

JARDUKETA GIDA OSASUN ARLOKO PROFESIONALENTZAT



GENERO INDARKERIAREN ETA SEXU ERASOEN AURREAN EUSKADIN NOLA JARDUN JAKITEKO

JARDUKETA GIDA
OSASUN ARLOKO PROFESIONALENTZAT



GENERO INDARKERIAREN ETA
SEXU ERASOEN AURREAN
EUSKADIN NOLA JARDUN JAKITEKO

Argitaratzailea:

Osakidetza. Araba, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz

Argitaraldia:

1., 2019ko maiatza

© Osakidetza
Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa

Internet:

www.osakidetza.euskadi.eus

e-mail:

coordinacion@osakidetza.eus



AUORETZA EKARPENAK

AUORETZA

Ana Bustinduy Bascaran. Osakidetza. Debagoiena ESI. Arlo medikoko laguntza-koordinazioa.

María Sol Díaz González. Osakidetza. Bizkaiko Familia eta Komunitate Arretako Irakaskuntzako Unitate Multiprofesionala. Bilbo-Basurto ESI.

María José Goñi Agudo. Osakidetza. Donostialdea ESI. Laguntza-integrazioa.

Elida Grande Argudo. Osakidetza. Bizkaiko Osasun Mentalaren Sarea. Urbi 2 Osasun Mentaleko Zentroa.

Maximiano Gutiérrez Jodra. Osakidetza. Araba ESI. Zabalzana Osasun Zentroa.

Lucía Iñigo Regalado. Bioef. Antolaketa Berrikuntza eta Kudeaketa.

Maite Paino Ortuzar. Osakidetza. Asistentzia Sanitarioko Zuzendariordetza.

Catarina Paz Camaño. Bioef. Antolaketa Berrikuntza eta Kudeaketa

José Luis Quintas Díez. Osasun Saila. Aseguramendu eta Kontratazio Sanitarioko Zuzendariordetza.

José Antonio de la Rica Giménez. Osasun Saila. Euskadiko asistentzia soziosanitarioaren koordinazioa.

Miguel Sánchez Fernández. Osakidetza. Barrualde-Galdakao ESI. Larrialdietako Zerbitzua.

Amelia Valladolid Urdangaray. Osakidetza. Bilbo-Basurto ESI. Ginekologia eta Obstetrizia Zerbitzua.

Jon Zuazagoitia Nubla. Osasun Saila. Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza.

KANPOKO BERRIKUSPENA

Roberto Abad García. Osakidetza. Bilbo-Basurto ESI. Basurtoko Unibertsitate Ospitaleko Erizaintza Zuzendariordetza.

Elena Aldasoro Unamuno. Osasun Saila. Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza.

Sara Buesa Rodríguez. Vitoria-Gasteizko Udala. Gizarte Zerbitzuetako Zuzendaritza.

Karmele Díez Saez. Osakidetza. Bilbo-Basurto ESI. Basurtoko Unibertsitate Ospitaleko Pediatria Zerbitzua.

Ana Estévez Gutiérrez. Deustuko Unibertsitatea. Psikologia Saila.

Maribel Labaca Polo. Osakidetza. Donostialdea ESI. Beraun Osasun Zentroa.

Izaskun Landaia. Emakunde.

Isabel Martínez González. Osakidetza. Bizkaiko Osasun Mentalaren Sarea. Zallako Osasun Mentaleko Zentroa.

Federico Melgosa Latorre. Osakidetza. Debagoiena ESI. Debagoieneko Ospitalea. Larrialdietako Zerbitzua.

Miren Ortubay Fuentes. Euskal Herriko Unibertsitatea - UPV/EHU. Zuzenbide Publikoko Saila.

Luis Pacheco Yáñez. Osakidetza. Bizkaiko Osasun Mentalaren Sarea. Bilboko eskualdea.

Marisol Pérez de San Román Ruiz de Munain. Osakidetza. Araba ESI. Aranzabizkarra I Osasun Zentroa.

Guillermo Portero Lazkano. Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutua. Bizkaiko Auzitegiko Balorazio Integraleko Unitatea.

Leire Sologuren. Emakunde.



AURKEZPENA

Mundu-mailan, emakumeen aurkako indarkeria da osasun publikoko arazo nagusi eta larrienetako bat, Osasunaren Mundu Erakundeak berak dioen moduan. Halaxe balioesten du Eusko Jaurlaritzak ere, eta horregatik txertatzen ditu politika guztietan, zeharka, bai berdintasun-kulturaren sustapena, bai genero-diskriminazioaren aurkako borroka. Ondorioz, EAEko osasun-sistemak konpromiso bat hartu du: indarkeria mota horren gainean jardungo du, indarkeria ezartzeko modua edozein izanik ere, emakume helduengan nahiz adingabeengan ezartzen denean. Osakidetzak protokoloen bidez, bertako profesionalak trebatuz eta, jakina, horrelako edozein indarkeria-adierazpen prebenitu, hauteman eta esku hartu ahal izateko sentsibilitate egokiarekin taxutzen du jarduera hori.

EAEko osasun publikoa garatzen ari den jarduketa-lerro horretan kokatzen da gida hau (2008an argitaratu zena eguneratzen du). Bada, osasun-arloko profesionali zuzenduta dago, EAEko genero-indarkeriaren eta sexu-erasoen aurrean behar bezala joka dezaten. Izan ere, sarritan, eraso matxisten biktima diren emakumeek osasun-zerbitzuetako profesionalengana jotzen dute lehenik. Are, emakumeek beraiek aitortzen dute osasun-arloko langileek ematen dietela konfiantza handiena horrelako egoeretan. Gaur egun, genero-indarkeriaren gertakari ugari detektatzen dira Osakidetzan, eta prozedurak nahiz protokoloak hobetze aldera lan egiten jarraitzeko indarra ematen digu horrek.

Hala, kasu horietan jarduteko modua hobetzen jarraitu ahal izateko behar den ezagutza guztien eskura jartzea da «EAEko genero-indarkeriaren eta sexu-erasoen aurrean jarduteko gida» honen xedea, profesionaltasuna eta bikaintasunaren bilaketa konbinatzen baitira bertan.

Gida honen hitzaurrea idazteak ematen didan aukera baliatuko dut nire eskerrik beroena emateko hala gida egin dutenei, lanaren eta eskuzabaltasunaren eredua baitira, nola egunerokotasunean erabili eta praktikan jarriko dutenei.

Pertsona asko beren eragin-eremuan inplikaturik eta konpromisoa hartuta lortzen baitira gizarte-lorpen handienak. Hala, gida hau egin izanak eta erabiltzeak bultzada handia emango dio emakumeen aurkako indarkeria eta edozein sexu-eraso mota deuseztatzeko eman behar dugun urrats kolektiboari.

Nekane Murga
Osasuneko sailburua



AURKIBIDEA

0. AURKEZPENEA

1. SARRERA	15
2. ALDERDI KONTZEPTUALAK	21
1. ZER ULERTZEN DUGUN GENERO INDARKERIATZAT.....	21
1.1. EMAKUMEEN AURKAKO INDARKERIAREN SAILKAPENA	22
1.2. GENERO INDARKERIARI BURUZKO KONSTRUKTU TEORIKOAK.....	24
1.2.1. Sexu-genero harremanen eraikuntza genero-indarkeria bikotekidearen / bikotekide ohiaren esparruan ulertzekoa.....	24
1.2.2. Generoan oinarritutako botere-eredua.....	26
1.3. GENERO INDARKERIA BETIKOTZEN DUTEN MITOAK, ESTEREOTIPOAK ETA SINESMENAK.....	27
1.4. INDARKERIAREN PROZESUA.....	28
1.4.1. Indarkeriaren zikloa.....	28
1.4.2. Indarkeriaren goraldia	29
1.4.3. Emakumeen ibilbide kritikoa.....	30
2. ARAZOAREN HANDITASUNA.....	32
2.1. EPIDEMIOLOGIA.....	32
2.2. GENERO INDARKERIAREN ONDORIOAK.....	33
2.2.1. Emakumeen beren gaineko ondorioak.....	33
2.2.2. Seme-alabak. Haurren gaineko ondorioak	34
2.3. EMAKUMEEN AURKAKO INDARKERIAREN KOSTU SOZIALAK.....	35
3. OSASUNEO PROFESIOALEN ESKU HARTZEAREN ALDERDI ETIKOAK.....	36
3.1. PRINTZIPIOAK ETA BALIO ETIKOAK.....	36
3.2. KALTEBERATASUNA	38
3.3. SALAKETA JUDIZIALAREN ALDERDI ETIKOAK.....	39
3. JARDUTEKO PROZESUA	43
A. OSASUN ESPARRUAN EMAKUMEEKIN	43
1. LEHEN MAILAKO PREBENTZIOA.....	44
1.1. KALTEBERATASUN BEREZIKO EGOERAK IDENTIFIKATZEA	45

1.1.1. Haurdunaldia	46
1.1.2. Migrazioa	47
1.1.3. Aniztasun funtzionala	48
1.1.4. Nahasmendu mental larria (NML)	50
1.1.5. Adikzioak	51
1.1.6. Udalerri txikietan bizi direnak	52
1.1.7. Zahartzea	54
1.1.8. Sexu-esplotazioko eta emakumeen eta hurren salerosketako egoerak	55
2. BIGARREN MAILAKO PREBENTZIOA	56
2.1. DETEKZIO GOIZTIARREKO ESTRATEGIA: GALDETZEA	57
3. HIRUGARREN MAILAKO PREBENTZIOA	59
3.1. HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNA	59
3.2. LAGUNTZEKO ETA JARRAITZEKO JARDUNA	62
3.3. "NOT TO DO" – Zer EZ EGIN genero-indarkeriaren ARRETAN	72
B. SEXU ERASOEN AURREAN	75
1. NON EMATEN ZAIEN ARRERA	75
2. NOLA EMATEN ZAIEN ARRERA	78
C. OSASUN ESPARRUAN GENERO INDARKERIAKO EGOERAN DAUDEN EMAKUMEEN SEME ALABEKIN	85
D. OSASUN ESPARRUAN ERASOTZAILEEKIN	89
1. TRATU TXARREN EMAILEAREKIN ESKU HARTZEA	89
2. ESKU HARTZEKO PROGRAMAK	90
4. ARRETA SOZIOSANITARIOAREN KOORDINAZIOA	95
5. JARDUTEKO TESTUINGURUAK	103
1. TESTUINGURUA. LEHEN MAILAKO ARRETAKO KONTSULTATEGIKO EDO ETENGABEKO ARRETAKO GUNEKO (EAG) JARDUNA	103
2. TESTUINGURUA. ETXEKO LAGUNTZAKO JARDUNA	106
3. TESTUINGURUA. OSPITALEKO LARRIALDIETAKO HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNA	109
4. TESTUINGURUA. OSPITALIZAZIOKO EDO OSPITALEKO KANPO KONTSULTAKO HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNA	111
5. TESTUINGURUA. OSASUN MENTALEKO ZERBITZUKO JARDUNA. NAHASMENDU MENTAL LARRIA (NML)	113



6. GENERO INDARKERIAKO EGOERAN DAUDEN EMAKUMEEI ARRETA EMATEN DIEN OSASUNeko PROFESIONALAREN ZAINKETA	119
7. TERMINOEN GLOSARIOA	125
8. ERANSKINA	139
1. ERANSKINA. ERREGISTROA.....	139
2. ERANSKINA. LESIOEN PARTEA.....	150
3. ERANSKINA. GALDERA ERRAZTAILEAK.....	159
4. ERANSKINA. EMAKUMEEN AURKAKO INDARKERIAREN BIKTIMA DIREN EMAKUMEEI ETA HAURREI ARRETA EMATEKO BALIABIDEAK.....	164
BIBLIOGRAFIA	169



1. kapitulua

SARRERA

1. SARRERA

Genero-indarkeria ez da fenomeno berria, baina duela gutxi samar hasi da ezagutzen eta ikusgai egiten, eta kontu pribatua izatetik arazo soziazat eta osasun-arazotzat jotzera igaro da.

Arazo horrek herrialdeak eta mugak gainditzen ditu, emakume guztiak hartzen ditu eraginpean, eta osasun publikoko arazotzat jotzen da osasunaren gainean duen eraginengatik. Emakumeen babes eta segurtasunerako legegintzako neurriak hartu badira ere, azken urteotan emakume asko erail dituzte.

Genero-indarkeria mundu-mailako arazoa da. Izan ere, hala aitortu zuen Nazio Batuen Batzar Nagusiak (48/104 Ebazpena, 1993ko abenduaren 20koa), giza eskubideen eta emakumeen oinarritzko askatasunen urraketatzat jo zuenean. Berdintasunaren, garapenaren eta bakearen helburuak lortzeko ozttopoa da, Emakumei buruzko IV. Mundu Konferentzian adierazten den moduan. Osasunaren 49. Mundu Batzarrak mundu osoan gora egiten ari den osasun publikoko arazotzat hartu zuen emakumeen aurkako indarkeria (generoan oinarritutako indarkeria). Horrez gain, faktore erabakigarritzat jotzen du osasunaren narriadura, bai bere handitasunagatik bai ondorioengatik, eta gobernuari hertsatuki eskatzen die prebenitzeko eta desagerrarazteko baterako neurriak hartzeko.

Espainiako Estatuan, 1/2004 Lege Organikoak, abenduaren 28koak, Genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzkoak, zenbait esparrutan sentsibilizatzeko, prebenitzeko eta detektatzeko neurriak ezartzen ditu, eta horien artean dago osasun-esparrua. Legearen 32. artikuluan jasotzen denez, esku hartzen duten administrazio eta zerbitzu guztiek batera eta oso-osoa jardutea ziurtatuko duten jarduteko protokoloak garatu behar dira.

Geroztik, Espainiako Estatuan indarrean jarri da emakumeen aurkako indarkeria eta etxeko indarkeria prebenitzeari eta haren aurka borrokatzeari buruzko Europako Kontseiluaren Hitzarmena (Istanbulen Hitzarmena), 2011ko maiatzaren 11n Istanbulen sinatua, genero-indarkeria giza eskubideen urraketatzat eta diskriminazio-modutzat jotzen duena, eta estatuak erantzuletzat jotzen ditu hari egoki erantzuten ez badiote. Delitutzat hartzen dira emakumeen aurkako indarkeria-modu guztiak: indarkeria fisikoa, psikologikoa eta sexuala, bortxaketa barne; emakumeen genitalen mutilazioa; ezkontza behartua; jazarpena; abortu behartua; eta antzutzeko behartua.

Istanbulen Hitzarmenak eta Europako Parlamentuaren 2012/29/EB Zuzentarauak delituen biktimen eskubideei, laguntzari eta babesari buruzko gutxienezko arauak eta genero-indarkeriari erantzuteko irizpide berriak ezartzen dituzte.

Jarduteko gida hau funtsezkoa da arazo soziosanitario horretako inplikazioa hobetzeko. Izan ere, orain arteko gomendioak eguneratu eta areagotu egiten ditu eta

legegintzan izan diren aldaketetara egokitu da, efektiboagoa eta eraginkorragoa izan dadin. Horiek horrela, gida honek biktimarekin bizi diren adingabeak indarkeriaren zuzeneko biktimatza hartzen ditu.

Gida honen helburua da osasuneko langileak sentsibilizatzea eta gure testuinguruan genero-indarkeriako kasuen detekzio goiztiarrean inplikatzeko, eta, orobat, profesionalen osasun-esparrutik esku hartzeko irizpideak homogeneizatzen lagunduko duen lanerako tresna bat ezartzea. Estrategia erkideak, jakintza, orientabideak eta baliabideak eskaintzen ditu, osasuneko profesionalen arreta integratua eman diezaieten arazo hori jasaten duten emakumeei, eta, hartara, aurre egiteko aukera izan dezaten.

Egoera horietan esku hartu ahal izateko, jakin beharra dago gizon eta emakume izateari buruz gogoeta egitea, zalantza jartzea eta jarrera hartzea eskatzen duten aldaketak daudela maila pertsonalean; gogoan izan behar da portaeran, jarreretan eta sinesmenetan joera sexistak daudela egunegun. Genero-agindu horiek eraginpean eta baldintzapean jartzen dute indarkeria-egoerentzako erantzuna. Hala, ahalduntzea eta genero-berdintasuna ezinbestekoak dira indarkeriarik gabeko gizartearen eraikitzeak, emakumeen eskubideak urratuko ez dituen eta gizonek boterearen banaketa berdintasunez partekatuko duten gizartearen eraikitzeko. "Emakumeek beren bizitzaren aktore eta autore izan behar dute"¹. Pekingo Emakumeen Mundu Konferentzian (1995) sortu zen "ahalduntze" terminoa; emakumeek erabakiak hartzeko eta boterera iristeko prozesuetan parte hartzea adierazten du. Emakundek, Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VI. Planean, berdintasunerako baldintzatza hartzen du ahalduntzea, eta emakumeei pertsonalki zein maila kolektibo, sozial eta politikoko laguntzeko programak diseinatzen ditu. Emakumeek baliabideen (materialak eta sinbolikoak) kontrola eskuratzeko eta beren gaitasunak eta protagonismoa esparru guztietan indartzeko prozesua, horrela definitzen da ahalduntzea. Prozesu horretan, "emakume bakoitzak bere burua ahalmen du, gaitu eta baimendu egiten du". Gure sisteman esku hartzeko proposamenak ahalduntze-esparru horretan oinarritzen dira.

Indarkeriazko harreman batetik irteteko arazoari ezin zaio heldu prisma bakarretik; emakumeei eskainiko zaizkien zerbitzuetako asko elkarren osagarriak dira. Jarduteko sarean lan egin behar da, emakumeen segurtasun- eta konfiantza-giroa eskaintzeko.

Genero-indarkeriaren prebentzioak eskatzen du komunitatean kontzientzia sortzea eta osasunerako hezkuntza-jarduerak garatzea, komunitateen eta osasun-zerbitzuen (batez ere lehen mailako arreta) arteko loturak ezartzen dituen komunitate-eredu baten barruan.

2014. urteaz geroztik Emakunde NBErekin lankidetzan ari da indarkeriaren biktima diren emakumeentzako arretan gutxieneko kalitate-estandarrik diseinatzeak.

¹ Touraine A. 2007



Testuinguru horretan, Euskadin gogoeta kolektiboko prozesu bat egiten ari dira indarkeria jasaten duten emakume eta neskatilentzako arreta-sistema hobetzeko. Arreta-sistemetatik emakume eta neskatila horientzako arreta hobetzea da asmoa: osasun-sistematik, zerbitzu judizialetatik eta polizia-zerbitzuetatik, gizarte-zerbitzuetatik eta abar. Osasunaren esparruan orain arte planteatu dena jasotzen du gida honek.

Emakumeenganako tratu txarrek ondorio juridikoak dituzte eta gida honetan aztertuko ditugun dilema etikoak planteatzen dituzte erabakiak hartzean.

Emakumeen osasunerako ekartzen dituzten ondorioez gain, biktima ikusezinak detektatu beharra dago, edozein adingaberentzat ondorio larriak baititu gisa horretako giroan garatzeak.

Emakumeen aurkako genero-indarkeria osasun publikoko arazoa da, heriotzak eta pairamena eragiten ditu eta.

Osasun-sistema funtsezkoa da genero-indarkerian prebenitzeko eta jarduteko, emakumeek zerbitzu horietara jotzen baitute zenbait osasun-arazo dela eta.

Gidaren lehen zatian argi eta garbi adierazten dira genero-indarkeriari buruzko kontzeptuak, erabilgarri dauden datu epidemiologikoak eta gai horretan hain beharrezkoak diren alderdi etikoak. Bigarren zatian emakumeek osasun-sistemara jotzen dutenean haiekin jarduteko prozesu osoa aztertzen da. Hasierako oinarrizko jarduna proposatzen du indarkeria jasaten duen emakumeren bat identifikatu edo susmatzen den edozein zerbitzutan, zerbitzu bakoitzaren berezko espezifikotasunak kontuan izanda. Testuinguru hauek jaso dira: lehen mailako arreta, etengabeko arretako gunea, ospitaleko larrialdiak, osasun mentala, ospitaleko kanpo-kontsulta eta ospitalizazioa. Kasua baieztatu ondoren, laguntzeko eta jarraitzeko jarduna egiten da, batez ere lehen mailako arretako eta osasun mentaleko testuinguruetan. Ondoren, genero-indarkeriarekin erlazionatutako egoeretan esku hartzeko jarraibideak eskaintzen dira: sexu-erasoen aurrean jarduteko prozesua; osasun-esparruan genero-indarkeriako egoeran dauden emakumeen seme-alabekin jarduteko prozesua; erasotzaileekin jarduteko prozesua; arreta soziosanitarioaren koordinazioa. Beste atal adierazgarri bat testuinguruena da, hor xehetasun handiagoarekin garatzen baitira profesionalak genero-indarkeriako kasu batekin topo egiteko edo horren susmoa izateko aukera handienak dituzten osasun-esparru ohikoenetan esku hartzeko jarraibideak: ospitaleko larrialdietan; lehen mailako arretako kontsultategian edo etengabeko arretako gunean; ospitaleko kanpo-kontsultan edo ospitalizazioan; osasun mentaleko zerbitzuetan, nahasmendu mental larriaren kasuan. Gero genero-indarkeriako egoeran dauden emakumeei arreta ematen dien osasuneko profesionala nola zaindu adierazten da, eta ondoren terminoen glosarioa eta maiz egiten diren galderak daude. Eta, azkenik, historia klinikoa erregistratzearekin erlazionatutako alderdi praktikoak, lesioen parteak, profesionalentzako galdera erraztaileak eta genero-indarkeriaren biktima diren emakumei eta hurrei arreta emateko baliabide erabilgarriak lantzen dituzten eranskinak daude.



2. kapitulua

ALDERDI KONTZEPTUALAK

2. ALDERDI KONTZEPTUALAK

Indarkeria jasaten duten emakumeek era askotako sintoma ez-espezifikoeekin jotzen dute osasun-zerbitzuetara. Profesionalek horietarako tratamendu sintomatikoa ematen diete, kasu gehienetan genero-indarkeriako egoeraren bat izan daitekeela susmatu gabe.

Genero-indarkeria diagnostiko diferentzialean sartzea osasunaren ikusmolde biopsikosozialaren eta osasun-arretako genero-ikuspegiaren eskutik doa. Horrek emakume horien medikalizazioa eragiten duten joera profesionalak saihesten ditu, zenbaitetan osasuneko langileak omisiozko indarkeria egitera iristen baitira. Osasun-sisteman medikalizatzeko joerak depresio- edo antsietate-diagnostikoak eta tratamendu farmakologikoak sortzen ditu, egoeraren azken kausa haren bikotekideak edo bikotekide ohiak eragindako indarkeria izan daitekeela ikertu gabe.

1. ZER ULERTZEN DUGUN GENERO INDARKERIATZAT

Ez dago emakumeen aurkako indarkeriaren arazoa izendatzeko definizio garbi eta ahobatezkorik. Nazio Batuen Erakundearen definizioa da onarpen zabalena duena: "emakume izatea oinarri duen edozein indarkeria, edo emakumeei kalte edo sufrimendu fisikoa, sexuala edo psikologikoa eragin diezaiekeena. Horren barruan hartzen dira aipatutako ekintza horien mehatxuak, derrigortzea edo arbitrarioki askatasuna kentzea, publikoan zein pribatuan gertatuta ere"; eta kausak estrukturalak direla aitortzen du².

Espainiako Estatuan, 1/2004 Lege Organikoak, Genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzkoak, gizonak emakumeei ezartzen dizkieten botere-harremanen ondorioz erabiltzen duten indarkeria aipatzen du "horien ezkontide direnek edo izan direnek, edo horiekin antzeko maitasun-harremanak dituztenek edo izan dituztenek, nahiz eta elkarbizitzarik ez izan"³. Genero-indarkeria kontu pribatua ez dela aitortzen bada ere, neurriak afektibitate-harremana dagoenean edo izan denean besterik ez dira aplikatzekoak. Geroztik, Haurrak eta Nerabeak Babesteko Sistema aldatzen duen 8/2015 Lege Organikoak Genero-indarkeriaren aurkako Lege Organikoan egiten dituen erreformek aldatu egiten dute adingabeen izaera. Izan ere, zeharkako biktima izateari uzten diote eta genero-indarkeriaren zuzeneko biktimatzat hartzen dira gaur egun.

² NBE (1993).

³ 1/2004 Lege Organikoa, Genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzkoa.

Berriki, Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Planak (2018), 4/2005 Legeak, otsailaren 18koak, Emakumeen eta gizonen berdintasunerakoak, egiten duen definizioarekin bat, eta emakumeen aurkako indarkeria eta etxeko indarkeria prebenitzeari eta haren aurka borrokatzeari buruzko Europako Kontseiluaren Hitzarmenari (Istanbuleko Hitzarmena, 2011ko maiatzaren 11koa) jarraikiz, emakumeen aurkako indarkeriatzat hartzen du generoan oinarritutako indarkeria oro, zeinak berekin dakarren edo ekar dezakeen emakumeek kalte edo oinaze fisikoa, sexuala, psikologikoa eta ekonomikoa jasatea, baita mehatxuak, bortxa eta askatasun-gabetze bidegabeak ere, bizitza publikoan edo pribatuan.

Gida honetan, bikote-harreman heterosexualetan gizonarengandik emakumearengana eta haien seme-alabengana egiten den indarkerian jartzen da jarduteko fokua, Estatuko indarreko legerian ezarritakoari jarraikiz. Gainera, jarduteko ildo irekiagoa planteatzen du, emakumeek emakume izate hutsarengatik jasaten dituzten indarkeriak osasun-sistematik goiz detektatzea eta horien aurka laster esku hartzea bermatzeko, "gaixotasunaren jatorria (desparekotasuna) trata dezan, eta ez ezinbestean gehien ikaritzen gaituen sintoma (indarkeria)"⁴. Genero-indarkeriaren motarik ohikoena indarkeria psikologikoa, fisikoa eta sexuala dira (glosarioan definituak).

1.1. EMAKUMEEN AURKAKO INDARKERIAREN SAILKAPENA

Kategorizatorik ohikoena emakumeen aurkako indarkeria eta etxeko indarkeria prebenitzeari eta haren aurka borrokatzeari buruzko Europako Kontseiluaren Hitzarmenak⁵ ezarritakoa da:

- Indarkeria psikologikoa.
- Indarkeria fisikoa.
- Sexu-indarkeria, bortxaketa barne.
- Jazarpena.
- Ezkontza behartuak.
- Emakumeen genitalen mutilazioak.
- Abortu eta antzutze behartua.
- Laguntza edo konplizitatea eta saiakuntza.

Literatura gehiena bat dator baieztatzen duenean indarkeria fisikoa, psikologikoa eta sexuala direla emakumeen aurkako indarkeriak hartzen dituen molde nagusiak. Dena den, ez da ahaztu behar emakumearen aurkako beste

⁴ Gómez Fernández I., 2017.

⁵ Istanbuleko Hitzarmena, 2014.



indarkeria-molde batzuk ere badaudela, hala nola indarkeria estrukturala, indarkeria politiko-instituzionala, indarkeria espirituala, ziberindarkeria edo gorroto-indarkeria.

Osasunaren Mundu Erakundeak egiten duen analisiaren arabera, bizizikloan gertatzeko probabilitatearekin erlazionatzea da emakumeen aurkako indarkeria-moldeak bereizteko beste modu bat (1. taula).

1. taula. Genero-indarkeria bizitzan zehar

BIZITZAREN FASEA	INDARKERIA MOTA
Jaio aurrekoa	<ul style="list-style-type: none"> - Abortu selektiboa sexuaren arabera. - Amari haurdunaldian emandako tratu txarrek fetuarentzat dituzten ondorioak.
Hautzaro goiztiarra	<ul style="list-style-type: none"> - Emakumeen infantizidioa. - Indarkeria fisikoa, sexuala eta psikologikoa.
Hautzaroa	<ul style="list-style-type: none"> - Intzestua. - Nesken ezkontza. - Emakumeen genitalen mutilazioa. - Haur-pornografia. - Haur-prostituzioa. - Indarkeria fisikoa, sexuala eta psikologikoa.
Nerabezaroa eta helduaroa	<ul style="list-style-type: none"> - Aniztasun funtzionala duten emakumeez abusatzea (fisikoki zein psikologikoki). - Ezkonsariarekin erlazionatutako abusuak eta giza hilketak. - Sexu-jazarpena. - Haurdunaldi behartua. - Intzestua. - Pornografia behartua. - Prostituzio behartua. - Sexu-harreman inposatuak. - Emakumeen salerosketa. - Indarkeria gorteatzean eta ezkongaietan (azidoz erasotzea, bortxaketak...). - Indarkeria fisikoa, sexuala eta psikologikoa bikotean. - Indarkeria fisikoa, sexuala eta psikologikoa bikoteaz kanpo.
Zahartzaroa	<ul style="list-style-type: none"> - Alarguntsen hilketa. - Alarguntsen suizidio behartua. - Indarkeria fisikoa, sexuala eta psikologikoa.

Iturria: Osasunaren Mundu Erakunde (1998a, 1998b).

Ez dago tratu txar mota bakar bat, ezta horien testuinguru bakar bat ere, horietako asko baizik. Horien artean, gainera, emakumeen aurkako indarkeria-molde disimulatuak daude, eta espazio publiko zein pribatuetan betikotzen jarraitzen dira. Gizartean indarkeria sortzen duten beste portaera batzuk ere badaude, errepikakor bihurtu eta portaera sozial onartuak izatera iritsi direnak. Horrez gain, bikote-harreman berean zenbait indarkeria mota izan ohi dira aldi berean, eta, hortaz, ezin da ezarri bikotean indarkeria agertzeko patroia edo eredurik.

1.2. GENERO INDARKERIARI BURUZKO KONSTRUKTU TEORIKOAK

1.2.1. Sexu-genero harremanen eraikuntza genero-indarkeria bikotekidearen / bikotekide ohiaren esparruan ulertzeko

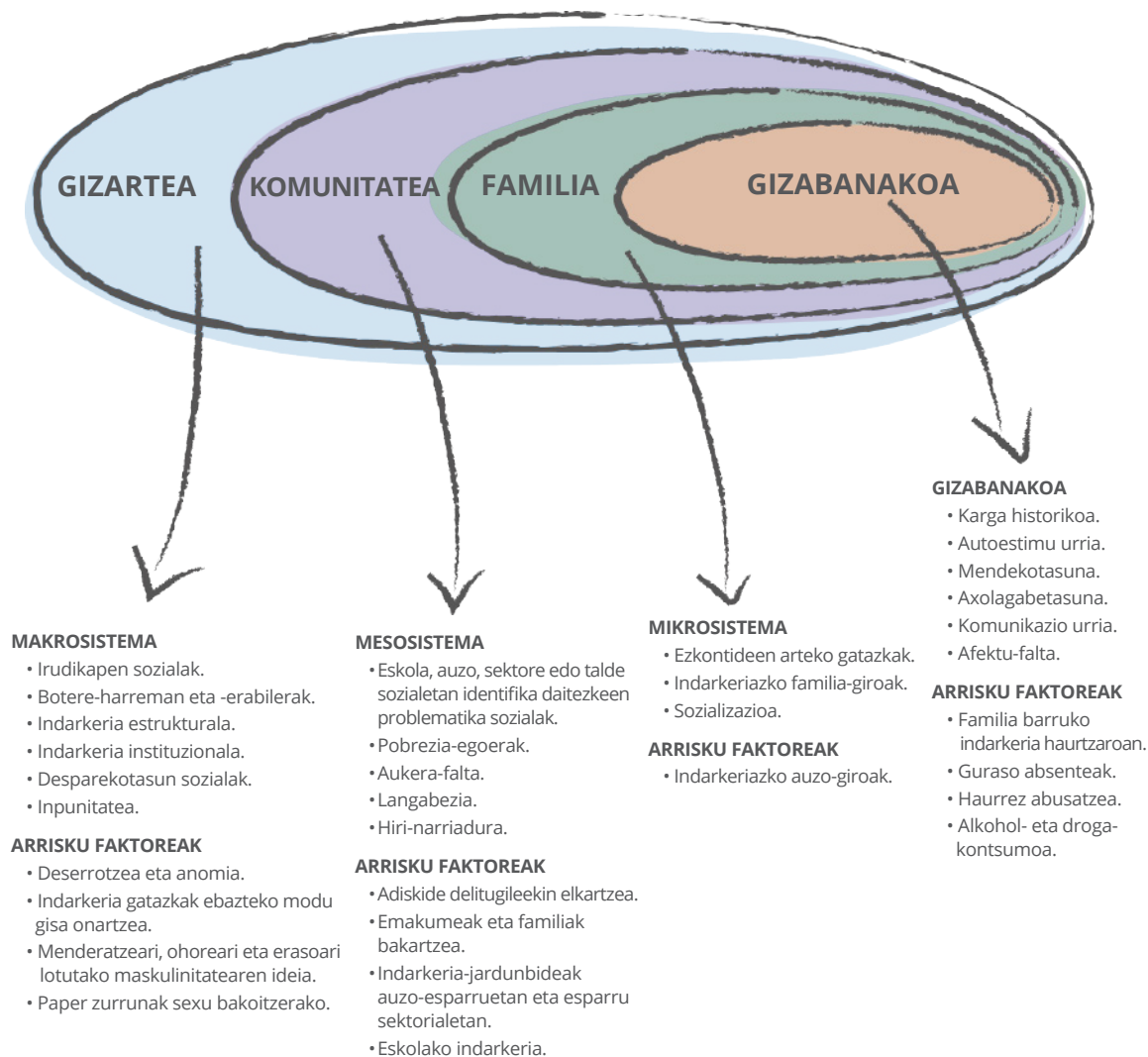
Kultura patriarkalak boterean, nagusitasunean eta kontrolean oinarritutako harremanak ezartzen ditu gizon-emakumeen artean. Emakumeentzat oso zaila da harreman horiek haustea, seme-alabak, familia, komunitatea eta gizartea oro har inplikaturik baitaude. Ildo horretan, gida honek ez du aztertzen LGTBI ikuspegia.

Esparru ekologiko integratuaren⁶ arabera, pertsona bakoitza harreman-maila ugarietan murgilduta dago —banakakoa, familiarena, komunitatearena eta soziala—, eta hor indarkeriaren zenbait adierazpen eta dinamika sor daitezke. Faktore pertsonalak, egoerari dagozkionak eta soziokulturalak erabakigarriak dira indarkeria-egoeran. Faktore horiek proposatutako lau mailetan eragiten dute (1. maila: historia pertsonala; 2. maila: mikrosistema; 3. maila: exosistema edo mesosistema; 4. maila: makrosistema), eta indarkeriaren aurkako babesa izan daitezke edo hura agertzeari bidea eman diezaiokete. Ereduak proposatzen du arrisku-faktoreak lau mailetatik abiatuta analizatzea, jakinik genero-indarkeria lau maila horietako edozeinetan eman daitekeela. Hori dela eta, begirada faktore kulturalen, sozialen eta psikologikoen arteko interakzioan jartzea da ereduaren asmoa (1. irudia).

⁶ Heise L.L. 1998.



1. irudia. Genero-indarkerian inplikaturako sistemen interrelazioa eredu ekologikotik azaltzea.

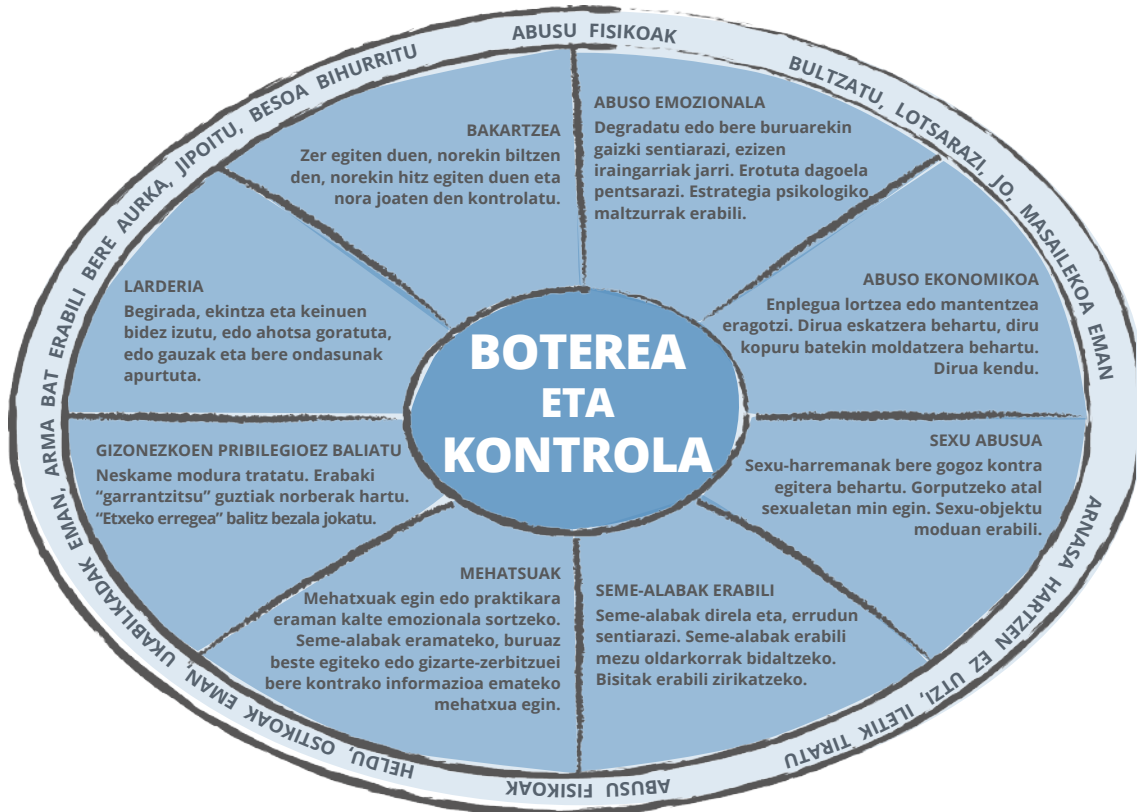


Iturria: Heise. L 1998.

“Boterearen eta kontrolaren gurpilak”⁷ esparru ekologikoa osatzen du, emakumearenganako indarkeria-harremanak ezartzeko gizonen arrazoiak arakatu-ta. Tratu txarren harremanetan boterearen dinamika eta kontrola zer-nolakoa den bistaratzea ahalbidetzen du. Harremanean boterea eta kontrola lortzeko beren bikotekideen aurka indarkeria erabiltzen duten gizonen sinesmenak eta jokabideak analizatzen dira, eta arau eta balio soziokulturalekin erlazionatutako gizonaren sinesmenak arakutzen dira (2. irudia).

⁷ Fleck-Henderson. 2004.

2. irudia. Boterearen eta kontrolaren gurpila



Iturria: Fleck-Henderson et al. 2004.

1.2.2. Generoan oinarritutako botere-eredua

Ekitaterik ezaren teorian oinarri hartuta, adierazten du generoan oinarritutako hierarkiak emakumeen eta gizonen betebeharrak asimetrikoak sorrarazten duela gizarte orok behar dituen jarduerak egitean (adingabeak eta gaixoak zaintzea, etxeko lana eta abar).

Emakumeen eta gizonen arteko botere-desparekotasunak lau oinarri hartzen ditu sostengu: baliabideen banaketa, betebeharrak sozialak, ideologia eta indarra. Indarkeriak berak ez ezik indarkeria erabiltzeko mehatxuak ere sortzen du ondorio hori.

Eredu horren pean lau oinarriek harreman dinamikoak mantentzen dute elkarrekin; beraz, botere-desparekotasuna gutxitzeko ahaleginak arrakasta izan dezaten, lau oinarrietan eragin behar da aldaketa. Eredu horretatik egiaztatzen da emakumeek beren bikotekide eta senitartekoei loturik dituzten betebeharrak (osasun-zainketak, etxeko lanak eta abar) azaltzen dutela emakumeen gutxiagotasuna eta beren bikotekideen boterearekiko harremana.



1.3. GENERO INDARKERIA BETIKOTZEN DUTEN MITOAK, ESTEREOTIPOAK ETA SINESMENAK

Mitoak honela defini ditzakegu: sinesmen estereotipikoak, eskuarki okerrekoak, baina pertsona gehienek egiazkoak balira bezala onartzen dituztenak. Bikotekidearen aurkako erasoa minimizatzeko, ukatzeko eta justifikatzeko balio dute, baita benetako arazoa ikusezin bihurtzeko ere.

Mito horien azpian dagoen izendatzaile komuna arazoa urrun kokatzea da, talde edo kolektibo espezifikoekin (immigranteak, langabeak eta abar) edo inguruabar biografiko edo pertsonalekin (familia desegituratuak, indarkeriazkoak eta abar) erlazionatuta, edo, bestela, indarkeria horren erantzukizuna berriz kokatu eta egile diren gizona gizonzkoengandik urruntzea.

Klasikotzat jotzen diren mitoak⁸:

- **Marjinaltasunari buruzko mitoak:** genero-indarkeria salbuespenaren alorrean kokatzen dute, taldetik beretik urrun dagoen eta salbuespenezko inguruabarren emaitza den zerbait balitz bezala mantenduta.
- **Tratu txarren emaleei buruzko mitoak:** indarkeriaraino eraman duten eta modu gutxi-asko esplizituan errutik libratzen duten erasotzailearen faktore pertsonalak nabarmentzen dituzte.
- **Tratu txarrak jasaten dituzten emakumeei buruzko mitoak:** erruaren zama haiengana eramaten dute eta gertatzen zaienaren erantzule egiten dituzte, bai haien ezaugarriren batek (nortasuna, estatusa, emozioak...) indarkeria erraztuko lukeelako, bai indarkeria onartuko luketelako edo haren eraginpean mantenduko liratekeelako.
- **Genero-indarkeriaren garrantzia minimizatzen duten mitoak** oso lokalizatuta dagoen unean uneko fenomenotzat hartzen dute; indarkeria psikologikoa ez da indarkeria fisikoa bezain larria; gizonak eta emakumeak berdin erabiltzen dute indarkeria bikotean.

Horiei mito berriak gehituko litzaizkieke, hots, neomitoak⁹:

- Guraso-alienazioaren sindromea (GAS), emakumeak manipulatzaileak direlako ideia indartzen duena, neska-mutilengan eragina izango bailukete aita ikusi nahi ez dezaten.
- Legeek "harreman normalak" direnak kriminalizatzen dituztela uste izatea.

⁸ Bosch, E. y Ferrer, V. A. 2012.

⁹ Lorente, M. 2009.

- Emakumeen sinesgarritasuna zapuztu nahi duen salaketa faltsuen ustezko ugaritzea.
- Gizonak sistemaren “benetako biktimak” direla uste izatea.

Mito negazionistek arazoaren garrantzia minimizatzea hartzen dute ardatz. Zalantzan jartzen dute indarkeria horri larria denik eta gertatzen denik ere. Emakume jakin batzuek sortu eta erabiltzen duten gehiegikeria dela uste dute, onurak lortzeko eta/edo gizonari kalte egiteko pentsatua, batez ere banantzeko edo dibortziazteko auzietan eta seme-alaben zaintza erabakitzekoetan.

1.4. INDARKERIAREN PROZESUA

Zergatik aguantatzen dute hainbeste emakumeek indarkeria eta tratu txarren egoeretan? Denbora luzean uste izan da emakume batzuek horrelako harremanetan irauten dutela osagai masokista sendoak eta mendekotasun emozionalari lotutakoak dituztelako. Errealitatea oso bestelakoa eta konplexua da. Batzuk bakarrik eta desesperatuta sentitzen dira, beldurra eta babesgabetasuna sumatzen dute eta kasu askotan, oraindik ere, merezi dutela uste dute.

Tratu txarren harremanak uzteko edo ez uzteko erabakiarekin erlazionatutako faktoreak hauek dira:

- Abusuaren ezaugarriak.
- Erabilgarri dauden baliabide materialak eta sozialak.
- Emakumearen tratu txarren aurrekariak.
- Emakumearen jarrerak.
- Harremanaren amaiera bere gain hartzeko gaitasuna.
- Beldurra.

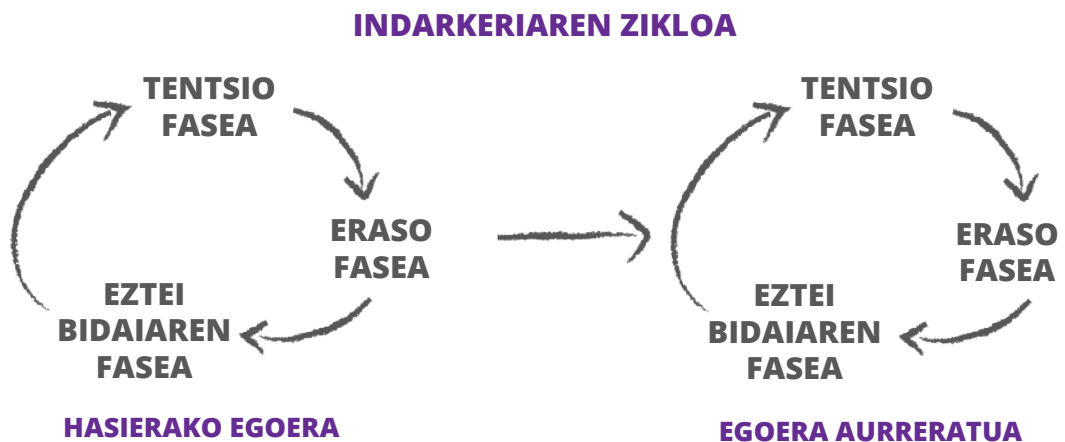
1.4.1. Indarkeriaren zikloa

Leonore Walker-ek ikertu zuen tratu txarrak jasaten dituzten emakumeak zergatik ezin diren irten egoera horretatik, eta “babesgabetasunaren eredu” edo “etsipen ikasiarena” erabili zuen horretarako. Eredu horren arabera, gertakari kontrolaezinen mende dagoen emakume batek — indarkeria-ekintzen mende kasu honetan— erreakzionatzeko edo ihes egiteko erantzuna blokeatuta geratzen den egoera psikologikoa sortuko du; emakumeak uko egiten dio aldaketak egiten saiatzeari, ikaratuta bizitzen ikasten du eta harremanaren egoeran aldaketak egitea ezinezkoa dela uste du. Tratu txarrak fase hauei jarraituz garatzen dira: a/ tentsioa metatzea; b/ indarkeria piztea/lehertzea edo fase akutua; c/ damua, lasaitasuna, adiskidetzea edo “eztei-bidaia”.



Tentsioa metatzeko fasean, hainbat gertakarik etsaitasuna areagotzen dute bikotean, emakumeak ulertzeko moduko arrazoirik izan gabe; denboraren poderioz gero eta sarriagoak dira indarkeriazko gertakari fisiko eta psikikoak. Indarkeria pizten/lehertzen denean, indarkeria fisikoa abian jartzen da, zenbaitetan abusu psikologiko eta sexualarekin batera. Damu-fasean gizonak barkamena eskatzen du, emakumearenganako jokabide maitekorra erakusten du eta berriz gertatuko ez dela hitz ematen dio (3. irudia).

