a great deal of invisibility of this phenomenon in this community affected by mental illness and is reflected in the lack of research on this aspect.

On the other hand, women with mental disorders who have suffered gender-based violence, report frequently to health centres, so, it is necessary to carry out activities of prevention, detection and act together with the health professionals, the judicial system and the social groups.

Thus, considering the absence of studies that encompass this serious issue, it is considered very relevant to determine the dimension of the problem.

Aims: Analyse the prevalence of gender-based violence on women with mental disorders treated in the Adults Mental Health Centres. On the other hand, we will identify the risk factors according to people sociodemographic profile and determine the prevalence of gender-based violence according to the women's main mental disorder.

Methodology: This is a descriptive, observational and transversal study with quantitative analysis, which will take place from September 2019 to December 2020 with the participation of 267 users of all Adult Mental Health Centres from *Institut d'Assistència Sanitària (IAS)*. The sample will be chosen randomly stratified by centres and the questionnaire will be done in one visit of the user in a period of 6 months. The instrument that will be used is a sociodemographic ad-hoc questionnaire and the Revised Conflict Tactics Scale 2.

The personal data of the participants will be guaranteed and protected according to the Organic Law 3/2018 of December 5, of Protection of Personal Data and Guarantee of Digital Rights.

Key word: mental disorders, gender-based violence, prevalence, prevention.

1. INTRODUCCIÓ GENERAL

La violència de gènere (VG), per part de la parella, és un problema important en la salut pública. És una atemptat dels drets humans, que es troba present en qualsevol situació, independentment de la religió, cultura, nivell socioeconòmic, entre d'altres. Actualment, la recerca sobre aquest tema és abundant (1-3), però, hi ha molt poca recerca relacionada amb aquests tipus de violència dirigida a persones amb trastorns mentals (4-6).

La violència de gènere és el tipus de violència més freqüent en les dones i pot ser donada tant en relacions del mateix sexe o heterosexuals. Aquesta violència inclou agressions físiques, coerció sexual, abús psicològic i control del comportament, les quals, normalment, es troben concomitants (1,6).

Aproximadament el 30% de les dones que han mantingut una relació de parella, han patit violència sexual i/o física per la seva parella degut a que tenen quatre vegades més de risc de patir-la (3,7).

La VG s'ha vist associada a l'augment del risc de patir problemes de salut, mort, símptomes depressius, abús de substàncies nocives i malalties mentals, físiques, cròniques i de transmissió sexual (4,8). Degut a la gran morbiditat i mortalitat, sobretot en dones, la seva prevenció és una prioritat global en la salut pública (9).

Com a prioritat en salut pública, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomana canvis legislatius i realització de campanyes i programes de prevenció a les escoles amb la finalitat de reduir les relacions sexuals no consentides i la VG (1).

D'altra banda, segons l'OMS (10) un total de 450 milions de persones pateixen un trastorn mental, essent la principal causa de discapacitat, i a més, aquestes persones pateixen, amb molta freqüència, violacions als seus drets humans i d'estigma social, fets que els produeixen repercussions importants en l'àmbit laboral, incapacitats i increment de despeses farmacèutiques (11).

Un altre element que empitjora el pronòstic d'aquestes persones, és la percepció social d'agressivitat que es té sobre ells i elles, que els genera que estiguin estigmatitzats, però sobretot, fa que no es tingui en compte la violència que poden patir (2). Aquesta associació de violència amb els trastorns mentals ha estat habitual en la recerca, on trobem molts més estudis de violència realitzada per persones amb trastorns mentals que cap a ells (12).

Tot i l'augment d'actuacions del sector sanitari i social dirigides a la formació de professionals en quant la VG i la protecció de les dones, se sol oblidar a col·lectius especialment vulnerables a patir violència, com les persones amb trastorns mentals (13).

La infermeria és un paper clau en quant el tracte de les persones amb trastorns mentals perquè realitza un seguiment i monitorització prolongat de l'usuari, proporciona suport al seu entorn, aconsegueix la seva recuperació funcional i sociolaboral i millora l'accessibilitat de l'usuari a l'atenció i intervenció sanitària, facilitant doncs, que es treballi de forma unitària amb tots els serveis sanitaris necessaris.

Degut a això, s'ha decidit realitzar el present projecte per donar visibilitat a aquest greu problema i facilitar l'actuació infermera en els casos de violència de gènere a usuaris amb trastorns mentals.

2. MARC TEÒRIC

2.1. Violència de gènere

La violència de parella o violència de gènere es defineix com qualsevol incident de comportament amenaçant, violent o abús, de tipus sexual, psicològic o emocional i físic, de manera pública o privada, realitzat per un adult amb el qual s'ha mantingut una relació íntima (3-5,14). Segons Franklin et al. (15) la violència de gènere tendeix a ser repetitiva i a incrementar de manera exponencial en quant la severitat i freqüència.

Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE), un total de 29.008 dones van patir violència de gènere a l'any 2017. D'aquestes víctimes, 2.770 van ser a Catalunya, essent la quarta comunitat autònoma amb més víctimes, darrere d'Andalusia, la Comunitat Valenciana i la Comunitat de Madrid (Figura 1).



Figura 1: Estadística de violència de gènere per comunitats autònomes a l'any 2017. Font: Institut Nacional d'Estadística (16)

Tenint en compte els diferents tipus de violència de gènere que podem trobar, la violència psicològica engloba aquells insults, menyspreus, intimidacions i amenaces verbals rebuts per part de la parella (14,17).

Dicola et al. (1) i Lövestad et al. (6) inclouen el control del comportament com a violència psicològica, el qual fa referència a la privació de la mobilitat de la dona, la seva comunicació amb familiars i amics, actituds de gelosia i imposició d'obstacles en la vida de la dona, així doncs, també inclou el control sobre la contracepció i tractament mèdic (17).

Khalifeh et al. (2) defineixen la violència sexual com a qualsevol situació que ha causat por o angoixa a la víctima i on aquesta s'ha vist forçada o implicada a mantenir qualsevol acte sexual o a tocaments no desitjats.

Khalifeh et al. (9) i Desmarais et al. (12) fan referència a la violència física com empènyer, bufetejar, colpejar, mossegar, estrangular, llençar objectes nocius o qualsevol acte que utilitzi força contra la víctima.

2.1.1. Epidemiologia de la violència de gènere

La macroenquesta de violència contra la dona del 2015, realitzada amb una mostra de 10.171 dones majors de setze anys, va trobar que, aproximadament, una de cada cinc dones ha rebut insults o s'ha sentit malament amb si mateixa per culpa de la seva parella al llarg de la seva vida, i un 14.4% de les dones s'han sentit menyspreades i humiliades davant d'altres persones. Malauradament, trobem que el 95.4% de les dones van comentar que no van ser casos aïllats, sinó que van ser freqüents. D'altra banda, el rang d'edat que és més prevalent a patir violència psicològica emocional són les dones d'entre 25 i 34 anys, sent un total del 26.4%. En quant als estudis de les dones que han patit violència psicològica emocional, el 25.8% tenen estudis de batxillerat o equivalent (18).

En els últims dotze mesos, trobem que el 34.8% va patir més de cinc episodis de violència psicològica emocional, essent les dones d'entre 14-24, un 11.8% del total, les que més en varen patir (18).

Un total del 26.4% de les dones que havien tingut parella, han patit violència psicològica de control, de les quals, el 16.9% van comentar que la parella insistia en saber on estava en cada moment i el 15.4% afirmaven que la seva parella s'enfadava quan ella parlava amb algun home. D'altra banda, el 38.3% de les dones d'entre 16 i 24 anys van ser les més prevalents a patir violència psicològica de control al llarg de totes les seves relacions íntimes. En quant els estudis de les dones que han patit violència de control, el 30.7% i 37.2% tenien batxillerat o cicles formatius de grau superior, respectivament (18).

Segons Lövestad et al. (6), una de cada quatre dones van viure episodis gelosos de la seva parella, sent la violència més comuna amb un 25%.

De Miguel Luken (18) va determinar que el 6.6% de les dones van haver de mantenir relacions sexuals amb la seva parella de manera involuntària. D'altra banda, aquests percentatges disminueixen quan es parla de parelles actuals, sent doncs, un 1.3%. Tenint en compte totes les dades, un total del 8.4% de les dones han patit violència sexual al llarg de la

seva vida. Malauradament, el 94% de les dones han patit més d'un cop violència sexual, no sent, doncs, casos aïllats.

El grup d'edat que va patir violència sexual amb major prevalença, va ser el d'entre 45-54 anys, amb un total del 9.8% i fent referència a qualsevol parella i al llarg de la seva vida. Tenint en compte l'exparella, trobem que un 21.8% de les dones d'entre 55-64, van patir aquesta violència. En quant als estudis de les víctimes de violència sexual, el 10.5% tenen estudis inferiors a educació primària i malauradament, el 35.3% de les dones van patir dos episodis de violència sexual i el 28.4% més de cinc cops. D'altra banda, les dones d'entre 16 i 29 anys, van ser les més prevalents de violència sexual en els últims dotze mesos (18).

Hellmann et al. (19) refereixen que les prevalences de violència sexual poden variar al llarg dels temps segons les definicions i països on es realitzen els estudis. Tot i això, el seu percentatge varia entre 20 i 52%, sent menys prevalent a Lituània i més prevalent a Holanda.

Khalifeh et al. (2) identifiquen que malauradament, només el 43% de les persones que han patit violència sexual han parlat amb professionals sanitaris, tot i estar en contacte amb ells contínuament.

Segons la macroenquesta de violència contra la dona del 2015 (18), una de cada deu dones han patit violència física freqüentment: empentar, agafar o estirar dels cabells, amb un total del 8.9% i bufetejar o llençar algun objecte danyí, sent un 7.9%. Tenint en compte aquests tipus de violència, un total de 17.6% de les dones han patit algun d'aquests actes violents i el 85.2% ha patit més d'un cop agressions. Finalment, durant els darrers dotze mesos, el 37.3% de les víctimes d'aquesta violència han patit més de cinc agressions i el 26.8% en va patir tres.

Segons Savall et al. (20), els tipus de violència física més freqüents han estat aquells relacionats amb lesions superficials: hematomes i abrasions, causats per empènyer de manera agressiva a la víctima (86.7%), cops de puny (43.7%) i bufetades (26.2%).

Dicola et al. (1) i Savall et al. (20) van determinar, segons les característiques sociodemogràfiques, que l'interval d'edat de 25-29 anys ha estat el que ha patit més violència física en comparació a qualsevol altre rang d'edat.

De Miguel Luken (18) identifica que el nivell d'estudis de les víctimes de violència física són equivalents a un grau mig o Educació Secundària Obligatòria, tot i que, per una lleugera diferència, trobem les dones amb batxillerat i grau superior, amb un 12.1% i 12%, respectivament.

Sen i Bolsoy (14) refereixen que el 30% de les dones europees estan exposades a violència física o sexual des dels 15 anys. D'altra banda, malauradament, el 10% de les noies menors de 15 anys es troben exposades a violència sexual.

González et al. (21) van determinar que el tipus de violència més freqüent va ser la psicològica, amb un 66.9%, seguida per la física i sexual. Sen i Bolsoy (14), a diferència d'altres estudis, van determinar que el tipus de violència més freqüent va ser la verbal, amb un 61.8%, seguida per la física, amb un 54.8%. Tot i que la violència psicològica o emocional és la més comuna, trobem que la majoria d'estudis es centren més en la violència física o sexual (6).

Franklin et al. (15) destaca que la freqüència de la violència depèn de les condicions socioeconòmiques i el context sociocultural, ja que quan la jerarquia per gènere està més o menys legitimada, es produeix un augment o disminució de la violència, respectivament.

Savall et al. (20) van demostrar que un 20.5% de les dones que havien patit violència de gènere van consultar al seu professional de salut i el temps que va transcórrer entre l'experiència violenta i la consulta al professional sanitari va ser de 2 dies, aproximadament.

Sparrow et al. (4) han demostrat que les dones i els homes són iguals de violents en les relacions íntimes, però trobem que aquestes tenen més risc de patir aquesta violència. Per això, caldria tenir en compte que aquelles dones que han realitzat actes violents cap a les seves parelles, en aquest cas, un 86% van ser víctimes d'aquesta violència, per tant, trobem que tenen més risc de ser víctimes que agressores (3,12). Segons Savall et al. (20), aquells homes que han patit violència física, tenen major probabilitat de ser agressors.

2.1.2. Conseqüències de la violència de gènere

La vivència d'episodis de violència de gènere poden comportar conseqüències físiques i psicològiques força negatives a les víctimes, ja sigui per la severitat o per la continuïtat dels actes violents (3,19,21,22). Entre aquests problemes de salut mental destaquen alteracions emocionals com ansietat, depressió, baixa autoestima, estrès posttraumàtic, suïcidi i insomni (1,15). Bacchus et al. (7) plantegen que aquests trastorns mentals en víctimes de VG són causats pels canvis estructurals que pateixen diferents àrees del cervell degut a veure's exposades contínuament a episodis estressants, i causant alteracions en el funcionament cognitiu i mental.

Una de les conseqüències físiques més greu i comuna és l'homicidi, als Estats Units d'Amèrica hi ha més de 1000 mort per any (1). D'altra banda, a Espanya a l'any 2017, va

haver un total de 51 víctimes mortals a mans d'exparelles o parelles íntimes, essent Catalunya, la Comunitat de Madrid i la Comunitat Valenciana les comunitats autònomes amb més víctimes mortals (Taula 1).

Taula 1: Nombre de víctimes mortals de violència de gènere a Espanya en l'any 2017 segons Comunitats Autònomes. Font: Delegación del Gobierno (23)

Any 2017	Comunitat Autònoma	Nombre de víctimes
	Andalusia	7
	Illes Canàries	4
	Castilla - la Manxa	6
	Catalunya	8
	Comunitat Valenciana	8
	Extremadura	2
	Galícia	2
	Comunitat de Madrid	8
	Regió de Múrcia	3
	Comunitat de Navarra	1
	País Basc	2

Bacchus et al. (7) determinen com una conseqüència de VG patir un avortament, en comparació a les dones que no han patit violència.

Dicola et al. (1) refereixen que els motius principals per mantenir una relació abusiva són la preocupació pels fills, l'esperança de veure canvis en la parella i que la majoria de les dones no estan preparades per deixar la relació íntima, ja sigui per raons emocionals o financeres.

2.1.3. Factors de risc de la violència de gènere

Conèixer els factors de risc i protectors de patir violència de gènere és essencial per poder desenvolupar estratègies preventives efectives. Així doncs, cal saber les condicions que hi ha i si augmenten o disminueixen el risc de patir aquest tipus de violència (8).

Segons la macroenquesta de violència contra la dona del 2015 (18), les dones estrangeres, les que viuen en ciutats amb més de 2000 habitants, freqüentment en atur i que han tingut més de 4 parelles sentimentals, són les que més risc tenen de patir violència en general.

D'altra banda, Sen i Bolsoy (14) determinen que les dones amb aproximadament 37 anys i que tenen estudis inferiors als de primària, són aquelles que tenen més risc de patir violència. De Miguel Luken (18) determina que les dones que no van finalitzar l'educació secundària, tenen un 40% més de probabilitats de patir violència de gènere en comparació a les altres dones.

Dicola et al. (1) i Hellmann et al. (19) classifiquen com un dels factors de risc principals de patir violència de gènere el fet d'haver patit violència sexual en l'edat infantil, degut a que es construeixen conceptes i actituds disfuncionals en quant la sexualitat, malalties psiquiàtriques, baix rendiment acadèmic i econòmic, i consum d'alcohol. Degut a això, Hellmann et al. (19) proposen focalitzar-se des del principi en la prevenció de la violència sexual en edats precoces.

Swailles et al. (24) van destacar que aquelles dones que han estat exposades a violència de gènere en el passat, tenen molt més risc de tornar a patir aquesta violència en un futur, en comparació a la població en general.

Yakubovich et al. (8) van identificar com a un altre factor de risc important l'embaràs no planificat i tenir pares amb només educació primària.

Hellmann et al. (19), determinen no haver-se casat, estar separat, divorciat o viuda com un dels factors de risc de patir violència sexual, concretament un 17%. Per tant, el fet de ser dones casades o més grans, trobem que són factors protectors en quant al fet de patir violència de gènere (8).

Yakubovich et al. (8) i Sen i Bolsoy (14) refereixen que l'edat de la víctima i els anys del matrimoni tenen una relació directament proporcional amb el risc de patir violència de gènere.

Dantas-Berger considera que vivim en una societat tradicionalment patriarcal on està permès cert patró de violència contra les dones, ja que assignen al home el rol social i sexual en les relacions, mentre que les dones han de ser passives i tenen la funció de la reproducció. (15)

Tenint en compte els factors de risc esmentats anteriorment, podríem dir que la prevenció hauria d'anar centrada en aquelles dones joves, solteres o separades, i en el canvi del rol social. (8)

2.2. Trastorns mentals

Segons la Llei 1616, la salut mental és l'estat dinàmic que es veu reflectit en el comportament i interacció de la persona, permetent que pugui desenvolupar els seus recursos emocionals, cognitius i mentals, per poder treballar i mantenir relacions significatives i contribuir en la comunitat (25).

Els trastorns mentals formen part d'un ampli grup caracteritzat per les alteracions de pensament, percepció, emocions i comportaments que alteren el desenvolupament laboral, social, familiar i personal (25). Segons Gustavson et al. (26), la comorbiditat entre trastorns mentals es dona en més de la meitat dels casos i està relacionada amb la cronicitat i severitat del trastorn principal.