3. irudia. Indarkeriaren zikloa



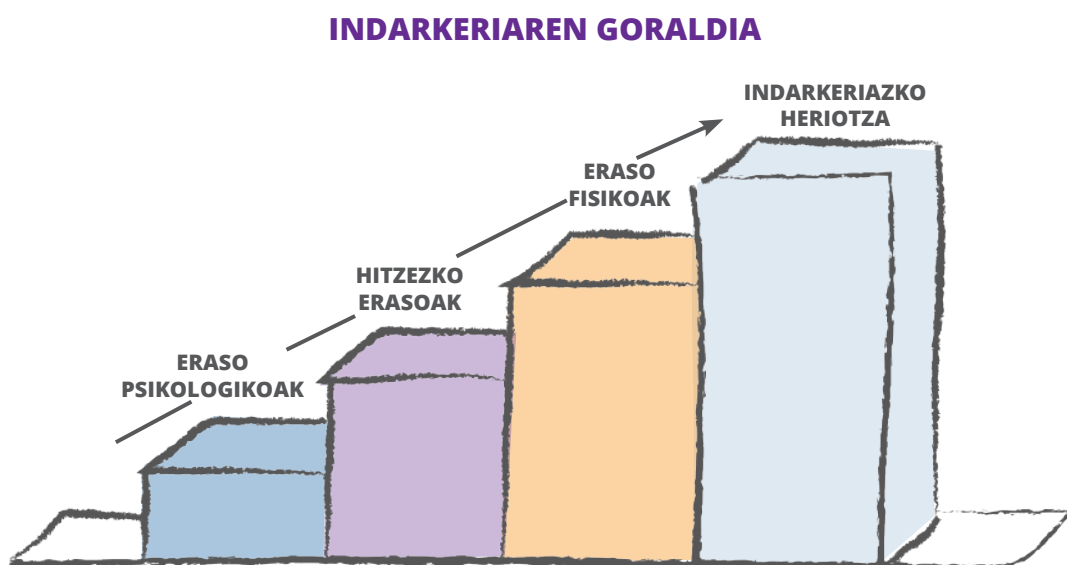
1.4.2. Indarkeriaren goraldia

Pixkanakako eta goranzko prozesu honetan, etapa bakoitzeko erasoen intentsitateak eta maiztasunak gora egiten du denbora igaro ahala. Erasotzaileak zaintzeko eta babesteko jarreraren itxura eta adierazpidea ematen dien abusu psikologikoko jokabideekin hasten da. Antzematen zailak dira, maitasun-itxura baitute, baina murriztu egiten dute emakumeak bere buruan duen konfiantza eta segurtasuna eta erreakzio-ahalmena. Egia esan, jokabide murriztaileak eta kontrolatzaileak dira, emakumearen autonomia apurka-apurka ahultzen dutenak, emakumea mendeko egoeran eta bakartuta uzten duten aldi berean.

Horien adibide dira, besteak beste, jelskortasuna, zaintza, arroparen, adiskideen edo jardueren gaineko zentsura, ordutegiak eta etxetik kanporako irteerak kontrolatzea. Tratu txar fisikoen bezpera izaten diren jokabide horiek emakumeek normalean ez dituzte erasokortzat hartzen, bikotekidearen izaeraren adierazpentzat edo gizonezkoen ezaugarri nagusitzat (rol menderatzailea eta babeslea aldi berean) baizik. Normalak balira bezala barneratu dira, familian, eskolan edo kalean sozializatzeko prozesuen bitartez. Horregatik ez zaie behar besteko garrantzia ematen eta tazituki onartzen dira, eta horrek guztiak babesgabetasun ikasia eta kalteberatasuna sortzen du emakumeengan.

Indarkeriaren pixkanakako igoera, eraso fisikoetara eta are heriotzara iritsi arte, denbora luzean eman daiteke. Prozesu horretan areagotu egiten da erreferentzien, autoestimua eta segurtasun pertsonalaren galera. Hori dela eta, emakume biktimarentzat zaila da bera barnean hartu duen prozesu horren esanahia eta garrantzia antzematea eta ulertzea eta, gainera, ez da ohartzen zer-nolako arriskuan dagoen (4. irudia).

4. irudia. Indarkeriaren goraldia



Iturria: Larouche G. 1987.

1.4.3. Emakumeen ibilbide kritikoa: indarkeriaren zirkulutik irteteko zailtasunak

Herentzia sozialak eta patrio kulturek zati batean argitzen dute emakumeei tratu txarrak ematen dizkien gizonarekin bikote-lotura hausteko zailtasuna. Familia-unitatearen mesedetan, beren ongizate pertsonalari eta beren beharrei uko egiteko eskatzen zaie emakumeei. Emakumeak lotura-ardatz eta afektibitate-sostengutzat hartzen dira. Faktore ekonomikoak ere deskribatzen dira, hala nola baliabide ekonomikorik ez izatea edo familian seme-alaba txikiak edo mendetasuna duten beste pertsona batzuk izatea. Elkarrekin adostutako dibortzioa ukatzea edo migrazio-egoera irregularrean egotea izan daitezke emakumeek egoera horretan irauteari bidea eman diezaioketen beste faktore batzuk.

Osasunaren Erakunde Panamerikarrak honela definitzen du ibilbide kritikoa: emakumeek isilaldia eteteko erabakia hartzen dutenean exekututzen dituzten erabaki eta ekintzetatik eta, orobat, soluzio bila dabiltzanean aurkitzen dituzten erantzunetatik abiatuta eraikitzen den prozesua. Faktore bultzatzaileak eta inhibitzaileak dira, barnekoak (pertsonalak) eta kanpokoak (testuingurua), elkarrekin erlazionatu eta emakumeen subjektibotasunaren



gainean jarduten dutenak, laguntza eta soluzioak bilatzeko ibilbideari ekin eta jarraitzeko erabakian indartu edo ahultzen dituztenak.

Genero-indarkeriari ematen zaizkion erantzun sozialak hainbat kategoriatan sailka daitezke: osasuneko arreta-zerbitzuak; biktimentzako laguntza; erasotzaileekin esku hartzeko programak; komunikabideetako informazio-kanpainak; hezkuntza; lege-erantzunak... Indarkeria-egoeratik irteteko erraztasun edo zailtasun handiagoa edo txikiagoa faktoreen baturaren edo metaketaren arabera izango da. Emakume baten kasuan zenbat eta faktore negatibo gehiago bildu, hainbat eta txikiagoa izango da emakume horrek harremana uzteko probabilitatea. Baliabide asko dituen emakume batek ere zailtasunak izan ditzake egoeratik irteteko. Behar-beharrezkoa da ahalduntze pertsonala, kolektiboa eta politikoa. Ahalduntze-eskolak eta beste emakume batzuen sostengua garrantzizkoak izan daitezke indarkeria-egoeratik irteten laguntzeko. Faktore batzuek emakumeek laguntza eskatzea errazten dute eta beste batzuek, ordea, inhibititu egiten dute (2. taula).

2. taula: Faktore erraztaileak/inhibitzaileak

<p>EMAKUMEEK LAGUNTZA ESKATZEA ERRAZTEN DUTEN FAKTOREAK</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Emakumearenganako edo seme-alabenganako tratu txarren gogortasuna arian-arian handitzea. - Seme-alaben babesa. - Seme-alabak handitzean erasotzaileari aurre egitea. - Independentzia ekonomikoa. - Familiaren edo gizartearen laguntzako sareak izatea.
<p>EMAKUMEEK LAGUNTZA ESKATZEA INHIBITZEN DUTEN FAKTOREAK</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mendekotasun ekonomikoa. - Eginbeharraren aginduak. - Obedientzia. - Lotsa. - Errua. - Beldurra. - Muga materialak. - Familiaren eta gizartearen presioak.

Iturria: Emakumeen aurkako indarkeriari buruzko makroinkestak. 2015. Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta berdintasuneko Ministerioa.

2. ARAZOAREN HANDITASUNA

2.1. EPIDEMIOLOGIA

Emakumeei heriotza goiztiarrak zein sufrimendua eta gaixotasuna eragiten dizkien osasun publikoko arazo garrantzitsua da genero-indarkeria. Epidemia da OMEren hitzetan. Horrexegatik da hain garrantzitsua osasuneko langileek detekzio goiztiarrean, identifikazioan eta laguntzan betetzen duten eginkizuna

Osasun publikoko arazoa da banakako kasuen agregazioagatik ez ezik, emakumeen osasun-egoeran eragina duten determinatzaileak emakumeei eraso egiten dien egitura batek kutsatzen dituelako ere (lan-munduko baldintzatzaileak, botere-harremanak, egitura soziofamiliarra eta laguntza klinikoa).

OMEren arabera, indarkeria fisikoa edo sexuala mundu osoko emakumeen herenak baino gehiago eraginpean hartzen dituen arazoa da. Emakume guztien % 35ek, gutxi gorabehera, indarkeria-ekintzak bizi izango dituzte bikotean zein bikotetik at bizitzaren uneren batean. Bikote-indarkeria da emakumeen aurkako indarkeria motarik ohikoena, mundu osoko emakumeen % 30 eraginpean hartzen ditu eta. "Aurkikuntza horiek mezu ahaltzua bidaltzen dute: emakumeen aurkako indarkeria proportzio epidemikoak dituen munduko osasun-arazoa da"¹⁰.

Giza Eskubideen Europako Agentziak zenbatesten duenez, emakumeen % 33k indarkeria fisikoa eta/edo sexuala jasan dute 15 urtetatik, eta emakumeen % 43k indarkeria psikologikoren bat jasan dute beren bikotekidearen edo bikotekide ohiaren aldetik (feminizidioa sartu gabe). Emakume eta nesken osasun fisiko eta mentalaren gaineko eragina oso zabala izan daiteke: hezur hautsiak, haurdunaldiei lotutako konplikazioak, arazo mentalak, funtzionamendu sozialaren narriadura...

Neskak bereziki kalteberak dira sexu-indarkeriaren aurrean. Haurtzaroko sexu-abusuen prebalentzia % 18 da nesken kasuan eta % 8 mutilen kasuan. Emakumezko nerabeek probabilitate handiagoa dute, halaber, bikote-indarkeria jasateko; ezagunek edo ezezagunek bortxatzeko; ezkontza goiztiarra edo behartua jasateko; sexu-esplotaziorako eta haurren lanerako salerosketaren biktima izateko; eta genitalen mutilazioa edo ebaketa pairatzeko.

Genero-indarkeria jasaten duten emakume asko amak dira eta, horrenbestez, oso handia da indarkeria horrek eraginpean hartzen dituen neska-mutilen kopurua. Zenbatespenen arabera, Espainian 800.000 adingabe inguru indarkeria mota hori gertatzen den etxeetan bizi dira. Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioaren 2015. urteko genero-indarkeriari buruzko makroinkestak adierazten duenez, seme-alaben % 63,6k beren amek jasandako indarkeria-egoeretakoren bat ikusi edo entzun zuten.

¹⁰ OPS/OMS. Chan, M. 2014.



Genero-indarkeriaren benetakopre balentzian neurtzealannekeza etakorapilatsua da. Poliziaren, emakume-zentroen eta beste erakunde formal batzuen bitartez erabilgarri dauden estatistikek maiz gutxiesten dituzte indarkeriaren mailak, kasu gutxi jakinarazten dira eta. Bikotean genero-indarkeria kontu pribatua dela uste izateak eta emakumeek indarkeria hori “zerbait normala” dela pentsatzeak zaildu egiten du gaur egun dauden kasuak benetan neurtzea eta betikotu egiten du arazoaren dimentsio erreala ikusezintasuna.

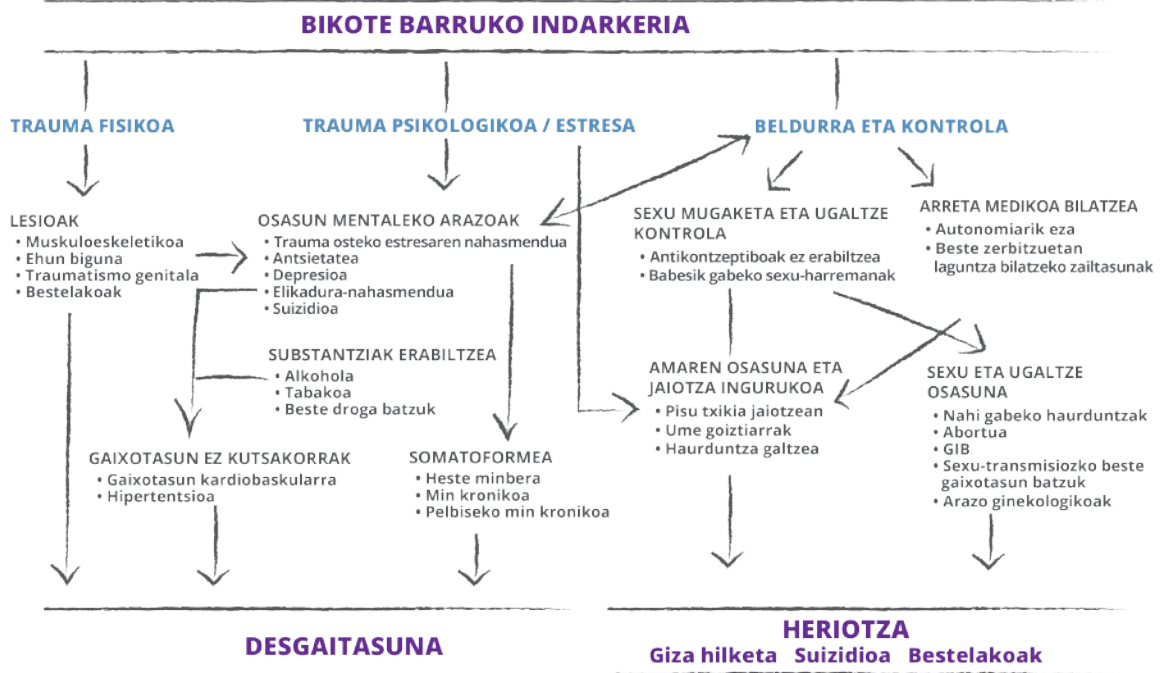
2.2. GENERO INDARKERIAREN ONDORIOAK

Askotan indarkeria fisikoa agerikoena eta kalte gutxien eragiten duena dela pentsatzen bada ere, zeinu fisikoak denborarekin kendu eta oinazeak arindu egiten baitira, gogoan izan behar da indarkeria psikologikoak etengabeko beldur-sentsazioa ekartzen duela, beti mugan sentitzea, garrasiak, umiliazioa eta iseka saihesteko aukerarik gabe, eta beti etortzen dela indarkeriarekin batera, emakumeak eta haien mendekoak babesgabetasun-egoeran utzita.

2.2.1. Emakumeen beren gaineko ondorioak

Alor honetan egin diren ikerketek egiaztatzen dutenez, tratu txarrak jasan dituzten edo jasaten dituzten emakumeen osasunak narriadura-patroia erakusten du indarkeriarik gabe bizi izan diren emakumeen aldean. Ikerketa gehienek indarkeriaren ondorio fisikoak eta psikikoak bereizten dituzte. Azken horiek garrantzi handikoak dira sortzen dituzten ondorioengatik: trauma osteko estresaren nahasmendua (TOEN) eta depresioa, autoestimua lesioa, substantzien abusua eta ludopatiak, eta suizidioa (5. irudia).

5. irudia. Bikotekidearen aurkako indarkeriaren bideak eta osasunaren gaineko ondorioak



Iturria: Osasunaren Mundu Erakundea, 2013.

2.2.2. Seme-alabak. Haurren gaineko ondorioak

Emakumeen aurkako indarkeria neska-mutilen aurkako indarkeriarekin batera etorri ohi da. Horrela, portaera suntsizaitleen eta jarrera negatiboen zikloa betikotu egiten da indarkeria-giroan murgilduta hazten den haurraren. Hala, amak tratu txarrak jasaten dituen familia batean bizitzeak esan nahi du haurrak desparekotasuneko eta botere-abusuko patroia batean oinarritutako zapalkuntza- eta kontrol-egoeren eraginpean daudela.

Neska-mutilak genero-indarkeriaren eraginpean egoteak areagotu egiten ditu garapen fisikoan, emozionalean, kognitiboan eta sozialean epe labur eta luzean arazoak izateko arriskuak. Indarkeria hori ikusteak bizitza osorako ondorio larriak izan ditzake haurraren ongizatean, garapen pertsonalean eta interakzio sozialetan.

Euskal Autonomia Erkidegoan haurrak eta nerabeak zaintzeko eta babesteko udal- eta lurralde-mailako gizarte-zerbitzuetan arrisku- eta desanparogeoaren larritasuna balioesteko BALORA tresnak "Bikote barruko edo bizikidetzaren unitateko kideen arteko indarkeriazko egoerekiko esposizioa" tipologia jasotzen du tratu txar psikikoen kategoriaren barruan.

Pariseko Haurtzaroren Nazioarteko Zentroaren¹¹ postulatuari jarraikiz, etxean adingabeei ematen zaizkien tratu txartzat hartzen dira "neska edo mutilari bere eskubide eta askatasunak kentzen dizkieten eta haien ongizatean eta garapen integralean ondorio negatiboak dituzten ekintzak, adingabeari sufrimendu bizia eragiten diotenak, zeinaren ondorio negatiboak areagotu egiten baitira egoera kronifikatu ahala". Haurren tratu txar motak:

- Tratu txar fisikoa.
- Tratu txar psikologikoa edo emozionala.
- Zabarkeria.
- Sexu-abusua.

UNICEFek zehazten duenez, zuzeneko indarkeria ez ezik, familia-indarkeriak neska-mutilen gainean dituen zeharkako ondorioak ere tratu txartzat hartu behar dira. Genero-indarkeriaren eraginpean egoteak sortzen dituen ondorioak zenbait aldagairen mende daude:

- Indarkeriarekin erlazionatutakoak: tipologia, intentsitatea, kronikotasuna.
- Haurraren ezaugarriak: adina, zein garapen-etapatan gertatzen den, kalteberatasuna, eragin-maila.
- Haurrak biktimarekin eta erasotzailearekin duen harremana.
- Familian egoera larriagotu dezaketen beste faktore estresagarri batzuk izatea: prekaritate ekonomikoa, toxikoen kontsumoa, marjinaltasuna...
- Amaren figurak, familia-inguruneak eta sare sozialak haurrari ematen dioten babesa.

¹¹ Centre International de L'enfance. 1980.



Aita tratu txarren emaileek adingabeen gainean erabiltzen duten indarkeriaren ondorioak larriak dira, baina ikusezin bihurtuta egon dira ikerketetan zein estatistiketan. Genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzko 1/2004 Lege Organikoak ez ditu neska-mutilak esplizituki aitortu zuzeneko biktimatzat 2015. urtera arte, Haurrak eta Nerabeak Babesteko Sistema aldatzen duen 8/2015 Lege Organikoa eman arte.

Legeak aintzat hartzen duenez, epaileak genero-indarkeriaren ondoriozko erruztatuari eten ahal izango dio guraso-ahalaren, zaintza eta jagoletzaren, harreraren, tutoretzaren, kuradoretzaren edo egitezko zaintzaren egikaritzea, edo agindu ahal izango du genero-indarkeriagatik erruztatutako pertsonari bisita-, egonaldi-, harreman- edo komunikazio-araubidea etetea, haren menpe dauden adingabeei dagokienez.

2.3. EMAKUMEEN AURKAKO INDARKERIAREN KOSTU SOZIALAK

Emakumearen aurkako indarkeriaren kostu sozialak eta ekonomikoak ikaragarriak dira eta gizarte osoan dute eragina. Emakumeak bakartuta eta lanerako ezgaituta egotera irits daitezke, soldata gal dezakete, eguneroko jardueretan parte hartzeari utz diezaioke eta beren burua eta beren seme-alabak zaintzeko indarrak gal ditzakete.

EIGE erakundeak (European Institute for Gender Equality) 2014. urtean egin zuen azterketak egindako zenbatespenen arabera —azterketak Erresuma Batua hartu zuen ardatz eta emaitzak Europako gainerako herrialdeetara estrapolatu ziren—, Espainian emakumeen aurkako bikote-indarkeriaren kostua 10.125 milioi eurokoa izango litzateke eta genero-indarkeriaren kostua 20.954 milioi eurokoa.

Genero-indarkeriaren kostuen analisisiei buruzko azterketa gutxi dago. Andaluziako Emakumearen Institutuaren zenbatespenen arabera (2004. urtea), indarkeriak 2.356,8 milioi euroko urteko kostua du Andaluziako gizartearentzat. Zifra horrek zuzeneko kostuak (biktimek erabilitako baliabideak, espezifikokoak edo ez) zein zeharkako kostu batzuk (indarkeria mota horren ondorioz galdutako ondasun eta zerbitzuen balioa, biktimaren eta gizarte osoaren ongizate-galera) jasotzen ditu. Reina Sofia Zentroak 2006. urtean Valentziako Erkidegoan egin zuen azterketak kalkulatu du urteko guztizko kostuak 23 milioi eurokoak direla.

Euskal Autonomia Erkidegoan ez da eskala handiko azterketa espezifikorik egin emakumeen aurkako indarkeriaren kostu sozialen inguruan. 2013. urtean osasun-sisteman erabilitako baliabideen berrikusketa egin zen, zehazki, erabilitako kontsultei eta gastu farmazeutikoari buruzkoa, indarkeria-erregistroa zuten eta erregistrorik ez zuten emakumeak konparatuta. Emaitzek erakutsi zuten osasun-gastua nabarmenki handiagoa zela (% 16 eta % 49 artean) genero-indarkeriaren kode-erregistroa zuten emakumeen artean gainerako emakumeen artean baino (3. taula).

3. taula. Lehen mailako arretako erregistroaren arabera indarkeria jasan duten emakumeen eta indarkeriarik gabeko emakumeen arteko baliabide-erabileraren eta kostuen konparazioa

	INDARKERIARIK EZ	INDARKERIA	ARRAZOIA	Konfiantza-tartea: % 95	
				TXIKIAGOA	HANDIAGOA
GUZTIZKO KOSTUA	1241,53	1681,91	1,35	1,16	1,54
FARMAZIA KOSTUA	192,35	229,30	1,19	0,97	1,42
KONTSULTAK	7,13	10,89	1,53	1,44	1,62
EHP	1,15	1,58	1,38	1,28	1,47
OSPITALERATZEAK	0,08	0,13	1,58	1,19	1,97
LARRIALDIAK	0,35	0,98	2,81	2,57	3,05
FARMAKO KOPURUA	3,26	4,53	1,39	1,30	1,48

* Erregresio linealeko ereduarekin zenbatetsitako balioak, adinaren, kupoaren eta ADG kodeen arabera doituak. Iturria: Maite Paino, Eduardo Millan. 2013. "Las mujeres con diagnósticos de violencia de género, una visión desde Osakidetza".

3. OSASUNEN PROFESIONALEN ESKU HARTZEAREN ALDERDI ETIKOAK.

3.1. PRINTZPIOAK ETA BALIO ETIKOAK

Osasuneko profesionalak garen aldetik, betebeharrak moralak dauzkagu arreta ematen diegun pertsona guztiarekin: kalterik ez egitea (kalterik ez egiteko printzipioa), begirunez et errespetuz tratatzea (justizia printzipioa), ahalik eta onurarik handiena ematea (ongintza printzipioa), eta hori guztia haien balioak, nortasunaren garapen askea eta bizitza-proiektua kontuan izan eta errespetatuta (autonomia printzipioa). Printzipio etiko horietako bakoitza balio moralen batura besterik ez da. Balio horiek errespetatu egin behar ditugu, baina, gainera, interpelatu egiten gaituzte eta gauzatzeraz bultzatu.

Genero-indarkeria jasaten duten emakumeentzako arretari dagokionez, balio jakin batzuk nabarmendu beharra dago, printzipio moral bakoitzaren barruan garrantzi handia dute eta.

Kalterik ez egiteko printzipioari dagokionez, emakume horiei osasun-laguntza emateko funtsezkoak izan daitezken bi balio implizitu ditu. Pazientearen segurtasuna da bat eta zuhurtzia bestea. Emakumearen segurtasunerako arrisku gehienak informazioa maneiatzearen eskutik datoz, berezko laguntza-zainketen jardunetik baino gehiago. Zenbait jarduketak, hala nola lesioen parte bat inguruabar jakin batzuetan bidaltzeak, edo alta-txosten bat pazienteari eskura entregatzeak, edo genero-indarkeria izatea edo horren susmoa historia klinikoan ez erregistratzeak, edo pazientearen senitartekoei informazioa helarazteak, mehatxua ekar dezakete emakumeen segurtasunerako eta osotasunerako. Zuhurtziaz jokatzeko da arrisku-egoera horiek saihesteko



edo, behinik behin, minimizatzeko modurik onena. Ziurgabetasuneko eta segurtasun-gabeziako laguntza-testuinguru horretan geure buruari ez diogu eskatu behar erabaki egiazkoa, bakarra eta unibertsalki aplikagarria hartzeko, erabaki zuhurra hartzeko baizik, kasu bakoitza testuinguruan jarrita eta izan ditzakeen ondorioak kontuan hartuta.

Justizia printzipio moralak hainbat balio eta adiera biltzen ditu, esate baterako: justizia bertute gisa (zuzenak izateko jarrera edo ohitura izatea); balio soziopolitiko gisa (justizia distributiboa); ekitate-balio gisa (bakoitzari bere beharraren arabera); balio juridiko edo legezko gisa (zuzenbide positiboa); eta, orobat, instituzio gisa. Indarkeria jasaten duten emakumeentzako osasun-arretan legezko balioak beste kolektibo batzuentzako osasun-laguntzan baino presentzia handiagoa hartzen du, eta hori gatazka moralen iturri izan daiteke profesionalak erabakiak hartzerakoan.

Ongintza printzipioa beste pertsonen onerako jarduteko betebeharrak morala da: ahal den guztian emakumearen onerako jardutea, haren interes handiena ahalbidetzea eta ongizatea sustatzea. Gaur egun ongintza ezin da ulertu autonomiarik gabe, baina bere inspirazio paternalistari eusten dio (balio positibo gisa) beren buruaren gainean erabakitze gaitasunik ez duten edo gaitasun hori mugatuta duten pazienteen osasun-arretan. Horiek horrela, printzipio hori emakumeentzako osasun-laguntzan aplikatzeak esan nahi du haientzat onuragarriena iruditzen zaiguna egiten ahalegintzea, baina haien adostasunarekin, inoiz ez gogoz kontra (arrisku larriko edo ezgaitasun nabarmeneko egoeretan izan ezik). Emakume kalteberak direnez, enpatia eta lagun egitea bezalako balioak bereziki garrantzitsuak dira haien arretan, bereziki lehen mailako arretaren esparruan.

Autonomia printzipio etikoa pertsonak beren xedeei eta bizitza-proiektuari buruz eztabaidatzeko gaitasuna da, betiere beren nortasunaren garapen askearen bitartez eta eztabaida horren emaitzazko erabakiak errespetatuak izateko eskubidearekin. Indarkeria-egoeran dauden emakumeen autonomiari dagokionez, haien balioetako zehazteko funtsezko balioetako bat kompetentziarena da (jarduteko gaitasuna, naturala edo egitatezkoa). Kompetentzia ez da pertsona bakoitzaren balio monolitiko edo absolutua (batek kompetentzia izan dezake erabaki batzuk hartzeko baina beste batzuk hartzeko ez), eta ez da egonkorra denboran. Paziente baten kompetentzia ebaluatzea eta zehaztea erantzukizun etiko ikaragarria duen zeregina da eta osasuneko profesionalari dagokie eginkizun hori. "Paziente baten kompetentziarik eza ezartzea da hemen eta orain esatea ezin duela egikaritu bere autonomia morala ez legez aitortutako autogobernu pertsonalerako eskubidea, hots, erabaki jakin bat bere kabuz hartzeko eskubidea"¹². Emakumea da bere erabakiak hartu behar dituen; esku-hartzeak ahalduzkoaren horizonterantz bideratuta egon behar du.

Emakumea kaltebera, ahula dela uste duen patriarkatuan sakonki errotutako ikusmolde matxistatik gatoz. Ikusmolde horretan, osasun-laguntzan ziurtzat jotzen zengaitotzeak autonomia morala murrizten ziola pazienteari berarentzat komeni zena argi eta garbi bereizteko. Zorionez, lehenaldikoa da hori, baina

¹² Simón Lorda P, 2001.

dirudienez indarrean jarraitzen du nolabaiteko intentsitateko kalteberatasunak eta urrakortasunak pertsonaren konpetentzia murrizten dutelako usteak, eta, horrenbestez, ongintza printzipioa autonomia printzipioari gailendu behar zaiola irizten zaio. Inongo oinarri etikorik ez duen paternalismo medikoaren aztarna baino ez da.

Osakidetzaren erakundeetan laguntzaren etikako batzordeak urteak daramatzate lanean. Osasuneko profesionalek eguneroko jardunean gatazka etikoak ebatzi behar dituztenean horiek analizatzea eta gomendioak ematea da batzorde horien eginkizuna. Gatazka etikoa balioen gatazka da eta genero-indarkeriaren biktimak diren emakumeentzako arretan elkarri kontrajartzen zaizkion balioak sarriak dira eta ez dira izaten erraz ebazteko modukoak. Hori dela eta, laguntzaren etikako batzordeak laguntza handikoak izaten dira kasu horietan.

3.2. KALTEBERATASUNA

“Kalteberatasunak bi dimentsio ditu. Bata antropologikoa da eta kaltea jasateko aukera adierazten du, fisikoki edo emozionalki zauritua izatekoa. Kalteberatasun antropologikoa, hortaz, gizakiaren berezko izaera da. Beste dimentsioa soziopolitikoa da. Ingurune jakin batekoa izateagatik edo bizi-baldintza jakin batzuk izateagatik pertsonarengan sortutako sentiberatasunari dagokio. Bigarren dimentsio horrek kalteberatasun-esparruak zein biztanleria kalteberak sorrarazten ditu. Hots, talde, genero, kultura, izaera edo egoera sozioekonomiko batekoa izateak gizabanakoak kaltebera bihurtzea sortzen du¹³.”

Euskal Autonomia Erkidegoko osasun-sisteman pertsonak dauzkaten eskubide eta betebeharren adierazpenak kolektibo kaltebera gisa identifikatzen ditu (beste seirekin batera) emakumeen aurkako indarkeriaren biktimak. Ondorio horietarako, “pertsona ahultzat edo kolektibo ahuletako pertsonatzat hartzen dira irizpide hauek betetzen dituztenak:

1. Barne-eragileek (egoera edo osasun psikofisikoa) edo kanpo-eragileek (baliabideak, gizarte- eta kultura-egoera, etab.) autonomia edo autokudeaketa murriztuta izatea.
2. Neurri espezifikokoak behar izatea, osasun-baliabideetara edo baliabide soziosanitarioetara berdintasun-baldintzetan eta bereizketarik gabe sartu ahal izatea bermatzeko”.

Indarkeria jasaten duten emakume guztiak kalteberak dira indarkeria jasate hutsarengatik, baina batzuk bi aldiz kaltebera izan daitezke, baldin eta eskubide eta betebeharren adierazpenean identifikatutako pertsona kalteberen beste zazpi kolektiboetakoren batekoak badira (buru-nahasmendu larria duten pertsonak; desgaitasuna edo dibertsitate funtzionala duten pertsonak; tratu txarren eta babesgabetasunaren biktimak; administrazio-egoera irregularretan dauden etorkinak; gizartetik baztertuta edo baztertzeko arriskuan dauden pertsonak; eta pertsona transexualak).

¹³ Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza, 2015.



Indarkeria jasaten duten emakumeek autonomia edo autogestioa mugatuta izateak ez du esan nahi erabakiak modu autonomoan hartzeko konpetentziarik ez dutenik eta, nolana ere, haien adostasunik gabe esku har dezakegunik edo, are gutxiago, haien berariazko borondatearen kontra. Emakume horiek kalteberatasun-egoeran badaude ere, ezin zaie kendu erabakiak hartzeko autonomia. Genero-indarkeriaren biktimea den emakumeak paper aktiboa betetzen du erabakiak hartzean eta osasuneko profesionalak haren balioak eta nahiak errespetatu beharko ditu, zein ahalduntze-fasetan dagoen kontuan hartuta, haren bizitza arriskuan jarri gabe.

3.3. SALAKETA JUDIZIALAREN ALDERDI ETIKOAK

Genero-indarkeriaren biktimea diren emakumeentzako osasun-arretaren zeregin profesionalean maizen sortzen den arazo morala eta garrantzi handienekoa lesioen parte bat epaitegira bidali behar den ala ez erabakitzea da, eta, hala badagokio, noiz egin behar den. Arazo etikoa sortzen duten aurrez aurreko balioak hauek dira: salaketa egiteko legezko ustezko betebeharra eta emakumeak salaketaren aurka daudenean edo salatzeari uko egiten diotenean haien autonomia errespetatzea. (Ikus II. eranskina).

Laburbilduz, honako alderdi hauek kontuan hartuko dira lesioen parte jaulkitzerakoan:

- Emakumeak eskatu edo horretarako adostasuna ematen duenean.
- Emakumeak indarkeria-gertaera bat jasateko arrisku handia eta hurbilekoa dagoela baloratzen denean, nahiz eta emakumeak adostasuna ez eman.
- Arrisku handia dagoenik baloratzen ez bada, emakumeak egitea komeni dela eta onuragarria dela uste duenean bidaliko da. Hots, errekuerazio pertsonaleko prozesu batean dagoenean, bere etorkizunaren inguruko alderdi zehatzei buruzko erabakiak hartu dituztenean eta bere bizi-egoera aldatzen hasteko estrategia prest duenean.

Salaketa egiteko legezko betebeharra (genero-indarkeriaren ondoriozko lesioen parte jaulkita) ez da absolutua. Alabaina, biktimei laguntzeko eta indarkeria prebenitzeko betebeharrak legezkoak eta morala absolutua da.

Emakumeak nahi ez duenean zilegi da lesioen parte ez jaulkitzea, eta hala egin behar da, baldin eta emakumearentzako arrisku larriarik eta berehalakorik ez badago. Balorazio hori bermeeekin egin ahal izango da lehen mailako arretaren esparruan, baina zailagoa izango da larrialdi-zerbitzu baten arretaren esparruan egitea.

Esku-hartzea emakumearekin eta emakumearentzat lan egitera bideratu behar da, inoiz ez haren kontra. Egoera iraunarazteak izan ditzakeen arriskuen larritasuna, mendekotasun-egoeran dauden hirugarrenen gaineko eragin larria (adingabeak eta beste) eta emakumeak erabakia hartzeko konpetentzia ez izatea —frogatu egin beharko da— kontuan izango dira salbuespenetarako.

Genero-indarkeriaren biktimea den emakumeak paper aktiboa betetzen du erabakiak hartzean eta osasuneko profesionalak haren balioak eta nahiak errespetatu beharko ditu, haren bizitza arriskuan jarri gabe.



3. kapitulua

JARDUTEKO PROZESUAK

3. JARDUTEKO PROZESUAK

A) JARDUTEKO PROZESUA OSASUN ESPARRUAN EMAKUMEEKIN

Indarkeria jasan ohi duten emakumeei osasun-zerbitzuetan ematen zaie arreta. Litekeena da osasun-sistemako osasuneko langileak izatea indarkeria-ekintzak jasaten dituzten emakumeei laguntza bila jotzen dutenean aurkitzen dituzten lehenak. Emakumeei adierazi dutenez, osasuneko profesionalak izango lirateke abusu-egoeren aurrean konfiantza handiena emango lieketenak. Horregatik, lehen lerroko sostengu-erantzuna behar da jasan duten indarkeriaren ondorioz osasunaren narriadura pairatzen duten emakumeen kasuei aurre egiteko.

Beste emakume askok abusu-egoeren ondoriozko sintomekin jotzen dute osasun-zerbitzuetara, baina beren gaitzen arrazoia jakinarazi gabe. Eta horietako batzuk, gainera, ez dira konturatzen dauzkaten sintomak indarkeriarekin erlazionatuta daudenik ere.

Osasuneko profesionalek indarkeria-ekintzen berezko zeinuak eta horien ondorioak identifikatzeko behar den trebakuntza izan behar dute. Hasieran jakinarazten ez dizkietenean agerian jarri behar dituzte. Eta erantzun egokia eta integratua eman behar dute, beste erakunde batzuekin (gizarte-zerbitzuak, polizia-zerbitzuak, zerbitzu juridikoak eta abar) koordinatzeko estrategia globalaren barruan, emakumeei beren prozesuan laguntzeko.

Indarkeriaren eraginpean dauden pertsonen osasun-zerbitzu integralak eta genero-arazoekiko sentikorrek behar dituzte, indarkeriak osasunaren gainean dituen ondorioak hitzaren adierarik zabalenean aztertuko dituztenak.

Diagnostikorako eta tratamendurako jarduna funtsezko zutabea dela kontuan izanik, osasun-sistema funtsezkotzat jo behar da hiru mailatan jarduteko:

- **Prebentzioa:** zer egin daiteke genero-indarkeriako kasuen intzidentzia murrizteko? Adiera hertsian LEHEN MAILAKO PREBENTZIOA esaten zaio.
- **Detekzio goiztiarra:** zer egin daiteke kasuak goiz detektatzeko? BIGARREN MAILAKO PREBENTZIOA.
- **Esku-hartze profesional egokia:** zer egin daiteke arazoari aurre egin eta haren ondorioak minimizatzeko? HIRUGARREN MAILAKO PREBENTZIOA.

Eta erronka horiek ez dute inongo zerikusirik osasuneko langileak kategoria profesional batekoak zein bestekoak izatearekin, lehen mailako arretaren edo ospitaleko arretaren esparrukoak izatearekin, larrialdien testuinguruan edo kontsulta programatuan, arreta anbulatorioan edo ospitaleratzean lan egitearekin.

Genero-indarkeria emakumeen osasunean eragin esanguratsua duen arazoa da. Eta hala izanik ere, ezin dugu ahaztu hertsiki osasunari dagokiona gainditu eta biltzen duen arazo sozial batean kokatzen dela. Horrek ikusmolde zabala izatera behartzen gaitu, profesional batek bakarrik ezin baitio arazoari orokorrean aurre egin. Eta osasun-sistemak ere ezin izango du bakarrik egin. Profesionalen eta zerbitzuen arteko interfazeak ardura berezia eskatzen duten eta, gutxienez, lau erronka berri sortzen dizkiguten esparruak dira beti:

- Arazoa **hasierako oinarrizko jardun** batean detektatzen duen edozein profesional eta zerbitzuren ardura da arreta.
- Osasun-laguntzaren luzetarakotasun eta jarraitutasun handieneko zerbitzuek egoki lagun egitea **sostengua eta jarraipena emateko jardunean**.
- Pazienteak bere arreta-prozesuan igarotzen dituen **beste osasun-zerbitzu eta baliabide batzuk inplikatzeko**.
- Babes sozialeko sistemaren beste baliabide batzuekin, zerbitzu juridikoekin eta polizia-zerbitzuekin **koordinatzea**, arazoari alderdi guztietan eraginkortasunez aurre egiteko.

Jarduteko hiru mailak ziurtatzea eta lau erronkak gainditzeko lankidetzan jardutea da gida honen kapitulu honen zerizana.

1. LEHEN MAILAKO PREBENTZIOA

Zer egin daiteke kultura matxista batean genero femeninokoak izateagatik indarkeria jasaten duten emakumeen kasuen intzidentzia murrizteko?

Genero-indarkeria arazo sozial estrukturala da, zeharo konplexua eta faktore ugari eragindakoa. Lehen mailako prebentzioa gizartean oso sustraituta dauden arrazoi pertsonal eta komunitarioetan oinarritzen den erronka soziala da. Ildo horretan, testuinguru kultural aldakorrean berdintasunaren inguruko balioak transformatuta besterik ez da lortuko gizartea berdintasunezko jarrera eta ekintzetarantz bideratzea. Emakumeen ahalduntze progresiboak aurrera egiten jarraitu behar du, hori baita lehen mailako prebentzioak erronka hau gainditzeko begien bistan izan behar duen helmuga.

Lehen mailako prebentzioaz hitz egiten dugunean, erronka sozial bikoitzarekin lankidetzan jarduteaz ari gara:

Indarkeriazko gizartean bizi gara; indarkeria harremanak izateko eta gatazkak ebazteko erabiltzen da. Era askotan jartzen da agerian: adiskideen arteko jazarpena (bullyinga), adinekoen aurkako indarkeria, gurasoen aurkako seme-alaben indarkeria, indarkeria politikoa eta instituzionala, eta abar. Harreman-modu legitimatu gisako indarkeria estrukturalaren gainean jardun beharko dugu emakumeen aurkako indarkeriaren gainean jardun ahal izateko.



Gizarte patriarkal eta matxistan bizi gara; generoak baldintzatu egiten ditu harreman sozialak, interesak, motibazioak, jarrerak eta abar. Baita gaixotzeko modua, osasun-arreta eta zainketen antolakuntza soziala ere. Osasun-galeraren adierazpenik handiena beren bikotekideen edo bikotekide ohien eskutik egiten diren emakumeen erailketetan gauzatzen da, eta ondore fisiko eta psikologiko garrantzitsuak dituzten krudeltasunik handieneko beste adierazpide batzuk ere izaten dira. Portaera matxistek narriadura garrantzitsua sortzen dute emakume askoren osasun-adierazleetan.

Hori guztia dela eta, osasuneko langileek, botere-dinamika horren jakitun izanik, emakumeen berdintasuna, autonomia, ahalduntzea eta duintasuna sustatzeko lan egin behar dute. Emakumeen aurkako indarkeria betikotzen duten arauen gainean jardunez, pertsona gisa duten balioa indartuz, haien kontakizunak eta sintomak entzunez, sinesgarritasuna emanez eta arduraz hartuz, beren erabakiak hartzen laguntzeko.

Osasuneko profesionalek genero-ikuspegia txertatu behar dugu osasun-arazoen diagnostikoan eta tratamenduan ere. Kontuan izan behar dugu emakumeak eta gizonak ez garela berdin gaixotzen eta ez ditugula tresna berak zainketari eta autozainketari aurre egiteko. Ikerketek gero eta neurri handiagoan kontuan hartzen dituzte genero-alderdi diferentzialak. Beraz, gure laguntza-jardunbideetan txertatu behar ditugu.

Indarkeriari aurrea hartzea kontu korapilatsua da eta gizabanakoaren, familiaren eta komunitatearen esparruan esku hartzea eskatzen du. Eta osasun-sistemak hiruretan du eragina, baina ezin izango da ez bakarrik ez modu independentean bultzatu aldaketa hori. Ezinbestekoa da hezkuntza-sistema, komunikabideak, sistema judiziala eta politika horretan inplikaturik eta koordinaturik egotea. Berdintasunezko kultura bateranzko aldaketak egitura sozial osoan izan behar du eragina, eta gobernuen, instituzioen eta herritarren konpromisoa eskatzen du. Puntu horretan, plataforma sozial batzuetan zenbait kolektibok koordinaturik lan egiten dute berdintasunaren alde. Osasun-sistemak instantzia horietan parte hartu beharko du jarrera bikoitzarekin: besteek erakutsi diezaguketena ezagutzeko gure erakundera eramateko eta, bestalde, gure jakintzaren alor espezifikoa instantzia sozialetan ekartzea aldaketa bultzatzeko. Begirada komunitario horretan lehen mailako arretak funtsezko eginkizuna izango du bere esentziarengatik, profesionalen prestakuntzarengatik eta tokiko esparruetan jarduteko ahalmenarengatik.

1.1. KALTEBERATASUN BEREZIKO EGOERAK IDENTIFIKATZEA

Emakumei genero-indarkeriako egoeretan eskaintzen zaizkien jardunek ez dute estereotipo sexistarik izan behar. Izan ere, indarkeriak edozein emakume har dezake eraginpean, ez dago tratatu txarren egoeran dauden emakumeen profirik, eta, hortaz, egokiagoa da kalteberatasun handiagoko egoerez hitz egitea.

Osasuneko langileek gogoan izan behar dute osasun-zerbitzuetara jotzeko zailtasun handiagoa duten emakumeak daudela. Emakume horiek identifikatzeko interseksionalitatearen dimentsioa aipatzen da, eta hortik tratu txarrak klase, arraza eta/edo generoaren desparekotasun-ardatzen interseksioaren eta interdependentziaren emaitza dira. Faktore horiek ezagutzeak indarkeria hori prebenitzen edo murrizten lagun dezake:

- Bizi-aldaketekin erlazionatutako egoerak: ezkongaialdia, haurdunaldia, erditzea eta puerperioa, bereizteko prozesua eta erretiroa.
- Mendekotasunarekin, aniztasun funtzionalarekin, migrazioarekin, laneko zailtasunekin edo langabeziarekin, bakartze sozialarekin eta mendekotasun ekonomikoarekin erlazionatutako egoerak. Azken batean, babesgabetasuneko, esplotazioko eta gizarte-bazterketako arrisku-egoerak.

Beraz, haurdun dauden, erditu diren eta puerperioan dauden emakumeek, emakume immigratzaileek, aniztasun funtzional fisikoa edo mentala duten emakumeek, gaixotasun mentalak edo adikzioak dituzten emakumeek, landaguneetan bizi diren emakumeek eta adineko emakumeek kalteberatasun handiagoa izan dezakete, eta, hortaz, bereziki kontuan izan behar dira lehen mailako prebentzioko ekintzetan.

1.1.1. Haurdunaldia

Indarkeria jasaten den harreman batean¹⁴, "haurdunaldia sentiberatasun eta arrisku bereziko etapa da. Zenbaitetan, etapa horretan hasten da indarkeria begien bistakoa eta nabarmena izaten. Indarkeria horrek, ohiko ondorio fisiko eta psikologiko larriez gain, ondorio larriak ekar ditzake fetuaren garapenarentzat eta jaioberriarentzat. Genero-indarkeria arrisku-faktore gestazionala dela baieztatu dezakegu. Horregatik, tratu txarrak jasaten dituen emakume baten haurdunaldia arrisku handikotzat jotzen da, amaren eta jaiotza inguruko morbiditateak gora egiten du eta".

Haurdunaldia bereziki zaintzeko unea da genero-indarkeriaren prebentziorako eta detekziorako, egiten den jarraipenak aukera ematen baitie emaginei emakumeekin kontaktu eta harreman handiagoa izateko. Horren ondorioz, jarraipen horretan edozein alarma-zeinu antzeman dezaketen erreferentziako profesionalak dira. Erditzeko prestatzeko ikastaroetan bikote-harremana, baterako erantzukizuna, gurasotasun positiboa, tratu ona edo indarkeria bezalako gaiak aztertu behar dira.

Puerperioa indarkeria jasateko arriskuko beste bizi-une bat da, guraso izateak ekartzen dituen rol-aldaketak direla eta.

Garrantzi handikoa da haurdunaldian, erditzean eta puerperioan osasun-arreta emateko prozesuan indarkeria osasun-arazoaren eragile izan daitekeela

¹⁴ Balear Uharteetan indarkeria matxistaren aurrean jarduteko osasun-protokoloa. www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456Z1234057&id=234057



kontuan izatea eta emakumeari hori hitzez adierazteko aukera ematea, arazoaren ikuspegia behar bezala ezar dezagun. Garrantzi handikoa da, halaber, une horretaz arduratuko diren osasuneko profesionalak **adi-adi egotea haurdunaldian, erditzean eta puerperioan izan daitezkeen indarkeriaren sintoma eta zeinu espezifikoak** identifikatzeko, emakumeei segurtasuna emango dien giroan, gisa horretako egoerak ikertzen susmorik dagoenean.