Almazán et al. (27) van determinar que la prevalença de trastorns mentals en la població adulta d'Espanya, va ser un total del 10.7%, amb major prevalença les dones, un 14.4%, respecte els homes, 6.7%.

Segons l'OMS, trobem que una de cada quatre persones patiran un trastorn mental, la causa principal de discapacitat, al llarg de la seva vida (10,17). Tot i la gran incidència que tenen aquests trastorns, segueixen sent poc coneguts (11).

Al 2016, 44.7 milions d'adults estatunidencs patien un trastorn mental, sent doncs, el 18.3% de la població estatunidenca en general. D'aquesta proporció, només 19.2 milions van poder rebre tractament. Caldria destacar que la prevalença en les dones va ser superior a la dels homes, 21.7% i 14.5%, respectivament. D'altra banda, els joves d'entre 18 i 25 anys van ser els que més prevalença tenien en quant a trastorns mentals, sent doncs, un 22.1% (17).

Haro et al. (28) refereixen que aproximadament un 20% de les persones han patit un trastorn mental en algun moment de la seva vida i que el trastorn més freqüent va ser el depressiu major, amb una prevalença de 10.5%. D'altra banda, Gustavson et al. (26) van identificar els trastorns d'ànim, d'ansietat i d'abús o dependència de substàncies com els més prevalents entre els 19 i 29 anys, i destaca la implementació d'intervencions relacionades amb el consum d'alcohol.

Un estudi de Haro et al. (28) determina els trastorns d'ansietat com els més freqüents en quant la prevalença anual i el trastorn depressiu el més freqüent en quant la prevalença-vida. D'altra banda, Gustavson et al. (26) i Haro et al. (28) determinen que el trastorn depressiu és més prevalent en l'inici de l'edat adulta, amb un 16.8% en persones de 21 anys, mentre que els trastorns d'ansietat són més prevalents als 32 anys, amb un 22.2%.

El *Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias* (10) refereix que el nombre d'individus amb trastorns mentals possiblement augmentarà amb l'envelliment de la població i com a resultat dels conflictes socials.

Gaviria et al. (25) identifiquen com a factors associats als trastorns mentals les característiques individuals, les circumstàncies ambientals, la càrrega genètica, el

funcionament psíquic i altres com la pobresa, la comorbiditat amb altres malalties, el baix nivell educatiu, etc.

Segons Gustavson et al. (26), el fet d'haver patit un trastorn o alteració mental en l'adolescència, augmenta el risc de patir la mateixa alteració en l'edat adulta. Haro et al. (28) afegixen a les dones, les persones joves, les que tenen menys nivell educatiu i els que es troben en atur, com els grups poblacionals amb major risc i per tant, precisen major atenció sanitària.

Tenint en compte aquestes característiques, podem analitzar que majoritàriament, la prevalença de dones ha estat major a la dels homes, sobretot, en el trastorn depressiu major i en el d'ansietat, a diferència del trastorn per abús d'alcohol o substàncies (26,28).

D'altra banda, hi ha tractaments disponibles per a la majoria dels trastorns mentals, tot i això, malauradament, un 66% de les persones afectades no sol·liciten ajuda als professionals sanitaris (29).

De Pedro et al. (30) identifiquen com a les conseqüències més importants d'aquests trastorns: la pèrdua de salut, qualitat de vida i la seva gran discapacitat, per tant, destaca que la seva prevenció hauria d'estar centrada en la discapacitat secundària als trastorns.

2.2.1. Discapacitat secundària

Quatre de les sis causes principals de discapacitat són els trastorns neuropsiquiàtrics com la depressió, el trastorn bipolar i la dependència o abús a l'alcohol. D'altra banda, els membres de la família són, freqüentment, els cuidadors principals i per això, cal tenir en compte la càrrega que suposa per a ells i l'impacte cap a la seva qualitat de vida (10).

De Pedro et al. (30) refereixen que els trastorns mentals són els que major prevalença de discapacitat greu, moderada i càrrega de malaltia generen.

Segons el Senat espanyol (11), les persones amb trastorns mentals tenen dificultat en el diagnòstic precoç, educació, tractament adequat i continuat, i en la capacitat de gaudir de les polítiques sanitàries i socials, en iguals condicions que la resta de ciutadans.

La *Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FAFES)* (31) determina que la discapacitat patida per les persones amb trastorns mentals provoca que entre el 70 i 80% de les persones es trobin en l'atur. D'altra banda, segons l'OMS, el 22% de la població patirà episodis d'ansietat i depressió en algun moment de la seva vida i seran la principal causa de baixa laboral al 2020 (11).

2.2.2. Trastorn depressiu

El trastorn depressiu és el més freqüent i una de les principals causes de discapacitat en el món. D'altra banda, caldria destacar que més de 300 milions de persones pateixen depressió, amb major prevalença les dones, i conseqüentment, prop d'1 milió de persones es suïciden cada any (10).

Segons l'OMS (32), aquest trastorn es presenta com a tristesa, pèrdua d'interès i anhedonia. El DSM-V (33) afegeix pèrdua o augment de pes important, augment o disminució de la gana i alteracions del son, fatiga, disminució de la capacitat per concentrar-se i pensar, pensaments de mort i idees suïcides.

Les característiques del trastorn depressiu poden ser de llarga duració o de manera recurrent, afectant considerablement la capacitat laboral, social, acadèmica i de fer front a la vida quotidiana de la persona (33).

Gaviria et al. (25) i Haro et al. (28) identifiquen com a factors associats al trastorn depressiu el sexe femení, historia personal o familiar d'episodis depressius, atur, separació conjugal, episodis estressants, abús o dependència de substàncies, historia d'intents de suïcidi, alteracions cognitives, altres trastorns psíquics com ansietat o de personalitat i viure en ciutats grans.

Bacchus et al. (7) refereix que les dones que pateixen depressió solen patir alteracions en la seva capacitat de cuidar-se a si mateixes i conseqüentment, en demanar ajuda. Degut a això, trobem que Sparrow et al. (4) estableixen una gran relació entre la violència de gènere i la depressió.

2.2.3. Trastorn per ansietat

Els trastorns per ansietat són els trastorns combinats més comuns en la nostra societat, sobretot, en les dones, amb un 26.7% (26), i una de les causes principals del desenvolupament de patologies comòrbides (25).

Gaviria et al. (25) refereix que l'ansietat generalitzada es manifesta amb la presència d'ansietat global persistent, que no està limitada en cap situació en particular, i responsables de la pèrdua de 390 anys de vida saludables per cada 100.000 persones. El DSM-V (33) refereix que el trastorn es veu també manifestat amb inquietud, fatiga, dificultat per concentrar-se, irritabilitat i alteracions del son.

Els factors associats d'aquest trastorns són altres trastorns d'ansietat, episodis depressius, consum de substàncies psicoactives, trastorns de personalitat i patologies mèdiques cròniques (25).

2.3. Violència de gènere i trastorns mentals

La violència de gènere i els trastorns mentals són un aspecte molt important per a la salut pública, no només per l'alta prevalença, sinó també pel gran impacte en la qualitat de vida de les persones i el gran repte que suposa al sistema de salut (24).

Khalifeh et al. (2) defineixen la violència domèstica i sexual com un problema social força important que hauria de ser imprescindiblement controlat a aquells pacients amb trastorns mentals, ja que són un grup estigmatitzat en quant el risc de patir violència.

González et al. (21) determinen que les dones amb trastorns mentals són el doble de vulnerables en comparació a altres a patir violència per part d'una parella o exparella perquè d'una banda, són vulnerables per ser dones, i per l'altra, són vulnerables per tenir un trastorn mental.

Khalifeh et al. (2) refereixen que degut a la manca de recerca, hi ha poc coneixement relacionat amb el risc de les persones amb trastorns mentals a patir violència, en comparació amb la població en general.

Sparrow et al. (4) i Khalifeh et al. (5) destaquen que la violència de gènere manté una relació bidireccional amb els trastorns mentals, així doncs, les persones amb trastorns mentals són més vulnerables a viure una experiència de violència, però també trobem que persones que han patit una experiència violenta, han donat lloc a resultats negatius en quant a la seva salut mental. Tot i aquesta evidència, s'ha trobat que hi ha major risc en aquelles dones ja diagnosticades prèviament (2,9).

Un estudi de Beydoun et al. (34) va demostrar una correlació positiva entre la violència de gènere amb diagnòstics de salut mental com l'ansietat i trastorn bipolar. Tot i això, hi ha una relació negativa entre la violència de gènere i l'esquizofrènia o altres trastorns psicòtics. Així doncs, trobem que certs diagnòstics de salut mental poden ser importants per detectar els risc de patir violència de gènere.

Franklin et al. (15) identifiquen que la severitat de la violència rebuda és directament proporcional a la incidència dels trastorns mentals, analitzant que el 62.9% de les dones que van patir qualsevol violència al llarg de la seva vida i el 44.6% que van patir violència en els darrers dotze mesos, van patir un trastorn mental.

Segons la guia d'atenció a les dones maltractades amb trastorn mental greu (13), està demostrat que les dones solen informar amb major freqüència al sistema sanitari, per tant, cal afavorir aquesta transmissió d'informació. D'altra banda, l'estudi de Swailes et al. (24) va demostrar que la majoria de les dones que van patir violència de gènere i en van parlar amb els professionals sanitaris es van sentir confortables.

A continuació (Taula 2), es mostraran les dades cercades sobre la notificació i cerca d'ajuda de les dones segons diversos estudis.

Taula 2: Dades de notificació i cerca d'ajuda de les víctimes de violència de gènere segons diversos autors. Fonts: González et al. (21), Khalifeh et al. (35) i Khalifeh et al.(9).

Autor	Dades
González et al. (21)	48.5% de les víctimes no ho van parlar amb ningú 41.9% no sentien que eren víctimes de violència de gènere
Khalifeh et al. (35)	58% ho van denunciar a la policia 68% van notificar a un professional de salut mental
Khalifeh et al. (9)	52% va demanar ajuda a qualsevol recurs i el 35% ho va fer a professionals sanitaris

Chang et al. (3) i Khalifeh et al. (5) han evidenciat que aquelles persones amb ansietat o trastorn bipolar tenen el doble de risc en patir aquest tipus de violència en comparació amb altres pacients psiquiàtrics. Seguidament, es mostrarà a la Taula 3 la prevalença de violència de gènere a dones amb trastorns mentals segons diversos autors.

Taula 3: Prevalença de violència de gènere de les dones amb trastorns mentals segons diversos autors. Fonts: Chang et al. (3), Khalifeh et al.(5), Ruiz-Pérez et al. (36), Khalifeh et al. (2) i Khalifeh et al. (35).

Autors	Dades
Chang et al. (3) i Khalifeh et al. (5)	1/5 part de les dones amb trastorns mentals severos han patit violència domèstica
Ruiz-Pérez et al. (36)	21.4% de les dones amb trastorns mentals van patir violència
Khalifeh et al. (2)	69% de les dones amb trastorns mentals del seu estudi van patir violència 61% van patir assetjament o abús sexual
Khalifeh et al. (35)	27% van patir violència física o sexual

Els pacients diagnosticats de trastorns mentals severos i que es troben en centres psiquiàtrics, tenen un risc d'entre dos i quatre vegades més de patir qualsevol tipus de violència domèstica en comparació a usuaris no diagnosticats. Aquest fet implica que els

professionals sanitaris haurien de preguntar rutinàriament als seus pacients sobre la violència sexual i emocional, i no només per la física (2).

Tenint en compte això, a continuació es mostrarà (Taula 4) el percentatge d'usuàries tractades en un centre de salut mental i que han patit violència de gènere.

Taula 4: Percentatge d'usuàries tractades en un centre de salut mental que han patit violència de gènere segons diversos autors. Font: Oram et al. (37) i González et al. (21).

Autors	Dades
Oram et al. (37)	Entre un 16 i 94% de les dones que reben tractament psiquiàtric en un centre van patir violència
Gonzalez et al. (21)	30.3% de les dones tractades en un centre van patir violència en el darrer any 79.6% van patir violència al llarg de la seva vida

González et al. (21) prediuen que aproximadament el 50% de les dones amb trastorns mentals patiran violència física, un 30% violència sexual i entre un 32.3% i 68% ambdós tipus de violència.

2.3.1. Prevenció i actuació

Segons Khalifeh et al. (35), la millor manera de prevenir la violència cap a la població amb trastorns mentals seria una actuació conjunta amb els professionals sanitaris, el sistema de justícia criminal i l'economia social, ja que segons González et al. (21), no hi ha el suport social suficient cap a les víctimes de violència de gènere.

Les principals organitzacions en salut coincideixen en la importància del sistema sanitari en quant l'abordatge de la VG, ja que són serveis accessibles, segurs i idonis per a la detecció precoç i intervenció de les dones en situació de maltractament (38). D'altra banda, De Pedro et al. (30) afirmen que els centres d'atenció primària són el primer esglaó de salut i on es produeix el major impacte en quant els trastorns mentals.

Sen i Bolsoy (14) destaquen que tot i la definició, tractament, suport i rehabilitació de la violència de gènere, trobem que els professionals sanitaris, sobretot les infermeres, les quals estan sempre en contacte amb els usuaris, tenen el gran deure de formar una cultura sense violència.

Segons Ruiz-Pérez et al. (36), la guia d'atenció a les dones maltractades amb trastorn mental greu (13) i la guia clínica d'actuació a la VG (38), els professionals de la salut necessiten ser formats en violència de gènere per adquirir les competències necessàries per

donar resposta d'una manera adequada i poder realitzar una prevenció, detecció i atenció correcta, amb les funcions mínimes esmentades a continuació, entre d'altres:

- Preguntar regularment sobre l'existència de violència de gènere.
- Informar sobre recursos disponibles de la comunitat.
- Evitar actituds culpabilitzadores.
- Augmentar la confiança en elles mateixes i encoratjar a cercar ajuda.

Gevers i Dartnall (39) identifiquen com un aspecte clau per prevenir la violència de gènere apoderar a la societat per aconseguir canviar les normes socials i les desigualtats de gènere. D'altra banda, la guia d'atenció a les dones maltractades amb trastorn mental greu (13) emfatitza no desvalorar ni desconfiar de les opinions, sentiments i fets que relata la dona, evitant doncs, els prejudicis personals.

Khalifeh et al. (5), destaquen la importància de millorar la resposta dels centres de salut mental en quant qualsevol tipus de violència cap a aquests pacients, ja que segons la guia clínica d'actuació davant la VG (38), els professionals sanitaris no tenen l'hàbit de preguntar sobre l'existència del maltractament degut al temor d'envair la intimitat de la dona i ofendre-la, per tant, cal que els professionals no només qüestionin el perill que poden ocasionar els pacients psiquiàtrics sinó també el perill que poden patir ells. D'altra banda, la guia d'actuació a les dones maltractades amb trastorn mental greu (13), afegeix com a dificultat de detecció i intervenció que els professionals consideren que només la violència física que provoca lesions es preocupació sanitària i que si no es donen lesions, és preocupació legal i dels serveis socials.

Baxter et al. (13) i la guia clínica d'actuació davant VG (38), refereixen que el repte actual consisteix en incloure una entrevista inicial sobre situacions de maltractament a totes les dones, majors de 14 anys, de manera rutinària per poder realitzar una detecció precoç, prevenció i abordatge integrat, adequat i coordinat, i anar més enllà de disminuir la mortalitat i incidència, disminuint les conseqüències de salut de la dona, els danys i millorar la seva qualitat de vida, avaluar els riscos i cercar serveis d'ajuda.

Els signes i comportaments que cal tenir en compte en la detecció de VG són l'aïllament social progressiu, la baixa autoestima, comentaris d'hospitalitzar-se, actitud evasiva, temor i agressivitat, augment dels símptomes depressius, entre d'altres (13).

Dicola et al. (1) i Beydoun et al. (34), indiquen que realitzar un cribratge rutinari per a la identificació i tractament de la violència de gènere, podria reduir potencialment la

incidència d'aquesta violència i la seva associació a la salut de les víctimes, familiars i la societat en si.

Baxter et al. (13) refereixen que el fet d'abordar directament el tema de violència pot ser un factor determinant en el procés de recuperació de la dona per això, cal fer un seguiment continu donant suport a la dona i facilitant l'expressió de sentiments, ja que si s'actua de manera precipitada podem posar a la dona en major perill i si no actuem, donem pas a que augmenti la violència i la salut de la dona empitjori.

Degut a la gravetat i extensió de la violència que pateixen les dones, la invisibilitat d'aquest fenomen en el col·lectiu de dones afectades per malaltia mental i l'absència d'estudis que engloben aquestes dues variables, es considera que és important poder determinar la dimensió del problema i per posteriorment plantejar les possibles intervencions en l'àmbit sanitari.