1.1.2. Migrazioa

Migrazio-prozesuen faktore eta testuinguru espezifiko batzuek indarkeriaren aurreko babesgabetasun handiagoko gunetan kokatzen dituzte emakumeak.

Emakumeen egoera pertsonalaren segurtasunik eza, administrazio-egoera irregularrak eta herrialdetik kanporatuak izateko beldurra, zer eskubide eta baliabide dituzten ez jakitea, osasun-sistemara eta gizarte-zerbitzuetara jotzeko zailtasun handiagoa, sarerik ez izatea, ekonomikoki erasotzailearen mende egotea edo hizkuntza-oztopoak dira indarkeria matxistaren espiraletik ihes egiteko zailtasun gehigarriak ekartzen dizkieten faktore sozialetako batzuk.

Tratu txarrak jasaten dituen emakume migratuak, gainera, migrazio-atsekabeari egin behar dio aurre. Prozesu horretan erreferenteak galduko ditu sostengu sozialari dagokionez (familia, lagunak...), diskriminazioei egin behar die aurre eta etengabeko kezka izango du jatorriko herrialdean adingabeak ardurapean baditu.

Kontuan izan behar da emakume horiek garatuko dituzten ideiak eta jardunbideak jatorriko herrialdeetako osasunaren esanahien mende daudela eta kasu horietan kulturak edo erlijioak eragina izan dezakeela zainketaren jardunbidean. Immigrazio-egoerak, berez, osasunerako arrisku-faktorea dira.

Gure jardunen barruan, komeni da kultura-alderdiak ezagutzea eta susmo-irizpideak ezartzea honelakoak sumatzen ditugunean:

1. Ugaltze- eta sexu-osasunaren gaineko kontrolik eza.

- Bikotekideek metodo antikonzeptiboak erabiltzen uzten ez dieten emakumeak.
- Metodo antikonzeptiboak ordaintzeko prekaritate ekonomikoa.
- Informaziorik eza (ikasketak ez dituztelako).

2. Familia-ekonomiaren gaineko kontrolik eza.

- Bikotekideek lan egitea debekatzen dieten emakumeak.
- Bikotekideek familia-ekonomiari buruz erabakitzen uzten ez dieten emakumeak, nahiz eta diru-sarrera propioak izan.

Immigrante-kolektibo batzuetan emakumeen genitalen mutilazioa ohikoa dela gogoan izan behar da, emakumeen aurkako indarkeriaren adierazpide ikaragarria.

1.1.3. Aniztasun funtzionala

Gaur egun “aniztasun funtzionala” nomenklatura erabiltzen da “ohi ez bezala funtzionatzen duten pertsonak” adierazteko, gaitasunik ez dutela azpimarratzen duen adieraren ordeiz.

Espanian, dagoeneko, emakumeak desgaitasuna duten pertsonen % 59,8 dira. Euskal Euskadin bizi diren emakumeen % 11,5ek mendekotasun edo mugaren bat dute, 2014. urteko Gizarte Zerbitzuen Eskariari buruzko Estatistikaren (GZEE) / Gizarte Beharren Inkestaren (GBI) arabera.

2015. urteko emakumeen aurkako indarkeriari buruzko makroinkestak kapitulu bat eskaintzen die desgaitasuna duten emakumeei. Dena den, inguruabar horretan zeuden emakume inkestatuen ehunekoa % 4,5 besterik ez zen (erreala baino askoz ere txikiagoa) eta desgaitasuna aitortuta zutenak bakarrik sartu zituzten talde horretan. Ikerketa horrek ondorioztatu duenez, desgaitasuna egiaztatuta, hots, % 33tik gorakoa duten emakumeek bikotean edozein indarkeria motaren prebalentzia handiagoa dute gainerako emakumeek baino, bai une honetan, bai bizitzan zehar.

Etxeko tratu txarrak eta sexu indarkeria jasaten dituzten emakumeei harrera hobea egiteko erakundeen arteko II. Akordioak egiaztatu zuen ikusmolde hirukoitza gehituko duen esparru integratzailea landu beharra dagoela, hau da, giza eskubideen, generoaren eta desgaitasunaren ikuspegia aintzat hartuko dituen, emakumeen indarkeriaren inguruan garatzen diren politikak eta zerbitzuak emakume eta neska guztientzat pentsatuta egon daitezen, aniztasun funtzionala duten emakumeen berezitasunak eta jarrerak integratuta.

Desgaitasun guztientzat oro har genero-indarkeriaren arriskua areagotzen duten faktoreak:

- Beste pertsona batzuen laguntzaren mendekotasun handiagoa. Gainera, zenbaitetan horiek izan daitezke tratu txarrak ematen dizkietenak eta beldur izaten diote haiekin hautsiz gero zainketarik gabe geratzeari.
- Aniztasun funtzionala duten emakumeek uste izatea laguntza ematen dieten pertsonekin eta/edo mendekotasun ekonomikoa dutenekin zorretan daudela.
- Erasotzaileak emakumearen babesgabetasun handiagoa sumatzea.
- Autoestimu eta ahalduntze txikiagoa.



- Parte-hartze sozialerako eta autonomia ekonomikorako zailtasun handiagoak.
- Hezkuntzan eta/edo lan-munduan sartzeko zailtasunak, eta, horren ondorioz, mendekotasun ekonomiko handiagoa. Etxetik kanpoko lanaren prebalentzia txikiagoa. Horrek etxean bakartzen ditu eta ekonomikoki erasotzailearen mendeko izateko aukerak areagotzen ditu.
- Tratu txarrak adierazteko zailtasunak hainbat arrazoiren ondorioz: komunikazio-arazoak, komunikazio-kode desberdinak izatea eta indarkeriari buruzko informaziorik ez izatea.
- Kontuan izan behar da desgaitasunik ez duten emakumeen egoera, haien seme-alabek badutenean.
- Hasieran desgaitasunik ez duten emakumeak, baldin eta indarkeria-egoera puntual edo errepikatu baten ondorioz bereganatzen badute, une horretan babesgabetasun-egoera berezian egon daitezke, gaineratu zaien egoera berria dela eta.
- Desgaitasuna duten emakumeek adierazitako egoerei sinesgarritasun txikiagoa emateko joera soziala, kasu batzuetan bereziki, kasuan kasuko desgaitasun zehatzaren arabera.
- Emakumeei esleitutako eginkizun tradizionalen eta horiek desgaitasuna duten emakumeengan ukatzearen arteko konfrontazioa.
- Beren beharretara egokitutako fororik ez izatea, beren bizi-esperientziak partekatzeko eta, era berean, gainerakoen esperientzietatik ikasteko.
- Desgaitasunaren ikuspegirik gabeko politika publikoak eta desgaitasun desberdinak dituzten emakumeen beharrak homogeneizatzeko joera.
- Zerbitzu eta baliabide publiko eskuraezinak.
- Desgaitasuna duten genero-indarkeriaren biktimei arreta eman diezaieketen profesionalen sentsibilizazio- eta prestakuntza-gabeziak: hezkuntza-sektorea, osasun-sektorea, juridikoa, soziala, indar eta segurtasun publikokoa, eta abar.

Osasun-zerbitzuetan desgaitasunaren ikuspegi hori txertatzeko eta emakumeen beharrak homogeneizatzeko joera saihesteko premia hori jasotzen dugu. Ahalegina egin behar da informaziorako eskubidea bermatzeko, eskuragarria eta egokituia izan dadin, emakume horien ahalduntzearen eta autonomia pertsonalaren ikuspegitik lan egin, koordinazio-protokoloetan aniztasun funtzionala sartu, arreta berezia eskaini askotan pairatzen duten bazterketari eta bakartzeari, eskaria jasotzen den lehen unetik esku hartzeko eta arreta emateko prozesua

hobetu eta beharrak aktiboki entzun. Ez da ahaztu behar, esate baterako, desgaitasuna duten emakumeak beren bikotekidearekin joan ohi direla kontsultara. Hori dela eta, intimitate-espazioak bilatu behar ditugu tratu txarren egoerak baloratu ahal izateko.

1.1.4. Nahasmendu Mental Larria (NML)

Osasun mentalean genero-indarkeriaren aurrean jarduteko gidetan islatuta geratzen da emakumeen aurkako genero-indarkeriak gaixotasun mentalekin duen zuzeneko eta zeharkako erlazioa. Hala ere, psikiatrian zein psikologian diagnostiko ugari hartzen dituen kontzeptu oso zabala da gaixotasun mentala. Nahasmendu mental larriarekin diagnostikatutako emakumeen kalteberatasuna eta kasu horietan genero-indarkeriari aurre egiteko modu espezifikoak hartzen ditu ardatz gida honek.

Nahasmendu mental larria duen emakumea paziente bereziki kaltebera da, eta horrek ikaragarri zail egiten du osasun-mailan eta maila sozialean aurre egitea. Kolektibo horren arrisku-faktoreen artean daude:

1. Biktimizazio bikoitza: gaixotasun mentala eta emakume izatea.
2. Profesionalek bere kontakizunari ematen dioten sinesgarritasun txikiagoa.
3. Beste pertsona batzuen laguntzaren mendekotasun handiagoa, maiz beren bikotekideena. Autonomiarik eta/edo enplegurik ez izatea.
4. Psikopatologizaziorako joera.
5. Informazioa eta zerbitzuak eskuratzeko zailtasun handiagoa, zati batean bederen gaixotasunaren eta horrekin lotutako estigmaren ondorioz. Hezkuntza-maila txikiagoa.
6. Autoestimu-maila eta ezagumendu pertsonal txikiagoa, jasaten duten diskriminazio sozialaren ondoriozkoa.

Nahasmendu mental larriaren diagnostikoa irizpide espezifikoetan oinarritzen da. Nahasmendu mental larria osatzen duten dimentsioak, bibliografian adostasunik handiena duen definizioan, honako hauek dira:

- Diagnostiko klinikoa, funtsean nahasmendu psikotikoak.
- Nahasmenduaren iraupena, normalean 2 urtetik gorakoa.
- Desgaitasuna, hots, disfuntzio moderatua edo larria emakumearen funtzionamenduan maila sozialean, familian eta lanean.

Nahasmendu mental larria diagnostikatu zaien emakumeek diagnostikatuta ez dauden emakumeek baino 4 bider gehiago jasaten dute indarkeria bikotearengandik edo bikote ohiarengandik. Indarkeria mota horrek emakume horiengan duen prebalentziaren azterketek erakusten dute % 40,3 dela elkarriketa egin aurreko 12 hilabeteetan eta % 74,1 bizitzan zehar.



Kolektibo horretan esku hartuz gero, alderdi hauek hartu behar dira kontuan:

- Nerabezaroan edo gaztaroan hasten diren eta sarritan bizitza osoan irauten duten patologiaak dira.
- Nahasmendu mental larriaren eragina: beren bizitzetan; jatorriko familietan eta beren familiak sortzean; harreman sozialetan; lan-integrazioan; helmuga pertsonalak erdiestean; eta are askatasunean eta erabaki pertsonalak hartzean.
- Halaber, osasun fisikoko arazoak biztanleriak oro har baino goizago eta maizago jasaten dituzte, baita suizidio-arriskua eta indarkeriazko heriotza izatekoa ere.
- Gizarte-bazterketa, estigma eta diskriminazioa jasateko arrisku handia dute espazio askotan, baita osasun-espazioetan ere.

1.1.5. Adikzioak

Zenbatespenen arabera adikzio-arazoak dituzten emakumeen % 80k genero-indarkeria jasaten dute. Iturri ugari abiapuntu hartuta (inkesta nazionalak, komunitatearen edo biztanle-talde espezifikoekin laginekin egin diren prebalentzia-azterketek modu solidoan ezarri dute droga-kontsumoaren eta genero-indarkeriaren koexistentzia¹⁵.

Adikzioak dituzten emakumeek biktimizazio bikoitza jasaten dute: emakume izateagatik eta adikzioa izateagatik. Indarkeriaren eta adikzioaren zirkuluan nahasita ikusten dute beren burua. Alde batetik, adikzioa duten emakumeak neurri handiagoan daude indarkeria fisiko eta sexualaren eraginpean, eta, bestetik, genero-indarkeriak adikziora bultzatzen ditu¹⁶. Aldi berean, genero-eraikuntzen ondorioz, beren sexualitatearen instrumentalizazioa jasaten dute. Gizonek erasora eta indarrezko urratzera jotzen dute, ebasketa edo lapurreta moduan, kontsumoa autofinantzatzeko; emakumeek, berriz, beren sexualitatea eta gorputza erabiltzeko joera dute kontsumitzen jarraitzeko¹⁷.

Sozialki, gizonentzat desegokitzat jotzen diren substantzien abusua bezalako jarrerak edo beste adikzio batzuk onartezinak dira emakumeen kasuan. Horregatik, adikzioa duten emakumeek estigma sozial handiagoa dute, errudun-uste handiagoa, familiaren presio handiagoa, eta adikzioa duten gizonezkoak baino neurri handiagoan daude ikusezin bihurtuta.

¹⁵ Rivera, E. A. 2015

¹⁶ Simonelli Alessandra. 2014.

¹⁷ Salamanca Fernández Alicia. 2017.

Emakume horiek gizonak baino maiztasun txikiagoarekin eskuratzen dituzte adikzioen laguntza-baliabideak eta tratamenduarekiko atxikimendua txikiagoa da¹⁸. Tratamendu-programak ikuspegi androzentrikotik diseinatuta egotea, emakumeen behar espezifikoak kontuan izan gabe, bikotekidearekiko mendekotasun handia, nahiz eta tratu txarrak izan, eta seme-alaben zaintza galtzeko beldurra dira identifikatutako oztopo nagusiak¹⁹.

Genero-indarkeria jasaten duten emakumeen babesari dagokionez, gizarte-zerbitzuetatik abian jarritako neurriek zailtasunak dituzte adikzioa duten emakumeei arreta egokia emateko. Bizitegi-espazioetan kontsumoak debekatuta daudenez, bideraezina da indarkeriaren aurkako babesaz gainera adikzioaren tratamendua behar duten emakume horiengana iristea.

Aurreko guztia dela eta, ezinbestekoa da biktimei modu eraginkorrean euskarri emango dieten neurriak ezartzea eta horretarako adikzioarekin eta genero-indarkeriarekin lotutako aldagai guztiak kontuan hartzea. Gomendatzen da, lehenik, arreta-zerbitzuetan genero-indarkeriari eta substantzien abusuari batera aurre egiteko protokolo bat lantzea, eta, bigarrenik, genero-indarkeriaren biktima diren eta adikzio-arazoak dituzten emakumeentzako bizitegi-laguntza espezifikoak emateko baliabide-eredu bat diseinatzea eta gidatzea²⁰.

Substantzien abusuarekin eta genero-indarkeriarekin erlazionatutako beste fenomeno bat gaueko aisiaren testuinguruetan gertatzen den jazarpenarena eta beste indarkeria batzuen da. Izan ere, berdintasunaren irudipenaren eraginez, neskek uste dute askatasunean eta arriskurik gabe diberti daitezkeela, gizonak bezalaxe. Garrantzi handikoa da ezagutzera ematea sumisio kimikoko kasu gehienak alkoholaren bidez gertatzen direla eta, emakumeen aurka edo gizonen artean sortzen den indarkeriaren erantzule ez bada ere, berekin indarkeria ekartzen duen eredu patriarkalari bidea egiten diola alkohol-kontsumoak.

Urte askoan, gizonak emakumeak menderatzearen adierazpideetako bat sexu-izaerako abusuzko portaerekiko tolerantzia sozial handia izan da, bereziki portaera horiek drogen eraginpean gauzatu direnean, eta horrek fenomenoak ikusezin bihurtzen lagundu du. Gaur egun, oraindik ere, emakumeen aurkako sexu-indarkeriako kasuetan, droga-kontsumoak errudun egiten ditu emakumeak baina gizonak legitimatu egiten ditu eta erantzukizuna kentzen die, hots, inguruabar aringarria da erasotzailearentzat eta astungarria biktimarentzat²¹.

Justiziarik gabeko egoera hori iraultzeko ezinbestekoa da sexu-indarkeriari esparru guztietatik batera eta modu koordinatuan aurre egitea: hainbat

¹⁸ Center for Substance Abuse Treatment. 2009.

¹⁹ Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila. Adikzioen VII. Plana. 2017.

²⁰ Osasuneko, Kontsumoko eta Gizarte Ongizateko Ministerioa. Adikzioei buruzko Ekintza Plana (2018-2020).

²¹ Arana Xabier. 2017.



sektoretako profesionalak, administrazio publikoak, erakundeak, gizarte zibil antolatua, herritarrak oro har eta mugimendu sozialak²².

1.1.6. Udalergi txikietan bizi direnak

“EAEko emakumeen aurkako indarkeriari buruzko datu estatistikoak: analisia eta interpretazioa - 2017ko datu estatistikoak” txostenean datu hauek biltzen dira:

EAEko biktimizazioen % 68,93 udalergi handietan gertatu ziren (10.000 emakumetik gorako udalergietan), eta 1.000 biztanletik beherako udalergietan, biktimizazio guztien % 2,70. Baina biktimizazioak erregistratu zituzten udalergien % 38,32 udalergi txikiagoak dira, eta % 11,98 udalergi handienak.

4. taula. Biktimizazioa duten udalergiak

BIKTIMIZAZIOAK DITUZTEN UDALERRIEN KOPURUA, UDALERRIAREN TAMAINAREN ETA LURRALDE HISTORIKOEN ARABERA. Absolutuak eta % 2017

	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	GUZTIRA	%
10.000 EMAKUME BAINO GEHIAGOKO UDALERRIAK	1	11	8	20	11,98
5.001 - 10.000 EMAKUMEN UDALERRIAK	2	9	14	25	14,97
1.000 - 5.000 EMAKUMEN UDALERRIAK	6	33	19	58	34,73
1.000 EMAKUME BAINO GUTXIAGOKO UDALERRIAK	19	30	15	64	38,32
GUZTIRA	28	83	56	167	100,00
Udalergi guztien gaineko %	54,90	74,11	63,64	66,53	

Iturria: Segurtasun Saila, Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritza.

Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioak argitaratutako genero-indarkeriari buruzko azken makroinkestak datu adierazgarriak ematen ditu genero-indarkeria jasan duten eta 10.000 biztanle baino gutxiagoko udalergietan bizi diren emakumeei buruz. Bertan adierazten denez, genero-indarkeriako egoeran daudela adierazten duten emakume landatarren % 50,7k 40 eta 59 urte arteko adina dute eta landa-ingurunean lan egin ohi dute.

Genero-indarkeriaren prebalentzia landa-ingurunean handiagoa edo txikiagoa den ez badakigu ere, egoera horiei aurre egitea zailagoa da hiri handietatik urrun. Informazio gutxiago, presio handiagoa eta salatzeko beldur handiagoa eta baliabide erabilgarriak eskuratzeko aukera txikiagoak, horiexek

²² Salud y Comunidad Fundazioa. 2017.

dira emakumeek udalerrri txikietan gainditu behar dituzten oztopoetako batzuk. Azken makroinkestak adierazten duenez, ez du alde adierazgarririk aurkitzen baliabideak (polizia, gizarte- edo osasun-zerbitzuak, familia edo ezagunak) aktibatu dituztenen eta aktibatu ez dituztenen maiztasun erlatiboa kontrastatzen denean, biztanle gutxiago dituzten udalerrietako eta udalerrri handietako emakumeen artean. Alde adierazgarririk ere ez da aurkitzen bizileku duten udalerrriaren tamainaren arabera, gertakariak poliziari edo epaitegietan ez salatzeraz iristeko arrazoiaren artean.

Alabaina, ondorengo azterketa batean faktore batzuk ezartzen dira, landa-udalerrietan bizi diren emakumeentzat genero-indarkeriaren aurrean arrisku-faktore bihurtzen direnak. "Emakume horiek bizi diren inguruabarretan, besteak beste, genero-estereotipoak nabarmentzen dira, kontrol sozial handiagoa dago eta zailtasun handiagoak daude baliabide erabilgarriak eskuratzeko eta lan-merkatuan sartzeko". Landa-ingurunean, arazo pertsonalak familiaren barruan geratu behar dutelako ideia zailtasun bihurtzen da.

1.1.7. Zahartzea

Adineko emakumeak genero-indarkeriaren aurrean talde kalteberatzat jotzeko faktoreen artean, mendekotasun ekonomikoa, bakartze eta bakardade handiagoa, sostengurik eza, genero-rol tradizionalen iraunkortasuna edo tratatu txar jarraituek eragindako kaltea aipa daitezke. Berezi eragiten diete tradizio sexistek eta genero-rol tradizionalak hartzeak, eta horrek zaildu egiten du tratatu txarren egoerak ikusgai egitea eta salaketak aurkeztea.

Erretiroaren etapan, bikotekidearekiko bizikidetzaz ordu gehiago izaten da, eta gizon batzuk ahalegintzen dira emakumeen denboraren, jardueren eta harremanen gaineko kontrol handiagoa izaten, eta indarkeriaz galdatzen dute haien prestasuna eta presentzia, beraiei lagun egiteko eta arreta emateko. Bizitzaren etapa horretan, emakume batzuek beren seme-alaben eguneroko laguntza ere galtzen dute eta lekukorik eta bitartekotzarik gabeko indarkeria bizi behar izaten dute horren ondorioz. Sarritan, gainera, emakumeek bikotekidearen mende egoten dira ekonomikoki eta pentsioen bidez jasotzen dituzten diru-sarrerak urriak izaten dira. Zahartzarora autonomia pertsonala murrizten dien osasun-narriadura edo desgaitasunen batekin iristen direnek arrisku handiagoa dute tratatu txarrak jasateko edo ordu arte jasaten ari zirenen intentsitatea eta larritasuna areagotzeko.

"...Genero-indarkeriaren biktima adineko emakumea izateak kalteberatasun-maila handiagoa ekartzen du, hari erantzuteko diseinatutako baliabide eta dispositibo sozial eta instituzionalak eskuratzeko zailtasun handiagoa, eta indarkeriaren zirkulutik irteteko hainbat oztopo espezifiko. Genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzko abenduaren 28ko 1/2004 Lege Organikoak adin-bereizketarik gabeko indarkeria kasutzat jotzen du bikotekideak edo bikotekide ohiak emakumearen aurka erabiltzen duen indarkeria. Dena den, ikuspuntu zabalagotik begiratuta, adineko



emakumeen aurkako familiaren genero-indarkeriaren kategoria maiz aintzat hartzen dute esku hartzen duten zenbait alorretako profesionalek ikuspegi bikoitzetik eman beharreko erantzunean, genero-indarkeriatzat eta adineko pertsonen aurkako indarkeriatzat hartzen baitute. Kategoria horien eraikuntza soziala, alabaina, oso desberdina da. Kasu horietan, bi indarkeria-moldeen ikusmolde estereotipatuak (horren arabera, genero-indarkeriaren biktimak nagusiki emakume gazteak edo tarteko adinekoak dira, eta adinekoen aurkako indarkeriak haiek zaintzeak sortzen duen estresean du jatorria) eraginkortasunik gabeko erantzuna eta are biktimarentzat arriskutsua izan daitekeena ekar dezake. Indarkeria-molde horien arazo moduko eraikuntza desberdin horrek eragina du haien aurrean artikulatzen den erantzunean: adinekoen aurkako indarkeriaren kasuan neurri handiagoan bideratzen da errukian zentratutako esku-hartzeetarantz (terapiak, zaintzailearentzako laguntzak) kontrolean oinarritutako esku-hartzeetarantz baino (justizia-administrazioaren esku-hartzea, erasotzailearen urruntzea), horiek garbiago lotzen baitira 1/2004 Lege Organikoak aintzat hartutako genero-indarkeriarako erantzunaren paradigmarekin. Eta erantzun horren funtsezko elementua da, familiaren baitan gertatzen den edozein indarkeria-adierazpenen aurrean egin behar den moduan, indarkeriaren biktima diren emakumeak ahalduntzeko premia, baita, jakina, emakumeok adinekoak direnean ere”²³.

1.1.8. Sexu-esplotazioko eta emakumeen eta haurren salerosketako egoerak

Sexu-esplotazioa desparekotasunarekin, genero-diskriminazioarekin eta diskriminazio interseksionalarekin erlazionatuta dago. Sexu-esplotazioko egoeran dauden emakume gehienak zailtasun ekonomikoak eta oso laguntza-sare urriak dituzten emakume migratzaileak dira.

Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioaren eranskinak, sexu-esplotazioa xede duen salerosketaren aurrean jarduteari buruzkoak, honako hau adierazten du: **gizakien salerosketa esklabotza modu hedatua da**. Delitua da. Mozkin garrantzitsuak lortzen ditu pertsonak kontsumo-gai gisa erabiltzearen ondorioz, eta pertsonak eskualde eta herrialde batetik bestera eramaten ditu, pairatzen duten pobrezia-egoera, aukera-falta, desparekotasuna eta diskriminazioa baliatuta, batez ere emakumeen eta nesken kasuan. Pobreziaren, langabeziaren eta zorpetzearen feminizazioarekin erlazionatutako kausa estrukturalak biltzen dira salerosketan.

Salerosketa-molderik zabalduena sexu-esplotazioa xede duena da. Izan ere, kasuen % 95ean biktimak emakumeak eta neskak izaten dira. Lanaren Nazioarteko Erakundeak (LANE) zenbatetsi zuen 40,3 milioi pertsona egon direla esklabotza modernoaren mende (lan-esplotazioa, ezkontza behartua

²³ Gracia Ibáñez, J. 2012ko ekaina.

eta sexu-ustiapena). EBko biktima gehienak (% 65) Errumaniatik, Bulgariatik, Herbehereetatik, Hungariatik eta Poloniatik datoz. EBkoak ez diren herrialdeetako biktima asko Nigeriatik, Txinatik, Albaniatik, Vietnamentik eta Marokotik datoz.

Gizakien salerosketatzat hartzen da, Zigor Kodearen 177 bis artikuluan xedatutakoaren arabera, indarkeria, larderia edo engainua erabiliz, edota nagusitasun- zein beharrizan-egoeraz, nahiz biktimaren —hori nazionala edo atzerritarra izan— ahuleziaz abusatuz, edo biktima kontrolatzen duen pertsonaren adostasuna izate aldera, harengandik ordainketak edo onurak jasoz edo pertsona horri ordainketak edo onurak emanez, biktima atzematea, garraiatzea, lekualdatzea, hartzea, jasotzea, trukatzea edo haren kontrola eskualdatzea, hauetako edozein helbururekin:

- a) Bortxazko lanak edo zerbitzuak eginaraztea, esklabotzan aritzera behartzea, edo esklabotzaren, mirabetzaren edo eskaletasunaren antzeko praktikak eginaraztea.
- b) Sexu-esplotazioan erabiltzea, pornografia barne.
- c) Delitu-jarduerak egiteko esplotatzea.
- d) Gorputz-organoak ateratzea.
- e) Ezkontza behartuak eginaraztea.

Osasunaren sektoretik salerosketaren biktima diren emakume horientzako osasun-arreta bermatu behar da, sentsibilizazioa eta prestakuntza sustatuta zeinuak ezagutzeko eta emakume eta neska horiek identifikatuko dituzten jardunak bultzatzeko. Identifika ditzakegun zeinu eta seinale horiek identifikazio formalaren aurreko fasekoak dira, hori polizia-agintaritzari baitagokio beti.

Arreta berezia jarri behar da konfidentziasun osoko ingurunea bermatzeko. Ildo horretan, inguruneke edozein pertsonaren presentzia baztertu behar dugu eta ez dugu inongo informaziorik partekatu behar.

2. BIGARREN MAILAKO PREBENTZIOA

Genero-indarkeriako kasuen detekzio goiztiarra lehentasun sozialtzat jotzen da prozesuan egoki lagun egin ahal izateko eta konplikazio handiagoak prebenitzeko. Alabaina, gutxiegi detektatzea errealitate orokortua da eta, gainera, kasu askotan atzerapen garrantzitsuarekin egiten da. Euskal Autonomia Erkidegoan oso urrun gaude azterketek adierazten duten % 10eko prebalentziatik. Hainbat arrazoiren ondorio da hori. Horregatik inplementatu behar dira esku-hartze goiztiarra ahalbidetuko duten neurriak.

Gainera, gutxiegi erregistratzearen arazoa ere hor dago. Profesionalek garatzen dituzten esku-hartze asko ez dira emakumearen historia klinikoan islatuta geratzen, konfidentziasun-arrazoiengatik, datuen konplexutasunagatik,



emakumeak jasota geratzea nahi ez duelako... Horrek zailago egiten du kasuak agerian jartzea eta jarraitzea.

Gure ingurunean osasun-sisteman detekzioa ahalbide dezaketen inguruabarrak biltzen dira, hala nola irisgarritasuna, urrakortasun bereziko egoeretan arreta ematea eta herritarrek neurri handian baloratzea osasuneko profesionalak, bai baitakite haiengan konfiantza izan dezaketela. Ildo horretan, adierazi da testuinguru klinikoa dela indarkeria-egoerak identifikatzeko egokienetakoa, izan ere emakume horietako askok osasun-laguntza bilatzen baitute erasoen ondorio diren lesioei eta osasun-arazoei aurre egiteko. Osasuneko lehen mailako arreta leku pribilegiatua da gisa horretako prozesuak detektatzeko eta horietan lagun egiteko, betiere behar diren luzetarakotasun-baldintzak ematen badira. Baina ezin dugu ahaztu edozein laguntza-testuinguru (arreta urgentea, ospitaleko kanpo-kontsulta edo ospitalizazioa) aukera paregabea izan daitekeela emakumeen osasunaren gainean eragin ikaragarria duen arazoa mahai gainean jartzeko.

2.1. DETEKZIO GOIZTIARREKO ESTRATEGIA: GALDETZEA

Ez dago adostasun garbirik osasun-testuinguruetan baheketaren (screening) erabilera unibertsala egiteko gomendioaren inguruan. Kontu eztabaidagarria da, ez baitago behar adinako ebidentzia zientifikorik haren onura eta kalteei buruz, eta dagoena ez baita oso eztabaidaezina.

Osasunaren Mundu Erakundeak²⁴ ez du gomendatzen ohiko jardunbide gisa. Ameriketako Estatu Batuetako Task Force zerbitzuak²⁵, alabaina, screeninga gomendatzen du adin emankorreak dauden emakumeengan, onura moderatuak baititu, baina onartzen du ez duela eraginkortasun-ebidentziarik adin emankorra pasatu duten emakumeengan. Autonomia-erkidego batzuek beren esparruan inplementatu badute ere, emaitzak eta balorazioak ez dira orokortzeko eztabaidaezinak. Hori dela eta, Osasun Ministerioaren gidak gaia irekita utzi du inplementatzeko.

Hori guztia dela eta, detekzioa handitzeko kasuen bilaketa aktiboa da gomendatutako estrategia. Garrantzitsuena bilatzeko jarrera da, baita indarkeria kontsultetan dagoen faktore gisa ikustea ahalbidetuko duen sentzibilizazioa ere, eginkizun horretan gida honetan lehenago deskribatu ditugun talde kalteberenei arreta berezia eskainita. Kontuan izan behar da, gainera, susmoa areagotzen duten egoera batzuk daudela eta horietan bereziki bilatzeko jarrera eduki behar dela:

- Indarkeria-aurrekariak haurtzaroan edo aurreko bikotekideekin.
- Lesio sarrien aurrekariak edo osasun-zerbitzuen erabilera partikularrenak: maiztasun handiko aldiak eta zerbitzuak erabiltzeari uztekoak, hitzorduak eta tratamenduak ez betetzea, larrialdiak behin eta berriz erabiltzea, ospitalizazio sarriak...

²⁴ MOPS-OMS. 2006

²⁵ US Preventive Services Task Force. 2013.

- Miaketan eta kontatutako sortzeko moduan bat ez datozen lesio fisikoak, kontsulta eskatzen atzeratzea, bestelako eboluzio-aldian, edo kontsulta errepikatuak. Aldebiko lesioak, patroï zentralekoak (burua, lepoa, toraxa edo abdomena) eta defentsa-jarrera adierazten dutenak.
- Emakumearen jarrera eta egoera emozionala: beldurra, urduritasuna, tristura, nahasmendua, lotsa, autoestimu urria, erruduntasuna... Norberaren zainketarik eza.
- Osasun txarraren kexa kronikoak eta zehaztugabeak: zefalea, zerbikalgia, mina, zorabioa, urdail-hesteetako mina, pelbiseko mina, insomnioa eta abar.
- Arazo obstetrikoginekologikoak: lesioak, dispareunia, abortu errepikatuak, pisu txikia jaiotzean, ugalkortasunaren kontrolik eza eta abar.
- Alkohol- edo droga-abusua.
- Bakartze soziala, harreman urriak eta gizarte-bazterketa.
- Bikotekidearen jarrera: gehiegizko kezka edo kontrola edo, bestela, gehiegizko axolagabetasuna eta gertakarien hutsaltzea.
- Seme-alabek gorputzeko kalteak edo lesioak izatea, garapenaren atzerapena, gaixotasun psikosomatikoak, istripu sarriak, harremanetan zailtasunak izatea, depresioa, antsietatea, suizidio-ahaleginak...
- Indarkeriaren informazioa senitartekoen, adiskideen edo beste profesional batzuen bitartez.

Galderak modu egokian eginda:

- Ezer baino lehen, kontsultan galdetzea eskatzen duen susmo-egoera bat maneiatzeko ezinbestekoa da emakumea erabat errespetatzea. Bere denborak, bere isiluneak, bere prozesua eta bere bizi-eraikuntza bera errespetatzea profesionalaren funtsezko jarrera da.
- Galdera testuinguruan jartzea bilatu behar da, elkarrizketaren garapenak pixkanaka tratu txarren gaitan sartzeraren eraman gaitzan, askotan ezerosoa izaten da eta. Zenbaitetan galderak sarrera egokia merezi izango du, are profesionalak galdera egiteko dituen berezko zailtasunak esplizitu egiteko ere.
- Galderak ahalik eta egokiena izan behar du. Jakinik egokia terminoa desberdina dela egoera bakoitzerako eta pertsona bakoitzarentzat. Galdera erraztaileen ereduak daude, baina profesionalak berarentzat erosoan direnak eta modu naturalean egin ditzakeenak bilatu behar ditu.
- Kontsulta-espazioak konfidentzialtasuna ziurtatu behar du, ahalik eta adierazpenik libreena ahalbidetzeko.



- Egoera bakoitzak behar duen denbora eskaini behar zaio. Denboraren faktoreak bere mugak ditu kontsultetan eta trebetasunez kudeatu behar da egoera bakoitzean, funtsezko gaiei heltzeko eta beste batzuk beste une baterako edo beste profesional batentzat uzteko.
- Zuzenean eta eufemismorik gabe helduko zaie, indarkeria testuinguru klinikoan aurre egin dakioken agertokia dela ulertuta.

WAST galdetegia (Woman Abuse Screening Tool), osasun-zerbitzuen erabiltzaile diren emakumeei bikotekideak eragindako abusu emozionala eta/edo fisikoa identifikatu eta baloratzen duen baheketa- eta diagnostiko-tresna, gaztelaniaz balidatu da. Haren sentikortasun- eta espezifikotasun-datuek gure ingurunean izan dezakeen eraginkortasunari buruzko zalantzak sortzen badituzte ere, WAST galdetegiaren hasierako bi galderak baliagarriak izan daitezke esku-hartzearen hasiera bideratzeko:

1. Oro har, nola deskribatuko zenuke zure bikote-harremana?
2. Zuk eta zure bikotekideak, zer-nolako zailtasunarekin konpontzen dituzue eztabaidak?

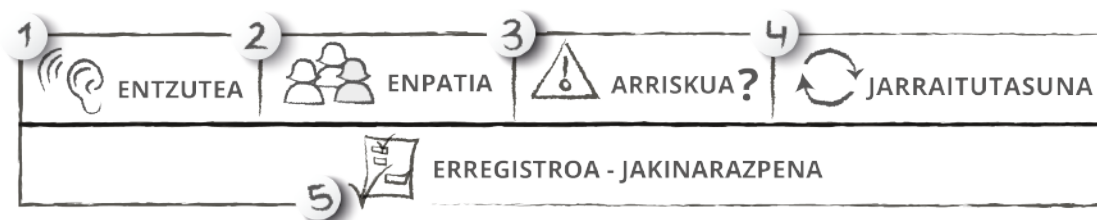
3. HIRUGARREN MAILAKO PREBENTZIOA

Kasua detektatu denean, modu egituratu eta homogeenokan jokatea ahalbidetzen duen jarduteko protokoloa ezartzen da, arreta-prozesu egokia eta indarkeriaren ondorioen minimizazioa ziurtatzeko.

Balorazio globala egin behar da, jarraitutasuna eta osotasuna ziurtatzeko emakumearen beharrei erantzuten zaienean.

Proposatzen da hasierako gutxieneko kontsulta, kasua detektatzen duten osasuneko langileek garatu beharrekoa, eta laguntzan eta jarraipenean jarduteko kontsulta, pazientearentzako erreferentziako profesionalentzat erreserbatua, epe luzeagorako balorazioa eta ekintza-plana egiteko aukera izan dezaten.

3.1. HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNA



Kasu baten detekzioa egiten duen edozein profesionalentzat diseinatuta dago. Asmoa da esku-hartzea sistematizatzea eta jarduteko eskema xumea eskaintzea gisa horretako prozesuekin topo egin ez dutenei edo garatu ahal izateko behar besteko denbora eta luzetarakotasuna ez dutenei.

Esku-hartze hori abian jarriko da gertatzen den laguntza-testuingurua dena dela ere: larrialdiak, lehen mailako arreta, kanpo-kontsulta, ospitalizazioa edo bestelakoa.

Itemak bestelako ordenan gara daitezke, edo profesional bakoitzaren berezko trebetasunarekin, baina garrantzi handikoa izango da item guztiak gogoan hartu direla ziurtatzea.

Hasierako oinarritzko jardunak hauek biltzen ditu:

- Emakumeari **ENTZUTEA**. Entzute aktiboa eta enpatikoa, berez, lehen mailako tresna terapeutikoa da. Leku egoki batean entzuteko denbora uztea, arretaz entzunez emakumeak zer eta nola esaten duen. Konfidentzialtasuna ziurtatzea. Prozesuaren une horretan dituen kezka, beharrak eta itxaropenak antzematea. Halaber, apur bat arakatu behar dira pertsonak dituen familiaren sostenguak, sostengu materialak eta sozialak, laguntza behar izanez gero baliabide gisa eskatu ahal izateko baloratzen dituenak.
- **HARRERA ETA ENPATIA**. Profesionalak konfiantza-giroa ezartzen du egoera ulertzen duela adierazita; indarkeria mota ororen aurkako jarrera irmoa adierazten du eta gisa horretako portaerak gaitzesten ditu, emakumea errugabetuta; haren sintomak tratatu txarren egoerari esleitzen dizkio eta ez du sintoma horien bestelako kausarik bilatzen halakorik izatea zentzuzkoa ez denean; aldatzeko aukera zabaltzen du eta gisa horretako egoerek hobera egin dezaketelako itxaropena mantentzen du.
- **ARRISKUEN BALORAZIOA**. Garrantzi handikoa da emakumearen eta haren seme-alaben bizitzarako arriskuak ebaluatzea. Bizi-larrialdiaren zeinu eta sintomez arduratzea, baldin baleude, eta arrisku psikologikoari aurre egitea, suizidio-arriskua izango bailitzateke adierazpide gorenarekin. Kontuan izan behar da egoera soziala ere arriskuan egon daitekeela erasotzailearekiko harremanaren, segurtasunik ezaren, bakartzearen eta, baldin baleude, seme-alaben egoeraren ondorioz. Egoera horiek guztiak koordinatu egin beharko dira eta larrialdi-zerbitzuetara igorri, han balorazio fisikoa, psikologikoa edo soziala egin dezaten autonomia-erkidegoan dauden baliabideetan, larrialdi sozialei arreta emateko udal-zerbitzuak ahaztu gabe.

Duela gutxiko sexu-erasoren bat dagoenean, biktima ahalik eta lasterren bideratu beharko da hurbilen dagoen ospitalera, balorazio ginekologikoa eta forentsea egiteko (ikus "Sexu-erasoen aurrean jarduteko prozesua" atala).

Nolanahi ere, pazienteak beste zerbitzu batera igotzen denean, modu koordinatuan eta une egokian egingo da beti, haren segurtasuna bermatuta eta konfidentzialtasuna areagotuta.



- **JARRAITUTASUNA ETA BIDERATZEA.** Laguntzaren jarraitutasuna ziurtatu egin behar da, erreferentziako osasuneko profesionalak emakumeari arreta ematen jarraitzea bilatu nahian, laguntzeko eta jarraipena emateko esku-hartze patxadatsua eta planifikatua egiteko aukera izan dezan. Bideratze hori modu proaktiboan egingo da, ez soilik pazienteari bere profesionalarekin harremanetan jartzeko gomendatuta. Komunikazio-kanalak ezarriko dira, bere ohiko profesionalak egoeraren berri izan dezan eta gaian alde jar dadin ahalbidetzeko. Euskal Osasun Sistemari lehen mailako arreta izango da, gehienetan, prozesuaren jarraitutasuna eta behar duen lagun egitea ziurtatuko duen esku-hartzea eskain dezakeena. Oso erabilgarria da laguntza moduko informazioa ematea: emakumearentzat interesgarriak izan daitezkeen telefonoak, web-orriak edo baliabideak (ikus baliabideei buruzko 4. eranskina).
- **ERREGISTROA.** Jarduera orok erregistratuta geratu behar du, emakumearen historia klinikoa funtsezko tresna baita laguntzari jarraitutasuna emateko, emakumeari berari edo instantzia judizialei informazioa emateko eta, askotan, zenbait esparrutako profesionalen arteko koordinazioari hasiera emateko. Gainera, arazoa ikusgai egiteko eta haren benetako prebalentzia ezagutzeko balio duen informazio-iturria da erregistroa. Profesionalaren erantzukizunpekoa da tratatu txarrak behar bezala kodifikatzea, emakumearen konfidentziasuna eta segurtasuna babespean edukitzeko (ikus baliabideei buruzko 4. eranskina).
- **JAKINARAZPEN JUDIZIALA.** Laguntzaz arduratzen den profesionalak dagokion lesioen partearen eredia beteko du, emakumeari horren berri emango dio eta kopia bat epaitegira bidaliko du, horretarako inguruabar hauek kontuan hartuta:
 - Emakumeak eskatu edo horretarako adostasuna ematen duenean.
 - Emakumeak indarkeria-gertaera bat jasateko arrisku handia eta hurbilekoa dagoela baloratzen denean, nahiz eta emakumeak adostasuna ez eman.
 - Arrisku handia dagoenik baloratzen ez bada, emakumeak egitea komeni dela eta onuragarria dela uste duenean bidaliko da. Hots, errehabilitazio pertsonaleko prozesu batean dagoenean, bere etorkizunaren inguruko alderdi zehatzei buruzko erabakiak hartu dituztenean eta bere bizi-egoera aldatzen hasteko estrategia prest duenean.

Alderdi horiek guztiak sakonkiago garatuta daude kontu etikoei buruzko atalean eta lesioen parteei buruzko eranskinean. (Ikus 2. eranskina).

Kontuan izan behar da sistema judizialak egin den delitu bat zigortzea xede duen prozesu bat abian jartzeko balio duela jakinarazpen horrek, baina horrek

ez duela inoiz ordezten emakumea bere osasunean —hitzaren adierarik zabalenean— errekuperatzen laguntzeko ekintza-plana. Sexu-erasoen kasuan, jakinarazpen judiziala “Sexu-erasoen aurrean jarduteko prozesua” atalean adierazten da esplizituki.

3.2. LAGUNTZEKO ETA JARRAITZEKO JARDUNA



Kasua detektatu duen profesionalak hasierako oinarrizko jarduna garatu duenean, emakumearengandik hurbilendagoen eta arretaren luzetarakotasuna hobekien ziurtatuko duen laguntza-testuinguruan jarraitutasuna ziurtatzeko garaia da. Kasu gehienetan inguruabar horiek lehen mailako arretan ematen dira eta familiako medikuntzako eta erizaintzako profesionalak izango dira **LAGUNTZEKO eta JARRAITZEKO** fasea garatuko dutenak.

Osasun mentaleko unitateen arreta hartzen ari diren emakume batzuentzat espazio hori izan daiteke laguntzeko eta jarraitzeko jardunaz arduratuko dena, lehen mailako arretan dagozkien erreferentziako profesionalekin koordinatuta.

Laguntzeko eta jarraitzeko jarduna ekintza hauetan egituratuko da:

1. EBALUAZIOA

Hasierako oinarrizko kontsultan egindako ari berriz ekiteko unea da, lortutakoa indartzeko eta erronka berriei aurre egiteko:

- **ENTZUTEA**, antzeko baldintzetan, baina kontakizunari berriz ekiten eta bizi izandako prozesua berriz lantzen lagunduta, emakumea gaur egun dagoen egoeraren eta aurrekarien xehetasunetan sartuta. Garrantzizkoa izango da jasandako indarkeria motak zehaztea eta indarkeriaren zikloaren zein unetan dagoen finkatzea. Ezarri beharreko ekintza-planean eragina izan dezaketen funtsezko alderdiak dira eta.
- **ENPATIA**, antzeko baldintzetan, indarkeria mota oro gaitzesteko gure jarrera garbia eta erabatekoa adierazita.

Sostengu esplizitua adierazita, baina bete ezin dena edo lortzeko moduan ez dagoena eskaini gabe.

Ustez bere ekintzen ondorioz, tratu txarren emailearen hitzetan, indarkeria denbora luzean jasan duen emakumea errugabetuta. Errugabetasuna



esplizitu egitea liberatzailea eta behar-beharrezkoa da genero-indarkeria jasan duenaren prozesu terapeutikorako.

Sintomak berriz lantzea eta indarkeria testuinguruan jartzea haien arrazoizko kausa gisa.

- Egoerari berriz ekitea **ARRISKUAK** berriz ebaluatzeko: fisikoak, emozionalak eta sozialak. Egoera urgenteei aurre egitea eta etorkizunean ager daitezkeen beste arrisku batzuk prebenitzea ahalbidetuko duen miaketa zehatza.

Garrantzizkoa da arriskuak eta emakumeak haietaz duen pertzepzioa objektibatzea. Profesionalak antzemandako arriskuak emakumeak aintzat hartzen ez dituenean, larriagotu egin daitezke eta oso arrisku handiko egoeretara eraman. Etorkizunean eman litezkeen egoeretarako batzuk eszenaratzeko unea izango da, emakumeari horien gainean gogoeta egiteko eta, kasua iritsiko balitz, jarduteko aukera emango lioketen tresnak emateko.