3. BIBLIOGRAFIA

1. Dicola D, Jefferson T, Kimmel S, College M, Health E, Medicine F, et al. Intimate Partner Violence. *Am Fam Physician*. 2016;94(8):646-51.
2. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med*. 2015;45:875-86.
3. Chang JC, H MP, Cluss PA, Ph D, Burke JG, Ph D, et al. Partner violence screening in mental health. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33(1):58-65.
4. Sparrow K, Kwan J, Howard L, Fear N, Macmanus D. Systematic review of mental health disorders and intimate partner violence victimisation among military populations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(9):1059-80.
5. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(5):433-51.
6. Lövestad S, Löve J, Vaez M, Krantz G. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health*. 2017;17:1-11.
7. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. 2018;8:1-20.
8. Yakubovich AR, St H, Murray J, Steinert JI, Glavin CEY, Humphreys DK. Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective – Longitudinal Studies. *AJPH*. 2018;108(7):1-12.
9. Khalifeh H, Oram S, Trevillion K, Johnson S, Howard LM. Recent intimate partner violence among people with chronic mental illness: findings from a national cross-sectional survey. *Br J Psychiatry*. 2015;3:207-12.
10. World Health Organization. Departamento de Salud Mental y Abusos de Sustancias. Invertir en Salud Mental [Internet]. Ginebra; 2004. Disponible a: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
11. Sendado de España. Declaración Institucional para declarar 2017 como Año de la Salud Mental [Internet]. Madrid; 2017. Disponible a: http://www.senado.es/web/actividadparlamentaria/actualidad/noticias/NoticiasDetalle/index.html?id=2017_03_22_DECLARACION_INSTITU
12. Desmarais SL, Dorn RA Van, Johnson KL, Grimm KJ, Douglas KS, Swartz MS. Community Violence Perpetration and Victimization Among Adults With Mental Illnesses. *Am J*

- Public Health. 2014;104(12):2342-9.
13. Baxter R, Hastings N, Law A, Glass EJ. Guía de Actuación a mujeres maltratadas con trastorno mental grave. Vol. 39, Salud Madrid. 2010. p. 561-3.
 14. Sen S, Bolsoy N. Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. BMC Womens Health. 2017;17:1-9.
 15. Franklin M, Mendonça S De, Ludermir AB. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. Rev Saúde Pública. 2017;51(32):1-7.
 16. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1856. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (Asuntos incoados); 2017 [consultat 12 setembre 2018]; [1 p.]. Disponible a: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t18/p468/p01/a2017/l0/&file=02001.px>
 17. National Institute of Mental Health [Internet]. Bethesda; National Institute of Mental Health; 1949. Mental Illness; 2017. [consultat 15 setembre 2018]; [aprox. 10 p.]. Disponible a: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
 18. De Miguel Luken V. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Málaga: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España; 2015.
 19. Hellmann D, Kinninger M, Kliem S. Sexual violence against women in Germany: Prevalence and Risk Markers. In J Environ Res Public Heal. 2018;15:1-19.
 20. Savall F, Lechevalier A, Fabrice H, Telmon N, Bartoli C. A ten-year experience of physical Intimate partner violence (IPV) in a French forensic unit. J Forensic Leg Med. 2017;46:12-5.
 21. González J, González F, Rullas M, Fernández A, Polo C. Prevalence and Characteristics of Intimate Partner Violence Against Women with Severe Mental Illness: A Prevalence Study in Spain. Community Ment Health J. 2014;50:841-7.
 22. Dembo RS, A M, Mitra M, Ph D, Mckee M, H MP. The psychological consequences of violence against people with disabilities. Disabil Health J. 2018;11(3):390-7.
 23. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Portal estadístico [Internet]. 2018. Disponible a: <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
 24. Swailes AL, Lehman EB, Mccall-hosenfeld JS. Intimate partner violence discussions in the healthcare setting: A cross-sectional study. Prev Med Reports. 2017;8:215-20.
 25. Gaviria A, Ruiz F, Dávila C, Ospina M, Osorio E. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y protección social de la República de Colombia; 2015. [consultat 20 setembre 2018]. Disponible a: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf

26. Gustavson K, Knudsen AK, Nesvåg R, Knudsen GP, Vollset SE, Reichborn-kjennerud T. Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2018;18:1-15.
27. Almazán J, Arrojo M, Bernardo M, Bulbena A, de Pedro J, Fernández R, et al. Salud mental y salud pública en España: Vigilancia epidemiológica [Internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2018. [consultat 10octubre 2018]. Disponible a: [http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1821/Salud Mental y Salud Pública en España. Vigilancia Epidemiológica.pdf](http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1821/Salud_Mental_y_Salud_Pública_en_España_Vigilancia_Epidemiológica.pdf)
28. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Alonso J, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clín*. 2006;126(12):445-51.
29. World Health Organization [Internet]. Ginebra; 1948. NMH Communications. Mental disorders affect one in four people; 2001. [consultat 20 setembre 2018]; [aprox. 3 p.]. Disponible a: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/
30. De Pedro J, Saiz J, Roca M, Noguera I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr Biológica*. 2016;23(2):67-73.
31. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES). SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN Guía de Estilo [Internet]. Madrid; 2003. Disponible a: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/saludMental/docs/Salud_Mental_Guia_de_estilo.pdf
32. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 1948. Trastornos mentales; 2017. [consultat 10 octubre 2018]; [aprox. 5 p.]. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
33. American Psychiatric Association. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5TM. 5a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2014.
34. Beydoun HA, Williams M, Beydoun MA, Eid SM, Zonderman AB. Relationship of Physical Intimate Partner Violence with Mental Health Diagnoses in the Nationwide Emergency Department Sample. *J Women's Heal*. 2017;26(2):141-52.
35. Khalifeh H, Johnson S, Howard LM, Borschmann R, Osborn D, Dean K, et al. Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 2015;206:275-82.
36. Ruiz-Pérez I, Rodríguez-Barranco M, Cervilla JA, Ricci-Cabello I. Intimate partner violence and mental disorders : Co-occurrence and gender differences in a large cross-sectional population based study in Spain. *J Affect Disord*. 2018;229:69-78.

37. Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *BJ Psych.* 2013;202:94-9.
38. Fernández C, et al. Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Castilla y León: Junta de Castilla y León; 2017 [citad 28 octubre 2018]. Disponible a: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/documentos-publicaciones/documentos-institucionales.ficheros/1121163-Gu%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20de%20actuaci%C3%B3n%20sanitaria%20ante%20la%20Violencia%20de%20G%C3%A9nero.pdf>
39. Gevers A, Dartnall E. The role of mental health in primary prevention of sexual and gender-based violence. *Glob Health Action.* 2014;7:24741.
40. Institut d'Assistència Sanitària. Memòria 2016 [Internet]. Girona; 2017 [consultat 31 octubre 2018]. Disponible a: <https://es.calameo.com/read/005425181cd03de4dbef9>
41. Straus M, Hamby S, Boney-McCoy S, Bruce D. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *J Fam Issues.* 1996;17(3):283-316.
42. Calvete E, Corral S, Estévez A. Factor Structure and Validity of the Revised Conflict Tactics Scales for Spanish Women. *Violence Against Women* [Internet]. 2007 [consultat 22 desembre 2018];13(10):1072-87. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17898241>
43. Mora J, Natera G, Tiburcio M, Juárez F. Propiedades psicométricas de conflicto. *Rev Mex Psicol.* 2008;
44. Yun SH. Factor structure and reliability of the revised conflict tactics scales' (CTS2) 10-factor model in a community-based female sample. *J Interpers Violence.* 2011;26(4):719-44.

4. OBJECTIUS

Tenint en compte la manca d'estudis relacionats amb els dos aspectes que engloben el present projecte, es considera el fet de realitzar una investigació i donar visibilitat a aquest problema social que inclou la violència de gènere i les dones afectades per una malaltia mental.

Objectiu general

- Analitzar la prevalença de violència de gènere en dones amb trastorns mentals tractades en els Centres de Salut Mental d'Adults.

Objectius específics

- Determinar la prevalença de violència de gènere segons el trastorn mental base de la persona.
- Identificar els factors de risc principals de patir violència de gènere.

5. MATERIALS I MÈTODES

5.1. Disseny d'estudi

Es tracta d'un estudi descriptiu, observacional i transversal que es durà a terme del setembre del 2019 al desembre de 2020, mitjançant una metodologia quantitativa.

5.2. Àmbit d'estudi

L'estudi es durà a terme als Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) que formen part de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). Aquesta xarxa està composta pel Centres de Salut Mental d'Adults de l'Alt Empordà, el Baix Empordà, la Selva marítima, la Selva interior, La Garrotxa, el Ripollès i el Gironès – Pla de l'Estany. Així doncs, la recollida de dades es realitzarà en cada centre de salut mental en particular.

5.3. Població

La població d'estudi està formada per les persones ateses en cada Centre de Salut Mental d'Adults de la província de Girona.

Segons les dades trobades en la memòria de l'IAS de l'any 2016, el nombre total de persones ateses en tots els Centres de Salut Mental d'Adults de l'IAS ha estat de 13.491 persones, de les quals, el 59.60% van ser dones (40). Tenint en compte això, la proporció de dones visitades en total durant l'any 2016 va ser de 8.040 persones (Taula 5).

Taula 5: Població femenina atesa als CSMA de l'IAS Elaboració: pròpia Font: Memòria IAS 2016 (40)

CENTRE DE SALUT MENTAL D'ADULTS	ANY 2016
Gironès – Pla de l'Estany	2.072
Alt Empordà	1.356
Baix Empordà	1.322
Selva marítima	1.291
Selva interior	652
Garrotxa	867
Ripollès	480
TOTAL PERSONES ATESES	8.040

5.4. Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió

- Persones tractades a un CSMA de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de l'IAS durant l'any 2019.

- Persones que accepten participar en l'estudi lliurement i han signat el consentiment informat.

Críteris d'exclusió

- Persones que neguin participar en l'estudi.
- Persones que no tinguin la capacitat de comprendre i respondre als qüestionaris presentats pels investigadors.

5.5. Mostra

Tenint en compte aquesta població finita, s'ha determinat una mostra probabilística representativa de la N total (població total). Per garantir que la mida de la mostra sigui representativa, amb un nivell de confiança del 95%, s'han utilitzat les fórmules següents:

$$n = \frac{N \cdot z_{\alpha}^2 \cdot p (1 - p)}{i^2 \cdot (N - 1) + z_{\alpha}^2 \cdot p (1 - p)}$$

n = nombre de mostra calculada per població finita.

$Z_{\alpha} = 1.96$. Coeficient corresponent a un nivell de confiança del 95%.

$p = 0.2$. Probabilitat del 20% del paràmetre que es vol mesurar segons estudis revisats.

$i = 0.05$. Marge d'error del 5% que es preveu amb el nivell de confiança del 95%.

$N = 8.040$. Mida de la població atesa en tots els Centres de Salut Mental d'Adults de l'IAS.

Així doncs, trobem:

$$n = \frac{N \cdot z_{\alpha}^2 \cdot p (1 - p)}{i^2 \cdot (N - 1) + z_{\alpha}^2 \cdot p (1 - p)} = \frac{1.96^2 \cdot 0.2(1 - 0.2)}{0,05^2} = 238,59 \approx 239 \text{ persones}$$

La mida de la mostra representativa del conjunt de la població atesa és de 239 participants. Destacant que possiblement hi haurà possibles pèrdues de participants per absència d'informació, abandó o altres motius, s'incrementarà la mostra, suposant que la proporció de pèrdues esperades sigui del 10%. La fórmula a utilitzar serà:

$$N_a = n \left(\frac{1}{1 - R} \right)$$

N_a : nombre de participants tenint en compte les possibles pèrdues.

n: mostra representativa sense tenir en compte les pèrdues.

R: proporció esperada de pèrdues expressada en tant per u.

Així doncs, trobem que la mostra final serà la següent:

$$N_a = n \left(\frac{1}{1 - R} \right) = 239 \frac{1}{1 - 0.1} = 265,55 \approx 267 \text{ persones}$$

Amb la mostra obtinguda es durà a terme una aleatorització mostral estratificada per centres, donant com a resultat el nombre de participants per centres que es mostra a continuació (Taula 6).

Taula 6: Participants de cada CSM de l'IAS

Font: modificada de Memòria IAS (40)

CENTRE DE SALUT MENTAL D'ADULTS	Mostra prevista mínima	Mostra amb reserves
Gironès – Pla de l'Estany	62	69
Alt Empordà	40	45
Baix Empordà	39	44
Selva marítima	38	43
Selva interior	19	21
Garrotxa	26	29
Ripollès	15	16
TOTAL PARTICIPANTS	239	267

5.6. Descripció de les variables d'estudi

A la Taula 7 es descriuen les variables d'estudi del present projecte.

Taula 7: Descripció de les variables d'estudi

VARIABLE	TIPUS	VALOR
Edat	Quantitativa discreta	En anys
Sexe	Qualitativa	Dona
Estat civil	Qualitativa politòmica	Soltera Amb parella Casada Separada/Divorciada
Trastorn mental base	Qualitativa politòmica	Segons el <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V</i>
Situació laboral	Qualitativa politòmica	Treballa a temps complert Treballa a temps parcial Treballa només a l'estiu Estudio No estudio ni treballa

Nucli de convivència	Qualitativa politòmica	Amb cònjuge Amb parella Amb els pares/avis/germans Sol
CSM referència	Qualitativa politòmica	Alt Empordà Baix Empordà La Selva marítima La Selva interior La Garrotxa Ripollès Gironès – Pla de l'Estany
Relació amb agressor	Qualitativa politòmica	Cònjuge Parella Exparella
Nombre de parelles sentimentals	Quantitativa continua	1 2 3 4 o més
Patir violència física	Qualitativa ordinal dicotòmica	Sí No
Patir violència psicològica	Qualitativa ordinal dicotòmica	Sí No
Patir violència sexual	Qualitativa ordinal dicotòmica	Sí No

5.7. Instruments per a l'estudi

Aquest projecte estarà compost per un qüestionari (Annex I) dividit per dues parts. Inicialment trobem un qüestionari d'elaboració pròpia i posteriorment una segona part amb una escala específica dividida en tres apartats.

La primera part està composta per un qüestionari ad-hoc que engloba certes variables sociodemogràfiques i personals com: l'edat de la usuària, l'estat civil, el nucli de convivència, la situació laboral, el CSM de referència, el trastorn mental base diagnosticat segons el DSM V i el nombre de parelles sentimentals que ha tingut fins el dia de l'entrevista. Al final de tot el qüestionari es farà una qüestió d'elaboració pròpia per conèixer quina relació mantenia la persona amb el seu agressor.

La segona part està composta per un seguit de preguntes extretes del qüestionari *Revised Conflict Tactics Scale 2* de Straus et al. (41) i validada en versió espanyola per Calvete et al. (42) que valora amb 78 ítems, és a dir, 39 ítems per l'agressor i 39 ítems per la víctima, la violència física, psicològica i sexual, a més de les estratègies de negociació i danys dels conflictes. Aquests ítems es troben valorats mitjançant una escala tipus likert on hi ha vuit diferents opcions: 0 (mai m'ha passat), 1 (un cop), 2 (dos cops), 3 (entre tres i cinc cops), 4

(entre sis i deu cops), 5 (entre onze i vint cops), 6 (més de vint cops) i 7 (no el darrer any però sí abans).

D'altra banda, aquesta escala diferencia els ítems en severos o lleus, on severos són els ítems següents: *Mi pareja me llamó gorda o fea, Mi pareja me destrozó algo que me pertenecía, Mi pareja me acusó de ser mala amante, Mi pareja me amenazó con golpear o arrojar algo contra mí, Mi pareja ha usado un cuchillo o arma contra mí, Mi pareja me golpeó con algo que pudo hacerme daño, Mi pareja me estranguló, Mi pareja me empujó contra una pared, Mi pareja me dio una paliza, Mi pareja me hizo una quemadura a propósito, Mi pareja me dio una patada, Mi pareja usó la fuerza (golpearme, inmovilizarme o una arma) para obligarme a practicar sexo oral o anal con él, Mi pareja usó la fuerza (golpearme, inmovilizarme o una arma) para obligarme a practicar sexo con él, Mi pareja utilizó amenazas para obligarme a practicar sexo oral o anal con él i Mi pareja usó amenazas para obligarme a practicar sexo con él*; i menors són els ítems esmentats a continuació: *Mi pareja me insultó o maldijo, Mi pareja me gritó, Mi pareja salió dando un portazo de la habitación o de la casa durante una discusión, Mi pareja hizo algo para fastidiarme, Mi pareja tiró algo que me pudo hacer daño, Mi pareja me retorció el brazo o tiro de mi pelo, Mi pareja me empujó, Mi pareja me agarró, Mi pareja me abofeteo, Mi pareja me obligó a mantener relaciones sexuales sin preservativo i Mi pareja insistió en practicar sexo oral o anal pero no usó la fuerza física (42).*

En el present projecte només es tindran en compte un total de 27 ítems, el quals estan relacionats amb la violència física, psicològica i la coacció sexual que fan referència a la víctima i només es tindrà en compte una població femenina, tal i com han fet altres estudis (42-44).

5.8. Descripció del procediment i recollida de dades

1. Inicialment es demanarà col·laboració al supervisor infermer de la unitat d'aguts de l'Hospital Santa Caterina.
2. Es procedirà a realitzar una reunió informativa del present projecte amb els respectius responsables i infermeres de cada CSMA.
3. Es presentarà el projecte i demanarà autorització mitjançant una sol·licitud al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de Girona (Annex II), adjuntant el compromís d'investigador principal (Annex III) i la conformitat del cap de servei i supervisor/a d'infermeria (Annex IV) per aconseguir la seva aprovació.
4. Es demanarà autorització a l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) mitjançant una carta (Annex V), per poder dur a terme la recollida de dades en cada centre.

5. Un cop acceptat el projecte, es farà una elecció de la població representativa de la N total, de manera aleatòria, mitjançant una trucada telefònica i concertant cita en els pròxims sis mesos.
6. El qüestionari es realitzarà en una visita programada de la persona atesa, entre el mes de gener i juny de 2020 en el seu centre de referència, després de la seva autorització explícita per escrit, destacant la confidencialitat, anonimat i intimitat.
7. S'informatitzarà tota la informació obtinguda.
8. S'analitzarà les dades obtingudes, tal i com s'explicarà en l'apartat següent.
9. Es procedirà a l'elaboració dels resultats, discussió i conclusió.
10. Es realitzarà una revisió del marc teòric i metodologia del projecte.
11. Es presentarà la recerca i es farà difusió dels resultats a congressos d'investigació científica.
12. Finalment, es farà l'edició de l'article.