- Emakumeak dituen **SOSTENGUAK** eta aukerak ebaluatzea. Bere familia-eta adiskidetasun-harremanak, neurri handiagoan edo txikiagoan egoera ezagutzen duten pertsonak, komunitatean erabilgarri dauden baliabideak... arakatzeko garaia da. Sostengu horiei dagokien garrantzia ematea oso lagungarria izango da emakumea babesteko eta gerta daitezkeen egoeretarako ahaldunduta sentitzeko.
- Edozein **ALDAKETA PROZESUK** fase eta erritmo jakin batzuk ditu. Horiek ebaluatzea komeni da emakumeak bizi duen unera egokitutako ekintza-proposamenak egiteko. Prochaska eta DiClementeren ereduak horretan laguntzen du, maiz erabiltzen baita osasun-ingurunean tabakoarekiko mendekotasuna gainditzeko (jokabidez aldatzeko eredu). Pareka daitezkeen egoerak ez badira ere (ez dira gauza bera substantzia batekiko mendetasuna eta indarkeriazko bikote-harremanaren egoera), aldaketa-eredu horrek emakumea dagoen unearen kontzientzia hartzea ahalbidetzen duen fasekako egituraketa eskaintzen du:

- Emakumeak indarkeria arazotzat jotzen ez duenean, **kontenplazio aurreko fasea edo abusu-harreman onartuarena** da. Litekeena da bere arazoaz ez jabetzea, garrantzi txikia ematea edo aldaezin edo saihetsezin gisa onartzea. Etapa honen bereizgarria da tratu txarren harremana onartzea, onar daitezkeen zerbait edo arazo handirik sortzen ez duen zerbait dela baloratzen delako edo saihetsezina eta aldaezina den zerbait dela ikusten delako. Emakumea gauzak hobera egin dezaten saiatu ohi da, bere bikotekidea alda dadin ahaleginduta. Hori guztia dela eta, askotan indarkeria isilean mantentzen da eta bakarrik aurre egiten ahalegintzen da.

- **Kontenplazio-fasean edo zalantzan jarritako abusu-harremanaren fasean**, emakumea jabetzen hasten da abusu-zeko harremana dagoela, baina oraindik ez du ekintzara jotzeko konpromisoa hartu, ez daki zer egin dezakeen edo noiz has daitekeen zerbait egiten. Fase horretan emakume askok beren buruarentzat aitortzen dute abusua, baina nahiago dute sekretua izatea eta erasotzaileak aldatzeko laguntza bila dezan saiatzen dira. Etapa horren sakoneko dinamika bere bikotea denborarekin aldatuko den eta horrela jarraitzea merezi duen ideia zalantzan jartzea da. Emakumeak harremana aldatuko ez dela konbentzitzen direnean soilik hasten dira handik alde egitea planifikatzen.
- **Prestaketa-fasean edo harremana aldatzea erabakitzean**, arazoaz jabetzeaz gain, bere jokabidea aldatzeko erabakia hartzen du eta egoerari aurre egiteko gauzatu beharreko plan bat diseina dezake.
- **Ekintza-fasea** iristen denean, ezarrita du aldaketa-plana eta praktikan jartzen hasten da. Bere jokabidea, esperientzia edo ingurunea aldatzen du arazoa gainditzeko asmoz. Tratu txarren emaillearekin duen lotura haustea edo harremanaren barruan indarkeriarik gabeko bizitza baten alde borrokatzea hautatzen du, baina dagoeneko ez du espero bere bikotekideak horretan laguntzerik.
- Eta **mantentze-fasean**, oztopoak oztopo, aldaketa horiek ezarri eta finkatu egiten dira. Etapa horrek orain arte egindako urratsak finkatzea dakar, berrerortzeak prebenitzea eta bizi-berreraikuntzako prozesu bat ezartzea. Indarkeriarik gabeko bizitza finkatzea da azken helburua.

Ekintza-fasea eta mantentze-fasea 3 etapako ziklo batean hedatzen dira:

- Emakumeak indarkeriarik gabe bizitzeko aldaketei ekin badie ere, abusuak bere horretan jarraitzen du.
 - Abusu-egoera desagertu egiten da.
 - Bizi-berreraikuntzarekin jarraitzeko denbora.
- Zenbait kasutan **berrerortze-fasea** gerta daiteke. Fase horretan atzera egiten da ezarritako aldaketetan eta litekeena da indarkeria-egoerak berriz sortzea. Horren ondorioz, arazoa aurreko faseetatik maneiatu behar izaten da berriz ere. Aldaketaren zirkulua itxi egiten da, berrerortzearen ondoren beste aldaketa-prozesu bat ezartzen baita berriz, baina ez da kontenplazio aurreko fasean hasten, zuzenean joaten baita kontenplazio- edo prestaketa-fasera aldeztatik bizi izandako esperientziaren ondorioz.

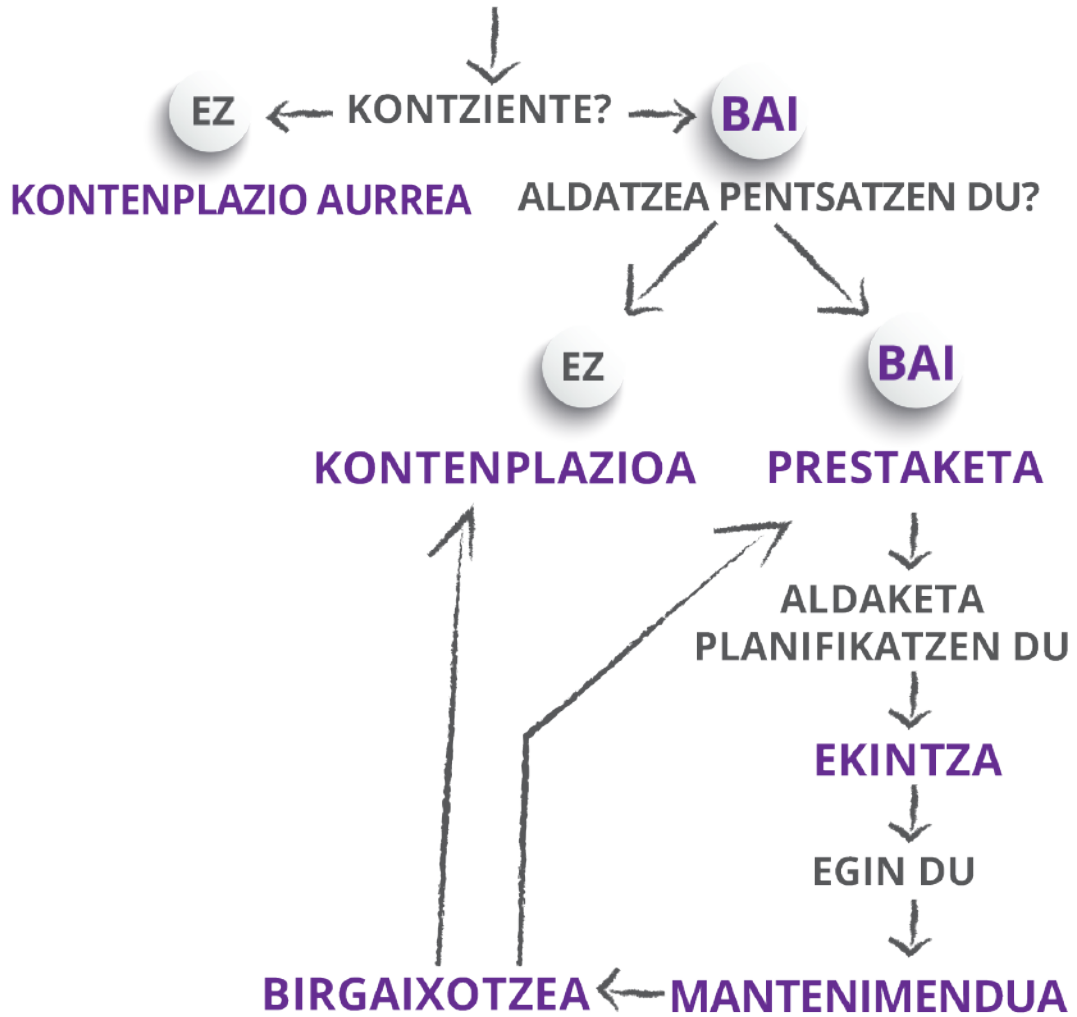


3 ALGORITMOA

EKINTZA-PLANA



GENERO INDARKERIA DETEKTATUTA
EKINTZA-PLANA



Prozesu horretan aurrerakadak eta atzerakadak izan daitezke. Etapak orientazio modukoak dira eta ez dira beti modu garbi eta unibokoan gertatzen. Emakumea zein puntutan dagoen baloratzeak egoki esku hartzeko bidea ematen du.

2. EKINTZA PLAN

Emakumea aldaketaren zein fasetan dagoen kontuan hartuta, profesionalari bete beharreko jarraibideak ezartzen lagun diezaiokeen ekintza-plan generikoa proposatzen da. Egoera eta profesional bakoitzak dauden beharretara eta baldintzatzaileetara egokitu beharko du.

- **KONTENPLAZIO AURREKO FASEA.** Fase honen helburua da tratu txarren egoeraren onargarritasunaren inguruko zalantza sustatzea. Arazo garrantzitsua delako kontzientzia areagotzea eta toleragarritasuna murriztea.

Kasu askotan, emakume batek fase honetan laguntza eskatzen duenean, hirugarren baten presioaren ondorioz egiten du.

Esku-hartze laburra emakumeari bere osasun-egoera itzultzean datza, arrazoia edo sintoma indarkeria-egoerarekin erlazionatuta, hartara tratu txarrak osasun-galerarekin identifikatzeko. Beharrezkoa izan daiteke, halaber, jarrera pertsonala hartzea eta indarkeria justifikatzen ez dela adieraztea, emakumeak erreferente esplizitu bat izan dezan bere usteak berriz planteatzeko. Abusu-egoera zehatz-mehatz arakatzea eta bizi izandako inguruabarrak banan-banan aipatzea tresna terapeutikoa da berez, arakatutakoaren ikusgaitasuna areagotzen baitu. Indarkeriaren zirkulua azaltzeak lor dezake emakume askok beren bizitzaren sekuentzia identifikatzea eta beren harremanaren une txarrak objektibatzea.

Ez da ez bideratzerik ez jakinarazpenik proposatu behar, halakorik eskatzen duen arrisku handiko egoeraren bat dagoenean izan ezik. Garrantzizkoa da etorkizunean gaiari berriz heltzeko atea irekita uztea eta tratu onerako eskubideari buruzko informazio orokorra proposatzea.

Inguruabarren arabera, muturreko indarkeria-egoera posible baten aurrean har litezkeen neurri batzuen inguruko informazioa araka daiteke: laguntza eska diezaikekeen pertsonen prestasuna, laguntza urgentziak eskatzeko telefono-zenbakiei eta erakundeei buruzko informazioa edo adingabeak babesteko moduak. Neurri horiei buruz hitz egiteak egoeraz jabetzen lagunduko dio.

- **KONTENPLAZIO FASEA.** Helburua da neurri handiagoan jabetzea eta ziurgabetasuna aldaketak ezartze aldera ebatzea.

Gogoeta-ariketa moduan, harremanarekin jarraitzeko edo ez jarraitzeko arrazoiak identifika daitezke. Aldaketarako oztupoak eta beldurrak analizatu, egun dauden zailtasunak eta aurretik egindako saioretan egon zirenak berrikusita.

Emakumeak dituen sare sozialak aztertu behar dira, eta emakumeak bizi duen egoeraren aurrean zer-nolako jarrera hartzen duten ikusi. Hurbileko pertsonak



daudenean, horien iritziak funtsezkoak izaten dira aldaketei ekiteko, seme-alabenak bereziki, haien adinak horretarako aukera ematen duenean.

Baliabideak dauzkaten eragile sozial eta instituzionalekin harremanetan jartzeak emakumeari aukera ematen dio zer aukera dituen marrazteko eta aldaketa bideratzen duen sare baten babesa sentitzeko.

Etorkizuneko itxaropenak eta helburuak arakatzeko aukera ematen dio egungo unearen eta bere proiektuen arteko desadostasunak mahai gainean jartzeko.

Bere bikotekidea aldatzearen ideia garatzeak, noiz, nola eta zein erritmotan bezalako xehetasunetan sartuta, bizi izandako aldaketa-esperientziari buruzko desadostasuna nabarmen dezake eta erabakiak hartzea erraztu.

Anbibalentzia motibatzeke elkarriketaren ereduaren bidez maneiatzeko ahalbidetuko du emakumea bera izan dadin aldatzeko arrazoiak aurkeztuko dituen, profesionalak bere irizpideak ezarri beharrean.

Garrantzizkoa da ihes egiteko segurtasun-plan bat ezartzea, horren beharra izan dezakeen arrisku-egoeraren bat gertatuko balitz ere:

- Telefono mugikorra edukitzea, baita polizia-erakundeen, biktimen elkarteen edo bere dei batek arrisku-egoera izan daitekeela dakitenen senitartekoen edo konfiantzako pertsonen telefono-zenbakiak ere.
- Ihes egiteko plan bat edukitzea aldez aurretik prestatuta: dokumentazioa, arropa, etxeko giltzak, txosten medikoak eta medikamentuak eta, baldin baleude, aurreko salaketak. Dirua eta kreditu-txartelak.
- Seme-alabak baldin baditu, ihes egin aurretik behar izan dezaketen guztia prestatzea edo haiekin etxetik irten beharra ekar dezaketen alerta-egoerak ezartzea.

- **PRESTAKETA FASEA.** Helburua da emakumeari lagun egitea, aldaketa batzuk inplementatu ahal izateko jarraitu beharreko planik onena zehazten laguntzeko.

Egungo egoera ahalik eta modu objektiboenean aztertzeke unea da, emakumearen planak entzun eta orain arte egindako urratsak baloratzeke. Arazoei aurrea hartu eta une horrek izan ditzakeen arrisku bereziak objektibatu behar dira. Ezinbestekoa da bideratzea eta/edo koordinazioa osasuneko gizarte-langilearekin eta/edo gizarte-zerbitzuekin baloratzea eta adostea inguru horretan erabilgarri dauden baliabideak kontuan izateke.

Egoera horretan, anbibalentziaren gainean lan egiteko garaia da, zeren normala denez, maiz agertzen baita aldaketa-fase horretan. Presa

edo pertsuasioa saihestea, emakumearen itxaropenak baloratzea eta testuinguruak arretaz aztertzea oso lagungarria izango da erabaki irmoak eta neurriak hartu ahal izateko.

Aurreko fasean bezalaxe, ihes egiteko segurtasun-plana emakumearekin batera baloratu beharko da, sor litekeen indarkeria kontuan izanda.

- **EKINTZA FASEA.** Fase honen helburua da emakumeari bere aldaketa-ekintzetan lagun egitea, bakarrik dagoela senti ez dezan eta bere prozesua berresten laguntzeko.

Emakumeari segurtasuna emango dioten baieztapen automatizatzaileak sortzea eta ahalbidetzea da asmoa. Emakumearen kezka eta itxaropenak esplizitatzeko garaia da, egoerei errealismoarekin aurre egin ahal izateko. Atzera begiratzeak orain arte egindako bidea bistaratzen eta egungo unearen balioa nabarmentzen lagunduko dio. Aurrera begiratzeak aukera emango dio hartutako erabakiak bideratzeko eta, behar izanez gero, helburuak berriz planteatzeko.

Une horretan bereziki delikatu eta ezinbestekoa da emakumearen eta seme-alaben segurtasunari eta babesari lehentasuna ematea.

Inguruabarrak ez dira berberak izango emakumeak bikotearen barruan indarkeriarik gabeko bizitza baten alde borrokatzea erabakitzen badu edo bere bikote-harremana hausteko erabakia hartzen badu. Erabaki batek zein besteak gatazka, oztopoa eta beldur desberdinak sortuko ditu eta emakumeari horretan lagun egin beharko zaio. Bikoteak seme-alabak izateak behartutako harremana izan daiteke beste gatazka-sorgune bat.

Bereziki garrantzitsua da ihes egiteko segurtasun-plana (kontenplazio-fasean garatu den moduan) emakumearekin adostea, zeren ekintza-fasean abian jartzea eska lezakeen indarkeria bereziko egoeraren bat gerta bailiteke.

- **MANTENTZE FASEA.** Abian jarritako ekintzak mantentzen, berrerortzeak prebenitzeko estrategiak identifikatzen eta arriskuaren zaintza mantentzen laguntzea da helburua.

Emakumeak aldatzeko erabakia hartu arren abusuak bere horretan jarraitzen badu, hori da aurre egin eta kudeatu behar den lehentasunezko arazoa, horretarako emakumeak duen maniobra-tartea baloratuta. Abusua amaitzen denean protagonismo handiagoa hartzen du abusuaren ondorioetatik errekuperatzeak eta eragindako kalteak konpontzeak.

Berreraikuntza-prozesua ezartzen da maila pertsonal, familiar, sozial, ekonomiko eta laboralean.



Ahal den heinean egoera bakoitzaren barruan bizitza sozial normalizatua sustatu behar da, bizitza osasungarriaren alderdi guztiei balioa emanaz. Emakume taldeak eta beste baliabide komunitario batzuk oso baliabide erabilgarriak izan daitezke emakumearen bakartzea saihesteko eta indarkeriarik gabe bizitzeko borondatea indartzeko. Indarkeriaren zikloa analizatzea lagungarri izango zaigu eztei-bidaiaren faseen inguruko berrerortzeetatik babesteko, horretarako une bereziki kalteberak izaten dira eta.

Askotan emakumeak atsekabe-prozesu bati aurre egin behar izaten dio, bikotekidea galdu izanak tratu txarrak eman dizkion pertsonaren falta sumatzeko sentimendu anibalenteak sortzen dizkio eta. Sentimendu horiek adierazi egin behar dira eta berreraikuntza-prozesuaren parte gisa onartu, eta ez dira inoiz kritikatu behar, nahiz eta seguruenik bere ingurunean hala egingo duten, harremanari berriz ekitea iragarriko duen beldur.

Ez dugu ahaztu behar segurtasun-plana eta emakumearen eta seme-alaben babes-agertokia erreparatzea.

Berreraikuntza-prozesu pertsonal, familiar, sozial, ekonomiko eta laborala da.

- **BERRERORTZE FASEA.** Emakumeari prozesua kontenplaziorantz, erabakitasunerantz eta ekintzarantz bideratzen laguntzea da helburua, berrerortzearen ondorioz blokeorik edo etsipenik ager ez dadin.

Berrerori izan arren gure enpatia eta hurbiltasuna erakustea eta porrot-sentimenduak saihestea ezinbestekoa da une horretan. Era berean, indarkeriaren zikloa gogoraraztea, egindako urratsen balioa handitzea eta inor hasierako posiziora itzultzen ez dela onartzea. Aitzitik, nabarmendu behar da prozesuak sortu dituen aldaketak atzeraezinak eta itxaropentsuak direla egoerari berriz ekiteko. (Ikus 3. eranskina).

ERIZAINZAKO ZAINKETA PLANA

Genero-indarkeria jasaten duten emakumeentzako erizaintzako zainketa-plana esku hartzeko eta jarraipena egiteko plan gisa ezartzen da Aldaketaren Eredu Transteorikotik (Prochaska eta DiClemente, 1993) proposatutako esparru kontzeptualaren barruan. Eredu hori prozesu dinamiko bat da eta bertan erizaintzat behar-beharrezkoa da emakumeek pasatzen dituzten etapen arabera zer-nolako beharrak dituzten jakitea. Eredu horretatik erizainek hobeto uler ditzakete emakumeen portaerak eta erizaintzako diagnostikoak etapen arabera egokitzeko aukera dute. Horri esker orientazioa eman dezakete emakumeek behar duten zainketa motari buruz eta emakumeek aurrez aurre dituzten konplexutasunak eta erabakiak (haien erabakiak, desioak...) uler ditzakete, emakumearen ahalduntzea oso kontuan hartuta.

Erabakiak emakumearenak dira, ez arreta ematen dion pertsonarenak. Hura da erabakiak hartzearen arduradun nagusia, paternalismoa alde batera utzita. Emakumeak soilik biktima gisa ikusten direnean alde batera uzten dira beren indarrak eta baliabideak eta baztertu egiten dira beren itzaropenak.

Portaeraz aldatzeko prozesua ziklikoa izaten da maiz, emakumeek aurrera egiten dute eta berriz erortzen dira etapetan zehar mantentze-etapa arrakastaz erdietsi aurretik. Osasuneko esku-hartzeak etapa horietara egokitu beharra dago, emakumeak patologizatzea saihesteko. Egoera horretan dagoen emakume bat kontenplazio aurreko etapatik prestaketa-etapara pasa daiteke eta berriz kontenplazio aurreko etapara itzuli ekintza-etapara iritsi gabe. Eredu horrek emakumearen portaera ulertzen laguntzen du. Horrek aukera ematen du emakumeei lagun egiteko eta sostengua emateko, baina hartu nahi ez duten edo prest ez dauden norabide batean bultzatu gabe. Genero-indarkeria jasaten duten emakumeek maiz ez dute kontrol askorik edo batere kontrolik izaten beren bikotekidearen portaeraren gainean; indarkeria-harremanean jarrai dezakete bizirik irauteko estrategia gisa, jokabide pasiboa izan gabe. Emakume bat emozionalki eta kognitiboki prest egon daiteke bikotekidea abandonatzeko, baina beste neurri batzuk har ditzake segurtasunagatik.

Garrantzizkoa da esku-hartze klinikoak etapa horietara egokitzea, emakume batek genero-indarkeriako egoera berehala utzi ezin duela ulertzeko eta emakume horiek patologizatzea saihesteko. Portaeraz aldatzeko prestaketa ez da gertaera bakarra, etapaz etapako prozesua baizik.

Erizainek, emakumeak indarkeriarekin amaitzeko prozesuan aurrez aurre dituen konplexutasunak eta erabakiak ulertzen dituztenez, tresna hobekak dituzte haien erabakiak errespetatzeko, elkarlaneko erabakiak hartzeko, arazoak holistikoki konpontzeko eta emakumearen ahalduntzea ahalbidetzeko. Emakume guztiak ez daude ekintza-etaparako prest.

3. OSASUN ARLOKO BARNE KOORDINAZIOA

Osasun-sistemaren barruan, kasuaren zenbait baldintzatzailek beste laguntza-dispositibo edo profesional batzuen lankidetzara behar dute.

Seme-alabak erasotzailearen indarkeriaren zuzeneko biktimak dira, lekuko direlako edo indarkeriaren ondorioak zuzenean jasaten dituztelako. Hala aitortu du duela gutxi sistema judizialak ere. Kasu gehienetan gure osasun-sistemako pediatriako profesionalak arduratzen dira seme-alabei arreta emateaz. Hasierako komunikazioak egoera berriz osatzen laguntzen du eta pediatriako langileek egin ditzaketen ekarpenekin aberasten du. Geroztiko koordinazioak dispositibo guztietan esku-hartzeak ildo berean indartzen laguntzen du.



Biktima diren emakume askok denbora luzea daramate osasun mentaleko unitateetan arreta jasotzen. Batzuetan indarkeria-egoeraren ondorio diren diagnostikoak izaten dituzte. Kasu askotan egoera horiek ez dira detektatu osasun mentaleko zerbitzuetan. Emakumeei (edo haien seme-alabei) arreta ematen dieten profesional horiekin komunikatzeak eta koordinatzeak egoeran lagun egiteari eta desmedikalizatzeko premiari buruzko adostasun-irizpideak ezartzen laguntzen du, indarkeria-egoerei amaiera eman beharra nabarmentzeko.

Emakumeari beste dispositibo edo profesional batzuk arreta ematen ari bazaizkio eta haren genero-indarkeriako egoerak arretaren gainean eragina izan dezakeela susmatzen bada, horren berri emango da eta koordinatzeko eta elkarrekin lan egiteko mekanismoak ezarriko dira.

4. KANPO KOORDINAZIO SOZIOSANITARIOA

Osasun-sistema eta sistema soziala indarkeria-egoera jasaten ari diren emakumeen arretan erantzukizun-maila handiena duten esparruetako bi dira. Biei dagokie ekintza koordinatuak eta koherenteak garatzeko erantzukizuna, benetako koordinazio instituzional eta interinstituzionalarekin, batik bat Euskal Autonomia Erkidegoan gizarte-zerbitzuak udalen eta foru-erakundeen mendekoak direla kontuan izanik.

Aurre egiteko baterako jardun hori arreta soziosanitarioko taldeetan oinarrituta egituratuko da. Talde horiek, nagusiki, lehen mailako arretaren eta udalen gizarte-zerbitzuen esparruko profesionalek osatzen dituzte, eta elkarrekin lan egiten dute emakume horientzat eta seme-alabentzat erabilgarri dauden baliabideen inguruan identifikatzen, arreta ematen, aholkatzen eta orientatzen.

Oinarrizko gizarte-zerbitzuek eta espezializatuek genero-indarkeriaren arazoak arduratzeko baliabideak (ikus 4. eranskina) dauzkate: bikote-harremana hausten den egoeretan harrera egiteko baliabideak, arreta psikologikoa, orientazio juridikoa eta familia osoa babesteko neurriak.

Gizarte-zerbitzuak emakume horiei arreta emateko eta haien jarraipena egiteko funtsezkoak badira ere, koordinatu edo bideratu beharrekoak izan daitezkeen beste baliabide eta profesional batzuk ere izan daitezke. Horien artean daude laguntza psikologikoa emateko zerbitzuak, laguntza juridikoa, emakumeen elkarteak eta abar.

5. ERREGISTROA

Jarduera oro erregistratuta geratuko da, emakumearen historia klinikoa funtsezko tresna baita laguntzari jarraitutasuna emateko eta emakumeari berari edo instantzia judizialei informazioa emateko. Gainera, arazoa ikusgai egiteko eta haren benetako prebalentzia ezagutzeko balio duen informazio-iturria da. Profesionalaren erantzukizunpekoa da tratu txarrak behar bezala

kodifikatzea, emakumearen konfidentzialtasuna eta segurtasuna babespean edukitzeko (ikus erregistroari buruzko 1. eranskina).

6. JAKINARAZPEN JUDIZIALA

Laguntzaz arduratzen den profesionalak dagokion lesioen partearen eredia beteko du, emakumeari horren berri emango dio eta kopia bat epaitegira bidaliko du, horretarako inguruabar hauek kontuan hartuta:

- Emakumeak eskatu edo horretarako adostasuna ematen duenean.
- Emakumeak indarkeria-gertaera bat jasateko arrisku handia eta hurbilekoa dagoela baloratzen denean, nahiz eta emakumeak adostasuna ez eman.
- Arrisku handia dagoenik baloratzen ez bada, emakumeak egitea komeni dela eta onuragarria dela uste duenean bidaliko da. Hots, errekupeazio pertsonaleko prozesu batean dagoenean, bere etorkizunaren inguruko alderdi zehatzei buruzko erabakiak hartu dituztenean eta bere bizi-egoera aldatzen hasteko estrategia prest duenean.

Alderdi orokor horiek guztiak sakonkiago garatuta daude kontu etikoei buruzko atalean eta lesioen parteei buruzko eranskinean. (Ikus 2. eranskina).

Sistema judizialak egin den delitu bat zigortzea xede duen prozesu bat abian jartzeko balio duen jakinarazpen horrek, baina horrek ez duela inoiz ordeztzen emakumea bere osasunean —hitzaren adierarik zabalenean— errekupeatzen laguntzeko ekintza-plana.

3.3. “NOT TO DO” – Zer EZ EGIN genero-indarkeriaren ARRETAN.

1. MINIMIZATU

Emakumearen osasunean eraginik ez duen esparru pertsonaleko, familiarreko edo pribatuko arazoa dela kontuan hartu.

Arazoari jaramonik ez egin, bakarrik konponduko dela pentsatuta.

2. NIRE ARDURA EZ DELA USTE IZAN

Edozein profesionalak, bere espezialitatea dena dela ere eta edozein testuinguru klinikotan (larrialdia, kontsulta, ospitalizazioa...), hasierako oinarrizko esku-hartzea egin behar du eta erreferentziako profesionalarekin laguntza-jarraitutasuna ziurtatu, indarkeria-egoeraren jarraipena egin ahal izateko.

3. INDARKERIA JUSTIFIKATU

Egoera normaltzat, posibletzat edo justifikagarritzat jo. Erasotzaileak emakumearekin duen jarrera hutsaldu edo esplikatuz.



Adierazi behar da indarkeria inoiz ezin dela ez justifikatu ez onartu bikote-egoera batean.

4. ARRISKUA GUTXIETSI

Erasotzaileren jarreraren eta emakumeak adierazitako beldurren eta segurtasun-gabezien ondorioz arriskua argi eta garbi ez baloratu.

Une oro ziurtatu behar da emakumearen babesa eta konfiantza-giroa ezarri.

5. JARRERA PATERNALISTA IZAN

Emakumeari adierazi egoera horri konponbidea emateko zer egin behar duen.

Genero-indarkeriaren arazo korapilatsuak egoeraren balorazio zehatza behar du. Horrek emakumeari lagun egitea eskatzen du, zer egin nahi duen eta noraino iritsi nahi (edo ahal) duen erabakitzeko aukera izan dezan.

Arretaz baloratzea eta emakumearen erabakiei sostengu ematea, horixe da lagun egiteko behar den jarrera.

6. MEDIKAMENTUAK AGINDU

Arau orokor gisa, kontua ez da egoera horietan antsiolitikoak (edo antidepresiboak) agintzea. Medikamentu horiek erreakzio-ahalmena murrizten dute eta inoiz ez dira indarkeria-egoerarako soluzioa.

Egokiak izan daitezke muturreko antsietate-egoeretan, eta profesionalak eta emakumeak zertarako diren garbi dutenean agindu behar dira eta betiere denboraldi mugatu baterako.

7. BIKOTE TERAPIA AHOLKATU

Emakumeari beti bakarrik egin behar zaio elkarrizketa. Konfidentzialtasuna eta denbora egokia ziurtatu behar dira. Informazioa ez da inoiz kontrastatu behar erasotzailearekin, eta ez zaio emakumeak esan diguna jakinarazi behar. Bikote-terapia edo familia-bitartekaritza kontraindikaturik dago gisa horretako egoeretan. Abiapuntuko egoerak halako desparekotasuna du, ezen banakako tratamendua behar baitu.

8. SEME ALABAK EZ BALORATU INDARKERIAREN BIKTIMA GISA

Emakumearen gaineko indarkeria-egoerek haren ingurunean dauden adingabeak ere hartzen dituzte eraginpean. Azterketek adierazten dutenez, ondorio larriak izaten dira indarkeria horren biktima diren seme-alabentzat. Behar-beharrezkoa da beti adingabeen balorazioa egitea, haien babesa ziurtatzea eta bizi izandako egoera horren ondorioei aurre egiteko eta adingabeen egoera psikologikoa lehengoratzeko laguntza-

prozesua ezartzea. Hala aintzat hartzen da, halaber, Genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzko Lege Organikoan.

9. BIDERATU LEHEN NEURRI ETA NEURRI BAKAR GISA

Emakumeak horrelako egoera bat kontatu digunean, kontua ez da berehala beste profesional batengana bideratzea. Hasierako gutxieneko esku-hartzea eta sostengu-kontsultak beti izango dira beharrezkoak. Profesionalen arteko eta instituzioen arteko koordinazioa, behar denean, helburu garbi eta adostuekin egingo da, konfidentzialtasuna eta errespetua ziurtatuta, inoiz ez erantzukizunak saihesteko, indarkeria-egoera horretatik irteteko baliabideak hobekien eskain ditzaketen profesionalak bilatzeko baizik.

10. JAKINARAZPEN JUDIZIALAREN BEHARRA EZ ERREGISTRATU EZ BALORATU

Egoera hori ez komunikatzeak eta ez erregistratzeak arazoa ikusezin bihurtzen laguntzen du eta egindako lana ez da jasota geratzen, laguntzaren jarraitutasuna ziurtatzeko eta arrisku handiagoko egoerak prebenitzeko.

Indarkeria-egoerak korapilatsuak dira eta era askotako baldintzatzaileei loturik daude. Profesionalak (emakumearekin batera) zehatz-mehatz baloratu beharko ditu, erregistratzeko, komunikatzeko eta zuhurtziaz jarduteko.

Egokiena ez da erregistro edo jakinarazpen sistematikoa, kasu bakoitzaren balorazioa baizik, horrek ziurtatuko baitu laguntzeko asistentzia, erregistro egokia eta jakinarazpen judizial zuzena.



B) JARDUTEKO PROZESUA SEXU ERASOEN AURREAN

Sexu-erasoek beste pertsona baten sexu-askatasun edo -ukigabetasunaren aurkako edozein atentatu hartzen dute, indarkeriaz edo larderiez egina. Eraso horien artean sartzen da bortxaketa: sexu-erasoa baginatik, uzkitik zein ahotik zakila sartzean datzanean edota baginatik edo uzkitik edozein objektu mota edo gorputz-atalak (esate baterako, hatzak) sartzean datzanean.

Sexu-abusuek ere beste pertsona baten sexu-askatasun edo -ukigabetasunaren aurkako edozein atentatu hartzen dute, baina indarkeriarik edo larderiarik gabe egina, baina betiere beste pertsona horren adostasunik izan gabe.

Sexu-erasoak eta sexu-abusuak sexu-askatasun edo -ukigabetasunaren aurkako delitu gisa tipifikatuta daude Zigor Kodean eta 15 urte arteko espetxealdi-zigorra ekar dezakete sexu-erasoen kasuan eta 10 urte artekoa sexu-abusuen kasuan.

Gaur egun Espainian 16 urtekoa da sexurako adostasun-adina. Hortaz, 16 urtetik beherakoekin sexu izaerako egintzak gauzatzea delitu-egitatea izango da, salbu eta harreman horiek adinaren, garapen-mailaren edo heldutasunaren zioz adingabearen pertsona hurbil batekin adostasunez izatean; kasu horretan erantzukizun penaletik salbuetsita geratuko da (1/2015 Lege Organikoa, martxoaren 30ekoa, honako lege organiko hau aldatzen duena: 10/1995 Lege Organikoa, azaroaren 23koa, Zigor Kodearena).

Sexu-erasoa gertakari traumatikoa eta mingarria da, biktimei zeharka eragiten diena eta osasun fisiko, psikologiko, sexual eta sozialaren gainean ondorio larriak dituena.

Sexu-eraso eta -abusuen aurrean jarduteko jarraibideek berezitasun jakin batzuk dituzte. Hori dela eta, atal berezian deskribatuko dira.

1. NON EMATEN ZAIEN ARRETA

Sexu-erasoa edo -abusua izan daiteke:

1. Oraintsukoa: 120 ordu (5 egun) baino gutxiago igaro direnean^{26,27}.
2. Oraintsukoa ez dena: 120 ordu (5 egun) baino gehiago igaro direnean.

Denbora-muga hori ez da muga hertsizat hartu behar. Igarotako denbora 120 ordu horietatik gorakoa denean baina lege-intereseko laginak hartu ahal izateko zantzuak edo susmoak daudenean (kasuaren inguruabar partikularrak direla eta), sexu-erasoa edo -abusua oraintsukoa balitz bezala jardun behar da. Hori gerta daiteke intoxikazio-susmoa dagoenean (sumisio kimikoa), substantzia batzuk hartu eta astebetara ere ager baitaitezke gernuan. Forentsea izango da, kasua baloratu ondoren, lege-intereseko laginak hartuko diren ala ez erabakiko duena.

²⁶ Osasunaren Mundu Erakundea, 2014.

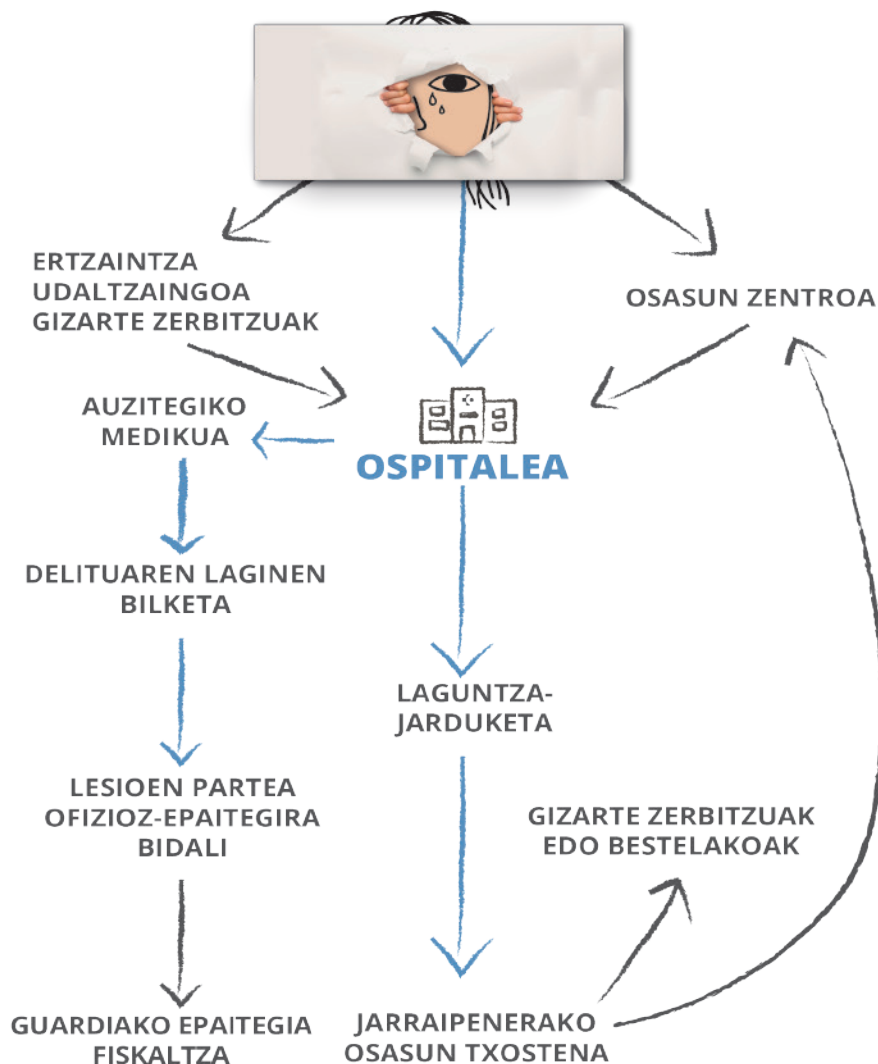
²⁷ Osasunaren Erakunde Panamerikarra, 2016.

1. Oraintsuko sexu-eraso edo -abusua: oraintsuko sexu-erasoak jasan duela susmatzen den pazientearen balorazioa ospitaleetan egingo da. Pazienteak dagokion lehen mailako arreta-zentrora jotzen bada, tratamendu medikoa berehala ematera behartzen duen larritasun-egoerarik ezean, lehenbailehen igorriko da hurbilen dagoen ospitalera, garbiketarik edo arropa-aldaketarik egin gabe. Felazio-kasuetan, ahal den heinean, ez da likidorik edo elikagairik hartuko biktimari azterketa egin baino lehen. Edozein arrazoiren ondorioz azterketa atzeratzen bada, aho-barrunbearnen laginak hartu beharko dira isipuekin (3 zenbait zonatan) eta gero irakuzketa bat egin serum fisiologikoarekin eta bildu. Laginak forentseari entregatuko zaizkio (6. irudia).

6. irudia. Oraintsuko sexu-eraso edo -abusuaren aurrean jarduteko zirkuitua.

**ORAINTSUKO
 SEXU ERASO EDO GEHIEGIKERIA**

120 ORDU (5 EGUN) BAINO GUTXIAGO IGARO DIRA.
 GAIXOAREN BALORAZIOA **ERITXEETAN EGINGO DA**



Emakumeen aurkako etxeko tratatu txarretan eta sexu-indarkeriaren aurrean aplikatu beharreko Osasun Protokolotik egokitua. Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila. Osakidetza. 2008

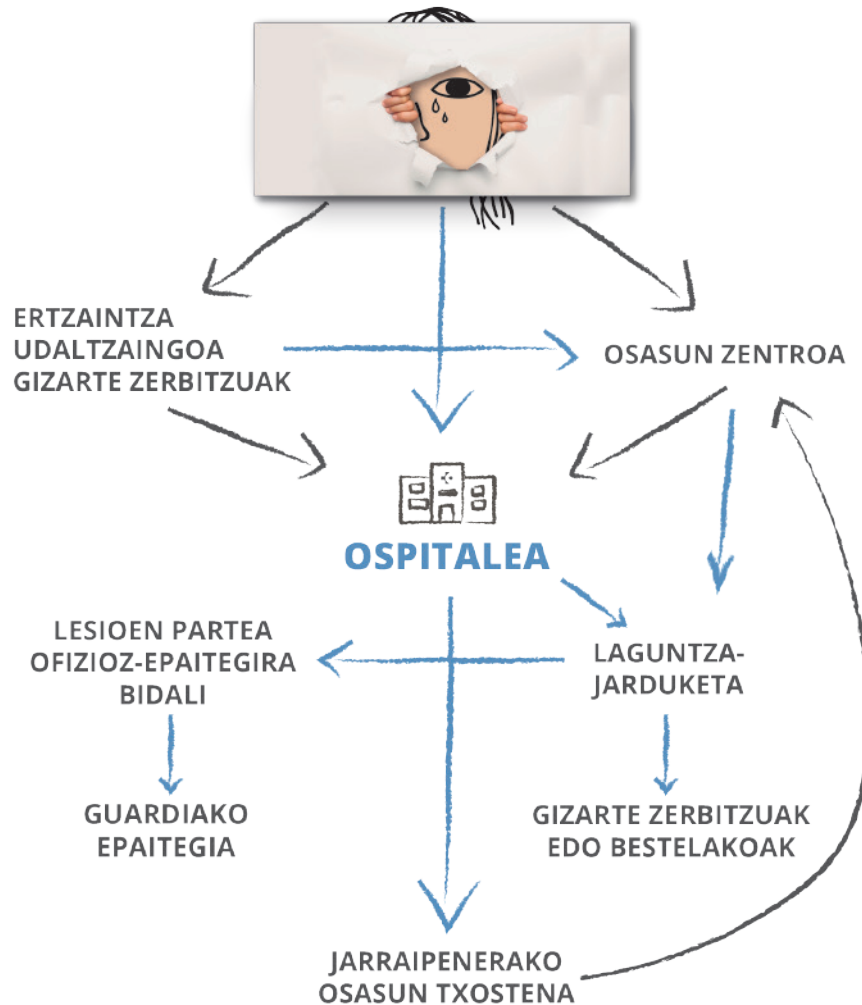


2. Oraintukoa ez den sexu-eraso edo -abusua: oraintukoa ez den sexu-erasoa jasan duela susmatzen den pazientearen balorazioan ez da beharrezkoa izango pazientea ospitalera igortzea, baldin eta dagokion lehen mailako arreta-zentrora jo badu. Izan ditzakeen kalte fisiko eta/edo psikikoetarako laguntza emango zaio eta dagokion jardun diagnostiko-terapeutikoen plana abian jarriko da: serologiak eskatzea, sexu-transmisiozko infekzioak hautematea, B hepatitisaren aurka txertatzea... Laguntza-jarduna amaitu ondoren, bidezkoztat jotzen bada, lesioen partea beteko da eta emakumeari eskatuko zaio polizia-etxera, fiskaltzara edo guardiako epaitegira jo dezan dagokion salaketa jartzera. Prozeduran zalantzarik izanez gero, klinika mediko forentseari egingo zaio kontsulta (7. irudia). (Ikus 4. eranskina).

7. irudia. Oraintukoa ez den sexu-eraso edo -abusuaren aurrean jarduteko zirkuitua.

ORAINTSUKOA EZ DEN SEXU ERASO EDO GEHIEGIKERIA

120 ORDU (5 EGUN) BAINO GEHIAGO IGARO DIRA.
EZ DA BEHARREZKOA GAIXOA ERIETXERA BIDALTZEA,
BERE OSASUN ZENTRORA JOAN BADA



Emakumeen aurkako etxeko tratu txarretan eta sexu-indarkeriaren aurrean aplikatu beharreko Osasun Protokolutik egokitua. Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila. Osakidetza. 2008

Aurrerantzean egiten diren aipamenak oraintsuko sexu-eraso edo -abusuen aurreko jardunari buruzkoak izango dira.

2. NOLA EMATEN ZAIEN ARRETA

Sexu-erasoen aurreko jardunean funtsezkoa da guardiako epaitegiarekin behar bezala koordinatzea.

Gogoan izan behar dugu forentseak ez duela modu autonomoan jarduten. Izan ere, dagokion epaileak eta/edo fiskalak eskatu behar dio esku hartzeko. Agintari horietako edozeinen berariazko agindua behar du ospitalean agertu eta jarduteko.

Guardiako epaitegiari dagokionez, erantzunean ahalik eta automatizaziorik handiena izatea ahalbidetuko duen prozedura ezartzea komeni da. Forentsea ospitalean ahalik eta lasterren egon dadin lortzea da helburua. Horri dagokionez, agertoki hauek ditugu:

- Emakumea salaketa jarrita joaten da ospitalera. Ospitaletik guardiako epaitegiari egoeraren berri ematen diote, eta forentseak, epaileak baimena eman ondoren, pazienteari arreta ematen dio ospitalean guardiako ginekologoarekin batera.
- Emakumea salaketa jarri gabe joaten da ospitalera. Ospitaletik berehala ematen diote gertatutakoaren berri guardiako epaitegiari, emakumeak salaketa jartzeko asmoa izan ala ez izan. Delitua salatuko badu, Ertzaintzari ere emango zaio abisua. Emakumea ez da joango ospitaletik epaitegira edo polizia-etxera salaketa jartzera, non eta guardiako epaileak adierazten ez dion. Epaitzak prozedura judiziala irekitzen badu edo fiskaltzak ikertzeko eginbideak irekitzen baditu, forentsea ospitalera joango da pazienteari guardiako ginekologoarekin batera arreta ematera. Prozedura judizialik edo ikertzeko eginbiderik irekitzen ez bada, ospitaleak osasun-ikuspuntu hutsetik esku hartu ahal izango du, forentseak parte hartu gabe.

Larrialdietako zerbitzuan ahalik eta giro intimoena sortzen ahaleginduko da. Hori dela eta, erasotako emakumea ez da itxarongelan edukiko eta bere konfiantzako pertsona batekin egoten utziko zaio. Adieraziko zaio ez duela gorputza garbitu behar, ezta arropa aldatu edo ahotik ezer hartu ere, ahal bada behintzat (arestian adierazi den moduan).

Emakumeak erasoaren ondoren pairatuko dituen eragin psikikoak ahalik eta txikienak izan daitezen, ebaluazio ginekologikoa eta mediko forentsea egintza bakarrean egingo dira, azterketa aldi berean eta modu koordinatuan eginga.



Jarduteko planak urrats hauek izango ditu:

1. Anamnesia eta azterketa klinikoa.
2. Sexu-transmisiozko infekzioak hautemateko laginak hartzea.
3. Lege-intereseko laginak hartzea.
4. Analisiak eskatzea.
5. Izan litezkeen lesio fisiko eta psikikoen tratamendua.
6. Sexu-transmisiozko infekzioen prebentzio-tratamendua.
7. Koito ondorengo kontrazepzioa.
8. Jarraipena.
9. Arreta soziala.
10. Txosten klinikoa eta mediko forentsea egitea.

1. ANAMNESIA ETA AZTERKETA KLINIKOA

Anamnesia eta azterketa klinikoa partekatu egingo dituzte forentseak eta ginekologoak.

Garrantzizkoa da kontsultan behar diren pertsonak besterik ez egotea.

Emakumearekin enpatia sortu behar da. Horretarako, komunikazioa, konfidentzialtasuna eta ahalik eta intimitate handiena ahalbidetuko dituen giroa sortuko da. Biktimaren egoera emozionala baloratuko da eta beti errespetatuko dira haren denborak.

Egingo zaizkion miaketa guztien eta horien xedearen informazioa eman behar zaio, une oro adierazi zer egiten ari zaion eta, behar denean, adostasuna eskatu beharko zaio.

Sexu-eraso bat jasatea bizipen traumatikoa da. Emakumea oso sentikor egon daiteke miaketa ginekologikoa egiten zaionean. Beraz, astiro jokatu beharko da eta maiz galdetu beharko zaio ongi dagoen eta aurrera jarrai dezakeen.

Eskema modura honako puntu hauek kontuan hartuko dira:

- Transkribatu egingo dira pazienteak erasoari loturik adierazitako gertakariak (data, lekua, ordua, sexu-eraso mota, eiakulaziorik izan den ala ez, preserbatiboa erabili den...) eta erasoaren ondoren eta miaketa egin aurretik (norberaren garbitasuna, arropa aldatzea...) egindako ekintzak.
- Aurrekari pertsonalak, ginekologikoak eta, baldin baleude, indarkeriakoak idatziko dira.

- Azterketa fisikoan zehatz-mehatz adieraziko dira lesioen kokapena eta ezaugarriak (zauriak, kontusioak, higadurak, urradurak...). Hala badagokio, lesiorik ez dagoela adieraziko da. Forentseak, bere iritzira, lesioen argazkiak aterako ditu haien kokapena eta garrantzia adierazteko, emakumeak baimen informatua eman ondoren.
- Miaketa ginekologikoan azterketa bulbobaginala egingo da, dauden lesioak xehatuko dira eta, hala badagokio, lesiorik ez dagoela adieraziko da. Aldez aurretik sexu-harremanik izan ez duten emakumeen aurkako sexu-erasoen kasuetan, himeneko urradurak egon daitezkeela adieraziko da. Behar izanez gero, bi eskuko ukipena eta ekografia egingo da.
- Kasuan bidezkoa bada, uzkiko eta uzki inguruko miaketa egingo da.

2. SEXU-TRANSMISIOZKO INFEKZIOAK HAUTEMATEKO LAGINAK HARTZEA

Baginako kultiboak eta endozerbikalak hartuko dira, klamidien, gonokokoien eta trikomonen azterketa barne.

Ondesteko, faringeko... kultiboak hartuko dira, eraso motaren arabera.

3. LEGE-INTERESEKO LAGINAK HARTZEA

Forentseak erabakiko du zer lagin hartu behar diren: pazientearen arropa, pubis-orrazketa, azazkalen garbiketa-ebakinak, baginako laginak esperma ikertzeko... Laginak bereiz paketatu beharko dira eta pazientearen izenarekin, datarekin eta profesionalaren sinadurarekin errotulatuko dira. Laginak emakumearen izena idatzita izango duen gutun-azal batean sartuko dira eta forentseak berak eramango ditu, haien segurtasuna ziurtatuko duen zaintza-kateari hasiera emateko.

4. ANALISIAK ESKATZEA

Hainbat proba analitiko eskatuko dira, hauek barnean hartuko dituztenak:

- Azterketa serologikoak (sifilisa, B hepatitis, C hepatitis eta giza immunoeskasiaren birusa (GIB)).
- Haurduntza-testa.
- Azterketa mediko legalak, forentsearen iritzira. Forentseak berak eramango ditu laginak.

Ospitalean tramitatzeko analisien eskaera (serologiak eta haurduntza-testa) ospitaleko ohiko kontsulta-orrian egingo da, eta forentseak beteko duen sexu-transmisiozko infekzioak hautemateko emaitzak eskatzeko Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutuaren inprimakia erantsiko zaio. Ospitaleko kontsulta-orrian zehaztuko da proba horien emaitzaren kopia bat klinika mediko forentsera eta dagokion epaitegira bidali behar dela.



5. IZAN LITEZKEEN LESIO FISIKO ETA PSIKIKOEN TRATAMENDUA

Larrialdi medikoen egoeretan eta larritasun-irizpideen arabera, hau izango da egin beharreko lehen jarduna.

Zauriak tratatu eta horien infekzio-prebentzioa egingo da. Behar denean tetanos-kontrako profilaxia emango da.

Beharrezkotzat jotzen bada, sail arteko kontsulta egingo zaio Psikiatria Zerbitzuari.

Epe ertain eta luzerako sostengu psikologikoa Eusko Jaurlaritzako Lan eta Justizia Sailaren Biktimari Laguntzeko Zerbitzuaren (BLZ) bitartez egingo da, Osakidetzaren mendeko medikuntza- eta laguntza-zerbitzuek esku hartzeko aukera ezertan galarazi gabe.

6. SEXU-TRANSMISIOZKO INFEKZIOEN PREBENTZIO-TRATAMENDUA

- Inkubetzen egon daitezkeen gonokozia, klamidiasi eta trikomoniasirako prebentzio-tratamendu enpirikoa emango da.
- B hepatitisari dagokionez, CDC erakundeak (Centers for Disease Control and Prevention) gomendatzen du aurretik txertatu gabeko pazienteak B hepatitisaren birusaren kontra txertatzea, gammaglobulina eman gabe. Txertatutako pazienteen kasuan aurrekari hori historia klinikoan jasoko da eta ez da txertatuko.
- GIBaren kontrako profilaxiaren beharra eztabaidagarria da eta banan-banan baloratuko da. GIBaren transmisio-arriskua handia izan daiteke erasotzailea GIB+ bada, sexu-transmisiozko beste infekzio batzuk baditu eta eiakulaziorik izan bada. Alabaina, arriskua txikia da erasotzaile ezezagun baten aurrean, baina gora egiten du baldin eta:
 - Sexu-erasoa hainbat gizabanakok egin badute.
 - Sexu-erasoan penetrazio anal edo baginalik izan bada.
 - Sexu-erasoan mukosen gaineko eiakulaziorik izan bada.
 - Emakumeak erasoaren ondoren lesio genitalak edo odol-galerak baditu.

Kasu horietan GIBaren tratamendu profilaktikoa ematea baloratuko da, baldin eta eraso izan zenetik 72 ordu baino gehiago igaro ez badira. Tratamenduak 28 eguneko iraupena du.

- Giza papilomavirusaren (GPB) kontrako txertoari dagokionez, ez dago adostasunik. CDC erakundeak gomendatzen du sexu-erasoaren ondoren txertatzen hastea, baina AEPCC erakundeak (Patologia Zerbikaleko eta

Kolposkopiako Espainiako Elkarteak) ez du talde hori aipatzen arrisku handiko populazioetan txertatzeko azken berrikusketan.

7. KOITO ONDORENGO KONTRAZEPZIOA

Erasoa gertatu denetik 120 ordu baino gutxiago igaro badira, koito ondorengo kontrazepzioa aginduko da.

Emakumeak aldi berean har ditzake larrialdiko kontrazepzioa eta sexu-transmisiozko infekzioetarako antibiotikoak, eta GIBarekiko esposizioaren osteko profilaxia (EOP) has dezake GIBak eragindako infekzioaren prebentziorako.

Emakumea metodo antikonzeptibo eraginkorren bat erabiltzen ari bada, koito ondorengo kontrazepzioa ez da behar.

Emakumeari jakinaraziko zaio haurdun geratzen bada eten egin dezakeela haurdunaldia indarrean dauden legezko kasuen arabera.

8. JARRAIPENA

Ospitaleko alta eman ondoren jarraipena egingo da ginekologiako edo sexu-transmisiozko infekzioetako kanpo-kontsultetan (halako kontsultarik baldin badago). Lehen jarraipen-kontsulta eraso gertatu eta 2 astetara programatzea gomendatzen da. Hau da jarraipenaren xedea:

- Emakumearen eboluzio klinikoa eta egoera emozionala baloratzea.
- Egindako proben emaitza baloratzea.
- Serologiak errepikatzea (6 aste, 3 eta 6 hilabete).
- Kultiboak eta, bidezkoa bada, haurduntza-testa errepikatzea.

Erretrovirusen kontrako tratamendua eman bada, pazienteari hitzordua emango zaio gaixotasun infekziosoaren kanpo-kontsultetan tratamendu horren jarraipena egiteko.

9. ARRETA SOZIALA

Arreta soziala Eusko Jaurlaritzako Lan eta Justizia Sailaren Biktimari Laguntzeko Zerbitzuaren (BLZ) bitartez egingo da eskuarki (<https://www.justizia.eus/biktimari-laguntza>). Biktimari Laguntzeko Zerbitzuak biktimak bideratuko ditu egitura judicial eta sozialarekiko erlazioan. Garrantzi handikoa da emakumeak bere burua ikerketa-egitura judizialean murgilduta ikusten duen unetik bertatik laguntza eta informazioa jasotzea.



Arreta hori, besteak beste, jardun hauetan zehaztuko da:

- Salaketa jartzen laguntzea eta prozesua amaitu arte salaketaren jarraipena egitea.
- Delituak sortu dion arazoari ahalik eta irtenbide egokiena aurkitzen laguntzea.
- Biktimari informazioa ematea tramite prozesalei buruz, horietan dagozkion eskubideei buruz eta eskura ditzakeen laguntza ekonomikoari eta baliabide sozialei buruz.
- Behar badu, biktimari laguntza psikologikoa eta soziala ematea.
- Behar izanez gero, biktima osasun- edo gizarte-zerbitzu eskudun eta egokietara bideratzea.
- Biktimari prozesu horietan guztietan lagun egitea, judizialean batez ere.

Emakumeak arreta soziala jaso ahal izango du bere udalaren oinarrizko gizarte-zerbitzuaren bitartez ere. Han argibideak emango dizkiote eskubidez dagozkion baliabide eta zerbitzu guztiei buruz (behar izanez gero, aldi baterako ostatua; laguntza psikologikoa; aholkularitza juridikoa; eta abar), eta sostengua eta aholkularitza emango diote bere bizi-kalitatea hobetzeko hartu beharreko erabakien inguruan.

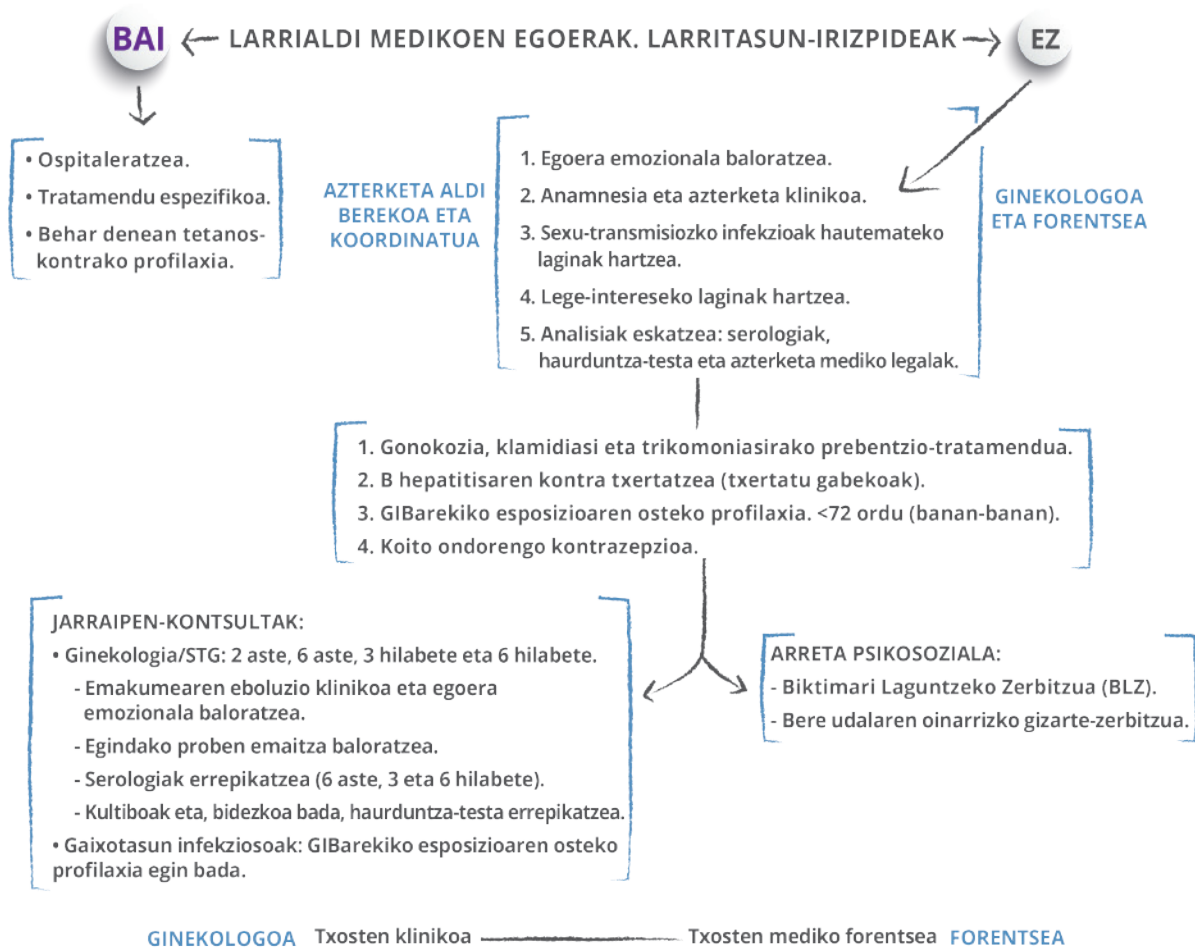
Sexu-erasoa bikote-harremanaren barruan gertatzen denean, garrantzi handikoa da emakumearekin ebaluatzea bere etxera itzultzea komeni ote den. Haren osotasun fisikoa arriskuan dagoela irizten zaionean, urgentziazko ordezko ostatua beharko du. Garrantzizkoa da kasu horietarako osasun-erakunde bakoitzean instituzioen arteko koordinazio-zirkuituak ezartzea.

10. TXOSTEN KLINIKOA ETA MEDIKO FORENTSEA EGITEA

Ospitaleko alta ematean, ginekologoak txosten klinikoa egingo du. Objektiboa izango da, deskriptiboa, eta egindako prozedurak, emandako tratamenduak eta planteatzen den jarraipena islatuko ditu. Komeni da idatziz jasotzea elkarrizketa eta azterketa medikoa forentsearen aurrean egin direla. Txosten klinikoan "sexu-erasoaren susmoa" idatziko da diagnostikoan eta kodifikatu egingo da.

Forentseak egingo du epaitegirako txosten mediko forentsea.

ORAINTSUKO SEXU ERASOAREN FLUXU DIAGRAMA



Atal honek oinarri hartzen dituen gidalerroek ez dituzte zuzenean aztertzen adingabeen edo gizonen aurkako sexu-erasoak, baina bertan biltzen diren gomendioetako asko baliozkoak dira talde horientzat ere.



C) JARDUTEKO PROZESUA

OSASUN ESPARRUAN GENERO INDARKERIAKO EGOERAN DAUDEN EMAKUMEEN SEME ALABEKIN

Genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babes emateko neurri buruzko Lege Organikoak²⁸ ezartzen du, zioen azalpenean, emakumeen gaineko indarkeria-egoerek eragina dutela, halaber, familia-ingurune horretan dauden eta indarkeria horren zuzeneko biktima diren adingabeengan. Legeak haien babes jasotzen du, ez bakarrik adingabeen eskubideak babesteko, baizik eta, emakumearekiko hartutako babes-neurriak modu eraginkorrean bermatzeko ere. Adierazi beharra dago Adingabea Babesteko Lege Organikoak²⁹, guraso-ahalaren pean dauden adingabeei dagokienez, genero-indarkeriako edo etxeko biktima tutoretzapean hartzen duela, babesten duela eta harrera egiten diola. Gainera, ezartzen du botere publikoen jardunak bideratuta egongo direla adingabeek biktimarekin jarrai dezaten lortzeko, duten adina edozein dela ere. Era berean, lege organiko horri dagokionez, adingabeen babes, arreta espezializatua eta berroneratzea sustatzen ditu.

Kontuan hartzen da haurrenganako indarkeriaren ondorioek berekin ekar ditzaketela arazo fisikoak, emozionalak, kognitiboak, jarrerazkoak eta sozialak. Genero-indarkeriaren biktima rien seme-alabek, familiaren esparruan, beharrezkoa dute esku-hartze zuzeneko eta esku-hartze zeharkakoa. Hori erraztu egiten da amekiko lanaren bidez, familia hobetzeko prozesua bera indartzen duen testuingurua sortuta. Ildo horretatik, beharrezkoa da esku hartzeko esparru bat ezartzea. Horrek bere baitan hartu behar ditu Genero Indarkeriarekiko arretarako esku-hartzearen eta Haurrak Babestearen arteko erlazio eraginkorrak, ikuspegi profesionalaz; baita ere, jardunbide homogeneous, emakumei eta horien seme-alabei arreta hobeagoa emateko, giza eskubideen, haurren eta generoaren ikuspegitik³⁰.

Gida honetan jasotzen denez, Genero Indarkeriako erlazioaren testuinguruan, haurdunaldia etapa bereziki zaurgarria da. Izan ere, lehen haurdunaldian hasten da bikotekidearen aldetik tratatu txarren ehuneko handi bat. Bestalde, haurdunaldia emakumearen eta familiaren eta, bestetik, osasun-sistemaren arteko harreman-aldia da, eta bidea ematen du aurretiaz arriskuko faktoreak edo egoerak hautemateko. Ginekologiako eta erizaintzako pertsonala eta emaginak aparteko profesionalak dira egoera horiei aurre egiteko. Edozein motatako genero-indarkeriako egoera jaio aurreko tratatu txarraren adierazletzat jotzen da³¹.

Zaintza-egoeran dauden emakumeek jasaten duten tratatu txarrak baldintzatu egiten du emakumearen egoera emozionala, zaintzak berak sorrarazten duen gainkargaz gainera. Tratatu txarren emalea, noizean behin tartean jarriko da eta amaren eta haur txikiaren arteko atxikimendu-lotura ezartzea zailduko du.

²⁸ 1/2004 LEGE ORGANIKOA, genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babes emateko neurri buruzkoa.

²⁹ 1/1996 Lege Organikoa, Adingabearen Babes Juridikoari buruzkoa.

³⁰ Euskadiko Erakundearen arteko II. Akordioaren Segimendu Batzordea. 2017

³¹ Madrilgo Erkidegoa. 1999

Lehen Mailako Arretan haurdunaldia eta puerperioa kontrolatzeko kontsultak duen funtsezko egitekoaz gainera; lehentasunez, Pediatriako taldeek dute harreman erregularra haurrarekin eta haren familiarekin. Horrek egoera pribilegiatuan jartzen ditu haiek, funtsean familia-esparruan sortzen diren arazoak aurretiaz antzemateko eta prebenitzeko.

Horretarako funtsezko tresna da Haurren Osasun Programa. Horren helburua da osasuna gainbegiratzea eta sustatzea, programatutako bisitaldietan egiten diren jardueren bitartez. Bisitaldi horietan, konfiantzazko harremanaren zimenduak ezartzen dira, eta harreman horrek aurrera egiten duen heinean, amak eroso senti daitezke gai pertsonalen inguruan eztabaidatuz, bere pediatrarekin nahiz erizainarekin.

Garrantzitsua da emakumeari laguntzea bere prozesu pertsonalean, baina ezinbestekoa da, baita ere, tratatu txarrek euren seme-alaben gainean duten eraginari buruz hautematen laguntzea. Lehen esan bezala, emakumearen suspertze-erritmoa errespetatzea oinarrizkoa da harekin lan egitean jarraitu ahal izateko. Baina, kontuan hartu behar da seme-alabak zein arrisku-egoeratan egon daitezkeen. Emakumeak bizi izan duen (bizi duen) egoera kontuan hartuta, litekeena da seme-alabekin esku hartzeko une batzuetan, hori laguntzat hartu beharrean, emakumea zalantzan sentitzea eta erresistentzia-egoerak edo zailtasunak izatea. Emakume horietako asko errudun sentitzen dira euren seme-alaba babestu ezin izateagatik. Horregatik, garrantzitsua da prozesuaren une horretan behar den denbora eta arreta ematea.

Hori esanda, genero-indarkeriako egoera bat susmatu edo hautemanez gero, emakumeak seme-alabak baditu eta/edo haurdun badago, jarraitu beharreko jardunak modu integralean ezarri behar dira eta baldintzatzaile hauek izango ditu:

- Genero-indarkeriako kasuetan esku hartzean eragina duten aldagai posible guztiak: emakumearen aldetik gertakizuna hautematea eta/edo ezagutzea; dagoen indarkeria-prozesuaren unea; emakumeak Gizarte Zerbitzuen esku hartzea onartzeko borondatea erakustea...
- Seme-alabengan ikusten diren arrisku-adierazleak.

1. JARDUNBIDEAK HAURTZAROAN

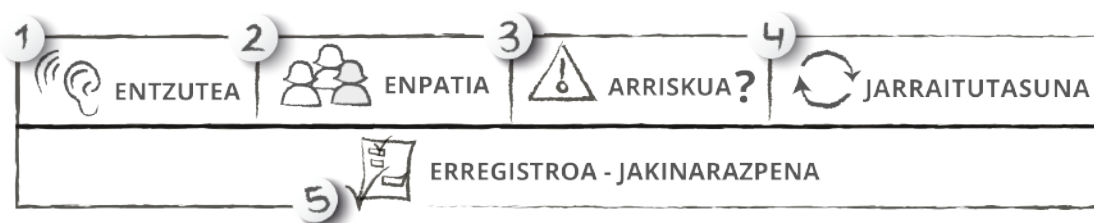
Adingabeekiko jardunek aske egon behar dute emakumearenganako genero-soslaietatik. Horren adibide da osasungintzako langileek zenbaitetan egiten duten zalantza, emakumea "ama txartzat" hartuta eta adingabeak duen egoeraren erantzule bihurtuta.

Susmatzen denean edo antzematen denean indarkeria jasaten duen emakumeak seme-alabak dituela, beharrezkoa da egoera Lehen Mailako Arretan erreferentziakoak diren profesionali horren berri ematea: pediatria (14 urtetik beherako adingabeak) edo familia-medikuntza (adinez nagusiak badira), erizaintza eta zentroko lan soziala.



Jakinarazpen hori emakumearen baimenaz egingo da, ahal bada betiere. Amarekin loturarik ez duen haurrerekiko esku-hartzea soilik egin behar da nahasmendu mentala edo toxikomania dagoela adierazten duten egoeretan, haren seme-alabekiko laguntza bideraezina den egoeretan; zabarkeria eta/edo utzikeria dagoen egoeretan; amak, halaber, seme-alabekin indarkeria modu sistematikoan ezartzen duen egoeretan.

Hautemate hori seme-alabez arduratzen diren profesionalek igartzen badute, amaren erreferentziazko profesionalari jakinarazi behar diote. Seme-alabez arduratzen den profesionalak, **HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNEAN**, eginbehar hauek izango ditu:



Kontuan izanik inguruabar bereziak:

- Historia klinikoan indarkeria-egoera erregistratzea (kodifikazioa eta/edo aurrekariak).

Komenigarria dirudi tratu txarra jasan duen emakume baten seme-alaba guztiak identifikatzea genero-indarkeriaren biktimatzat, eta horren erregistro bat egotea historia klinikoan, adingabea babestu eta tratatzeko. Alabaina, hura erregistratzean, arriskua dago tratu txarraren eragileak indarkeriako episodio ireki batean agertzen dela jakitea, seme-alabaren historiarako sarbidea eskatzen badu edo pediatriako kontsultan hori ikusten badu ordenagailuaren pantailan.

Aztertu beharreko beste egoera bat da gainerako kasuetan nola jokatu jakitea: tratu txarren benetako emailea edo ustezkoa: "tratu txarren susmoko" kasuak edo salaketarik ez duten edota tratu txarreko epairik ez duten salaketako kasuak...

Horren aurrean, zalantza batzuk planteatu daitezke: zein muga eta arreta jarriko dizkiogu erregistroari historia klinikoan arriskupean dauden haurrekiko gatazkak edo babesgabatasuna saihesteko?; eta, Legeak jasotzen duena zein puntutaraino da irizpide juridiko bat, esparru sanitarioan aplikatzekoa, eta zein baldintzatan?

Une honetan, gida honek egin dezakeen planteamendu arrazoizkoena hau da:

- Amarekiko tratu txarren emailea aita (edo tutorea) bada, tratu txarreko episodioaren erregistroak eta kodifikazioak, seme-alabaren historia klinikoan, ez dute arazorik sortzen salaketa egon denean eta epaiak bere erabakia eman duenean.

- Gainerako kasuetan, zuhurtziaz jokatu behar da historia klinikoaren kodifikazioei eta erregistroei dagokienez. Izan ere, tratu txarren emaileak, ziurrenik, ez du jakingo biktimak osasun-profesionalei jakinarazi diela bere egoeraren berri.

Garrantzitsua da kontuan hartzea aitak —erabaki judizialik ez badago— bere seme-alaben historia klinikoa eskatzeko aukera duela. Hortaz, adingabearen ongizate gorenari so, hura babestu behar da, eta baloratu behar da zein informazio eman behar zaion.

Segurtasunak funtsezko baldintza izan behar du genero-indarkeriako kasuetan; oso bereziki, horrek adingabeengan eragina duenean.

- Bidezkoa bada, adingabeari elkarrizketa egitea bere adinaren eta inguruabarren arabera, haren ikusbide eta beharrak zein diren jakiteko. Funtsezkoa da elkarrizketa hori erabiltzea adingabearekin enpatizatzeke eta konfiantza-giro egokia sortzeko, jardutearren, edota ondorengo jardunei ekiteko.
- Arrisku fisikoak, psikikoak edo sozialak baloratzea, eta zehaztea zaugarritasun-maila eta babesgabetasun-arriskuaren adierazleak. Halakoetan, Oinarrizko Gizarte Zerbitzuetara eta Osasun Mentalera, beharrezkoa balitz, jo beharko da.

Gainera, **LAGUNTZA eta JARRAIPEN JARDUNA** hartuko du bere gain, kontsultan jarraipen-lana egiteko:



- Egoeraren bilakaerari buruzko ebaluazioa eta amak hartutako erabakiak.
- Ekintza-plan bat garatzea.
- Beste espezialitate batzuetara hedatzea eta deribatzea eta/edo Oinarrizko Gizarte Zerbitzuetara deribatzea (amak onar dezake ala ez), kasuan kasurako esku-hartze egokia egiteko, haurrak zaintzeko indarrean dagoen protokoloaren arabera jardunez.
- Baloratzea Osasun Mentalera deribatzea, esku hartzeko moduko ondorio psikologikoak daudela susmatuz gero (inhibizio-jarrerak, jokabide autosuntsitzaileak, parekoekiko indarkeria, depresioa, eskola-porrota, etab.).

Prozesu horretan guztian, garrantzitsua da zaintzea osasun-profesionalen arteko eta gizarte-zerbitzuen arteko koordinazio egokia. Horren



D) JARDUTEKO PROZESUA

OSASUN ESPARRUAN ERASOTZAILEEKIN

Genero-indarkeriari heltzean, erasotzaileekiko jarduna ere sartu behar da. Hainbat azterketatan adierazten da berrerortzea oso handia dela. Genero-indarkeriari buruz aritzean, emakumeei buruz hitz egin ohi da. Baina, gutxitan aipatzen da indarkeria hori eragiten duten gizonak. Horrela, badirudi haien erantzukizun sozialik ez dagoela.

Erasotzaileekiko arreta ez da erraza osasun-profesionalentzat. Izan ere, horrek segurtasunik eza sorrarazten du zenbaitetan. Lehen Mailako Arretako langileek, oro har, tratu txarren emaileari eta emakumeari (edo seme-alabei) aldi berean ematen diete arreta. Horrek berekin dakar tratu txarren emaileak jarduteko aukerak izatea eta laguntza eskatzea, zuzenean edo zeharka, sorrarazten ari den egoeraren jakitun denean.

Ez dago gizon erasotzailearen edo gaitz-egilearen profilik, ezta horrekin lotutako osasun mentaleko patologiarik ere. Baina, badira emakumearen gaineko botereari eta bikotean inposaketa-jarrerei eusteko jokabideak. Horrek guztiak zerikusia du maskulinitasun hegemonikoaren ereduarekin. Osasunaren Munduko Erakundeak adierazten duenez, erasotzaileak gizarte-klase, arraza, kultura, erlijio, jatorri eta herrialde guztietatik datoz. Gizonak indarkeria eragitearen erantzule dira, eta alda daitezke.

Jardunen helburua da gizonen erantzukizuna beren gain hartzen laguntzea, errehabilitatzeko aukera eskaintzea eta laguntza psikoterapeutikoko terapiekin euskarria ematea. Gogorarazi beharra dago, lehenik eta behin, biktimaren segurtasuna gorde behar dela. Ezein esku-hartzek ezin du haren bizitza eta ongizatea arriskuan jarri, eta ez da biktima errudun sentiarazi behar.

Esku hartzeko programez gainera, beharrezkoa da lehen mailako prebentzioa, eta ulertarazi behar da gizonak direla, hain zuzen, genero-indarkeriarekin lotutako arazoaren konponbidearen zati bat. Euskal Autonomia Erkidegoan, Gizonduz programak —2007an sortutakoak— berdintasuna du helburu, gizonen kontzientziazioa, partaidetza eta inplikazioa abiapuntu hartuta.

1. TRATU TXARREN EMAILEAREKIN ESKU HARTZEA

Bere bikotekidearekiko indarkeriaz diharduen gizon batekin tratamendu psikologikoa hasteko lehen urratsa da hark onar dezala indarkeria hori eragiten ari zaiola. Hark bere erantzukizuna onartzea da funtsezko premisa. Ez da sarritan gertatzen hori. Gainera, justifikatu egiten ditu bere jokabideak, hutsaldu. Gainera, bere bikotekideari errua leporatzen dio indarkeriaz jardutera behartzeagatik. Mendekotasun emozionala ere badago. Hain zuzen, ohartarazten du “harekin bizi ezin duela”, beste manipulazio-estrategiatzat.

Nazioartean gomendatutako ereduak dimentsio anitzekoa da, genero-ikuspegiaz. Horrek biltzen ditu indarkeriazko portaeraren dimentsio kognitiboa, jokabidekoa, emozionala eta historikoa. Ez dira gomendagarriak eredu psikoterapeutiko konbentzionaletan oinarritutako esku-hartzeak; hala nola: psikoanalisi, familia-terapia, medikazioa edo jokabide-tratamenduak; ezta ere, bikotea edo familia elkartzeari edo berriro kontziliatzeari lehentasuna ematen diotenak.

Alertan jartzen duten jokabideak muturreko jelsiak dira, suminaren kontrolik gabezia, hitzezko abusua, beste pertsona batzuei euren arazoaren errudun sentiaraztea, bigarren aukera bat eskatzea, aldatuko dela esatea, animaliekiko krudeltasuna. Portaerak okerrera egiten du alkohol- edo droga-kontsumoa badago.

Gomendioak tratu txarren emailearekin esku hartzeko garaian:

- Genero-indarkeria jasaten duen emakumea esku-hartzearen jakitun izan dadila, berarentzat eta haren seme-alabentzat arrisku-egoera areagotu ez dadin ziurtatuta.
- Konfidentzialtasuna muturrera eramatea, tratu txarren emaileari ez jakinaraztea bere bikotekidearekin edo seme-alabekin jarraitzen ari den prozesua.
- Tonu lasaian eta seguruan hitz egitea, epairik egin gabe, eta zenbait termino saihestea; adibidez: tratu txarren emaile edo matxista.
- Identifikatzea portaera onartezinak, ukazioko, justifikazioko eta gainerakoa errudun sentitzeko diskurtsoen aurrean beldurrarazten utzi gabe. Portaera horiek zalantzan jartzea eta zapuztea.
- Argi eta garbi hitz eginez arazoari aurre egitea.
- Indarkeriak bikotearengan dituen ondorioak aztertzea, erantzukizuna sustatzeko eta haren indarkeriazko portaerak ezagutu ditzan aukera emateko.
- Gizonari zerk enbarazu egiten dion, noiz eta zergatik ikertzen saiatzea.
- Osasun mentaleko patologiarekin bat identifikatzea, eta sustatzea onar dezan gai toxikoak kontsumitzen dituela.
- Ez aurrez pentsatzea berezko errehabilitazioa izango duela, lotsatuta eta damututa dagoela esan arren.

Erasotzailearekiko esku-hartzea ez da erraza; Osasungintzako langileen jardun-aukerak gaituzten ditu. Izan ere, langile horiek ez dute bakarka jardun behar, eta beharrezkoa da zerbitzu guztien arteko lankidetzak, talde profesional espezializatuen laguntzarekin.



2. ESKU HARTZEKO PROGRAMAK

Gizon tratu txar emaleekin esku hartzeko programaren helburua da erasoei azkena ematea eta tratu txarra jasaten duten emakumeei, eta haien seme-alabei ere, segurtasun handiagoa ematea. Hainbat azterketaren arabera, tratu txarra ematen duten gizonen % 40-90ek osasun-zerbitzuetara jo dute (larrialdietakoak, lehen mailako arretakoak edo osasun mentalekoak). Zerbitzu horietan, ez zaio heldu kontsultaren xede diren osasun-arazoetarako prebentzio-erantzunari. Horien artean daude: insomnioa, antsietatea, gizarte-arazoak (langabezia, substantzien kontsumoa, eztabaidak bikotekidearekin, etab.).

Nazioartean gehien erabilitako programa "Domestic Abuse Intervention Project" (DAIP) da, edo Duluth eredu. Psikologia- eta hezkuntza-eredu batetik abiatuta egiten da, eta helburu du DSMaren ondoriozko diagnostikoak saihestea. Sexuen arteko berdintasuna sustatzen du, interseksionalitatearen ikuspegitik. Eredu horrek lehen adierazi den botere- eta kontrol-gurpila erabiltzen du. Heziketa eta jarrerak funtsezko elementuak dira, eta programa horietan lantzen dira. Programa horien emaitzak ez datoz bat iturrien arabera. Hala ere, guztietan adierazten da berrerortze-maila gutxi-asko jaisten dela.

Programek helburu dute erasotzailea aldatzeko prozesuari ekitea, bere ekintzen arduradun bihurtzeko, genero-indarkeriaren ondorioen erantzukizuna hartzeko eta erreferentzia kulturalak genero-berdintasuneko eredu baterantz bihurtzeko.

Gure bitartekoan, tratu txar emaleekiko programak foru-aldundiek eskaintzen dituzte zenbait hitzarmen eta lankidetzaren bidez. Deribatze-lana gizarte-zerbitzuen bitartez edo zuzenean egin daiteke. (Ikus 4. eranskina).



4. kapitulua

ARRETA SOZIOSANITARIOAREN KOORDINAZIOA

4. ARRETA SOZIOSANITARIOAREN KOORDINAZIOA

Euskal Autonomia Erkidegoan, arreta soziosanitarioa erlazio-sistema aberats eta konplexu batean oinarritzen da. Hala: “Osasun-arazo larriak direla-eta, edo eginkizunen arloko mugak direla-eta, eta/edo gizartetik bazterturik geratzeko arriskua dela-eta, pertsona batzuek behar dituzten zainketek osatzen dute arreta soziosanitarioa, osasun-arreta eta gizarte-arreta aldi berean biltzen dituen, koordinatua eta egonkorra, arreta jarraituaren printzipioarekin bat datorrena” (Gizarte Zerbitzuei buruzko abenduaren 5eko 12/2008 Legeak adierazten duenez).

Arreta soziosanitarioa egiteko, oinarri hartzen da gizarte- eta osasun-sistemen koordinazio-eredu bat. Horren arabera, pertsonak euren jardunen ardatz nagusi jartzen dira, erantzun integrala eskaintzen die sortzen diren behar soziosanitarioei. Horiek agertzen zaizkie, bereziki, euren inguruabar bereziak direla-eta esku-hartze estrategikoaren xede diren pertsonen, helburu-kolektiboko parte izateagatik. Arreta soziosanitarioaren lehentasun estrategikoak. Euskadi 2017-2020 ekimenean, helburu-kolektibotzat identifikatzen dira ezgaitasuna duten pertsonak eta/edo mendekotasun-egoeran daudenak, bazterketako eta babesgabetasuneko arriskuan dauden pertsonak, premia bereziak dituzten haurrak, nahasmendu mentala duten pertsonak eta premia soziosanitarioak dituzten beste kolektibo batzuk —besteak beste, genero-indarkeriaren biktima diren emakumeak—.

Emakumeen aurkako indarkeria arazo soziala da. Izan ere, emakumeen eta haien familien bizitzan horrek duen inpaktuaren ondorioz, arazoari batera heltzea eskatzen du horrek, esparru sozial eta sanitarioko profesionalen aldetik, besteak beste. Arazoari batera eta koordinatuta heltze hori arreta soziosanitarioko taldeetan oinarritzen da. Talde horiek osatzen dute, batik bat, osasuneko lehen mailako arretako profesionalak, langile sozialek, psikologoek eta udaletako zerbitzu sozialetako hezitzaileak. Horiek dira, hain zuzen, biktima diren emakume eta seme-alaben zuzeneko arretarako lehen baliabidea. Bere gain hartzen dituzte identifikazioko, informazioko, laguntzako, balorazioko, diagnostikoko eta/edo orientazioko lanak, haiei arreta emateko eskuragarri dauden baliabide egokienak eskuragarri jartzeko.

Kontuan izan gabe talde horiek osatzen dituztenen profila eta esparrua, talde funtzionalak dira, “ad hoc” dihardutenak premia soziosanitarioak dituen pertsonaren inguruan. Hau da, horrek ez dakar egitura-taldeak sortzea, baizik eta profesional koordinatuak, taldean lan egiten dutenak pertsonaren inguruan eta kasuak kasuko kudeaketa metodologikoaren inguruan. Bereztasun hori dela-eta, gomendagarria

da taldeen jarduna artikulatzea, koordinazio soziosanitarioko protokoloen arabera jarduteko. Gainera, egokiro jaso beharko dituzte jardun koordinatuko prozedurak helburu soziosanitarioko kolektiboari arreta emateko eta arreta soziosanitarioan inplikaturako agente eta instituzioen konpromisoa jasotzeko. Gaur egun, Osakidetzako zerbitzu integratuetako erakunde gehienek, baita haien Osasun Mentaleko Sareek ere, badituzte koordinazio soziosanitarioko protokoloak, udalekin, zerbitzuetako mankomunitateekin eta foru-instituzioekin sinatutakoak.

Dena dela, emakumeen aurkako indarkeriaren hedadurak baditu eragin bat eta ezaugarri jakin batzuk. Horien ondorioz, instituzioek estrategia batzuk abian jarri dituzte prozesuan zehar esku hartzen duten esparruen eta profesionalen artean lankidetzan aritzeko. Horren helburua da genero-indarkeria edo sexu-erasoak jasaten dituzten emakumei kalitatezko arreta ematea, prebentzioa ere kontuan hartuta. Ildo horretatik, "Etxeko tratu txarraren eta sexu-erasoen biktima diren emakumeenganako arreta hobetzeko instituzio arteko Hitzarmena"ren bidez —Emakundek sustatua eta koordinatua da, 2001eko urriaren 18an sinatua eta 2009ko martxoan berritua—, hainbat jardun-esparrutako protokoloak sinatu dira.

Udal-mailan, erabaki horrek eta Eudelek 2006an landutako gidak balio izan dute tokiko zerbitzugintzarako orientazio gisa, baita instituzio arteko koordinazioa ere, indarkeriatik irteteko ibilbidean, ingurune hurbilenekoan emakumeen erantzun eraginkorrenak funtziona dezan ziurtatzeko.

Tokiko protokoloetan, udal-sail ugari parte hartzen dute (gizarte-zerbitzuek, berdintasunekoek, Udaltzaingoa...), baita Ertzaintzak eta Osakidetzak ere, funtsean. Instituzio horiek, halaber, euren jardun-protokoloak dituzte. Horregatik, dokumentu hauetan beharrezko prozedurak zehazten dira erakundeen arteko koordinazio horrek bete ditzan zuzentasun-printzipioak, indarkeria jasaten duten emakume eta adingabeekiko arretaren benetako hobekuntza lortzeko. Horrez gain, lortu nahi da protokolo horiek jasotzen dituzten hitzarmenak beteko direla ziurtatzeko gauzatzen diren instantziak eta mekanismoak aurrera eramatea. Koordinazio horren azken helburua da sare bat sortzea. Sare horrek emakumei lagundu behar die eta haientzat sustengu izan behar dute. Horrek bigarren mailako biktimizazioa saihestu behar du; baina, orobat, funtsezkoa da instituzioen arteko lana erraztuko duten irizpideak eta esperientziak trukatzeko espazio bat sortzea. Izan ere, horrek aukera emango du sare hori sendoagoa izateko.

Asmoa da jardun biden normalizatua eta homoginoa ezartzea aurretiazko hautematean udalerrian diharduten agenteentzat; baita antzemandako kasuak baloratzea eta horien jarraipena egitea ere. Helburu horrek berekin dakar profesionaleri jarraibideak ematea emakumearenganako indarkeria-egoerari erantzuteko, gaur egun dauden baliabideekin, ahalik eta arreta onena emanda.



Hartutako erabakiek helburu espezifiko hauek dituzte:

- Indarkeriaren biktima den emakumeari arreta ematea eta hura babestea. Horretarako, lankidetzaz bidezko erantzun behar dira instituzio guztien artean, hark ahalik eta eragozpen txikiak izan dituzan eta informazio ulergarria eta erabilgarria izan dezan tramite eta prozesu guztietan, laguntza duela eta bere erabakiak hartzean babestuta dagoela sentiarazita.
- Biktima diren eta ahalduzkoen ikuspegitik indarkeriari aurre egiten dieten emakumeei arreta ematea. Horrek balio behar du emakumeen indarra erreskatatzeko eta toki-mailan, foru-aldundien mailan, maila autonomikoan eta Estatu-mailan ezartzen diren berdintasun-politika publikoen barruan integratzeko.
- Emakumeei, beren seme-alabei eta euren zaintzapean dituzten mendeko pertsonen ematea indarrean dagoen legeriak ezartzen dituen baliabide guztiak, eta koordinazio-jarraibideak finkatzea esku hartzen duten zerbitzuen artean.
- Esku hartzen duten instituzioen baliabide egokiak ahalbidetzea eta koordinatzea.
- Proposatzea dauden zerbitzuak hobetu daitezkeen, eta komenigarritzat hartzen diren zerbitzu berriak sor daitezkeen, kontuan izanik ikusten diren gabeziak eta planteatzen diren premia berriak.
- Sustatzea beste agente sozial batzuen hurbiltzea eta parte-hartzea, sartuta daudenena bai indarkeria matxistaren prebentzioan, bai indarkeria hori agertzen den beste modu batzuen arretan. Izan ere, arreta hori ez da iristen ari biktimekiko arretan sartu ohi diren erakundeengana. Adibidez, horien artean daude gazteekin edo beren indarkeria-egoera jendaurrean jakinarazteko zailtasun handienak dituzten emakumeen sektoreekin lan egiten duten erakundeak.
- Datuak biltzeko tresnak sortzea. Horiek ahalbidetuko dituzte emakumeenganako indarkeriatik irteteko ibilbideak ezagutzea eta analisi hobea egitea, baita prozesu horretan topatzen dituzten zailtasunei dagokienez ere.

Zehazki, Osakidetzak egiten dituen osasun-zerbitzuei dagokienez, biktimekiko arreta, funtsean, familia-medikuek, erizaintzako profesionalak eta Osasuneko Lehen Mailako arretako langileek hartzen dute beren gain. Badira, gainera, indarkeria-egoerarako esku-hartzean inplikaturik beste profesional batzuk (hala nola larrialdi zerbitzuetako, pediatriako, osasun mentaleko edo larrialdietako profesionalak eta beste batzuk).

Nabarmendu beharra dago gaur egun Osakidetzako zerbitzu integratuen erakunde eta osasun mentaleko sare guztietan zabaldua dagoen erreferente soziosanitarioen irudia. Haien egitekoa da premia soziosanitarioak dituzten pertsonen jarraipenean laguntzea, euren jardun-esparruan. Erizaintzako edo gizarte-laneko langileak izan ohi dira. Haiek beren gain hartzen dute pertsonak behar duten laguntza ziurtatzea, udal bakoitzeko gizarte-zerbitzuekin edo beste agente batzuekin elkarlanean (adibidez, foru-erantzukizunean espezializatutako gizarte-zerbitzuekin).

Aztergai dugun kasuan, Euskadin osasun-profesionalek genero-indarkeriaren aurrean jarduteko gida berariaz zuzenduta badago ere Osakidetzako profesionali, indarkeriaren biktima den emakume bat identifika dezake biktimekiko zuzeneko arretaz arduratzen diren agenteetako edozeinek. Horrek jardun-protokolo espezifikoetan zehaztutako prozedurei ekin beharko die.

Prebentzioa eta kasuen bilaketa aktiboa ezinbesteko alderdiak dira emakumeak eta haien ardurapean dauden adingabeak aurretiaz hautemateko eta haiengan goiz jarduteko. Zeregin hori gaitasunez egin behar du Osakidetzako profesional bakoitzak bere lan-esparruaren barruan.

Horrela, esparru sozialeko profesionalekin edo inplikaturako beste batzuekin izan beharreko koordinazio eraginkorra esku hartzeko fasean jartzen da abian; eta, berariaz, laguntzan eta jarraipenean. Ildo horretatik, baterako ebaluazio egin daiteke Osakidetzako profesionalen eta oinarrizko zerbitzu sozialen aldetik, baita kasuan-kasuko beharrak ezarri eta ekintzako eta/edo zaintzetako planaren diseinu partekatua egin ere. Premia sozialeko kasuetan, kasuaren koordinazioa Osakidetzako profesionalen eta larrialdi sozialetako udal- eta foru-zerbitzuen artean gauzatuko da.

Ebaluazio hori eta ekintza-plan hori batera egin ezean, haiei buruzko informazioa igorri beharko zaie kasuaren koordinazioan inplikaturako gainerako agenteei, ibilbide-orri bat / plan bat ezartzearen; horrek erraztuko bailuke aldi bereko arreta, emakumeak eta haren familiak adierazitako beharren arabera.

Gai horri dagokionez, informazioa kodifikatzeko eta partekatzeko sistemak erabakigarriak izango dira inplikaturako profesionalek eta eskuragarri dauden baliabide soziosanitarioen kudeatzaileek erabaki egokiak hartzeko. Talde soziosanitarioen aldetik historia soziosanitario partekatu bat abiaraztea izango da, zalantzarik gabe, etorkizun hurbilean lortu beharreko erronka.