5.9. Anàlisi de dades

L'anàlisi de dades del present estudi es realitzaran mitjançant el programa estadístic *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (v.21)*.

Per una banda, es farà un estudi descriptiu univariant de les variables qualitatives estudiades amb freqüències percentuals i representades en gràfics de barres. Les variables quantitatives s'estudiaran amb els estadístics de tendència central que són la mitjana, mediana, moda i percentils, i amb estadístics de dispersió, en aquest cas, la desviació estàndard.

D'altra banda, es realitzarà un anàlisi descriptiu bivariant per estudiar una variable quantitativa i una variable qualitativa, per tal de poder fer-ho, s'utilitzaran els diagrames de caixa múltiple i s'utilitzarà la t de Student per detectar si existeixen diferències estadísticament significatives. En quant l'anàlisi de dues variables quantitatives, s'utilitzaran els diagrames de dispersió i per l'anàlisi de dues variables categòriques, s'utilitzaran les taules de contingència i el coeficient de correlació de Pearson. En el cas d'anàlisi de relació de dues variables qualitatives, s'utilitzarà el Chi-Quadrat. En tots els casos es considerarà que existeixen diferències estadísticament significatives quan $p < 0.05$.

5.10. Aspectes ètics i legals

El present estudi segueix la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, on es garanteix i es protegeix l'ús de les dades personals, les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones físiques, destacant la seva intimitat personal i familiar.

Degut a que s'accedirà a la història clínica de cada participant, cal destacar la total confidencialitat i la no presència de cap nom i cognoms, garantint l'anonimat absolut. D'altra banda, es donarà un número a l'atzar i aquest no estarà lligat a la història clínica de la persona ni a qualsevol característica que permeti establir una relació. Tanmateix, es disposarà d'una memòria encriptada amb tota la informació emmagatzemada i sota custòdia d'una persona encarregada.

Per tal de complir aquesta llei, els participants del projecte seran prèviament informats de manera expressa, precisa i inequívoca (Annex VI). D'altra banda, se'ls demanarà el consentiment informat per escrit (VII), garantint el seu anonimat. Tanmateix, es destacarà que poden exercir el seu dret de rectificació, cancel·lació i oposició de formar part de l'estudi sense cap mena de conseqüència en la negativa de subministrar la informació sol·licitada.

D'altra banda, en aquest estudi es té en compte la Declaració de Hèlsinki de l'Associació Mèdica Mundial del 2013 realitzada a Brasil. Aquesta Declaració té en compte els principis ètics per a la investigació mèdica en éssers humans, incloent els riscos, costos, beneficis, persones i grups vulnerables, privacitat, confidencialitat, consentiment informat, inscripció, publicació i difusió de resultats, requisits científics i protocols d'investigació, entre d'altres.

Per tal de poder dur endavant el projecte, es presentarà al Comitè d'Ètica de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Girona del Dr. Josep Trueta (IdibGI) perquè en faci la valoració i doni el seu vist i plau.

5.11. Limitacions de l'estudi

La principal limitació és la manca d'estudis recents en relació a la violència de gènere a persones amb trastorns mentals a Espanya, fet que provoca dificultats en la comparació de resultats.

D'altra banda, podem trobar dificultats en les respostes de les dones participants en l'estudi, per aquest motiu, també es proposa incrementar la mostra prevista inicialment per possibles pèrdues.

Finalment, trobem que una altra limitació és la realització de l'estudi amb una població femenina i en relació a la victimització i no a l'agressor.

6. CRONOGRAMA DEL PROJECTE

A continuació es mostrarà (Taula 8) el cronograma previst per a l'elaboració del projecte.

Taula 8: Cronograma del projecte

Elaboració: pròpia

	TEMPS	TASCA
FASE INICIAL	Setembre 2019 a novembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Demanar col·laboració al supervisor de la unitat d'aguts de l'Hospital Santa Caterina.
	Desembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Reunió informativa amb els responsables i infermeres de cada CSM. • Presentació del projecte mitjançant una sol·licitud al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de Girona. • Es demanarà autorització a l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) mitjançant una carta. • Elecció probabilística dels participants del projecte, concertant cita mitjançant una trucada telefònica.
TREBALL DE CAMP	Gener a juny 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Recollida de dades per part dels enquestadors.
ANÀLISI I INTERPRETACIÓ DE DADES	Juliol a setembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Informatització de la informació recollida. • Anàlisi de dades mitjançant el programa informàtic SPSS (v21).
FASE FINAL	Octubre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboració dels resultats, discussió i conclusió.
	Novembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Revisió del marc teòric i metodologia del projecte.
	Desembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Presentació de la recerca i difusió dels resultats a congressos. • Edició de l'article.

7. PRESSUPOST ECONÒMIC

A continuació (Taula 9) es mostrarà les possibles despeses en quant el materials i els desplaçaments necessaris per realitzar la investigació.

Taula 9: Despeses en material i desplaçament

Elaboració: pròpia

CONCEPTE	PRESENTACIÓ	PREU (€)/UNITAT	QUANTITAT	TOTAL
Desplaçaments	Km	Ripoll	50€	145€
		Olot	25€	
		Blanes	20€	
		Figueres	20€	
		Platja d'Aro	15€	
		Santa Coloma de Farnés	10€	
		Girona	5€	
Impressió	Unitat	0,05€	1446	72,3€
Fulls de paper	Paquet 500	3€	3	9€
USB 32GB	Unitat	10€	1	10€
SPSS v21	Unitat	95,53€/mes	5	477,65€
Bolígrafs	Paquet 10	4,10€	1	4,10€
TOTAL: 718,05€				

A la Taula 10 es mostraran les despeses realitzades en quant les contractacions de personal laboral.

Taula 10: Despeses en recursos humans

Elaboració: pròpia

CONCEPTE	PREU (€)/HORA	HORES TREBALL	TOTAL
Estadista	20€/hora	20	400€
Traductor i corrector	10€/hora	10	100€
Becari	8€/hora	200	1.600 €
TOTAL: 2.100€			

A continuació (Taula 11), es mostraran les despeses en la publicació i comunicació científica del projecte.

Taula 11: Despeses en publicació i comunicació científica

Elaboració: pròpia

CONCEPTE	DESCRIPCIÓ	PREU (€)	TOTAL
Open access article	Servei	2.500	2.500€
Comunicació científica nacional	Inscripció	300€	800€
	Viatge	400€	
	Àpats	100€	
Comunicació científica internacional	Inscripció	400€	1.100€
	Viatge	500€	
	Àpats	200€	
TOTAL: 4.400€			

PREU TOTAL DEL PROJECTE: 7.218,05€

ANNEX I: QÜESTIONARI

El presente cuestionario se realiza con la finalidad de poder determinar la prevalencia de personas que tienen un trastorno mental base y han sufrido violencia de género durante su vida sentimental, con la finalidad de realizar la investigación titulada *Prevalença de violència de gènere a la població gironina amb trastorns mentals*.

Cabe destacar que vuestra participación es totalmente voluntaria y, por lo tanto, puede retirar su participación en cualquier momento sin sufrir ningún tipo de consecuencia. Por otro lado, se le informará sobre la investigación y se le explicará la utilización de sus datos personales, insistiendo en que su identidad será totalmente anónima y confidencial.

Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente, usted **otorga su consentimiento** para utilizar sus datos personales en el presente proyecto.

- Acepto
- No acepto

Muchas gracias por su participación y atención.

PARTE 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad
2. Estado civil actual
 - Soltera
 - Con pareja
 - Casada
 - Separada o divorciada
3. Nuclio de convivencia
 - Con cónyugue
 - Con pareja
 - Con padres/hermanos/abuelos
 - Sola
4. Situación laboral
 - Trabajo a tiempo completo
 - Trabajo a tiempo parcial
 - Trabajo solo en verano
 - Estudio
 - No estudio ni trabajo

5. ¿Cuántas parejas sentimentales ha tenido hasta ahora?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4 o más
6. Centro de Salud Mental de referencia
- Alt Empordà
 - Baix Empordà
 - La Selva marítima
 - La Selva interior
 - La Garrotxa
 - Ripollès
 - Gironès – Pla de l’Estany
7. ¿Qué trastorno mental le ha sido diagnosticado por su psiquiatra?
-

PARTE 2: ESCALA DE VALORACIÓN

Por muy buena relación que hayas tenido o tengas con tu pareja, siempre hay momentos de desacuerdo, discusiones o situaciones desagradables. A continuación, se mostrará un seguido de momentos que han podido suceder en el pasado año o anteriormente. Por favor, marque con una cruz cuantas veces se han dado estos hechos en el último año o si no es el caso y pasó anteriormente, siguiendo el código siguiente:

- 0 = nunca me ha pasado
- 1 = una vez en el último año
- 2 = dos veces en el último año
- 3 = entre tres y cinco veces en el último año
- 4 = entre seis y diez veces en el último año
- 5 = entre once y veinte veces en el último año
- 6 = más de veinte veces en el último año
- 7 = no el último año, pero si anteriormente (puede ser la pareja actual o cualquiera)