5. kapitulua

JARDUTEKO TESTUINGURUAK

5. JARDUTEKO TESTUINGURUAK

1. TESTUINGURUA

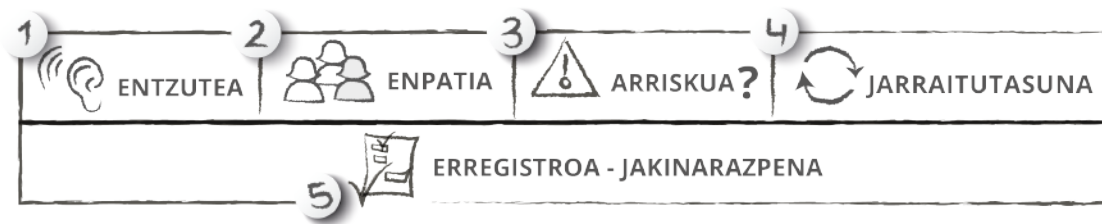
LEHEN MAILAKO ARRETAKO KONSULTATEGIKO EDO ETENGABEKO ARRETAKO GUNeko (EAG) JARDUNA

Medikuntzako edo erizaintzako profesional batek genero indarkeriako egoera bat hautematen badu lehen mailako arretako kontsultategian, eskema orokorrean dagokion **HASIERAKO OINARRIZKO JARDUN**erako adierazitako jarraibideak beteko ditu.

Jardun hori zenbait baldintzatzailearen arabera izango da:

- Kontsultategian denbora mugatzea faktore garrantzitsua da lehen mailako arretaren testuinguruan; bai kontsulta indarkeriarekin lotutako arazo baten ondorio bada, bai indarkeria laguntza-prozesuaren beste sintoma batzuen testuinguruan hautematen bada. Denboraren baldintzatzaileak behartu egiten du oinarrizko eta hasierako irizpide batzuen arabera esku hartzea, jardunari kontsulta programatu batean berriro heltzeko.
- Arreta, pazientearentzat erreferentziakoa den edo ez den profesionalak egindakoa. Bigarren egoera hori sor daiteke premiazko arreta izateagatik edo dagokion profesionala ez egoteagatik. Jarraitutasun- eta konfiantza-harremanak oso lotura bereziak ezartzen ditu pazientearen eta profesionalaren artean. Arreta erreferentziako profesionalak egiten badu, inguruabarrak aproposak dira horrelako arazoak behar duen jarraitutasuna ezartzeko. Hala ez bada, hasierako oinarrizko jardunari jarraitzea da egokiena, haren erreferentziako profesionalarekin ondoren jarraitzeko.
- Sarritan, emakumearen lehen mailako arretako profesional berberak/berberek ezagutzen du/dute eta arreta ematen dio/diote tratu txarren emaileari. Tratu txarren emailearekiko jardunak zuhurra izan behar du. Betiere gorde behar da konfidentzialtasuna, eta zaindu behar da emakumea arriskuan ez jartzea. Pentsatu beharra dago esku hartzea zuhurra den; eta, hala balitz, une eta inguruabar egokiak bilatu behar dira esku hartzeko.
- Erasotzaileak berak laguntza eskatzen badu, aurreko kapituluan adierazitako irizpideen arabera bideratuko da jarduna. Lagundu behar zaio bere jokabideak ezegokiak direla onartzen, eta jokabide horien onartezintasuna adierazi behar zaio, horiek genero-indarkeriatzat etiketatuta. Inoiz ez da saiatu behar bitartekotzan jarduten edo bikote-terapia proposatzen. Aldiz, bilatu behar da tratu txarren emaileentzako programen laguntza-bitarteko espezifikoetara deribatzea.

Hasierako oinarrizko jardunak irizpide orokorrei jarraituko die.



- Emakumeari **ENTZUTEA**.
- Profesionalaren **HARRERA ETA ENPATIA**.
- **ARRISKUAK BALORATZEA**.
- **JARRAITUTASUNA ETA DERIBAZIOA**. Hasierako arreta emakumearentzat erreferentziakoa den profesionalak (medikuntzakoak edo erizaintzakoak) egiten badu, jarraitutasun ziurtatu egingo da laguntzeko esku-hartzerako hitzordu programatuaren bidez. Gainera, jardun-plana ezarriko da, baldin eta emakumeak onartzen badu. Horrela ez bada, profesionalak bere esku-hartzea ezarriko du eta etorkizuneko kontsultetan jardun ahal izango du — nahiz eta kontsulta horiek beste arrazoi batzuegatik izan—, eta laguntza- eta ekintza-plan bat eskaini ere.

Arreta Lehen Mailako Arretako beste profesional batek egiten badu, ziurtatuko du, beti, laguntzaren jarraitutasuna, eta haren erreferentziako profesionali jakinaraziko die. Komunikabidea errazagoa izango da, batez ere, komunikazio hori arreta-zentroan bertan egiten bada. Gainera, ahalik eta zuzenen eta azkarren egin ahal izango da, emakumearen onarpena badago betiere.

- **ERREGISTROA**. Ikus 1. eranskina.
- **JAKINARAZPEN JUDIZIALA**.

NOIZ EGIN BEHAR DA GENERO INDARKERIAKO LESIOEN PARTE BAT?

- Emakumeak eskatzen edo onartzen duenean, beti.
- Emakumeak indarkeria-episodio larria jasateko arrisku handia eta denboran hurbila dagoela baloratzen denean, haren baimenik gabe ere.
- Arrisku handirik baloratzen ez bada, parte bidaliko da emakumea sinetsita dagoenean hori egitearen erabilgarritasunaren eta egokitasunaren inguruan. Hau da, errekuperazio pertsonaleko prozesuan dagoenean, bere etorkizunaren inguruan alderdi zehatzei buruz erabakiak hartzen dituztenean, eta bere bizi-egoera aldatzen hasteko prestatutako estrategia bat duenean.

Lehen Mailako Arretan, egoera aproposak izaten dira **LAGUNTZAKO ETA JARRAIPENeko JARDUN**ari ekiteko, garatutako irizpide orokorrei jarraituz.



- **EBALUAZIOA.** Hasierako ebaluazioa emakumearen erreferentziazko profesionalak berak egin badu, beharrezkoa izango da, soilik, aurreko esku-hartzeari heldzea eta denbora horretan egon ahal izan diren aldaketak ikertzea. Entzuteari eta enpatiarri berriro heldzea eta arriskuak berriro ebaluatzea beharrezko esku-hartzeak izango dira.

- **PLANA.**

- **BARNE KOORDINAZIOA.** Lehen Mailako Arretan baliabide errazak eduki ohi dira seme-alabak daudela jakin ahal izateko, baita pediatriako edo familia-medikuntzako erreferentziazko profesionalengana jotzeko ere. Profesional horiengana ahalik eta zuzenen eta azkarren joko da.

Era berean, emakumeari osasuneko beste profesional batzuek arreta ematen badiote, baldin eta emakume hori indarkeria-egoeran egon badaiteke (osasun mentala, adibidez), gomendagarria da, halaber, arazoaren hedapen hori ezartzea koordinazio-lanari eta baterako ekintzei ekiteko.

- **KANPO KOORDINAZIOA.**

- **ERREGISTROA.**

- **JAKINARAZPEN JUDIZIALA.**

2. TESTUINGURUA ETXEKO LAGUNTZEKO JARDUNA

Etxea izan daiteke osasun-arreta emateko lekuetako bat. Osasun-zerbitzua etxean egiteak berekin dakar arazo larri eta kronikoei erantzutea oso testuinguru zehatzetan:

- Ohikoa izango da Lehen Mailako Arretako erizaintzako profesionalak etxera jotzea, kronikotasun-egoerei erantzuteko; sarritan, familiako medikuntzako profesionalak lagunduta.
- Egoera larri batzuek, era berean, zenbaitetan eskatzen dute arreta etxean ematea lehen laguntza-mailako ohiko profesionalen aldetik, etxeko premiazko arretako taldeengandik, osasun-zentroaren ezohiko ordutegian, eta larrialdietako zerbitzuengandik, egoera larrietan.
- Etxeko bisitaldiak egiten diren beste egoera batzuk dira pazienteak etxeko ospitalizazioko taldeen arreta jasotzen duenean.

Kontuan izan behar da etxeak pazientearenganako arreta zuzenekoena eta egiazkoena sorrarazten duela haren ohiko testuinguruan. Etxeak informazio ugari ematen du osasuna baldintzatzen duten faktoreen inguruan, eta profesionali aukera ematen die haien jakitun izateko.

Arreta sor daiteke genero-indarkeriako arazoarekin zuzenean eta esplizituki lotutako kontsulta-arrazoi batengatik. Edota gerta daiteke ere beste arrazoi baten ondoriozko arretan genero-indarkeriako arazo baten zantzuak antzematea, eta horren gainean esku hartu behar izatea.

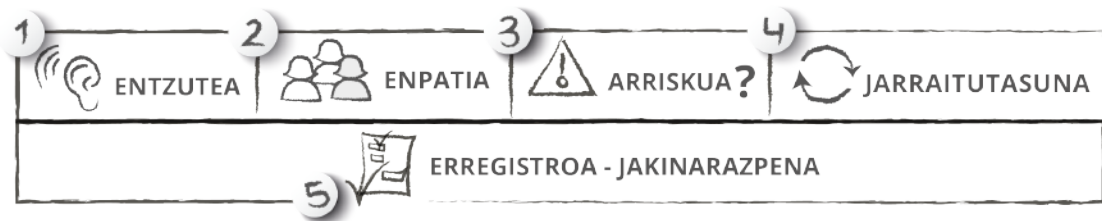
Medikuntzako edo erizaintzako profesional batek Genero Indarkeriako egoera bat hautematen badu etxeko arretan, eskema orokorrean dagokion **HASIERAKO OINARRIZKO JARDUN**erako adierazitako jarraibideak beteko ditu. Jardun hori zenbait baldintzatzailearen arabera izango da:

- Etxea, era berean, erasotzailearen etxea ere izan ohi da. Hasieratik garrantzitsu izango da konfidentzialtasunari eta intimitateari eustea, arazoari arrakasta-bermeekin heltzeko.
- Baloratu eta bermatu egin behar da emakumearen, seme-alaben eta egoeran esku hartzen duten profesionalen beraien segurtasuna. Arretan zehar ere, baloratu egin behar da haiek zein arrisku-egoeratan geratzen diren osasun-jarduna amaitzen denean. Gainera, familia-etxebizitzan eta ustezko erasotzailearen esku egon litezkeen armak eta/edo tresna arriskutsuak konfiskatuko dira.



- Kasu batzuetan, beharrezkoa izango da segurtasun-indarren presentzia, aurreko premisak oinarri hartuta arreta egokia ziurtatzeko. Beste batzuetan, emakumea eta seme-alabak, baleude, leku seguru batera ebakutzeari neurri egokia izango da.
- Batez ere premiazko prozesuei arreta emateak, sarritan, askotariko profesionalen esku-hartzea dakar berekin, eta zenbaitetan ezezagunena ere. Horrek lagundu egiten du emakumearen eta haren seme-alaben beldurrak eta nahasmena areagotzen. Agertzea, lasaitasuna ematea eta konfiantza sustatzea hasierako ezinbestekoko gaitasunak dira arretaren gainerakoa ziurtatzeko.

Hasierako oinarrizko jardunak irizpide orokorrei jarraituko die.



- Emakumeari etxeko leku egoki batean **ENTZUN** behar zaio. Beharrezkoa izango da toki pribatu bat bilatzea hura aske senti dadin nahi duena esateko, nahi dituen hitzekin, hirugarrenen presentziaren ondoriozko baldintzatzailerik gabe. Ustezko erasotzailearengandik urrun egongo den leku bat aurkitzea nahitaezkoa izango da emakumearen konplizitatea lortu nahi badugu. Gainera, era berean, seme-alabek komunikazio hori baldintzatu dezakete eta banandu egin behar dira, eta/edo pribatuan elkarrizketatu beste une batean.
- Profesionalaren **HARRERA ETA ENPATIA**.
- Beste arreta-baliabide batzuetara lekualdatzea eskatuko duten **ARRISKUEN BALORAZIOA**.
- **JARRAITUTASUNA ETA DERIBAZIOA**. Hasierako arreta emakumearentzat erreferentziakoa den profesionalak (medikuntzakoak edo erizaintzakoak) egiten badu, jarraitutasuna ziurtatu egingo da laguntzako esku-hartzerako hitzordu programatuaren bidez. Gainera, jardun-plana ezarriko da. Arreta Lehen Mailako Arretako, Larrialdietako edo Ospitalizazioko beste profesional batek egiten badu, eta beste laguntza-maila batera deribatzen ez badu, ziurtatuko du, beti, laguntzaren jarraitutasuna, eta haren erreferentziazko profesionalari jakinaraziko die.
- **ERREGISTROA**. Saiatu behar da oharrak hartzeko zailtasunak gainditzeko, horiek bestelako sistema informatikoetan hartzen badira edo paperean

erregistratzen badira; hala, laguntzaren jarraitutasuna eta estatistikei begira datuak erregistratzea ziurtatzeko.

- **JAKINARAZPEN JUDIZIALA.**

NOIZ EGIN BEHAR DA GENERO INDARKERIAKO LESIOEN PARTE BAT?

- Emakumeak eskatzen edo onartzen duenean, beti.
- Emakumeak indarkeria-episodio larria jasateko arrisku handia eta denboran hurbila dagoela baloratzen denean, baimenik ematen ez bada ere.
- Arrisku handirik baloratzen ez bada, partea bidaliko da emakumea sinetsita dagoenean hori egitearen erabilgarritasunaren eta egokitasunaren inguruan. Hau da, errekuperazio pertsonaleko prozesuan dagoenean, bere etorkizunaren inguruan alderdi zehatzei buruz erabakiak hartzen dituenen, eta bere bizi-egoera aldatzen hasteko prestatutako estrategia bat duenean.

Premiazko etxeko arretako taldeek, larrialdietako zerbitzuek eta ospitalizazioko profesionalek kontu izan behar dute alta-txostena egitean, genero-indarkeriaren inguruan bertan jasotako informazioa baloratuta eta kontuan izanik emakumearen segurtasuna dela ziurtatu beharreko lehentasuna. Informazioa historia klinikoan jaso bada edo lesioen parte bat egin bada, horrek jadanik ziurtatu egin ahal izango du laguntzaren jarraitutasuna, eta alta-txostenean bildutako datuak agian ez dira gertatuko hain garrantzitsuak.



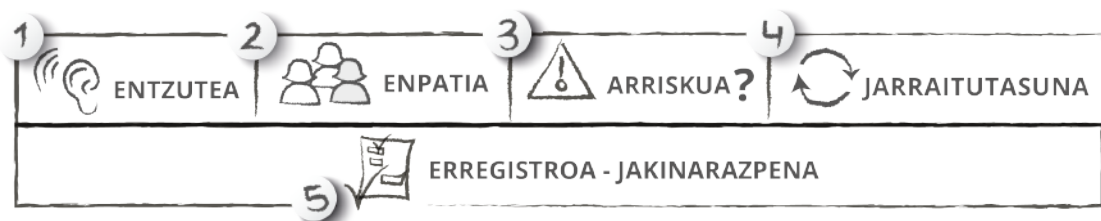
3. TESTUINGURUA

OSPITALEKO LARRIALDIETARAKO HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNA

Osasuneko pertsonalak Genero Indarkeriako egoera bat hautematen badu Ospitaleko Larrialdietan, eskema orokorrean dagokion **HASIERAKO OINARRIZKO JARDUN**erako adierazitako jarraibideak beteko ditu.

Larrialdietako zerbitzuan, garrantzitsua da arreta-prozesu osoan intimitatea, konfidentzialtasuna eta segurtasuna betiere ziurtatzea. Emakumeari harrera egitean, honako hau kontuan hartuko dugu:

- Genero-indarkeriaren biktima diren pazienteak modu goiztiarrean identifikatzea, ahal bada triajetik abiatuta.
- Pazientea bakarrik joango balitz, saiatu beharko da Larrialdietako Zerbitzuetako egonaldian beti lagunduta egon dadin osasuneko pertsonalaz (emakumea bada, hobe).
- Larrialdietako Zerbitzuen barruan (box-ak, ibiltzeko eremua) eman behar da arreta, lehen adierazitako premisak (intimitatea, konfidentzialtasuna eta segurtasuna) bermatuta eta itxarongela saihestuta.
- Genero-indarkeriako kasu bat identifikatzen den une berean, segurtasun-pertsonalari ohartaraziko zaio, laguntzaileen bisitak kontrolatzeko eta, tratu txarren emailearen presentziagatik, arrisku-egoerak saihesteko.



Hasierako oinarrizko esku-hartzean, kapitulu orokorrean ezarritako irizpide bereberei jarraituko diegu, larrialdietako laguntza-testuinguruaren berezitasunak kontuan izanda.

- Emakumeari **ENTZUTEA**.
- Profesionalaren **HARRERA ETA ENPATIA**.
- **ARRISKUAK BALORATZEA**. Larrialdietako lehen balorazioa emakumearen lesioetan edo bere osasunerako arriskueta oinarrituko da. Hala, diagnostiko eta tratamendu egokia emango zaizkio eta dituen lesio eta sintomekin lotutako arreta emango zaio.

Egoera psikologikoari arreta emateko, era berean, balorazio bat egingo da, guardiako psikiatriaren aldetik premia arreta behar ote den aztertzeko.

Emakumearen egoera sozialak eskatzen badu (erasotzailearekiko harremanagatik, segurtasunik ezagatik, isolamenduagatik, seme-alaben presentziagatik, etab.), gizarte-zerbitzuen premiazko jarduna eskatuko da (ikus 4. eranskina) eta/edo poliziari hots egingo zaio.

- **JARRAITUTASUNA ETA DERIBAZIOA.** Larrialdietako zerbitzutik ziurtatu egingo da, beti, laguntzaren jarraitutasuna. Hala, emakumearen erreferentziazko Lehen Mailako Arretako pertsonari haren berri emango zaio. Komunikabidea ezarri ahal izango da zaintzen jarraitutasunaren bidez edo lehen osasun-mailarekin hartu beharreko hitzordu ez-presentzialaren bidez. Profesional horiek arduratuko dira ondorengo jardun-plan bat erraztuko duen Laguntza Geroratuaren Jardunaz. Erabilgarria izan daiteke laguntzari buruzko informazioa ematea: emakumearentzat interesgarriak izan daitezkeen telefonoak, web-orriak edo baliabideak (ikus 4. eranskina). Era berean, bidezkotzat jotzen diren kasuetan, Larrialdietako Zerbitzuek emakumeari aukera eskainiko diote Zerbitzu Soziosanitarioen aldetik jarraipen bat izateko.
- **ERREGISTROA.** Gure jardunak osorik erregistratuta geratu behar du. Izan ere, emakumearen historia klinikoa funtsezko tresna da laguntzari jarraitutasuna emateko eta emakumeari berari edo instantzia judizialei informazioa ekartzeko. Egindako jarduera guztiak erregistratuko dira, eta emakumeak dituen lesioak bilduko dituen bidezko txosten egingo da. Dagokion kodifikazioa ezarriko da GNK10 gaixotasunen nazioarteko kodearen bidez (ikus 1. eranskina), edo "genero indarkeria" laukia markatuta. Beti baloratu behar dugu alta-txostena entregatzeak berekin arriskurik ekar dezakeen emakumearentzat, eta baloratu behar da txostena familiakoei edo harekin daudenei ematea, beharrezkoa balitz.
- **JAKINARAZPEN JUDIZIALA.** Laguntzaren ardura duen profesionalak lesioen parteko eredia beteko du, emakumeari horren berri emango dio eta kopia bat epaitegira bidaliko du. Emakumeak uko egiten badio epaitegira parte igortzeari, une horretan hura ez igortzearen arriskuak aztertuko dira. Era berean, baldin badago, arlo sozialak egindako txostena gehitu behar da. Parte baloratzeko eta prestatzeko irizpideak atxikita doan eranskinean deskribatzen dira (ikus 2. eranskina).

Kontuz ibili behar da alta-txostena egitean, genero-indarkeriaren inguruan bertan jasotako informazioa baloratuta eta kontuan izanik emakumearen segurtasuna dela ziurtatu beharreko lehentasuna. Informazioa historia klinikoan jaso bada, horrek jadanik bermatu egingo du laguntzaren jarraitutasuna lehen mailako arretako edo beste maila bateko haren profesionalekin. Era berean, bidezkoa izan bada lesioen parte bat egitea, dagoeneko ziurtatuta egongo da sistema judizialarekiko komunikazioa. Komunikazioa eta jarraitutasuna bermatuta dauden egoera horietan, alta-txostenean bildutako datuek agian ez dute izango hainbesteko garrantzirik.



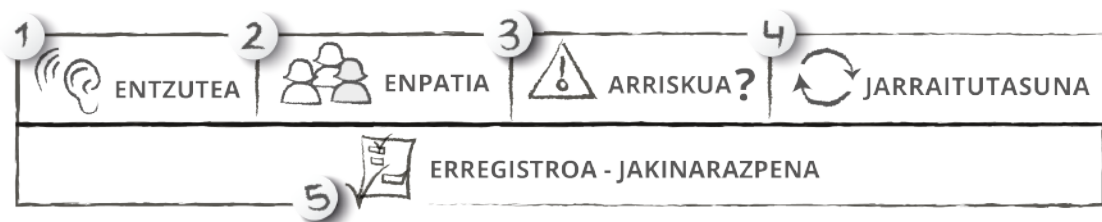
4. TESTUINGURUA

OSPITALIZAZIOKO EDO OSPITALEKO KANPO KONTSULTAKO HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNA

Gerta daiteke bigarren laguntza-mailako profesional batek, kanpo-kontsultan edo ospitalizazioan zehar, emakumea jasaten ari den indarkeria-egoeraren berri izatea; dituen seinale eta sintomen ondorioz, nahiz emakumeak zuzenean esan diolako.

Emakume batengan genero-indarkeriako kasu bat identifikatzen den une berean, segurtasun-pertsonalari ohartaraziko zaio, laguntzaileen bisitak kontrolatzeko eta, tratu txar emailearen presentziagatik, arrisku-egoerak saihesteko.

HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNA hau izango da:



- Emakumeari **ENTZUTEA**.
- Profesionalaren **HARRERA ETA ENPATIA**.
- **ARRISKUAK BALORATZEA**. Emakumeari ospitaleko kanpo-kontsultan arreta ematen badiote eta berehalako balorazioa eskatzen duten arrisku fisiko edo psikologikoak antzemanaz gero, larrialdietako zerbitzura deribatuko da azkar eta segurtasunez, osasuneko eta/edo segurtasuneko profesionalak lagunduta. Horiek ez badute premiazko baloraziorik behar, beste profesional batzuei beharrezkoak diren sail arteko orriak bidaliko zaizkie. Ospitaleko gizarte-laneko profesionalak esku hartuko dute etxerako itzulera antolatzeke eta, premiaz jardutea beharrezkoa bada, udaletako gizarte-zerbitzuekin eta beste erakunde batzuekin koordinatuta jardungo da dagozkion laguntzak abian jartzeko.
- **JARRAITUTASUNA ETA DERIBAZIOA**. Ospitale-altan (edo kanpo kontsultan) mekanismoak ezarriko dira emakumearen laguntza-jarraitutasuna ziurtatzeko genero-indarkeriaren arretan ere. Emakumearen erreferentziazko Lehen Mailako Arretako profesionali informazioa emango zaie zaintzekin jarraitzeko bidetik edo hitzordu presentzialaren edo ez-presentzialaren bitartez, lehen osasun-mailarekin. Profesional horiek arduratuko dira ondorengo jardun-plan bat erraztuko duen Laguntza Geroratuaren Jardunaz. Eta gizarte-laneko profesionalak esku hartu badute, jarraitutasun-neurriak ezarriko dira, baita ere, oinarrizko gizarte-zerbitzuekin.

- **ERREGISTROA.** Ikus 1. eranskina.
- **JAKINARAZPEN JUDIZIALA.** Ospitalizazio-kasuan, alta-txostena eta zainketekin jarraitzekoa kontuz egin beharko dira, horietan jasotako informazioa baloratuta genero-indarkeriaren inguruan, eta kontuan izanik lehentasuna emakumearen segurtasuna ziurtatzea dela. Informazioa historia klinikoan jaso bada, horrek jadanik bermatu egingo du laguntzaren jarraitutasuna lehen mailako arretako edo beste maila bateko haren profesionalekin. Era berean, bidezkoa izan bada lesioen parte bat egitea, dagoeneko ziurtatuta egongo da sistema judizialarekiko komunikazioa. Komunikazioa eta jarraitutasuna bermatuta dagoen egoera horietan, alta-txostenean bildutako datuek agian ez dute izango hainbesteko garrantzirik.



5. TESTUINGURUA

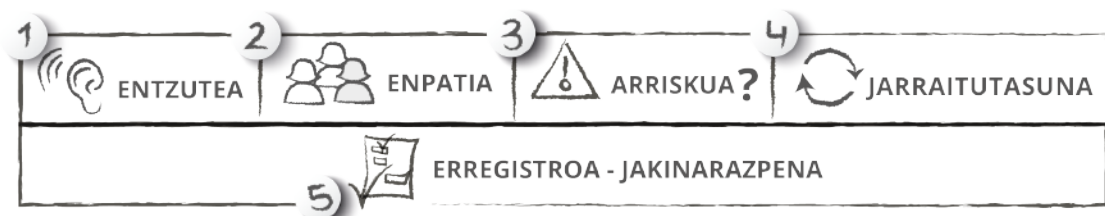
OSASUN MENTALEKO ZERBITZUETAKO JARDUNA. NAHASMENDU MENTAL LARRIA (NML)

NMLa duten emakumeak genero-indarkeria jasateko zaugarritasun-egoera berezietan bizi direnez, komeni da emakume horiek tratatzen dituzten Osasun Mentaleko taldeetako kideek genero-ikuspegitik lan egitea eta genero-indarkerian berriazko prestakuntza izatea.

Premisa horretatik, badira berriazko gogoeta batzuk emakume horienganako arretarako:

- Emakumeari bakarka egin behar zaio elkarrizketa, eta hasierako ebaluazioan gaiari buruzko zuzeneko galderak sartu behar dira; galdera egokiak eta irekiak izango dira, esan behar duena ondo adieraz dezan. Atea beti irekita utzi behar da etorkizunean gaiari buruz hitz egiten jarraitu ahal izateko. Era berean, gaiari berriro heldu behar zaio aldizka edo susmorik dagoenean. Argi adierazi behar da indarkeria ez dagoela inoiz justifikatuta.
- Proaktiboa izan behar da susmoa eragiten duten egoeren aurrean; adibidez: hitzorduetara behin eta berriz ez joatea, etxean arazoak adierazi nahi ez izatea, haren isolatze soziala areagotzea, etxea uzteko gogoari buruzko iruzkinak, behin eta berriz izaten diren istripuak, lesioak ezkutatzea edo sintoma psikikoak edo fisikoak areagotzea, besteak beste.
- Gure azalpenak ulergarriak izateko ahalegin handiena egin behar dugu. Gai delikatu eta konplexua da. Horregatik, gure kezka bideratu behar da emakumeak esaten dioguna ulertzera eta ahal duen neurrian bere egoeraren ardura hartzera.
- Halakoetan, segurtasun-planek oso esplizituak izan behar dute, gainbegiratze handiaz eta hurbileko laguntzaz.
- Osasun Mentaleko taldeetako gizarte-langileekiko eta gizarte-zerbitzuekiko koordinazioak oraindik askoz ere estuagoa izan behar du. Izan ere, haiek eraginkortasun handiagoaz antzeman eta kudeatu ahal izango dituzte baliabide asko.

NMLa duen emakume batenganako genero-indarkeriako kasu baten aurrean, **HASIERAKO OINARRIZKO JARDUNA** proposatutako eskema orokorrarekin egituratzen da:



- **ENTZUTE** aktiboa. Garrantzitsua da emakumearen kontakizuna zalantzan jarri gabe sinestea, pentsatzen, bere ideiak antolatzen eta erabakiak hartzen lagunduz, eta erabakiak hartzeko bere erritmoa errespetatuz beti.
- Profesionalaren **HARRERA ETA ENPATIA**. Alderdi horretan, berarekin egoera ondo argitu beharra dago, eta gure laguntza ahalik eta modu ulergarrienean adierazi. Sentiarazi behar diogu bera ez dela erruduna.
- **ARRISKUA BALORATZEA**. Oinarrizkoa da haren NMLaren egonkortasun psikopatologikoa baloratzea. Funtsezkoa da, halaber, haren indarkeria-historia eta jasaten duen indarkeria mota zein diren jakitea (urteak, aurrerabidea, graduak), bai pazienteak ematen digun informazioaren bidez, bai Historia Klinikoan eskuragarri dagoen informazioaren bitartez. Era berean, aztertu egin behar dira emakumearen familia- eta gizarte-laguntzako sarea, isolamendu-maila, autonomia-maila, eta haren baliabide ekonomikoak eta sozialak. Baldin badituzte, seme-alaben arriskua baloratu eta erasotzailearekiko egungo harremana zein den jakin behar da, baita banantze-prozesuan dagoen edo etxea uztea pentsatu duen ere (azken hori da arrisku handieneko egoera). Badira alarma-egoera larriak, gizarte-langileen bidez premiazko deribazioa eskatuko dutenak.
- **JARRAITUTASUNA**. Zaintzen jarraitutasuna ziurtatu behar dugu. Horretarako, pazienteak erreferentziazko profesionalarengana deribatu behar dugu, horrek laguntzako esku-hartze luzeagoa, lasaiagoa eta planifikatuagoa egin ahal izateko. Osasun Mentaleko zerbitzuek paziente horien jarraipena egin ohi dute, eta erreferentziazko profesionali informazioa eman behar zaie hasierako arretaren jarraitutasuna ziurtatzeko. Baina, jardunbide egokia izango litzateke, baita ere, Lehen Arretako taldeari egoeraren berri ematea.
- **ERREGISTROA** historia klinikoan: Historia klinikoari buruzko Eusko Jaurlaritzaren 38/2012 Dekretuak honako hau dio 7.3 artikuluan: "Osasun-prozesuan parte hartzen duten profesionalen ohar subjektiboak, pertsonen intimitatean eragina duten datuak, tratu txarren susmoak eta, oro har, behar terapeutikoko egoera bat dela-eta pazienteari jakinarazten ez zaion informazio oro argi eta garbi bereizi behar da historia klinikoan jasotzen den gainerako informaziotik, hura beharrezkoa izanez gero, erraz identifikatu ahal izateko".

Horrek esan nahi du ebolutiboek aparte joan behar dutela, goiburu batekin. Adibidez: INFORMAZIO KONFIDENTZIALA TRATU TXARREN SUSMOAGATIK (Eusko Jaurlaritzaren 38/2012 Dekretua, 7.3 artikulua).

- **JAKINARAZPEN JUDIZIALA**

Arretaren jarraitutasunean, **LAGUNTZA ETA JARRAIPEN JARDUNA** egingo da, haren erreferentziazko Osasun Mentaleko zerbitzuaren eta Lehen Mailako Arretako profesionalen artean koordinatutako eta garatutako irizpide orokorrei jarraituz.



- **EBALUAZIOA.** Hasierako jarduna emakumearen erreferentziazko profesionalak berak eraman badu, nahikoa izango da berriro enpatiaz entzutea eta aldizka arriskuak berriro ebaluatzea.
- **PLANA.** Ekintza-plan bat ezartzea, kontuan izanik baldintzatzaila psikopatologikoak eta sozialak.
- **BARNE KOORDINAZIOA.** Baldin baditu, seme-alabei arreta ematen dieten Lehen Mailako Arretako eta Pediatriako profesionalakiko.
- **KANPO KOORDINAZIOA.** Osasun Mentaleko taldeetan gizarte-langileak egoteak izugarri errazten du koordinatzea eta baterako ekintza-planak ezartzea. Gainera, horiek funtsezkoak izango dira beste gizarte-zerbitzu batzuekiko koordinazioan, horiek genero-indarkeriako egoerarako berariazko laguntzako programak eta baliabideak garatu ahal izango dituzte eta.
- **ERREGISTROA** historia klinikoan (ikus aurreko “erregistroa” atala).
- **JAKINARAZPEN JUDIZIALA.**



6. kapitulua

**GENERO INDARKERIAKO
EGOERAN DAUDEN EMAKUMEEI
ARRETA EMATEN DIEN OSASUN
PROFESIONALAREN ZAINKETA**

6. GENERO INDARKERIAKO EGOERAN DAUDEN EMAKUMEEI ARRETA EMATEN DIEN OSASUN PROFESIONALAREN ZAINKETA

Gizon eta emakumeen inguruko irudikapen sozialen estereotipoak gure gizartean indarrean dagoen genero-eredu tradizionalaren berezkoak dira. Osasun-profesionalak ez daude horietatik at, eta, batzuetan, lerratu egiten dira indarkeria-egoeretako jardunetan. Jardun lerratu horien ondorioz, emakumeen sintomak eta sufrimendua bazter utzi edo minimizatzen dira edota horiei sinesgarritasuna kentzen zaie. Kontsultategian mota horretako egoeraren bat hauteman edo entzuten bada eta pasatzen uzten bada, hura baliozkotzen da, inplizituki, eta genero-faktore erabakigarrien aurrean ez mugitzeko isilbidezko hitzarmen bat sortzen da. Horregatik, beharrezkoa da profesionalak jarrera aktiboari eustea, autobehaketakoari eta bere jardunbidearekiko ikuspegi kritikoari, eta onartu eta saihestu egin behar dituzte estereotipo horien eraginpean egon litezkeen haien jardun klinikoak³³.

Hala, nabarmendu nahi dugu profesional guztiek beharrezkoa dutela genero-ikuspegiaren prestatzea eta berori sartzea, baita genero-indarkeriaren kasuan ere, beharrezko gaitasunak eskuratzeko eta arreta profesional egokia emateko. Arazoari zorrotz heltzeko eta arreta-prozesuan izaten diren oztopoak gainditzen laguntzeko, funtsezkoa da generoko eredu soziokulturalak, bikotean indarkeria nola sortzen den, prozesua nolakoa den, egoera horrek emakumeentzat dituen ondorioak zein diren ulertzea.

Sarritan, profesionalentzat zaila da jarrera aktibo bat izatea pertsonalki beren gain eragina izan dezaketen egoeren aurrean, hala nola genero-indarkeriako egoeren aurrean.

Batzuetan, frustragarria da ez ulertzea indarkeria-egoera horretan dagoen emakume batek zergatik ez dituen neurriak hartzen bere egoera aldatzeko, berori orientatzeko ahaleginak gorabehera, ez bada ezagutzen indarkeria-zikloa, nola sortzen den eta nola irauten duen.

³³ Velasco Arias, Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

Profesionalek jabetu egin behar dute norberaren baitan emakumeen eta horien erasotzaileen jarrerak eta portaerak sorrarazten dituzten emozioez. Bestela, egoki prestatzen ez badira, esku hartzeko oztopo bihurtzen dira. Arazo horien artean daude profesionalaren gehiegizko inplikazioa edo gaitzespena eta, baita ere, gaitzespena emozionala, eta horrek ondorio psikologikoak izan ditzake.

Autozainketa profesionala funtsezkoa da burnout edo errearen sindromea prebenitzeko³⁴. Autozainketa, jardunbide gisa, norberaren beharren arabera zainketak ematearen sinesmenaz hartu behar du bakoitzak bere gain. Horrek eskatzen du norberaren gabeziak, itxaropenak, zaurgarritasunaren eta, baita ere, indarguneen eta baliabide pertsonalen inguruan pixkanaka kontzientzia hartzeko prozesu bati jarraitzea. Hortik abiatuta, nork bere burua eta ongizate orokorra zaintzera bideratutako ekintzen plan bat presta daiteke³⁵.

Autozainketan erabilgarriak izan daitezkeen estrategien artean, honako hauek adieraz ditzakegu:

- Genero-indarkeriaren konplexutasuna ulertzeko eta esku hartzeko gaitasunak eskuratzeko prestakuntza.
- Profesionalekin informazioa eta esperientziak partekatzeko espazioak bilatzea.
- Norberaren ideien, sinesmenen, bizipenen eta afektuen inguruan kontzientzia hartzea. Hori lagungarria izan behar dugu genero-indarkeriako egoeran dauden emakumeekiko geure erreakzioak eta erlazionatzeko era ulertzeko, baita aurre egiteko gaitasunak garatzeko ere, emakume haienganako arretan esperientziaren alderdi negatiboak murriztearren.
- Bizitza-eredu osasungarriari jarraitzea eta ongizatean lagunduko duten lan-eremu osasungarriak sustatzea.

³⁴ Maslach, C. (1982). Burnout: The cost of caring. Nueva York: Prentice-Hall Press

³⁵ Cantera, L. & Cantera, F. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2- FULLTEXT-406



7. kapitulua

TERMINOEN GLOSARIOA

7. TERMINOEN GLOSARIOA

A

Abortu eta antzutze behartuak

Emakume bati bere aurretiazko eta informatutako baimenik gabe abortu bat eragitea eta/edo ebakuntza kirurgiko bat egitea helburu edo emaitza izanik, emakume bati modu naturalean ugaltzeko gaitasunari amaiera ematea, haren aurretiazko eta informatutako baimenik gabe edo prozedura ulertu gabe.

Iturria: 2011ko Istanbulerako Hitzarmenetik egokitua.

Arriskupeko adingabeak

Euren etxeetan indarkeria zuzenean jasaten duten haurrak. Bertan, zapalketako eta kontroleko egoeretan murgilduta egoten dira, eta etxe barruko botere-abusuan eta desberdinkerian oinarritutako harremana bizitzen dute. Zenbait autorek (G. Holden) arrisku hori sor daitekeen moduak sailkatzen dituzte: perinatala, emakume batek haurdunaldian jasaten duen indarkeria fisiko edo psikologikoari dagokionean; esku-hartzearen ondoriozkoa, haurra zerbait egiten edo esaten saiatzen denean biktima babesteko; biktimizazioaren ondoriozkoa, adingabea indarkeria psikologiko edo fisikoaren xede denean emakume heldu batenganako erasoan; lekuko gisa, eraso fisikoak eta/edo hitzezkoak zuzenean ikusten dituenen; eztabaidak eta borrokak entzutearen ondoriozkoa; ikusten direnean erasoaren zuzeneko ondorioak —ubeldurak eta zauriak, hautsitako objektuak eta altzariak, jende arrotzaren presentzia (osasun-langileak, polizia, etab.), erreakzio emozional biziak helduengan, etab.—; amaren eragin fisiko edo emozionalaren ondoriozko aztarnak jasateagatik; gertatutakoaren lekukotasunak entzuten dituenen helduen artean; ezjakintasunaren ondorioz, emakumearen aurkako indarkeria-ekintzak adingabeak bertan ez daudenean edo familia-etxetik urrun gertatzen direnean.

Iturria: Sanmartín et al.ek haurrenganako tratu txar moten inguruko lanetik egokitua: Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato Infantil en la familia en España. Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa (2011).

http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf

<https://investe.es/menores-expuestos-a-violencia-de-genero/>

B

Baimendu gabeko pornografia

Ziberesplotazio edo “mendeku pornografiko” gisa ere ezagutzen da. Baimendu gabeko pornografiak berekin dakar argazki edo bideo sexualki esplizituak linean

banatzea, irudietan agertzen den pertsonaren baimenik gabe. Ekintza horien egilea bikotekide ohi bat izaten da, aurreko harreman batean irudiak edo bideoak lortzen dituen eta, horien bidez, asmoa duena biktima jendaurrean lotsaraztea eta umiliatzea, harremanari amaiera emateagatik mendekua hartzeko.

Iturria: EIGE (European Institute for Gender Equality).

E

Egiturazko indarkeria

Egile argirik gabeko indarkeria, gizarte baten egituraren sartuta dagoena eta hark berezkoa duena. Sarritan emakumeengana zuzentzen da eta genero-sozializazioaren, genero-estereotipoen eta indarkeria-mehatxu iraunkorraren bidez eusten zaio. Forma horiek guztiek maltzurki identifikatzen dituzte emakumeak mendekotzat, eta eragina dute haien ekintzetan, maila guztietan. Hortaz, egiturazko indarkeria ulertzen da esplotazio sozialtzat eta botere desorekatutzat (eta, ondorioz, bizitza-aukera desorekatutzat), eta horiek ordena sozialaren parte bihurtzen dira. Emakumeen aurkako indarkeriari dagokionez, egiturazko desberdinkeriak eta botere-desorekak emakumeen mendekotasun sozialerako baldintzak sorrarazten dituzte.

Iturria: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Ekonomia- eta ondare-indarkeria

Diruaren eta/edo ondarearen erabilera eta banaketa eskuratzea galarazten duen edo kontrolatzea dakarren egintza oro, eta ekonomia- edo ondare-baliabideak eskuratzeaz gabetzeko mehatxua dakarrena ere.

Iturria: Lanketa propioa.

Emakumeen ahalduntzea

1. Ahalduntzea terminoa ingelesezko “empowerment” kontzeptuaren itzulpen literala da, eta pertsonak edo taldeek “ahalmen gehiago izatea” esan nahi du, hau da: posizio sozial, ekonomiko eta politikoa indartzea. Emakumeen eta gizonen berdintasunaren testuinguruan, emakumeek beren buruen eta taldearen kontzientzia hartzearen prozesuarekin dago lotuta; kontzientzia hartzeak aukera ematen die erabakiak hartzeko prozesuetan parte-hartze handiagoa izateko, agintera errazago sartzeko eta eragin handiagoa izateko (Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako IV. Plana).
2. Emakumeek beren bizitzetan aukeraketa estrategikoak egiteko gaitasun gehiago izatea gaitasun hori mugatuta egon ohi zen testuinguruetan;



hori ere esan nahi du. (INSTRAWtik hartua. Kabeer, N. "Reflections on the Measurement of Women's Empowerment"en dago oinarrituta).

3. Genero-ikuspegiaren kontzeptu nagusia. Emakumeen posizio sozial, ekonomiko eta politikoa indartzea hartzen du barne. Bere helburua sexuen arteko botere-harremanak gutxitu edo ezabatzea da. Garrantzitsua da botere terminoa "zerbaitetarako botere" gisa erabiltzen dela azpimarratzea —adibidez, gizarte-harreman batzuetan edo guztietan eragina, boterea eta buruzagitza izateko bakoitzaren gaitasun eta trebetasunak aintzat hartzea eta horren arabera aritzea—, eta ez beste pertsonengan izan dezakegun boterearen arabera ("Aurrekontu Publikoak Genero Klabeak", Emakunde).

Iturria: Emakunde.

http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/politicas_evaluaciones_2/es_def_adjuntos/GLOSARIO%20DEFINITIVO%20web.htm

Emakumeen aurkako indarkeria

Emakumeen aurkako indarkeriatzat jotzen da sexuaren arrazoiagatik eragiten den indarkeriazko edozein ekintza, edota berekin dakarrena edo ekar dezakeena kalte fisikoa, sexuala edo psikologikoa nahiz sufrimendua emakumearentzat; barne direla ekintza horiek gauzatzeko mehatxuak, hertsapena edo askatasunaren gabetze arbitrarioa bizitza publikoan nahiz pribatuan. Termino horrekin adierazten da, baita ere, bikotekidearen edo bikotekide ohiaren esparrutik haratago eragiten den indarkeria, batzuetan "indarkeria matxista" deritzona. Hala, kontzeptu horren bidez adierazten dira Istanbulleko Hitzarmenean (2011) jasota daude emakumeen diskriminazioan oinarritutako indarkeria-modu guztiak.

Iturria: Egokitua 4/2005 Legetik, otsailaren 18kotik, Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerakotik. EHAA, 42.a, 2005eko martxoaren 2koa, Istanbulleko Hitzarmena (2011) eta Madrilgo Genero Berdintasunerako Plan Estrategikoa (2018-2020). http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_guias2/es_emakunde/adjuntos/29.guia.deporte.pdf

<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/IgualdadDeOportunidades/Publicaciones/Plan%20Estrategico%20para%20la%20igualdad%202018-2020/ficheros/ANEXOIIIGLOSARIOCONCEPTOS.pdf>

Emakumeen genitalen mutilazioa

Emakume baten ezpain handien, ezpain txikien edo klitoriaren erabateko eszisia, infibulazioa nahiz beste edozein mutilazio; emakumea behartzea ezpain handien, ezpain txikien edo klitoriaren erabateko eszisiaoren, infibulazioaren nahiz beste edozein mutilazioaren mende jartzera; eta neska bat bultzatzea edo behartzea adierazitako edozein ekintzaren mende jartzera nahiz horretarako baliabideak ematea.

Iturria: 2011ko Istanbulleko Hitzarmenetik egokitua.

Etxeko indarkeria

Familiaren baitan edo etxean edota ezkontide nahiz izatezko bikotekide izandakoen edo egungoen artean izaten diren indarkeria fisiko, sexual, psikologiko edo ekonomikoak; kontuan hartu gabe delituaren egileak biktimarekin etxe bera partekatzen duen edo partekatu izan duen.

Iturria: Istanbulleko Hitzarmena, 2011.

Europako Kontseiluaren Hitzarmena, emakumeen aurkako indarkeria eta etxeko indarkeria prebenitzeari eta haren aurka borrokatzeari buruzkoa, edo Istanbulleko Hitzarmena (2011)

<https://www.boe.es/boe/dias/2014/06/06/pdfs/BOE-A-2014-5947.pdf>

Europaren esparruan, emakumeen aurkako indarkeriaren arloan, lehen tresna loteslea da; baita hedadura handieneko nazioarteko ituna ere, bi indarkeria mota horiek berekin dakarten giza eskubideak larriki urratzeari aurre egiteko, eta emakumearenganako indarkeriarekiko zero tolerantzia sustatzeko.

Europako Kontseiluaren Hitzarmena, emakumeen aurkako indarkeria eta etxeko indarkeria prebenitzeari eta haren aurka borrokatzeari buruzkoa (Istanbulleko Hitzarmen gisa ere ezaguna da), 2011ko maiatzaren 11n Istanbulen sinatutakoa, oro har indarrean jarri zen 10 estatu kideek berori berrestearekin batera (Espainiak 2014ko abuztuaren 1ean berretsi zuen). Haren ekarpen handiena da emakumearen aurkako indarkeria dagoela onartzea, bere forma guztietan (indarkeria fisikoa, psikologikoa eta sexuala; bortxaketa; emakumeen genitalen mutilazioa; ezkontza behartua; jazarpena; abortu behartua; eta antzutze behartua); eta hori giza eskubideak urratzea dela, eta, baita ere, diskriminazio-era bat. Gainera, estatuak arduraduntzat hartzen dira behar bezala erantzuten ez badute.

Iturria: Lanketa propioa.

Ezkontza behartua

Heldu bat edo adingabe bat ezkontzera behartzea, eta heldu bat edo adingabe bat engainatzea, hura bizi den leku edo estatu baten bestelako lurralde batera eramateko, hura ezkontzera behartzeko asmoarekin.

Iturria: 2011ko Istanbulleko Hitzarmenetik egokitua.

G

Generoa

Sozialki eraikitako zereginak, portaerak, jarduerak eta eskuduntzak, gizarte jakin batek eta garai zehatz batean emakumeen edo gizonen berezkozat jotzen dituenak, eta sozializazio-prozesuaren bidez ikasten direnak.

Iturria: 2011ko Istanbulleko Hitzarmenetik egokitua.



Genero-indarkeriaren zikloa

Indarkeriazko elkarreraginak sortzen diren hiru faseetako bakoitza. Horiek lotu egiten dira tratu txarren emailearen eta emakumearen (eta horren ardurapean dauden adingabeen edo mendekotasuna duten pertsonen) artean ezartzen diren botere-harremanetan tirabira areagotzearekin. Hauek dira hiru faseak: tirabira metatzen den fasea; indarkeriak eztanda egiten duen fasea (fase larritzat edo lehertze-fasetzat ere ezagutzen da); eta damutze-fasea (lasaitasun-fasetzat edo eztei-bidaia fasetzat ere ezagutzen da).

Iturria: Lanketa propioa.

Gizakien salerosketa

Pertsonak erakartzea, garraiatzea, lekualdatzea edo hartzea, barne dela pertsona horien gaineko kontrola trukatzeko edo transferitzeko, indarkeria, larderia edo engainua erabiltzen denean, edota nagusitasun-egoeraz nahiz biktima baten beharraz edo zaurgarritasunaz abusatzen denean, biktima nazionala nahiz atzerritarra izan; edota ordainketak edo mozkinak ematea edo jasotzea bitarteko denean, biktimaren gainean kontrola duen pertsonaren baimena lortzeko.

Iturria: Lanketa propioa.

Gorroto-indarkeria edo gorrotoaren, aurreiritziaren edo intolerantziaren ondoriozko krimenak

Honela definitzen dira: biktimaren ezaugarri batekiko aurreiritziaren, intolerantziaren edo gaitzespenaren ondorioz egindako delituak (fisikoak, psikologikoak, azpiegiturakoak edo propagandakoak). Ezaugarri hori izan daiteke erlijio-sinesbidea, sexu-orientazioa, jatorrizko herrialdea, genero-identitatea edota biktima talde jakin bateko partaide egiten duen beste ezaugarri bat.

Iturria: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Grooming

Cybergrooming, childgrooming (adingabeenganako sexu-abusua) edo engainu pederasta ere deitzen zaio, eta honako hau adierazten du: heldu bate —oro har, identitate faltsuaz— egiten duen jazarpena testuinguru birtual batean; horren bidez, adingabe baten konfiantza lortu ondoren, adingabea hertsatzen du gogobetetze sexualaren helburuarekin, adingabearenganako sexu-abusurako nahiz beste fabore sexual batzuk lortzeko, haren irudi erotikokoak edo pornografikoak eskuratzearen.

Iturria: Lanketa propioa.

H

Haurrenganako tratu txarra

Adingabe baten aurka eragiten den edozein eratako indarkeria. Bere baitan hartzen ditu adingabeei kaltea eragiten dieten ekintzak eta/edo omisioak, direla fisikoak (tratu txar fisikoa), kalte emozionalak, kalte kognitiboak nahiz portaerakoak (tratu txar psikologikoa edo emozionala). Haurrenganako tratu txartzat hartzen dira, baita ere, zabarkeriako ekintzak (zabarkeria ulertuta beharrezko zainketak ez ematea edo oinarritzko premiak ez betetzea, barne direla elikadura, higiena, klimara egokitutako arropa, asistentzia eta osasun-zainketak, besteak beste); adingabeen garapenerako funtsezko arretari kalte egiten diotenak; eta abandonua eta sexu-abusua ere.

Iturria: Sanmartín et al.en haurrenganako tratu txar moten inguruko lanetik egokitua: Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato Infantil en la familia en España. Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa (2011).

http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf

Indarkeria espiritual

Emakumeen sinesmen kulturalak edo erlijiosoak suntsitzea, zigorraren, barregarri uztearen edo haien sinesmen-sistema propioaz bestelako sistema bat ezartzearen bidez. Bere baitan hartzen du emakumeen sinesmen kulturalak edo erlijiosoak azpiratzea eta ezkutaraztea edota haiek ikuspegi etnozentrikotik analizatzea.

Iturria: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Indarkeria fisikoa

Emakumeengan kalte eta lesio fisioak eragiten dituen edo eragin ditzakeen nahita gauzatutako ekintza oro. Bere baitan hartzen du indar fisikoa edo objektuak erabiltzea emakumeen osotasun fisikoaren aurka eraso egiteko (bultzadak, ile-tiratzeak, belarrondokoak, kolpeak, ostikoak, atximurkadak, hozkak, erredurak, genitalen mutilazioa, tortura, itotzea, sastakatzea, erailtzea, etab.).

Iturria: Hauetatik egokitua: Istanbulko Hitzarmena (2011) eta EIGE (European Institute for Gender Equality).

Indarkeria kulturala

Kulturaren eta gizarte-bizitzaren alderdiak; erlijioak, ideologiak, hizkuntzak, arteak eta zientziak eredutzat finkatutakoak, zuzeneko edo egiturazko indarkeria



justifikatzeko edo legitimatzeko erabil daitezkeenak; horrela, zuzeneko edo egiturazko indarkeria kaltegarria ez dela emateko, edo zuzentzat ere hartzeko.

Iturria: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Indarkeria matxista

Indarkeria matxista da: emakumeen, nesken eta arautegitik kanpoko genero-identitatea eta/edo sexualitatea duten pertsonen duintasunari, estimuari eta osotasun fisiko eta mentalari kaltea eragiteko laguntzen duten ekintzak. Egiturazko indarkeria mota bat da, gizarte guztietan eta gizartearen eremu guztietan azaltzen delako, nahiz eta maila desberdinetan gertatzen den eta mekanismo desberdinak erabiliz, hainbat gairen arabera, hala nola arraza, maila eta talde etniko jakin baten partaide izatea.

Indarkeria hori patriarkatuak ezartzen duen desberdintasunaren adierazpena da, eta, era berean, patriarkatuaren jarraipena bermatuko duen tresna da. Hiru eremuren bitartez antolatzen da: indarkeria sinbolikoa, aurreiritziak eta idearioa sortzen dituena; egiturazko indarkeria, diskriminazioa bermatzen duten erakunde guztiekin; eta indarkeria materiala, zuzeneko indarkeriaren adierazpen zehatz guztietan.

Iturria: Asiloari buruzko hiztegia, CEAR Euskadi (2014).

<http://diccionario.cear-euskadi.org/eu/violencia-machista/>

Indarkeria politikoa edo instituzionala

Kode bikoitza erabiltzean datza. Horren bidez, legitimatu egiten da indarkeria-forma edo -adierazpenen bat eta, aldi berean haren beste forma batzuen aurka borrokatzen da. Indarkeriaren aurka ez jardutea, halaber, bete indarkeria-forma bat da. Agertzen da instituzioek (hezkuntzakoek, legegintzakoek, judizialek, etab.) berdintasun-politkarik garatzen ez dutenean edo behar adina garatzen ez dutenean, indarkeriari aurrea hartzeko programarik abian jartzen ez dutenean, indarkeria baimentzen dutenean eta/edo hura jasaten duten emakumeak babesten ez dituztenean, etab.

Iturria: Hemendik egokitua: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Indarkeria psikologikoa

Pertsona baten osotasun psikologikoaren aurka larriki eraso egitea, hertsapen edo mehatxu bidez; hala nola: ekintza, normalean hitzezkoa edo ekonomikoa, emakumeengan kalte psikologikoa sorrarazten duena edo sorraraz lezakeena. Bere baitan hartzen du kontrol- eta komunikazio-mekanismoak erabiltzea, haien osotasun psikologikoaren aurka eraso egiten dutenak, baita haien autoestimua

edo kontsiderazioaren aurka ere (bai publikoa, bai pribatua), besteen aurrean. Horien artean, honako hauek daude: emakumea gutxiestea, laidotzea, egiten duena mespretxatzea; errudun sentiaraztea; esklaboa balitz bezala tratatzea; haren fisikoaren inguruko iruzkin lotsagabeak egitea; jendaurrean edo pribatuan umiliatzea; ospe txarra sortzea; behartzea kontuak ematera beste pertsona batzuekiko bere harremanen edo kontaktuen inguruan; bere lagunekin haustera behartzea; beste sexuko pertsonekin hitz egitea debekatzea; haren lagunekiko jeltosia erakustea; broma edo txiste matxistak edo eduki iraingarrikoak egitea; bere ekarpenak edo lanak gutxiestea; irain publikoak edo pribatuak egitea; mehatxatzea eta beldurtzea; xantaia emozionala egitea; bere buruaz beste egiteko mehatxuak egitea beregandik banantzeko nahia adierazten badu; etab.

Iturria: Hauetatik egokitua: Istanbulko Hitzarmena (2011) eta EIGE (European Institute for Gender Equality).

Indarkeria sinbolikoa

Indarkeria leuna, ikusezina, orokortua, okerreko onarpenaren eta kognizioaren, ezagutzaren eta sentimenduaren bitartez egiten dena; sarritan, menderatutako pertsonen nahi gabeko baimenarekin edo konplizitatearekin.

Pertsonen ekintza-moduetan eta ezagutza-egituretan sartuta dago, eta gizonen menderatzea bereizgarri duen ordena sozialaren zilegitasunaren espektroa ezartzen du. Indarkeria sinbolikoaren adierazpenek egiturazko eta zuzeneko indarkeria onartzen dute.

Iturria: Hemendik egokitua: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Indarkeriaren biktima den emakumea

Generoan oinarritutako indarkeria-ekintzen mende dagoen emakume oro, ekintza horiek emakumearentzat dakartzatenean edo ekar ditzaketenean kalte edo sufrimendu fisikoak, sexualak, psikologikoak edo ekonomikoak, barne direla ekintza horiek gauzatzeko mehatxuak, hertsapena edo askatasunaren gabetze arbitrarioa bizitza publikoan nahiz pribatuan.

Iturria: 2011ko Istanbulko Hitzarmenetik egokitua.

L

Lesioen parte genero-indarkeriagatik

Dokumentu mediko-legala da. Honen bidez, osasun-profesionalak osasun-informazioa helarazten dio agintaritzari, genero-indarkeriako delitu bat egon daitekeela jakinarazteko eta indarkeriako auzitegietako medikuek kalitatezko peritu-txostena egin ahal izateko; horretan lesioak balora daitezen eta



emakumeari babes egokia eman diezaioten. Genero-indarkeriaren ondoriozko lesioen parteak, lesio orokorren parteak ez bezala, ofizioz aktibatzen du zigor-espeditente judizial bat, biktimaren borondatea kontuan hartu gabe.

Iturria: Lanketa propioa.

O

Onik atera den emakumea

Genero-indarkeria jasan duen eta bere biktima-rola gainditu duen emakumea, genero-indarkeriak beregan eragindako kalteak konpontzen zentratuta dagoena bere erabateko ongizatea lortzeko.

Iturria: Lanketa propioa.

S

Salaketa genero-indarkeriagatik

Egintza honen bidez, agintaritza judizialari jakinarazten zaizkio —osasu-profesional batek egindako lesioen parte baten bidez— genero-indarkeriako delitu izan daitezkeen ekintzak.

Genero-indarkeriaren ondoriozko salaketa ez da legezko erabateko eginbeharra edozein testuinguru edo inguruabarretan. Indarkeriaren biktima den emakumeak ez badu salatze baimenik ematen, arreta ematen dion profesionalak baloratu egin behar ditu ez salatzearen berehalako arriskuak, eta zuhurtziaz jokatu beharko du. Izan ere, eginbehar morala eta legezkoa du biktimari laguntzeko, tratu txarrari aurrea hartzeko (haren forma guztietan) eta emakumearen interes handiena lortzen saiatzeko, haren borondatea errespetatuz.

Iturria: Lanketa propioa.

Salerosketaren biktima

Edozein pertsona fisiko, haren gainean zantzuak daudenean lan edo zerbitzu behartuak inposatu dizkiotela; edo esklabotza edo esklabotzaren antzeko jardunbideak, morrontza edo eskaletza; sexu-esplotazioa, pornografia barne; delitu-jarduerak egiteko esplotazioa; haren gorputz-organoak erauzte eta behartuta ezkontzea. Pertsona fisiko oro salerosketaren biktimatzat hartuko da arestian deskribatutako jokabideetako baten xede izan denaren zantzuak daudenean, esplotazioa gauzatu ez bada ere eta kontuan hartu gabe ustezko biktimaren aldetik salaketarik dagoen.

Iturria: Lanketa propioa.

Sexu-abusua

Sexu-abusua portaera hitzezkoa, ez-hitzezkoa edo fisikoa da, konnotazio sexualak dituen pertsona batekiko edo talde batekiko, boterearen eta konfiantzaren abusuaren oinarritzen dena. Nahitakoa edo nahi gabekoa izan daiteke. Sexu-abusuak berekin dakar baimendu gabeko jarduera sexual bat, edota baimenik ezin eman deneko bat (neska adingabeen kasuan).

Iturria: Emakunde, "Guía para la prevención de acoso y abuso sexual a mujeres en el deporte. Pautas para un protocolo".

http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_guias2/es_emakunde/adjuntos/29.guia.deporte.pdf

Sexu-erasoa

Pertsona baten aurkako indarkeria fisiko eta sexualeko ekintza bat da, inguruabar hertsagarrietan. Ekintza horrek kalte egiten dio pertsona haren segurtasun pertsonalari eta autonomia sexualari. Horren baitan sar daitezke penetraziorik ez dakarten ekintzak, eta biktimak eta erasotzaileak edozein generotakoak izan daitezke.

Iturria: NBE Emakumeak-etik egokitua. Nazio Batuen Erakundea Genero berdintasunerako eta Emakumeen Ahalduntzerako:

<http://www.endvawnow.org/es/articles/453-definicion-de-agresion-sexual-y-otros-elementos.html?next=457>

Sexu-indarkeria

Baimendu gabeko edozein egintza sexual edo izaera sexualeko egintza bat lortze saioa, beste pertsona batenganakoa horren baimen askerik gabe, edozein dela ere eragilearen eta biktimaren arteko harremana, edozein ingurunetan, barne direla, besteak beste, etxea (ezkontza barruko bortxaketa) eta lanlekua.

Iturria: Hemendik egokitua: EIGE (European Institute for Gender Equality).

Sexu-jazarpena

Nahi ez duen pertsona batekin hitzez edo fisikoki edozein jokabide sexual izatea, horren helburua izanik pertsona horren duintasunari erasotzea edo kikiltzea; bereziki, beldurtuta, irainduta, umiliatuta edo laidotuta sentiarazteko giroan.

Iturria: 4/2005 Legea, otsailaren 18koa, Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerakoa.

<https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2005/03/0500982a.pdf>

Z

Ziberesestea

Eseste hau egiten da posta elektronikoko bidez, testu-mezuaren bidez (edo linean) edo Internet bidez, iruzkin iraingarriak argitaratuta, edota biktimaren argazki edo bideo intimoak partekatuta, Internet bidez edo sakeleko telefonoaren bidez.



Esesteak berekin dakar behin eta berriz eragindako ekintzak egotea, bereizita kalterik gabeko ekintzak edo ekintza kaltegarriak izan daitezkeenak. Baina, horiek konbinatuz gero, biktimaren segurtasun-sentsazioa ahultzen dute edota larritasuna, beldurra edo alarma sorrarazten dute.

Iturria: Txosten honetatik egokitua: La ciberviolencia contra mujeres y niñas (European Institute for Gender Equality, 2017): https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/ti_pubpdf_mh0417543esn_pdfweb_20171026164000.pdf

Ziberindarkeria edo sareen bidezko indarkeria

Genero indarkeria, komunikazio elektronikoen eta Internet bidez eragiten dena. Emakume eta nesken aurkako ziberindarkeriak hainbat forma har ditzake; besteak beste: baimendu gabeko pornografia (edo “mendeku pornografikoa”), genero-arrazoen ondoriozko irainak eta jazarpena, “prostituta izatea aurpegiratzea”, “doxing” delakoa (norbaiten datu pribatuak biltzea eta Interneten zabaltzea) eta bitarteko elektronikoen bidez gizakiak salerostea.

Iturria: Txosten honetatik egokitua: La ciberviolencia contra mujeres y niñas (European Institute for Gender Equality, 2017): https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/ti_pubpdf_mh0417543esn_pdfweb_20171026164000.pdf

Ziberjazarpena

Ziberjazarpenak forma ugari har ditzake. Horien artean, hauek nabarmentzen dira: nahi ez diren posta elektronikoko mezuak edo testukoak (edo linean), sexualki esplizituak, bidaltzea; sare sozialetan edo txateko guneetan intsinuazio desagokiak edo iraingarriak egitea; indarkeria fisiko edo sexualeko mehatxuak, posta elektronikoen bidez edo testu-mezen bidez (edo linean) egindakoak; gorrotorako akuilatzea, hori ulertuta hizkuntza laidogarria, iraingarria, mehatxuzkoa edo erasokoa erabiltzea pertsona baten aurka, haren identitatearen (generoa) eta bestelako ezaugarrien (orientazio sexuala edo ezgaitasuna) arrazoiengatik.

Iturria: Txosten honetatik egokitua: La ciberviolencia contra mujeres y niñas (European Institute for Gender Equality, 2017): https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/ti_pubpdf_mh0417543esn_pdfweb_20171026164000.pdf



8. Kapitulua ERANSKINAK

8. ERANSKINAK

1. ERANSKINA: ERREGISTROA

Erregistroa historia klinikoan egin behar du dagokion profesionalak, emakumeak konfiantza jarri duenekoak; eta hura izan daiteke medikuntzako, erizaintzako, larrialdietako, lehen mailako arretako... Garrantzitsua da osasun-profesionalak nola jardun jakitea emakumea leku egokian hartzeko, konfiantzazko giroan, eta behar den denbora ematea hari entzuten eta haren sentimenduak adieraz ditzan laguntzen.

Egungo informazio-sistemek erraztu egiten dute, historia klinikotik, ikuspegi osatua ematea lehen mailako arretan eta ospitalean sortzen den informazioaren inguruan; eta erregistroak partekatu egiten dira osasuneko pertsonal profesionalaren eta laguntzaren esparru guztien artean. Horrek erraztu egiten du genero-indarkeria jasaten duten emakumeen arreta integrala bermatuko duten erabakiak hartzea.

Ezinbestekoa da osasun-profesionalek egiten dituzten erregistroetan aldakortasuna saihestea eta, baita ere, funtsezkoa da egoera horiek antzematean gutxiegiako erregistroa saihestea, egoeren heldze-lana eta jarraipena bermatzeko. Gainera, dagoen errealitatea deskribatu behar da antzemandako kasuen analisi epidemiologikoaren bitartez.

Historia klinikoan erregistroa errazteko, hobekuntza hauek gaitu dira:

- GIDA komun bat Osabide Globalerako eta Osabide Global Primarioarako. Pertsonal klinikoarentzat lagungarria da erabakiak hartzeko, ezarritako dagoen protokoloan deskribatutako esku-hartzeetan oinarrituta.
- Osanaia-ko 9. domeinuan jasotako aldagai klinikoak integratu dira Osabide Globalean dagoen GI (genero-indarkeria) formularioarekin. Hala, emakume horiei arreta ematen dien edozein profesionalak informazio eguneratua ezagutu eta eskuratu dezake bi aplikazioetan.
- GI formularioaren eguneratzea.
- Check berria Ospitaleko Larrialdietan.
- Check berria larrialdietan jarduteko formulario generikoan.

Tresna horiek diseinatuta daude elkarreraginean lan egiteko. Horrela, historia klinikoaren hainbat puntutatik aktiba ditzake edozein profesionalak jardun-esparru guztietan.

1. GI KODIFIKAZIOA

Genero-indarkeriako episodio bat kodifikatzean edozein testuingurutan (Larrialdiak, Lehen Mailako Arreta nahiz bestelakoak), kodetzailea irekitzen da beste edozein prozesutarako bezala. Bilaketa gako-hitzaren bidez egiten da: tratu txarrak, indarkeria... Bilatzaileak eskuragarri dauen kode guztiak eskaintzen ditu (gogokoetan ere daude).

Genero-indarkeriarekin lotutako GNK kodeak:

TRATU TXAR MOTA	GNK-10-ES		
	EGIAZTATU	SUSMOA	HAURDUNALDIAN
FISIKOA	T7411XA	T7611XA	09A319
SEXUALA	T7421XA	T7621XA	09A419
PSICOLOGIKOA	T7431XA	T7631XA	09A519
ZEHAZTU GABE	T7491XA	T7691XA	

Jarduera mota	Gakoa	Jardueraren deskribapena
Diagnostikoa	T7491XA-T7491XA	Tratu txar egiaztatuak
Diagnostikoa	T411XA-T411XA	Tratu txar fisiko egiaztatuak
Diagnostikoa	09A319-09A319	Tratu txar fisikoak haurdunaldian
Diagnostikoa	T7431XA-T7431XA	Tratu txar psikologiko egiaztatuak
Diagnostikoa	09A519-09A519	Tratu txar psikologikoak haurdunaldian
Diagnostikoa	T7421XA-T7421XA	Tratu txar sexual egiaztatuak
Diagnostikoa	09A419-09A419	Tratu txar sexualak haurdunaldian
RIC elementua	94549	Erasotzailearekiko harremana
RIC elementua	94549	Erasotzailearekiko harremana
Diagnostikoa	T7691XA-T7691XA	Tratu txarren susmoa
Diagnostikoa	T7611XA-T7611XA	Tratu txar fisikoen susmoa
Diagnostikoa	T7631XA-T7631XA	Tratu txar psikologikoen susmoa
Diagnostikoa	T7621XA-t7621xa	Tratu txar sexualen susmoa

2. GENERO INDARKERIAREN GIDA

Genero Indarkeriaren GIDAREN erabilera jadanik badagoen beste edozeinen berdina da, eta komuna Osabide Globalerako eta Osabide Global Primarioarako. Haren helburua da emakume horiekin esku hartzean gauzatu beharreko ekintzak gogoraraztea eta erraztea.

Arreta-prozesuaren edozein unetan egin daitezke, eta lagungarriak dira genero-indarkeria jasan duen emakumearenganako arretan esku hartzen duen edozein profesionalentzat.



Jarduera-gidaren hautaketa

Gidaren izena

Indarkeria 

Gizona Emakumea Adina (urteak)

Gaixoa: Eremua OS

Ospitalizazioa

JARDUERA-GIDA ERABILGARRIAK	Eremua
Genero indarkeria	Korporatiboa

Genero indarkeriaren (bikotekidea edo bikotekide ohia) ondoriozko tratu txarrak pairatzearen susmo eragiten duten ≥ 14 emakumeei zuzendua.



Izena			
Genero Indarkeria			
Ekintzak			
Ordena	Mota	Izena	Indarrean
1	Inprimakia	Genero indarkeriaren inprimakia	<input type="checkbox"/>
2	Txostena	Lesioen partea/Genero indarkeriako epaitegia	<input type="checkbox"/>
3	Inprimakia	Genero indarkeriaren bizi arriskuaren inprimakia	<input type="checkbox"/>
4	Inprimakia	Motibazio fasea (Prochaska)	<input type="checkbox"/>
5	Txostena	Genero indarkerian lana errazteko galderak	<input type="checkbox"/>
6	Txostena	Norbera babesteko neurriak erasotzailearekin EZ biziz gero	<input type="checkbox"/>
7	Txostena	Norbera babesteko neurriak erasotzailearekin biziz gero	<input type="checkbox"/>
8	Profesionalarentzako mezua	Medikuarekin aurrez aurreko hitzordua edo ez aurrez aurrekoa baloratu	<input type="checkbox"/>

Honela aktibatzen da:

1. GI episodio bat kodetu ondoren.
2. Larrialdietako GI checka aktibatuta.
3. OSANAIako 9. domeinuko GI checka aktibatuta.
4. Genero-indarkeriako formularioaren RICa aktibatuta: erasotzailearekiko harremana.

Gogoan izan emakumeenganako arreta-prozesuan gauzatu eta erregistratu beharreko gutxieneko ekintza garrantzitsuenak; honako hauek, hain zuzen:

a) GI formularioa

GI formulario berria diseinatu da edozein profesionalentzat tresna erabilgarria izan dadin arretaren jarraipena egiteko, eta kasuen erregistroan datu-iturri izateko.

GI formularioaren aldagaiak (RIC)

- Erasoaren iraunaldia.
- Eraso-aurrekariak.
- Seme-alaba kop.
- Lan-egoera.
- Haurdunaldia.
- Erasotzailearekiko harremana.
- Bere ardurapean dituen mendeko pertsonak.
- Familia-laguntza.
- Gizarte-laguntza.
- Laguntza ekonomikoa.
- Bizi-arriskuaren balorazioa.
 - Txikia.
 - Ertaina.
 - Handia.
- Beste laguntza-maila batera deribatzea.
 - Arrisku psikosoziala.
 - Gizarte-arriskua.
 - Osasun-arriskua.
- Prochaska faseak (1.tik 6.era).

Genero indarkeriaren erregistroa

Datuen data: 0000/HH/EE-15 00 : 00

Genero indarkeriaren (bikotekidea edo bikotekide ohia) ondoriozko tratu txarrak pairatzearen susmo eragiten duten ≥ 14 emakumeei zuzendua

Erasoaren iraupena: [dropdown]
Erasotzailearekiko harremana: [dropdown]
Erasoaren aurrekariak: [dropdown]
Seme-alaba kopurua: [dropdown]
Bere ardurapeko pertsonak: [dropdown]
Lan egoera: [dropdown]
Ordaindutako lana: [dropdown]
Laguntza-jasotzailea: [dropdown]
Haurdun: [dropdown]

Familia-laguntza: [dropdown]
Gizarte-laguntza: [dropdown]
Laguntza ekonomikoa: [dropdown]
Bizi arriskuaren balorazioa (PRV eskala): [dropdown]
Arrisku sanitarioa: [dropdown]
Arrisku psikosoziala: [dropdown]
Beste asistentzia maila baterako deribazioa: [dropdown]

Genero indarkeria erregistratzeko inprimaki korporatiboa.
Osakidetza 2018.




b) Lesioen partea / epaitegia / erizaintzako txostena

Lesioen partea bakarra da arreta-esparru guztietarako, eta eskuragarri dago bai Osabideko txostenen kudeatzailean, bai GIDAren bitartez.

 Osakidetza ZENTRO BIRTUALA CENTRO VIRTUAL		DIAGNOSTIKOIA 10) TRATAMENDUA (Gizarte zerbitzuetara, lehen arretara edo bestelakoren batera bidaltzen den adierazi) 11) JARDUERA-PLANA ETA BEHAKETAK Data eta sinadura
TXOSTEN KLINIKOIA		 Osakidetza ZENTRO BIRTUALA CENTRO VIRTUAL
LESIOEN PARTEA		TXOSTEN KLINIKOIA
LESIOEN PARTEA		LESIOEN PARTEA
1) BIKTIMAREN FILIAZIOA		GUARDIAKO EPAITEGIRA BIDALI
Sexu: Jaioteguna: Jaioterria Espainia Egoera zibila		Ni(k), jauna(k)/andrea(k), ARABAN kolegiatuta nago
Sex Harremanetarako telefonoa:		zerbakiarekin, eta (lantokia)(e)a)n lan egiten dut
2) LESIOAK ERAGIN DITUEN PERTSONA (biktimaren aitoren arabera)		ETA HAU ADIERAZTEN DUT
3) ASISTENTZIAREN ARRAZOI DIREN GERTAERAK (eguna, ordua eta erasoaren lekua adierazi, biktimaren aitoren arabera, bai eta tratatu mota ere, fisiko, psikiko edo bestelakoa)		Gaur, (udalerrria)(e)ko (kontsultan, osasun zentroan, ospitalean)
4) AURREKARI PERTSONAL INTERESGARRIAK (lesioekin zerikusia dutenak)		pertsona hau artatu dut jauna/andrea, urtekoa; helbidea (kalea eta zenbakia),
5) AZTERKETA FISIKOA (lesioen deskribapena -iturra, tamaina edo neurriak, kokapena eta kolorearen alderdi, deskribapenak; argazkiak ateratzea komeni da, biktimaren alde aurreko baimenarekin, eta ez ahaztu lesioen gutxi gorabeherako data.		(udalerrria). Posta kodea Lurralde historikoa Telefonoa eta
6) AZTERKETA GINEKOLOGIKOA (hala badagokio)		ustezko tratatu txarren osasun txostena BIDALTZEN dizut, azkita, eta
7) UNEAN UNEKO EGOERA EMOZIONALA		Data eta sinadura
8) AZTERKETA OSAGARRIAK		

c) Bizi-arriskuaren formularioa

 Bikotekidearen aurkako indarkeria arrisku larriaren iragarpena (EPV.R)		Datuen data: UUUU/HH/EE 15 00 : 00
DATU PERTSONALAK	ERASOTZAILEREAREN PROFILA	
1. Erasotzailea edo biktima atzerritarra BIKOTE-HARREMANAREN EGOERA	11. Zelo ikaragarriak edo bikotekidea kontrolatzeko jokabideak	
2. Oarintsu bananduta edo banantze prozesuan	12. Indarkeriazko jokabideen historia aurreko bikotekide batekin	
3. Biktimaren aurkako oarintsuko jazarpena edo urruntze-agingiaren urratzea INDARKERIA MOTA	13. Indarkeriazko jokabideen historia beste pertsona batzuekin (lagunak, lankideak eta abar)	
4. Lesioak eragin ditzakeen indarkeria fisiko	14. Alkoholarekin edota drogen gehiegizko kontsumoa	
5. Indarkeria fisiko seme-alaben edo bestelako senideen aurrean	15. Buruko gaixotasun baten aurrekariak eta tratamendu psikiatrikoa edo psikologikoa utzi izanarena	
6. Indarkeriazko intzidentzien maiztasunaren eta larritasunaren areagotzea azken hilabetean	16. Krudelkeriazko jokabideak, biktima mespretxatzea eta ez damutzea	
7. Mehatxu larriak edo heriotza mehatxuak azken hilabetean	17. Indarkeriazko jokabideen justifikatzea bere egoera dela-eta (alkohola, drogak, estresa eta abar).	
8. Mehatxuak objektu arrisksuekin edo edozein motatako armekin	BIKTIMAREN ZAURGARRITASUNA	
9. Lesio larriak edo oso larriak eragiteko asmo garbia	18. Azken hilabetean biktima heriotza arriskua sumatzea	
10. Sexu erasoak bikote-harremanean	19. Aurretiazko salaketak kentzeko edo erasotzailea uzteko edo salatze-ko erabakian atzera egitea	
	20. Biktimaren zaurgarritasuna haurdunaldia, gaixotasuna, bakardadea edo mendekotasuna dela-eta	
INDARKERIA ARRISKU LARRIAREN BALORAZIOA:	GUZTIRA:	
	*Ez da balioduna 12 item edo gehiagoren informazioa ez badago Genero indarkeriaren inguruko programa. Osakidetza 2018	

d) Prochaska

Motibazio fasea (Prochaska) genero indarkerian

Datuen data: UUUU/HH/EE 15 00 : 00

PROCHASKA EDO MOTIBAZIO FASEA

Emakumea zein puntutan dagoen baloratzeak esku-hartzea egokia izan dadin laguntzen du

- 1 Kontenplazio aurreko edo abusuzko erlazioa onartze fasea**
Emakumeak ez du indarkeria arazo ikusten. Baliteke horretaz ez jabetzea, garrantzi txikia ematea, edo aldaezin edo saihetsezin gisa onartzea. Ohikoa da emakumeak bikotekidea aldatzea edukitzea ardatz. Askotan, isilpean gordetzen da indarkeria, eta berak bakarrik aurre egiten saiatzen da.
- 2 Kontenplazio edo abusuzko erlazioa zalantzan jartze fasea**
Erlazioa abusuzkoa dela jabetzen hasten da emakumea, nahiz eta ekintzara pasatzeko konpromisoa ez hartu. Fase honetan, emakume askok onartzen dute abusua euren barrurako, baina nahiago dute isilpean gorde, eta erasotzaileak aldatzeko laguntza bila dezan saiatzen dira.
- 3 Prestaketa edo erlazioa aldatzea erabakitze fasea**
Emakumea arazoaren jakitun da, bere jokabidea aldatzeko erabakia hartzen du eta egoerari aurre egiteko plan bat diseinatzeko joan daiteke
- 4 Ekintza fasea**
Aldaketa-plan bat ezarri da jada, eta praktikan jartzen hasi da. Emakumeak bere erasotzailearekiko lotura haustea edo harremanean indarkeriarik gabeko bizitza baten alde borrokatzea erabaki du, baina bikotekidearengandik laguntzarik espero gabe egiten du.
- 5 Mantentze fasea**
Etapak honetako aldaketak ezartzea eta kontsolidatzea, gaixoaldiak prebenitzea eta bizitza berreraikitze prozesu bat ezartzea dakar. Indarkeriarik gabeko bizitza kontsolidatzea da azken helburua.
- 6 Birgaixotze fasea**
Ezarritako aldaketetan atzera egitea, berriz ere indarkeriazko egoerak sortzea eta arazoa aurreko faseetatik maneiatzera behartzea du ezaugarri.

Genero indarkeriaren inguruko programa. Osakidetza 2018.

d) Galdera erraztaileak

Gida - Historiarik ez2, PROBA INFORMATIKOA

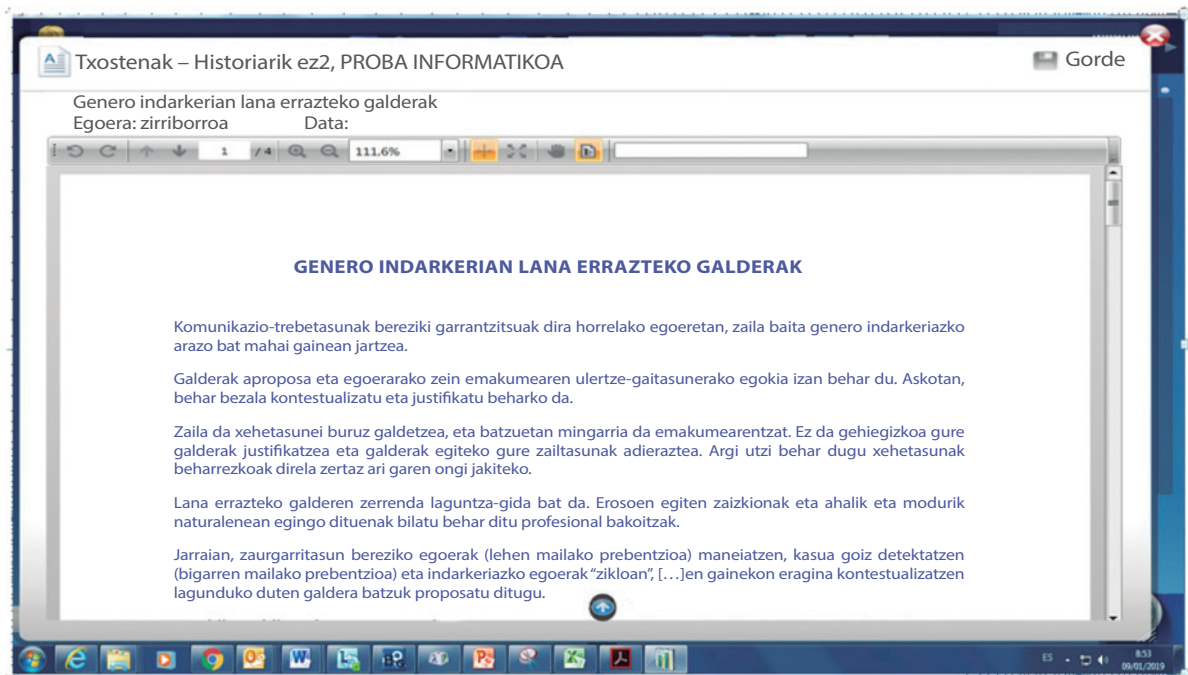
GIDA	EKINTZA	EKINTZAREN XEHETASUNAK	IKUSIA
Genero Indarkeria	Inprimakia	Genero indarkeriaren inprimakia	
Genero Indarkeria	Txostena	Lesioen partea/Genero indarkeriako epaitegia	
Genero Indarkeria	Inprimakia	Genero indarkeriaren bizi arriskuaren inprimakia	
Genero Indarkeria	Inprimakia	Motibazio fasea (Prochaska)	
Genero Indarkeria	Txostena	Genero indarkerian lana errazteko galderak	✓
Genero Indarkeria	Txostena	Norbera babesteko neurriak erasotzailearekin EZ biziz gero	
Genero Indarkeria	Txostena	Norbera babesteko neurriak erasotzailearekin biziz gero	

Ohiko tratamendua
 Banakako plana
 Alta txostenik ez

Kontsulta eskaera
 Proba eta kontsulta eskaera
 Proba eskaera
 Erradiologia eskaera
 Irudiak markatu
 Ospitaleko preskripzioa

Zerbitzua Nire gertaera Prozesuka ikusi

8:52 09/01/2019



f) Bere familia-medikuarekin hitzordu presentziala edo ez-presentziala eskatzeko aukera

Aukera ematen du agendan bere familia-medikuarekin hitzordu presentziala nahiz ez-presentziala sortzeko.

g) Autobabeseko neurriak (I eta II)

Neurri horiek hitzez azaldu behar dizkio profesionalak emakumeari. Ez dira inprimatuta entregatu behar, bere segurtasuna arriskuan ez jartzeko. Beraz, garrantzitsua da behar adina denbora izatea emakumeak uler ditzan.

h) Emakumeari laguntzeko informazioa

Profesionalak emakumeari informazio hori jakinarazi behar dio, eta bere baitan hartzen ditu, adibidez, elkarteak, gizarte-baliabideak, laguntzako telefonoak, web-orriak... Aurreko atalean bezala, garrantzitsua da denbora hartzea emakumeari baliabide horiek badirela azaltzeko, eta emakumea arriskuan jar dezakeen dokumenturik ez zaio entregatu behar.

3. OSANAIAKO 9. DOMEINUA

Osanaia 9. domeinua hainbat aldagai klinikorekin osatuta dago. Horiek bidea ematen dute aurre egiteko erantzun indibidualekin lotutako informazioa jasotzeko. Gainera, emakumeak unean-unean nahiz iraganean jasandako genero-indarkeriaren mota deskribatzen duten zenbait aldagai ere biltzen ditu.

Balorazio-datu jakin batzuk erregistratzeak aukera ematen du aurretik konfiguratutako zainketa-plan espezifikoak aktibatze (esku-hartzea bideratuko dutenak) eta osasun-emaizta hautemangarrietan haien inpaktua neurtzeko, indarkeriaren biktima diren emakumeen behar espezifikoetan oinarrituta.

Formulario honetan erregistratutako informazioaren zati bat partekatu egiten da Osabide Globaleko GI formularioarekin. Horrela, erraztu egiten da edozein esparrutan datuak biltzea, eta informazioa partekatzen da.

Aurre egitearen erantzunak

Emozionalak Adierazpenik ez Agresibitatea Larritasuna

Fisikoak Adierazpenik ez Itoaldiak Libratze gehiago

Kognitibo/ Konduktualak Agitazioa/gehiegizko aktibitatea Isolamendua Apatia/aktibateterik eza

Jokabide inpulsiiboak Ez Pentsatu gabe jardun

Aurre egitearen erantzunak ikusi

Aurre egitearen erantzunak eragindako ezgaitze maila

Kanpoko laguntzaren pertzepzioa

Egoera kontrolatzearen pertzepzioa

Familia osasun arazora egokitzea

Dolu prozesua

Doluaren disfuntzioa

Jaiotza inguruko dolua

Trauma osteko erantzuna

Pertsona indarkeriaren biktima da edo izan da Iraganean: tratu txarren aurrekariak Egun: egun tratu txarrak berretsi ditu

Egungo testuingurua Adinekoan Indarkeriazko egoera Lanean

Indarkeriazko egoeraren iraupena

Tratu txarren biktima izatearen susmoa

Indarkeriaren biktimaren bizi-fasea Helduaroa Zahartzarora

Biktimaren aurrekariak Adinekoan Indarkeriazko egoera Lanean

Indarkeria erabili duen edo erabiltzen duen pertsona

Egungo Tratu txarren ondorio izan daitezkeen lesioak (iletik tira, bultza egin, masailekoak, atximurrak, hozkadak...)

Egungo tratu txarren adierazle psikologikoak

Egungo tratu txarren adierazle soziolaboralak

Indarkeria mota Ekonomikoa Fisikoa

GENERO INDARKERIAren biktima den emakumea

Lanbidea

Lan egoera

Mendeko pertsonak Mendeko seme-alabak Mendeko bestelako pertsonak

Bizirik dauden seme-alabak

Egungo haurdunaldia

Zuzenean/zeharka indarkeria jasan duten seme-alabak

Familia giroan tratu txarrak bizi dituen neska/mutikoa

Neuroportaera-estresa

Lesio medularra

Garezur barruko bolumenaren handitzea



Noranzko bakarrean integratuko dira (hau da, OSANAIAko erregistrotik OGPr) gorriz nabarmendutako aldagai hauek:

Indarkeria erabili duen edo erabiltzen duen pertsona

Indarkeria mota

IRUZKINAK Ebolutiboa

Bezeroa
Egungo emakumezko adiskide intimoa
Lankidea
Egungo gizonezko adiskide intimoa
Ezezaguna
Emakumezko adiskide intimo ohia
Gizonezko adiskide intimo ohia
Ahizpa/arreba, izeba, besterik
Anaia/neba, osaba, besterik
Seme-alaba
Amaordea
Ama
Aitaordea
Aita

Genero indarkeriaren erregistroa

Genero indarkeriaren (bikotekidea edo bikotekide ohia) ondoriozko tratu txarrak pairatzearen susmo eragiten duten ≥ 14 emakumeei zuzendua.
Ez da beharrezkoa datu guztiak erregistratzea; nahikoa da arreta unean dakizkigunak erregistratzea.

Datuen data UUUU/HH/EE 15 12 : 59

Erasoaren iraupena: urtebete baino gutxiago

Erasotzailearekiko erlazioa: bikotekidea

Erasoaren aurrekariak:

Seme-alaba kopurua:

Bere ardurapeko pertsonak:

Lan egoera: Ordaindutako lana:

Laguntza-jasotzailea:

Haurdun:

Familia-laguntza:

Gizarte-laguntza:

Bizi arriskuaren balorazioa: (PRV eskala)

Arrisku sanitarioa:

Arrisku psikosoziala:

Beste asistentzia maila baterako deribazioa:

Genero indarkeria erregistratzeko inprimaki korporatiboa. Osakidetza 2018.

Genero-indarkeriako episodio bat kodifikatzeaz aparte egingo da, gida honetan proposatutako GNK10 kodeak erabilia. Beste aldagai bat gehitu zaio formularioari. Aldagai hori lagungarria da emakumea GENERO INDARKERIAren biktima dela identifikatzeko:

GENERO INDARKERIAren biktima den emakumea

Aldagai hori hautatuz gero, balorazio-atal espezifikoan jasotako aldagaiak erregistratu ahal izango dira.

Erregistratuz gero indarkeria eragin duen edo eragiten duen pertsona bikotekide intimoa edo bikotekide intimo ohia dela, horrek aukera emango du OGN konfiguraturako gida kliniko aktibatuzeko, aplikazioen artean datua integratuta,

lehen mailako arretaren esparruan. Horri esker, OGN genero-indarkeriako Gida Kliniko espezifikoa zabaldu ahal izango da, kasua Osanaiatik identifikatzen denean, eta erraztu egingo da genero-indarkeriako Lesioen Parte / Epaitegia erregistratzeko, baita jasota dauden gainerako formulario espezifikoak ere.



Gida – Faltsua 68 Naia, FALTSUA 68 NAIA AP1 FALTSUA 68 NAIA AP2

Iradokitako ekintzak

GIDA	EKINTZA	EKINTZAREN XEHETASUNAK	IKUSIA
Genero Indarkeria	Inprimakia	Genero indarkeriaren inprimakia	
Genero Indarkeria	Txostena	Lesioen partea/Genero indarkeriako epaitegia	
Genero Indarkeria	Inprimakia	Genero indarkeriaren bizi arriskuaren inprimakia	
Genero Indarkeria	Inprimakia	Motibazio fasea (Prochaska)	
Genero Indarkeria	Txostena	Genero indarkerian lana errazteko galderak	
Genero Indarkeria	Txostena	Norbera babesteko neurriak erasotzailearekin EZ biziz gero	
Genero Indarkeria	Txostena	Norbera babesteko neurriak erasotzailearekin biziz gero	

Genero indarkeria

Genero indarkeriaren (bikotekidea edo bikotekide ohia) ondoriozko tratu txarrak pairatzearen susmo eragiten duten ≥ 14 emakumeei zuzendua.

4. GI CHECK BERRIA LARRIALDIETAN

Pazientearen datu pertsonalei buruzko atalaren barruan, Genero Indarkeriako check espezifikoa bat sortu da, eta hura hautatzean GIDA aktibatuko litzateke gainerako esparruetan bezala; hau da “tratu txarren” oraingo checka “Lesioen partea” deituko litzateke eta edukiari eutsiko litzaioke. “Parte epaitegiari” checka eduki berarekin mantentzen da eta “Genero-indarkeria” check espezifikoa sortzen da.



The screenshot shows a medical software interface with a dark blue header. The main content area is divided into two panels. The left panel, titled 'Alta txostena (behin-behinekoa)', contains various data fields and checkboxes. A red circle highlights the 'Genero Indarke' checkbox, which is currently unchecked. Other checkboxes include 'Lesioen parte', 'Objektu pers', 'Ha', 'Egunak', 'Mugikortasuna', 'Oinez', 'Ohatila', 'Aulkia', 'Laguntzarekin ingresatu du', 'Epaitegiako parte', and 'Zaintza poliziala'. The right panel shows a search bar with the text '</-CONSULTAREN ARRAZIOA:--//>'. At the bottom, there are buttons for 'Gorde' and 'Gadgetak erakutsi', and a 'Behin betikoa' checkbox.



5. LARRIALDIAK

Larrialdien esparruan genero-indarkeriako episodio bat antzemanaz gero, jardun hori larrialdietako jardunaren formulario generikoaren barruan erregistratuko da. Horretarako, check espezifiko bat gaituko da.

Egoerak eskatzen badu, larrialdi horren arretaz arduratutako profesionala Osasun Kontseiluarekin harremanetan jarriko da, ondoren Lehen Mailako Arretako haren taldearekin hitzordua ezartzeko, edo hura dagokion larrialdi-zerbitzura deribatuko du.

2. ERANSKINA: LESIOEN PARTEA

Lesioen partea osasun-dokumentu bat da. Horren bidez, osasun-informazioa agintaritza judizialari helarazten zaio. Horren helburua da litekeen delitu baten berri ematea. Zenbaitetan, hori da epaitegiek duten tresna bakarra egoera hori agerian jartzeko. Emakumeak egindako deklarazioa bermatzeko balio du, eta, batez ere, babes-neurriak aktibatuzeko.

Genero-indarkeriaren aurkako Lege Integralak alderdi mediko legalak gehitzen ditu, eta deskribatzen du, arreta klinikora ez ezik, osasun-jardunak kaltearen arriskupean egotea saihestera bideratu behar direla.

Legeak eta deontologiak alderdi horiek argiro jasotzen badituzte ere, lesioen parteak batzuetan ez dira behar besteko kalitateaz betetzen eta ez dira berehala igorri behar. Gainera, osasun-profesionalengan zalantzak eta zailtasunak sorraraz ditzakete. Izan ere, jokoan daude gai etikoak (adibidez, emakumearen autonomia errespetatzea). Horiek batzuetan ebazpide zaila dute eta beren osotasunean baloratu behar dira, beste profesional batzuekin eztabaidatuta, edo laguntza-etikako adituen eta batzordeen lankidetzara eskatu behar da.