ESCALA DE TÁCTICAS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS (CTS2)	0 = nunca me ha pasado	1 = una vez	2 = dos veces	3 = entre tres y cinco veces	4 = entre seis y diez veces	5 = entre once y veinte veces	6 = más de veinte veces	7 = no en el último año pero sí antes
AGRESIÓN PSICOLÓGICA								
Mi pareja me insultó o maldijo								
Mi pareja me llamó gorda o fea								
Mi pareja destrozó algo que me pertenecía								
Mi pareja me acusó de ser mala amante								
Mi pareja hizo algo para fastidiarme								
Mi pareja me amenazó con golpear o arrojar algo contra mí								
Mi pareja me gritó								
Mi pareja salió dando un portazo de la habitación o de la casa durante una discusión								
AGRESIÓN FÍSICA								
Mi pareja me lanzó algo que pudo herirme								
Mi pareja me tiró del brazo o del pelo								
Mi pareja me golpeó o empujó								
Mi pareja usó un cuchillo o arma contra mí								
Mi pareja me golpeó con algo que podía herirme								
Mi pareja me estranguló por el cuello								
Mi pareja me empujó con violencia contra una pared								
Mi pareja me dio una paliza								
Mi pareja me hizo una quemadura a propósito								
Mi pareja me dio una patada								
Mi pareja me agarró con fuerza								
Mi pareja me abofeteo								
COACCIÓN SEXUAL								
Mi pareja me obligó a mantener relaciones sexuales sin preservativo								

<p>Mi pareja usó la fuerza (golpearme, reducirme o una arma) para tener sexo oral o anal conmigo</p>								
<p>Mi pareja usó la fuerza (golpearme, reducirme o una arma) para obligarme a practicar sexo con él</p>								
<p>Mi pareja insistió en practicar sexo conmigo cuando yo no quería (pero no utilizó la fuerza física)</p>								
<p>Mi pareja me insistió para practicar sexo anal o oral conmigo (pero no utilizó la fuerza física)</p>								
<p>Mi pareja utilizó amenazas para obligarme a practicar sexo oral o anal con él</p>								
<p>Mi pareja usó amenazas para obligarme a practicar sexo con él</p>								

8. ¿Qué relación mantenias con la persona que realizó los actos mencionados en la escala anterior?

- Cónyuge
- Pareja
- Expareja

ANNEX II: SOL·LICITUD DEL PROJECTE A CEIC



CEIm Girona

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta

Avinguda de França s/n

17007 Girona

Benvolgut,

Adjuntem documentació corresponent a l'estudi *Prevalença de violència de gènere a la població gironina amb trastorns mentals*.

Els documents presentats són els següents:

- Compromís de l'investigador principal.
- Acord de participació signat pel cap de servei i supervisor infermer.
- Consentiment informat.
- Full d'informació al pacient.

En cas de necessitar més informació o documentació addicional, el CEIm es dirigirà a:

- Nom: Kujegi Camara Tunkara.
- Telèfon: 665111591.
- E-mail: projectevgism@gmail.com.

Cordialment,

Sra. Kujegi Camara Tunkara

Girona, 19 de setembre de 2019

ANNEX III: COMPROMÍS DE L'INVESTIGADOR PRINCIPAL

COMPROMÍS INVESTIGADOR PRINCIPAL

Sra. Kujegi Camara Tunkara de la facultat d'infermeria de la Universitat de Girona.

Faig constar:

Que conec i accepto participar com a investigadora principal de l'estudi: *Prevalença de violència de gènere a la població gironina amb trastorns mentals*.

I em comprometo a:

- a) Respectar la Declaració d'Hèlsinki vigent i les normes de Bona Pràctica Clínica.
- b) Signar un compromís en què em reconec com a investigador de l'estudi i afirmo conèixer el protocol i estar d'acord en tots els seus termes.
- c) Informar els subjectes participants i obtenir el seu consentiment per escrit i mantenir la documentació arxivada.
- d) Recollir, registrar i notificar totes les dades de forma correcta responent de la seva actualització i qualitat davant les auditories oportunes.
- e) Respectar la confidencialitat de les dades dels subjectes participants en l'estudi d'acord amb la normativa vigent.
- f) Facilitar les visites de monitorització, les auditories del promotor i les inspeccions de les autoritats sanitàries.
- g) Respondre sobre els objectius, metodologia bàsica i significat dels resultats de l'estudi davant la comunitat científica i professional.

Investigador principal

Signatura

Data

Srta. Kujegi Camara Tunkara

ANNEX IV: ACORD DE PARTICIPACIÓ SIGNAT PEL CAP DE SERVEI I SUPERVISOR INFERMER

CONFORMITAT CAP DE SERVEI I SUPERVISOR/A INFERMERIA

Dr./a. (nom i cognoms del Cap de Servei)

Cap de (Servei implicat)

(nom del centre)

Declara :

Que conec la documentació referent a l'estudi: *Prevalença de violència de gènere a la població gironina amb trastorns mentals* amb codi de protocol (**codi de protocol**), que es vol dur a terme en el nostre servei per la Sra. Kujegi Camara Tunkara.

Que el servei reuneix les característiques necessàries per poder dur-lo a terme i autoritzo la seva realització en el mateix.

Dr./a. (nom i cognoms del Cap de Servei)

Cap de (Servei implicat)

Dr./a. (nom i cognoms supervisor/a)

Supervisor/a

ANNEX V: CARTA DE PRESENTACIÓ AL IAS

Benvolgut responsable,

Envio aquesta carta amb la finalitat de presentar el projecte *Prevalença de violència de gènere a la població gironina amb trastorns mentals* i sol·licitar la vostra autorització per poder dur a terme el projecte esmentat anteriorment en tots els centres de salut mental d'adults que abraça la vostra institució.

El projecte *Prevalença de violència de gènere a la població gironina amb trastorns mentals* té la finalitat de donar a conèixer la gravetat i extensió de la violència que pateixen el col·lectiu de dones afectades per malaltia mental degut a l'absència d'estudis que engloben aquestes dues variables. Un cop determinades les prevalences, aquestes es classificaran segons el trastorn mental base de la persona i segons diferents característiques sociodemogràfiques, determinant doncs, els factors de risc principals.

Tenint en compte lo esmentat anteriorment, sol·licito la vostra autorització per tal de poder realitzar el projecte, de manera anònima i confidencial, i assolir els objectius proposats.

Per a sol·licitar més informació pot posar-se en contacte mitjançant el e-mail següent: projectevgism@gmail.com.

Atentament,

Kujegi Camara Tunkara

ANNEX VI: FULLA INFORMATIVA

La violència de gènere, per part de la parella, és un problema important en la salut pública i molt freqüent en les dones. Aquesta violència inclou agressions físiques, coerció sexual, abús psicològic i control del comportament.

Troblem que aproximadament el 20% de les dones que han mantingut una relació romàntica, han patit violència sexual i/o física per la seva parella.

Tot i l'augment d'actuacions del sector sanitari i social dirigides a la formació de professionals en quant la violència de gènere i la protecció de les dones, trobem que se sol oblidar a col·lectius especialment vulnerables com les persones amb trastorns mentals.

La violència de gènere i els trastorns mentals són un aspecte molt important per la salut pública, no només per l'alta prevalença, sinó també pel gran impacte en la qualitat de vida de les persones i el gran repte que suposa al sistema de salut.

Aproximadament una de cada cinc dones amb trastorns mentals han patit violència de gènere, destacant que són el doble de vulnerables en comparació a altres dones a patir violència per part d'una parella o exparella.

Degut a la gravetat i extensió de la violència que pateixen les dones, la invisibilitat d'aquest fenomen en el col·lectiu de dones afectades per malaltia mental i l'absència d'estudis que engloben aquestes dues variables, considero que es important poder determinar la dimensió del problema i les possibles intervencions en l'àmbit sanitari mitjançant el projecte Violència de gènere a persones amb trastorns mentals.

ANNEX VII: CONSENTIMENT INFORMAT

El present document fa referència al consentiment escrit de la persona que col·labora amb el projecte *Prevalença de violència de gènere a la població gironina amb trastorns mentals*.

Seguint la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* que garanteix i protegeix el tractament de les dades personals, la informació rebuda prèviament sobre el projecte i la seva resolució de dubtes, es prega que signi el present document si està d'acord amb les condicions esmentades a continuació.

Al participar en el projecte s'accepta que s'utilitzin les seves dades clíniques de manera anònima, totalment confidencial i com a fi d'investigació. D'altra banda, es podrà exercir el dret de rectificació, cancel·lació i oposició de formar part de l'estudi sense cap mena de conseqüència en la negativa de subministrar la informació sol·licitada.

Així doncs, amb la present assignatura vostè accepta els aspectes esmentats anteriorment i per tant, participar en el projecte.

Signatura