1. ALDERDI ETIKOAK: SALAKETAREN ARAZOA EMAKUMEA AURKA DAGOENEAN

Arazo etikoa sortzen da balio moral jakin batzuk gatazkan sartzen direneko erabaki bat hartzea eskatzen duen edozein egoeratan. Arazo etiko horietako batzuk sor daitezke egoera kliniko jakin batean ohartzen garenean “egin beharko genukeena” (gure irizpideei edo aplikatzekoak diren araudiari eta protokolei jarraituz) agian ez dela irtenbiderik egokiena: agian hori ez da “egin behar duguna”, kontuan izanik espero litezkeen ondorioak eta inguruabarrak edo pazientearen balioak eta nahiak.

Profesionalek kasu bakoitzerako arau eta protokoloak aplikatuz jardun behar dute, eta hori ez da prozesu mekanikoa edo automatikoa. Aldiz, “eskatzen du norberak erabaki zailak erantzukizunez bere gain hartzea, kontuan hartuta arazoaren konplexutasuna, testuinguru eta inguruabarren arrotasuna, emaitzen ziurgabetasuna eta erabaki horiek izan ditzaketen ondorioak”³⁶. Hain zuzen, agertoki horretan, erabakiak hartzeko prozesuan, planteatzen dira gatazka etiko nagusiak.

Genero-indarkeria jasaten duten emakumeenganako arretari aurre egiteak jardunbide etikoa eskatzen du, erabaki zurrak hartzean oinarritutakoa, eta erabaki horiek moralaren aldetik errespetatu egin behar dituzte bioetikaren printzipioak eta aplikatzeko den araudia.

³⁶ Gracia Diego, 2004



Jakin beharra dago zein alde dagoen lesioen parte "konbentzional" baten eta "genero-indarkeriaren" ondoriozko lesioen parte baten artean. Biek balio dute paziente batek dituen lesioak (kalte objektiboa) deskribatzeko, prozesu judizial batean erabiltzarren; baldin eta haien arrazoia delituzkoa bada edo biktimarentzat konpentsazio edo kalte-ordain bat behar bada. Biktimaren salaketa dagoenean soilik, lesioen parte konbentzionala frogatzat erabiliko da dagokion prozesu judizialean. Baina, genero-indarkeriaren ondoriozko lesioen parteak ofizioz aktibatzen du zigor-espeditente judizial bat, biktimaren borondatea kontuan hartu gabe. Beraz, genero-indarkeriaren ondoriozko lesioen parte espezifiko bat igortzen dugunean, genero-indarkeriako ustezko delitu bat salatzen ari gara, biktimak salatu nahi duen ala ez bazter utzita.

"Erasotzailea salatzea instituzio publikoek zabal lehenetsitako tresna da"³⁷. Izan ere, "Estatuari aukera ematen dio neurri penalak edo zibilak hartzeko eta, baita ere, emakumeei laguntza eta babes soziala emateko"^{38, 39}. Hain da hala, non, osasun-esparruko genero-indarkeriaren aurkako jardun-protokolo batzuetan, osasun-profesionalari eskatzen baitzaion salaketa egitea, biktimak ez salatzeko duen borondatea kontuan hartu gabe. Gomendio hori dator delitu bat salatzeko ustezko eginbehar legeetik, protokolo horiek inolako ñabardurarik gabe ziurtzat jotzen zuten eginbehar horretatik, hain zuzen. Baina, egiaz, eginbehar absolutu baten aurrean gaude?

Delitu bat salatzeko eginbeharra ez betetzea argiro sartzen da omisiozko delituen edo falten multzoan. Horien artean, garrantzitsuenetakoa eta osasun-profesionalok hoberen ulertzen duguna da sorospen-eginbeharra ez betetzearen delitua. Alabaina, delitu bat salatzeko eginbeharra ez betetzea ez dago horrela zehazki tipifikatuta gure zigor-kodean. Aldiz, delitu bat saihesteko eginbeharraren ez-betetze edo jazarpenaren ez-sustatze gisa deskribatuta dago. 450. artikulua ari da delitu bat galarazteko eginbeharraz edo agintaritzarengana edo horren agenteengana jotzeko eginbeharraz, haiek galaraz dezaten delitu bat egitea. Zigor-kodeak ez du inoiz behartzen dagoeneko egindako delitu bat salatzera berori zigortu ahal izateko. Agintaritzarengana jotzea aipatzen da, soilik, hark galarazi ahal izateko jakitun deneko delitu bat egitea.

Egiaz, inguruabar jakin batzuetan, delitu bat egin dela salatzera behartzen duen arau bakarra da Prozedura Kriminalaren Legea, bere 259. eta 262. artikuluetan. Artikulu horiek irakurtzetik argiro ondorioztatzen da salatzeko eginbeharra baldintzatuta dagoela delitu bat egin izana ikusi izatera (ez da hori gertatzen esparru klinikoan) edota jakitun izatera (dagozkion kargu, lanbide edo ofizioak direla-eta) delitu publiko bat egon dela, ageri-ageriko delitua

³⁷ Vives-Cases C, 2008.

³⁸ 2003 Legea, etxeko indarkeriaren biktimak babesteko agindua arautzen duena.

³⁹ 2004 Lege Organikoa, genero-indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzkoa.

balitz. Ageri-agerikoa izateak esan nahi du unean-unean egiten ari dela edo hain nabarmena dela, non ez baitu frogarik behar. Bestalde, ez da ezagutzen Espainiako inongo auzitegiren epaitza bakar bat ere zigorren bat ezarri diona osasun-profesionalen bati genero-indarkeriako delitu bat ez salatzeagatik.

Esandakoa ikusirik, ondoriozta daiteke ez dela egia eginbehar legal absoluturik dagoenik emakumearen aurkako indarkeria-egoera bat beti salatzeko, edozein testuinguru edo inguruabarretan. Hala eta guztiz, badugu, osasun-profesional garen heinean, eginbehar morala eta legala biktimari laguntzeko, edozein motatako tratu txarrari aurrea hartzeko eta emakumearen interes gorena lortzen saiatzeko, haren borondatearekiko errespetuaren barruan.

Pazienteen borondatea errespetatzea ez da soilik autonomia-printzipioan jasotako balio etiko bat; aldiz, bada, baita ere, eginbehar legal bat, lege honetan jasotakoa: 41/2002 Legea, azaroaren 14koa, pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren arloko eskubide eta betebeharrak arautzen dituena.

Gatazkan dauden balioen analisisia

Profesional bati ebazten batere erraza ez den arazoa planteatzen zaio jasandako genero-indarkeriako erasoak epaitegian salatu nahi ez dituen eta genero-indarkeriako lesioen parte espezifikoko bat egiteari uko egiten dion emakume baten aurrean dagoenean. Elkarren aurkakoak diren balio batzuen gatazkak sorrarazten du arazo morala (arazo moral guztiak bezala). Profesionalak egoera zehatzean inplikaturako balio moral guztiak errespetatu nahi ditu, eta egoera honen aurrean aurkitzen da: hartzen duen erabakiaren arabera, balio batzuk beteko ditu, baina beste batzuei kalte egingo die. Eskematikoki, elkarren aurkako balioak irudika daitezke taula honetan (5. taula):

5. taula. Elkarren aurkako balioak

SALAKETA EZ EGITEA EMAKUMEAREN BORONDATEA ERRESPETATZEA	SALATZEA “EGINBEHAR LEGALA” ERRESPETATZEA
CGaitasuna (autonomia)	Interes gorena emakumearentzat (ongintza)
Laguntza-erlazioa (konfiantza)	Hirugarrenak babestea (seme-alabak)
Prebentzioa (ahalduntzea, bizi-proiekturako estrategia...)	
Segurtasuna (gaizkintzarik ez)	



Salatzea erabakitzen badugu, “eginbehar legala” errespetatuko dugu eta jardungo dugu, ongintza-printzipioaren eredu paternalistaren arabera, emakumearen interes gorenaren alde; ustez, haren babesari eta hirugarren pertsonen babesari (seme-alabak, balitu) dagokienez. Baina, erabateko kaltea egingo diegu autonomiaren printzipioan oinarritutako balioei.

- Emakumearen baimenik gabe jardunez gero, ez dugu errespetatuko haren borondatea (41/2002 Legea).
- De facto deklaratu dugu emakumearen gaitasunik eza bere kabuz erabakiak hartzeko.
- Konfidentzialtasuna urratuko dugu eta, ondorioz, konfiantzari kalte egingo diogu eta hautsi egingo dugu (ziurrenik iraunkorki) osasun-profesionalarekiko laguntza-erlazioa.
- Aukera saihestuko egingo dugu gida honen gomendioei jarraituz esku hartzeko (euskarri emozionala emanez, hor erabakitzen denaren ondorioei buruzko informazioa jakinaraziz, babes juridikoaren onuraren inguruan konbentziturik eta, azken batean, emakumea ahaldunduz).

Seguratasunaren balioa urratu edo arriskuan jar daiteke bi erabakietako edozeinekin. Arrisku larri eta denboran hurbilekorik aurreikusten ez bada emakumeak berriro indarkeria jasateko, salatzeak lagundu lezake arriskua areagotzen. Baina, arrisku larria eta hurbilekoa dagoela aurreikusiz gero, salatzea saihestezina da (are, poliziaren berehalako babesa eskatzea), emakumearen baimenik gabe ere.

Ondorioak

Dilema moral horiek sortzen direnean, zuhurrena da tarteko ekintza-baliabideak bilatzea da. Hau da, emakumea konbentzitzen denean eta lesioen parte bidaltzeko baimena ematen duenean salatzea. “Salatu aurretik, oso garrantzitsua da emakumea suspertze pertsonaleko prozesuan egotea, bere etorkizunaren inguruko alderdi zehatzei buruzko erabakiak hartu izatea eta estrategia bat prestatuta edukitzea bere bizi-egoera aldatzen hasteko”⁴⁰. Jakina, jardun hori justifikatzen da, baldin eta ez badago arrisku larri eta berehalakorik emakumearentzat, eta balorazio hori bermez egin ahal izango da Lehen Mailako Arretaren esparruan; baina, zailago larrialdietako zerbitzu bateko arretaren testuinguruan.

Esku-hartzeak emakumearekin eta emakumearentzat (inoiz ere haren aurka) lan egitearen ildoari jarraitu behar dio. “Salbuespenak inguruabar

⁴⁰ Blanco P, 2004.

hauek ezarriko dituzte: egoera horri eusteak dituen arriskuen larritasunak; mendekotasun-egoeran dauden hirugarrenen (adingabeak eta bestelakoak) gaineko eragin larriak; eta erabakia hartzeko emakumearen gaitasunik eza —hori frogatu beharko da—⁴¹.

Genero-indarkeriako kasu batzuetarako egitea gomendatzen den balorazio-eta eztabaida-lan horrek berekin dakar algoritmo zorrotzetan oinarritutako errezeta eta konponbideetatik ihes egitea. Horrek zaildu egiten du erabakiak hartzea, baina erarik egokiena da zuhurrak izateko erantzukizuna hartzeko eta bi helburu hauek betetzeko: emakumeen aurkako indarkeria prebenitzea eta galaraztea kasu zehatz bakoitzean eta, ahal den neurrian, pertsona autonomoa den heinean biktimaren interes gorena lortzea.

2. ALDERDI PRAKTIKOAK: NOLA BETE LESIOEN PARTEA GENERO INDARKERIAREN KASUAN?

Lesioen parte laguntzaren pertsonal fakultatibo arduradunak bete beharko du; baina, egoerak eskatzen duenean, beste osasun-profesional batzuek ere bete ahal izango dute. Beraz, inongo prozedura judizialek ezin izango du atzera bota erizaintzako edo osasuneko gizarte-laneko profesional batek egindako txostena.

Nabarmendu beharra dago lesioen parte behin betiko idatzi aurretik irakurri behar zaiola emakumeari, eta hura epaitegira bidaltzeko haren baimena eskatu behar dela. Gainera, honako hau jakinarazi beharko zaio beti:

- Lesioen parteak zein urratsei jarraitzen dien eta horrek zein ondorio dituen.
- Babes-agindu bat eskatu izan balu, guardiako epaitegiak dei egin diezaioke premiazko entzunaldi baterako. Entzunaldia gehienez 72 orduko aldian egingo da eskaera aurkezten denetik, eta, horren ondoren, organo judizialak ebatziko du babes-agindua ematen dion.
- Erasotzaileari ere deia egingo zaio deklaratzeko eta, arriskurik balego, atxilotu ahal izango dute epailearengana eramateko.
- Emakumeak deklaratzeko ez badu edo lesioen partean adierazitako gertakariak baieztatzen ez baditu, epaileak kausa artxibatu ahal izango du edota prozedura egokiena bideratu ahal izango du, hala badagokio, baldin eta genero-indarkeriaren susmo irmoak badaude eta beldurragatik emakumeak indarkeria ezkututzen badu, nahiz beste arrazoi batzuegatik.

⁴¹ Aretio Romero A, 2007.



- Gertakariak baieztatzen baditu, epaitegiak agindua eman dezake prozedurarekin jarraitzeko eta, hala badagokio, babes-agindua erabaki dezake neurri penal eta zibilekin. Halakoetan, epaiketa egin eta epaia eman daiteke. (Genero-indarkeriaren aurrean osasun arloan jarduteko protokolo komuna. 2012. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasuneko Ministerioa).

Garrantzitsua da behar beste denbora hartzea hura betetzeko. Letra argia, irakurterraza eta marraturik gabea erabili behar da. Erabiltzen dugun hizkera zaindu behar dugu, saihestuta balio-iritziak edo epaitzeak (adibidez, biktima eta erasotzaile terminoak erabiltzea).

Oso garrantzitsua da ustezko erasotzailearekiko dagoen ahaidetasuna edo harremana. Izan ere, horrek erraztu egingo du genero-indarkerian eskumena duten epaitegietara deribatzea.

Garrantzizkoa da, baita ere, tratu txarrarekin lotuta egon litezkeen aurrekari medikoak jasotzea, indarkeria-historiaren ikuspegi kronologikoa emateko eta ohiko tratu txarra dagoen jakiteko. Horrela, jasotako datuak Historia Klinikoarekin lotuko dira. Ondoren, epaitegiak izango du Historia Klinikoa edo kasurako informazioa ekar lezakeen haren zatia eskatzeko ardura.

Lesioen partearen eredia eskuragarri egongo da osasun-zentro guztietan. Behin bete ondoren:

- Ale bat entregatuko zaio interesdunari, baldin eta horrek bere segurtasuna arriskuan jartzen ez badu.
- Beste ale bat entregatuko zaio Guardiako Epaitegiri, sistema judizialak parte horren berri izateko hitzartutako biderik eraginkorrenean.
- Partea emakumearen historia klinikoan artxibatuko da.

Parteen ereduak lana errazten badigute ere, gogoan izan behar da, legez, beharrezkoa balitz, edozein profesionalak idatz dezakeela lesioen jakinarazpena edo parte behar bezala datatu eta sinatutako dokumentuan. Horretan, argi jaso behar dira jakinarazpena egiten duen pertsonaren datuak.

Lesioen Partea bete ondoren, ahalik eta bide azkarrenetik atera behar du Guardiako Epaitegian aurkezteko. Horregatik, garrantzitsua da parte igortzeko bideak sistematizatzea, denbora eta era egokienak ziurtatzeko.

Lesioen parte epaitegira igortzeak berekin dakar sarrera-erregistroa egitea. Dagokion bulego judizialak lesioen partearen sarrera-erregistroa egin ondoren, salaketa emakumeak edo haren hurbileko pertsonak aurkeztu izan balute bezalako izango da kausaren tramitazioa.

BETE BEHARREKO DATUAK

Jarraian, partean jasota geratzea komeni den datuei buruzko jarraibide batzuk ematen dira:

Emakumearen filiazio-datuak: izen-abizenak. NANA/AIZa/pasaporteak. Jaiotze-data eta -lekua, adina. Egoera zibila. Helbidea eta harremanetarako telefonoa.

Emakumeari buruzko beste datu batzuk: desgaitasunik badu, mota eta maila. Seme-alabarik badu, zenbat eta zein adinetakoak. Bere ardurapean dituen mendeko pertsonarik badu. Ustez lesioen eragilea den pertsonarekin bizi den.

Ustez lesioen eragilea den pertsonaren datuak: ahaidetasun-lotura / emakumearekiko lotura (bikotekidea, bikotekide ohia...). Izen-abizenak. Helbidea eta/edo telefonoa.

Laguntzaren arrazoi diren gertakariekin lotutako datuak: tratu txar mota eta gertakariak nola gertatu diren emakumearen deklarazioaren arabera. Ahal denean, hark adierazitakoa hitzez hitz jaso eta komatxo artean jarriko da. Erasoan objekturik erabili den deskribatuko da. Gertakarien unean adingaberik ba ote zegoen aurrean. Erasoak izan den helbidea, lekua, data eta ordua. Arretaren data eta ordua.

Garrantzitsua da adieraztea emakumea bakarrik edo norbaitek lagunduta joan den. Erasoak beste pertsona batzuek ere jasan duten: seme-alabak eta bere ardurapean dituen mendeko beste pertsona batzuk. Eta lekukorik ba ote dagoen.

Eragindako lesioekin edo tratu txarrarekin lotutako intereseko **aurrekari pertsonalak**. Lehen erasoak den edo aurretiazko eraso nahiz salaketan historiarik badagoen. Hala bada, zehaztu behar da eraso horiek noiztik gertatzen diren eta zein ezaugarri dituzten (mota, maiztasuna eta bilakaera). Zehaztu behar da, baita ere, indarkeriaren bizitasuna gero eta handiagoa delako ustea dagoen.

Miaketa fisikoa, lesioak deskribatuta: forma, tamaina, dimentsioak, kokapena eta aldi erdi deskribatzaileak. Komeni da lesioen argazkiak egitea, emakumearen aurretiko baimenaz, eta historia klinikoan artxibatzea ezarritako prozeduraren arabera. Komeni da, orobat, barne-lesioak deskribatzea, baleude. Arreta berezia jarriko da lesio zaharretan edo beste bilakaera-estadiokoetan, ohikotasunaren edo behin eta berriz errepikatu izanaren froga gisa.

Miaketa ginekologikoa, baldin badagokio. Kontuan izan behar da sexu-erasoetan miaketak pertsonal adituak (auzitegiko medikuak) egin behar dituela, laginak hartzeko aukerarekin.



Egungo egoera emozionala: oso garrantzitsua da emakumearen sintoma emozionalak eta jarrera deskribatzea. Tratu txar psikologikoa sintoma hauetan isla daiteke: depresioa, antsietatea, joera suizidak, somatizazioak, trauma osteko estresa. Garrantzitsua da emakumearen jarrera azaltzea: nahasia, iheskorra, urduria, beldurtua, erasokorra, hiperernea, apatikoa, espresiorik gabea... Informazio hori beharrezkoa dugu emakumearen egoera psikikora hurbiltzeko.

Egindako proba osagarriak.

Diagnostikoa.

Tratamendua: neurri farmakologikoak, sendaketak edo egindako tratamendu kirurgikoak.

Jardun-plana: beharrezko behaketa- edo zainketa-gomendioak, ospitaleratzea (balego), jarraipen-neurriak eta beste osasun- edo gizarte-profesional batzuegana deribatzea.

Behaketak. Adieraziko dira aurreko ataletan jaso ez diren beste gai batzuk, interesa izan badezakete: epaitegiari telefonoz jakinarazi zaion ala ez (hala bada, noiz adierazi behar da). Emakumeak hautemandako segurtasunarekin eta arriskuarekin lotutako alderdiak. Edo emakumearen jarrera salaketa aurkeztearen inguruan.

Laguntzaren ardura duen **pertsonal fakultatiboaren datuak:** osasun-zentroa. Izen-abizenak eta elkargokide-zenbakia.

Ondorioa

Lesioen partea egoki betetzea gakoetako bat izango da indarkeriako epaitegietako medikuek kalitatezko peritu-txosten egin ahal izateko; horretan lesioak balora daitezten eta emakumeari babes egokia eman diezaioten.

3. "NOT TO DO". Zer EZ EGIN genero-indarkeriako lesioen parte betetzean

1. BETETZE SISTEMATIKOA GAI BUROKRATIKO GISA

Lesioen partea ez da modu sistematikoan bete behar, dokumentu burokratiko bat balitz bezala. Ezinbestekoa da arazoaren eta arrisku-egoeraren balorazio xehatua egitea. Gure jardun nagusia da emakumeari eta haren seme-alabei (balitu) laguntzea. Lesioen parte betetzean, bermatu beharra dugu laguntza egokia, erregistro egokia eta, jakina, jakinarazpen judizial zuzena, kontuan izanik alderdi etikoak eta praktikoak.

2. ARAZO ETIKOAK ETA MORALAK SAIHESTEA

Genero-indarkeria jasaten duten emakume eta seme-alabenganako arretak eskatzen du norberak erabaki zailak erantzukizunez bere gain

hartzea, baita erabaki horiek izan ditzaketen ondorioak ere. Beharrezkoa da zuhurrak izatea, moralaren aldetik bioetikaren printzipioak errespetatzea eta aplikatzekoa den araudia betetzea. Pazienteen borondatea errespetatu behar da, balio etikoaren eta eginbehar legalaren barruan.

3. XEHETASUNAK SAIHESTEA ETA OBJEKTIBOKI IKUSITAKORA MUGATZEA

Profesional askoren ustea da xehetasunek gauzak zailtzen dizkigutela eta ez dela gure egitekoa sistema judizialak ikertu beharko lukeena jakinaraztea. Jakinarazpen judizialak bere baitan hartu behar du zorrotz eta zehatz-mehatz adieraztea profesionalak ezagutzen dituen datu guztiak, baldin eta uste badu horiek garrantzitsuak direla beste profesional bat genero-indarkeriako kasuaren arretaz arduratzeko. Lesioen deskribapenak, egoera emozionalaren azalpenak, miaketak eta tratamendu-planak sistema judizialari garrantzi handiko informazioa emango diote emakumearekiko prozesurako.

Eta, ikusi ez dugun baina gertatu dela badakigun guztia “erreferitu” gisa adieraziko dugu. Ez da gure zeregina zalantzan jartzea ez azaldutakoa, ezta horri buruzko ikerketa ere. Eginkizun hori sistema judizialeko profesionalen ardura da, haiek baitituzte horretarako eskumena eta prestakuntza.

4. LESIO FISIKOAK SOILIK ERREGISTRATZEA

Indarkeria era askotara ager daiteke, eta pertsonaren esparru guztietan ondorioak izan ditzake. Gure arreta eraginkorrena biopsikosozial gisa bideratzen den hura da. Alderdi fisikora mugatzeak dakar baztertzea neurri batean edo bestean beti agertzen diren eta ezkutaraziagoak dauden beste indarkeria-formak. Indarkeria psikologikoa, sexuala, soziala, girokoa, ekonomikoa, etab. lesioen partean zehaztu behar dira, baldin eta egon direla ziur badakigu.

5. EMAKUMEARI BAIMENA EZ ESKATZEA ETA PARTEA EGIN DELA EZ JAKINARAZTEA

Ahal den neurrian, inguruabarrak kontuan hartuta, lesioen parte egin izanaren eta horren edukiaren berri emango zaio emakumeari. Parte elkarrekin egitea edo irakurtzea jardunbide egokia da. Horrela, zalantzak argitzen eta kontzeptuak zehazten lagunduko duen elkarrizketa-prozesua ezarri ahal izango da. Era berean, emakumeak jakin behar du zein prozesu zabalduko den sistema judizialean parte jasotzen dutenetik. Emakumeari partearen kopia bat entregatu behar zaio, horren berri izan dezan eta salaketari erantsi ahal izan diezaion, salaketa aurkeztu nahi badu.



3. ERANSKINA: GALDERA ERREZTAILEAK

- Komunikazio-gaitasunak bereziki garrantzitsuak dira honelako egoeretan, zaila izaten baita genero-indarkeriako arazo bat mahai gainean jartzea.
- Galderak bidezkoa eta egokia izan behar du egoerarako eta emakumearen ulermen-gaitasunerako. Sarritan, behar bezala testuinguruan kokatu eta justifikatu beharko da.
- Xehetasunei buruz galdetzea zaila eta, zenbaitetan, mingarria da emakumearentzat berarentzat. Egokia da gure galderak justifikatzea eta horiek egiteko geuk ditugun zailtasunak adieraztea. Argi utzi beharko dugu horrelako xehetasunak beharrezkoak direla hitz egiten ari garenaren ideia egokia izateko.
- Galdera erraztaileen zerrenda laguntza-gida bat baino ez da. Profesional bakoitzak beretzat erosoena direnak eta modu naturalean egingo dituenak bilatu beharko ditu.
- Jarraian, hainbat galdera azaltzen ditugu. Horien helburua da lagungarri izatea zaurgarritasun bereziko egoerak maneiatzeko (lehen mailako prebentzioa), kasua goiz antzemateko (bigarren mailako prebentzioa), eta "zikloan" indarkeria-egoerak, seme-alabekiko eragina eta dituen euskarriak testuinguruan kokatzeko.

ZAURGARRITASUN EGOERETARAKO GALDERAK LEHEN MAILAKO PREBENTZIOAN

- Esan dugu zaurgarritasun bereziko egoerak daudela indarkeria agertzeko, eta, horien inguruan, garrantzitsua da galdera hauek egitea:
- Haurdunaldian zehar, zenbaitetan areagotu egiten dira bikotearen arazoak eta gatazkak. Egoera horretan al zaude? Nola bizi du zure bikotekideak haurdunaldia? Haren laguntza duzula sentitzen duzu?
- Ikusi da herrialdetik urrun egotean bikotean arazoak areagotu daitezkeela. Sentitzen al duzu agian hori gertatzen ari zaizula? Nola doa zuen harremana? Bakarrik sentitzen al zara?
- Desgaitasun bat izatea, zure ustez, agian eragina izaten ari al da zuen bikote-harremanean?
- Zure ustez, zure gaixotasuna mentala agian baldintzatzen ari al da zure bikotekidearekiko harremana, harengandik tratatu txarra sentitzen ari zarela sentitzeko?

- Herri txiki batean bizitzeak harremanak baldintzatu ditzake eta, batzuetan, zaila da tratu txarreko egoerak jakinaraztea. Egoera horretan egon al zaitezke? Horrek baldintzatzen zaituela sentitzen al duzu?
- Adineko emakume askok laguntza eskatzeko zailtasun bereziak dituzte bikotearen gatazka-egoera batean edo harreman txar batean. Zuri hori gertatzen al zaizu? Nahiko zenuke horri buruz hitz egin?
- Prostituzioan diharduten emakumeen artean, abusu eta tratu txarreko kasu ugari daude, esklabo sentitzeraino. Egoera horretan egon al zaitezke?

ANTZEMATE GOIZTIARRERAKO GALDERAK (BIGARREN MAILAKO PREBENTZIOA)

Genero-indarkeriako egoerak goiz antzemateko, galdera generikoak edo bestelakoak egin behar ditugu familia-harremanaren dinamikak ikertzeko:

- Zure ustez, zein da zure ondoezaren edo osasun-arazoaren arrazoia?
- Egoera arazotsuren bat bizitzen ari al zara, gaizki sentiarazten dizuna edo bereziki kezkatzen zaituena?
- Nola doaz gauzak zure familian? Arazoren bat al duzu zure bikotekidearekin edo seme-alabekin?
- Nolakoa da zureganako tratua etxean? Nola ebazten dituzue zuen arazoak? Gaizki tratatzen zaituztela sentitzen al duzu? Noizbait eraso fisikoren bat izan al duzu? Iraindu edo mehatxatzen al zaitu? Zure irtenaldiak edo zure dirua kontrolatzen al du? Zure mugikorra kontrolatzen al du? Zure lagunak ikustea galarazten al dizu edo beti erabakitzen al du noiz eta zeinekin atera behar duzun?
- Sexu-harremanak izatera behartzen al zaitu nahi ez duzunean?
- Noizbait beldurra sentitu al duzu zure bikotekidearen portaeragatik?
- Zure familia zabalagoarekin harremana gogobetegarria dela uste al duzu?
- Ba al duzu behar adina lagunduta sentiarazten dizun adiskidetasun-harremanik?
- Sarritan, zureak bezalako arazoak (edo sintomak) dituzten emakumeen kasuan, horien arrazoia izan ohi da norbaitengandik nolabaiteko tratu txarren bat jasatea; adibidez, bikotekidearengandik. Hori al da zure kasua?



Egokia da aurrekarien inguruko galderaren bat egitea:

- Nolabaiteko indarkeria jasan al zenuen haurtzaroan?
- Indarkeria jasan al duzu edo behartuta sentitu al zara aurretik izan dituzun bikote-harremanetan?
- Zure historiala errepasatu dut, eta zurekin hitz egin nahi nukeen gauza batzuk aurkitu ditut (azaldu aurkikuntzak). Zure ustez, zein dira inguruabar horien arrazoiak? Zerbaitek kezkatzen al zaitu? Uste al duzu horrek guztiak zerikusirik izan dezakeela?

Lesio fisikoen sintomak daudenean, horien inguruan galdetu behar da:

- Kezkatu egiten nauten dituzun lesio horiek. Nola gertatu zitzaizkizun? Zeinek? Noiz? Nola? Zerekin?
- Lesio hori agertu ohi da bultzada/kolpe/ebaketa/ukabilkada bat jasotzen denean. Hori gertatu al zaizu?
- Inor indarra erabiltzen ari al da zure aurka? Nola? Noiztik?
- Zure bikotekideak bultzatzen al zaitu edo heltzen al dizu? Jotzen al zaitu, zaplaztekoak ematen al dizkizu? Bestelako eraso fisikorik eragiten al dizu?
- Noizbait eraso larriagorik egin al dizu?

Edo ondoez psikologikoak:

- Urduri/triste/nahasita/lotsatuta/beldurtuta... ikusten zaitut. Zerk kezkatzen zaitu? Gertatzen ari zaizun zerbaitekin lotzen al duzu hori? Agian, arazoren bat al duzu bikotekidearekin? Edo seme-alabekin? Zure familiako norbaitekin?
- Noiztik sentitzen zara horrela? Gertatzen ari zaizun zerbaitekin lotzen al duzu hori?
- Azaldu dituzun sintomak ez dira oso zehatzak eta ez gaituzte bideratzen gaixotasun jakin baterantz. Gertatzen ari zaizun zerbaitekin lotzen al duzu hori?
- Eta, zure bikotekideaz ari garela, garrasi egiten al dizu edo nagusikeriaz hitz egiten al dizu? Gauza guztien errua leporatzen al dizu? Zutaz paso egiten al du edo zuri hitzik esan gabe egunak ematen al ditu?
- Mehatxatzen al zaitu zuri, zure seme-alabei, beste pertsona batzuei edo etxe-abereei kalte egitearekin?

- Iraintzen edo barregarri uzten al zaitu? Besteen aurrean ere egiten al du hori?
- Arrazoirik gabe jeloskor jartzen al da?
- Kontrolatzen al ditu zure dei eta mezu edo gutun pribatuak? Zure gauzetan begiratzen al du?
- Zure familia edo lagunak ikustea galarazten al dizu?
- Dirua kontrolatzen al dizu edo zure gastuen kontuak ematera behartzen al zaitu?

Substantzien abusu-egoeren aurrean:

- Alkohola edo drogak kontsumitzen al dituzu? Noiztik, nola eta non?
- Kontsumo horiek lotzen al dituzu estresatzen edo kezkatzen zaituen egoeraren batekin?

Sexu-indarkeriako egoeretan:

- Zure bikoteak behartzen al zaitu sexu-harremanak izatera zure borondatearen kontra?
- Behartzen al zaitu nahi ez duzun sexu-praktikaren bat gauzatzera?
- Preserbatiboa erabiltzeari uko egiten al dio edo kontrolatzen al du zuk erabili nahi duzun metodo antikonzeptiboa?

Giro-indarkeriari dagokionez:

- Zure bikoteak maite dituzun gauzak puskatzen al ditu?
- Paretei, ateei kolpeka aritzen al da?
- Etxe-abereei tratu txarra ematen al die?

ZIKLOA TESTUINGURUAN KOKATZEKO ETA SEME ALABEIKO INDARKERIAREN HEDADURA EZAGUTZEKO GALDERAK

Indarkeriaren bizitasunari eta maiztasunari buruz galdetuko dugu:

- Noiztik jasaten duzu tratu txarraren eta indarkeriaren egoera hori?
- Zenbatero izaten dira indarkeria-episodio horiek?
- Indarkeria-episodioen ondoren, damututa sentitzen al da eta barkamena eskatzen al dizu?



- Batzuetan ondo tratatzen al zaitu edo maitekor agertzen al da, izan diren indarkeria-egoera horiek gainditzen saiatzeko?
- Indarkeriaren bizitasuna, maiztasuna eta larritasuna denborarekin areagotzen joan al dira?

Eta, seme-alabarik badago:

- Seme-alaben aurrean desautorizatzen al zaitu?
- Zure seme-alabek ikusten al dituzte indarkeria-episodio horiek?
- Haiengana ere bideratzen al du bere indarkeria fisikoa, psikologikoa edo sexuala?
- Uste al duzu indarkeria hori haiengan ere eragina izaten ari dela? Nola? Zertan nabaritu duzu?

LAGUNTZAK BALORATZEKO GALDERAK

- Ezagutzen al duzu zu zauden indarkeria-egoeran dagoen inor?
- Uste al duzu egoera hori zure familiako norbaiti, lagunei edo hurbilekoei konta deizaiekezula?
- Uste al duzu haien babesa edo laguntza jaso dezakezula?
- Zure burua arrisku-egoeran ikusten baduzu, ba al duzu zeinekin konfiatu? Babeslekuren bat ba al duzu?

4. ERANSKINA: EMAKUMEEN AURKAKO INDARKERIAREN BIKTIMA DIREN EMAKUMEEI HAURREI ARRETA EMATEKO BALIABIDEAK

Baliabideei buruzko oinarrizko informazioa:

- Arriskuan bazaude, deitu 112 zenbakira.
- Entzumeneko eta/edo mintzameneko desgaitasuna baldin baduzu, bidali SMS bat 600 123 112 zenbakira zure datuekin eta kokalekuarekin, "genero-indarkeria" adierazita. Bada ere 112 SOS DEIAK aplikazio erabilerraza, entzumeneko edo mintzameneko zailtasunak dituztenei aukera ematen diena 112arekin komunikatzeko, grafikoen bidez eta 112 SOS DEIAK aplikazioaren eragiketa-pantailetan zuzenean bistaritzen den txataren bitartez.
- Bada ere zerbitzu profesional bat zure kasua MODU KONFIDENTZIALEAN planteatu nahi baduzu. Horretarako, 900 840 111 zenbakira deitu behar duzu. Telefono-zerbitzu bat da, eta egunean 24 orduko arreta bermatzen du urteko 365 egunetan. Zerbitzuak 51 hizkuntzatan erantzun diezaike deiei, eta entzumen-desgaitasuna duten pertsoneri arreta eman ahal izateko zerbitzua du. Eremu segurua da. Inork ez du jakingo deitu denik, ez baitu arrastorik uzten telefono-fakturan.
- Zure kasua profesionali MODU PRESENTZIALEAN planteatu nahi badiezu, Biktimari Laguntzeko Zerbitzua (BLZ) izenekoa dago lurralde historiko bakoitzean (Araba: 900 180 414; Bizkaia: 900 400 028; Gipuzkoa: 900 100 928).
- Era berean, hitzordua eska dezakezu zure udaleko oinarrizko gizarte-zerbitzuan. Bertan, orientatu egingo zaituzte eskuragarri dituzun baliabide eta zerbitzu guztien inguruan —aldi baterako ostatua (beharrezkoa balitz), laguntza psikologikoa, aholkularitza juridikoa, etab.—. Bertan, laguntza eta aholkularitza emango dizkizute zure bizi-kalitatea hobetzeko hartu beharreko erabakiei buruz.
- Badira ere **gizarte-larrialdietako zerbitzuak:**

Araba eta Vitoria-Gasteiz

Udalaren Gizarte Larrialdietarako Zerbitzua (UGLZ). Arabako lurralde osoan ematen du arreta.

Telefonoa: 945 134 444. Astelehenetik ostiralera, 14:30etik aurrera, eta larunbat eta igandeetan 24 orduetan. (Gizarte-zerbitzuen arretarako lan-ordutegian, aipatutako gizarte-zerbitzuetara jo behar da).

Bizkaia

Larrialdiko harrera zerbitzua. Zerbitzu hau Emakumeak Babesteko eta Familiei Laguntzeko Zerbitzuaren lan-ordutegitik kanpo ematen zaie



tratu txarrak jasaten dituzten emakumeei eta bere ardurapean dauden seme-alabei.

Zerbitzurako sarbidea: Ertzaintzaren edozein polizia-etxetara joanda.

Bilbo

Udalaren Gizarte Larrialdietarako Zerbitzua (UGLZ). Telefonoa: 94 470 14 60. Eskuragarri urteko 365 egunetan, eguneko 24 orduetan.

Gipuzkoa

Gizarte Larrialdien Koordinazioko Zerbitzua (GLKZ). Telefonoa: 943 224 411 (7:00etatik 21:00etara). 112 SOS DEIAKen bitartez (21:00etatik a 7:00etara) – E-mail: sfus@gipuzkoa.eus. Eskuragarri urteko 365 egunetan, eguneko 24 orduetan.

Donostia

Gizarte Larrialdietarako Udal Zerbitzua – GLUZ. Eskuragarri urteko 365 egunetan, eguneko 24 orduetan. Telefonoak: 092; 112; 943 483 849.

ERTZAINZA

Larrialdi-kasuetarako arreta: babesteko aginduen eskariak tramitatzea; salaketak 24 orduetan jasotzeko laguntza-zerbitzua; arreta-zerbitzu pertsonalizatua; sakeleko telefonoaren eskaintza (Bortxa), larrialdi-abisuetarako; eta babeserako polizia-neurriak.

LAGUN EGITEA. Biktimak bere segurtasuna arriskuan ikusten badu, edota hala eskatzen badu, lagundu egingo zaio bai berari eta, beharrezkoa bada, baita bere ardurapean dituen seme-alaba adingabeei ere, berak proposatutako helbidera edo beste tokiren batera (senitartekoren baten etxera, lagunenera, etab.).

MENDEKOTASUNA DUTEN PERTSONAK. Biktimaren ardurapean dauden adingabeak edo mendekotasuna duten pertsonak, biktima haietaz arduratu ezin den denboran, hark izendatutako pertsonaren edo senitartekoen erantzukizunpean jarriko dira. Hori ezinezkoa bada, ezarritako zerbitzu publikoei deituko zaie haien ardura har dezaten.

EAEn baliabideak. EMAKUNDE

EAEn indarkeriaren biktima diren emakumeenganako arretari buruzko baliabideen mapa: http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_atencion/es_def/adjuntos/mapa_recursos_mujeres_violencia_capv.pdf. Emakunderen web-orria: www.emakunde.euskadi.eus



Baliabideen eta zerbitzuen gidaliburua. Enpleguko eta Gizarte Politiketako Saila, Eusko Jaurlaritza. www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/folletos_violencia_mujeres/es_teleasis/adjuntos/2014_EMAKindark_ESTx.pdf

Auzitegiko klinikak

Auzitegiko klinika-zerbitzua, Bilbo

- Buenos Aires, 6, laugarren solairua
- 48001 Bilbo, Bizkaia
- Telefonoa: 94 401 64 84
- Faxe: 94 401 66 27
- Orduetgia: 9:00etatik 14:00etara
- justiziaeus@justizia.eus
- Ikusi mapan - Nola iritsi

Auzitegiko klinika-zerbitzua, Vitoria-Gasteiz

- Gasteiz hiribidea, 18, beheko solairua
- 01008 Vitoria-Gasteiz, Araba
- Telefonoa: 945 004 892 - 945 004 893
- Faxe: 945 004 860
- Orduetgia: 9:00etatik 14:00etara
- justiziaeus@justizia.eus
- Ikusi mapan - Nola iritsi

Auzitegiko klinika-zerbitzua, Donostia

- Kalkutako Teresa Plaza, 1 (Atotxa), Pbeheko solairua
- 20012 Donostia, Gipuzkoa
- Telefonoa: 943 004 350
- Faxe: 943 000 708
- Orduetgia: 9:00etatik 14:00etara
- justiziaeus@justizia.eus
- Ikusi mapan - Nola iritsi

Auzitegiko klinika-zerbitzua, Durango

- Ezkurdi plaza, z.g., bigarren solairua
- 48200 Durango, Bizkaia
- Telefonoa: 94 603 00 56
- Faxe: 94 603 00 80



- Orduategia: 9:00etatik 14:00etara
- [Ikusi mapan - Nola iritsi](#)

Auzitegiko klinika-zerbitzua, Eibarr

- Juan Gisasola, 1, beheko solairua
- 20600 Eibar, Gipuzkoa
- Telefonoa: 94 303 34 10
- Faxa: 94 603 34 11
- Orduategia: 9:00etatik 14:00etara
- [Ikusi mapan - Nola iritsi](#)

Auzitegiko klinika-zerbitzua, Getx

- Foruak, 10, beheko solairua
- 48992 Getxo, Bizkaia
- Telefonoa: 946 023 967
- Faxa: 94 602 39 92
- Orduategia: 9:00etatik 14:00etaras
- [Ikusi mapan - Nola iritsi](#)

Auzitegiko klinika-zerbitzua, Barakaldo

- Bide Onera plaza, z.g., solairuarteraa
- 48901 Barakaldo, Bizkaia
- Telefonoa: 944 001 022
- Faxa: 94 400 10 78
- Orduategia: 9:00etatik 14:00etaras
- [Ikusi mapan - Nola iritsi](#)

Servicio de Clínica médico-forense, Gernika-Lumo

- Allende Salazar, 9, solairuartera
- 48300 Gernika-Lumo, Bizkaia
- Telefonoa: 94 603 57 75
- Faxa: 94 603 57 96
- Orduategia: 9:00etatik 14:00etara
- [Ikusi mapan - Nola iritsi](#)



BIBLIOGRAFIA

GIDAK, PROTOKOLOAK, ARAUDIA ETA TXOSTENAK, ETA DOKUMENTU INSTITUZIONALAK

- AEPCC-Guía: Vacunación selectiva frente al virus del papiloma humano en poblaciones de riesgo elevado. Koordinatzailea: Campins, M. Autoreak: Alemany L., Bayas J.M., Borrueal N., Campins M., Castellsagué X., Curran A., Díaz de Heredia C., Martínez X., Moraga-Llop F.A, Torné A. Orraztaile-editoreak: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; or.: 1-46. ISBN 978-84-617-6553-9.
- Carmona A. Abordaje de la Violencia Machista en Mujeres con TMG en el marco de la pareja o expareja. Protocolo de Actuación Sanitaria ante la violencia machista en la Illes Balears. 2017. 59-66.
- Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the specific needs in womens. In: Treatment improvement protocol. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration, 2009.
- Centre International de L'enfance. Los niños víctimas de servicios y maltratos. Documento para el Proyecto CU. Paris 1980.
- Chaib F, Orton J, Steels K, Ratsela K. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2013. Hemen eskuragarri:
- Erakundeen arteko II. Akordioaren Segimendu Batzordea. Genero-indarkeria pairatzen duten Euskadiko haurren giza eskubideak babesteko ikuspegi eta ekintza-ildoak. 2017/6/28ko bilkuran onartutako dokumentua.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales, Instituto madrileño del Menor y la Familia. Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil. 1999.
- Comunidad de Madrid. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 2010.
- Comunidad de Madrid. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 2014.

- Comunidad de Madrid. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 2008.
- Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Guía de Atención a mujeres con Trastorno Mental Grave. 2010
- Europako Kontseilua. Europako Kontseiluaren Hitzarmena, emakumeen aurkako indarkeria eta etxeko indarkeria prebenitzeari eta haren aurka borrokatzeari buruzkoa. 2011. Hemen kontsultatu daiteke: <http://www.mspsi.es/fr/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejoeu/CAHVIO.pdf>
- Europako Kontseilua. Hitzarmena, emakumeen aurkako indarkeria eta etxeko indarkeria prebenitzeari eta haren aurka borrokatzeari buruzkoa, 2011ko maiatzaren 11koa (Istanbuleko Hitzarmena), Espainiako estatuak 2014an berretsia.
- 147/2015 DEKRETUA, uztailaren 21ekoa, Euskadiko osasun-sisteman pertsonen Eskubideei eta Betebeharrei buruzko Adierazpena onartzen duena.
- 152/2017 Dekretua. BALORA, EAEn haurrak eta nerabeak zaintzeko eta babesteko udal- eta lurralde-mailako gizarte-zerbitzuetan arrisku- eta desanparogoen larritasuna balioesteko tresna. Hemen eskuragarri: www.euskadi.eus/contenidos/informacion/balora/eu_doc/adjuntos/BALORA_EU.pdf
- 185/2015 Dekretua, urriaren 6koa, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren prestazio eta zerbitzuen zorroari buruzkoa. <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/eu/bopv2/datos/2015/10/1504561e.pdf>
- Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. Emakumeen aurkako etxeko esparruko tratatu txarrari eta sexu-indarkeriari aurre egiteko osasun-protokoloa. 2008.
- EIGE (European Institute for Gender Equality). Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. 2014.
- EIGE (Genero Berdintasunerako Europako Institutua). 2017. Emakume eta nesken aurkako ziberindarkeria.
- Emakunde. Emakumearen Euskal Erakundea. EAeko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VI. Plana. 2014. Hemen kontsultatu daiteke: http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/u72_iv_plan/eu_emakunde/adjuntos/VIPlan_final_eu.pdf
- Emakunde. Emakumearen Euskal Erakundea. (EDE Fundazioak landua). EAEn indarkeriaren biktima diren emakumeenganako arretari buruzko baliabideen mapa, 2017. http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_atencion/es_def/adjuntos/mapa_recursos_mujeres_violencia_capv.pdf



- Emakunde. Emakumearen Euskal Erakundea. "Emakumeen aurkako Indarkeria EAEn", 2016. http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/eu_def/adjuntos/azken_txostena_2014_2015-06.pdf
- Emakunde. Baliabideen eta zerbitzuen gidaliburua, 2014. http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/folletos_violencia_mujeres/es_teleasis/adjuntos/2014_EMAKindark_EUtx.pdf
- Emakunde. Emakumearen Euskal Erakundea. Gizonduz (<http://www.emakunde.euskadi.eus/gizoneus/-/informazioa/gizonduz-sarrera/>).
- Emakunde. Emakumearen Euskal Erakundea. EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana. http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/emakunde7plana/eu_def/adjuntos/vii_plana.pdf
- EMAKUNDE. Emakumearen Euskal Erakundea. Etxeko tratu txarraren eta sexu-erasoen biktima diren emakumeenganako arreta hobetzeko instituzio arteko II. Hitzarmena, 2009.
- Euskadiko koordinazio soziosanitarioko taldea. Euskadiko Lehen Mailako Arreta Soziosanitarioko protokoloak egiteko gida, 2014.
- Eudel, Emakunde. Etxeko tratu txarrak eta sexu-erasoak jasaten dituzten emakumei LAGUNTZA HOBEA EMATEKO TOKIKO PROTOKOLOAK ETA NEURRIAK hartzeko jarraibide-gida, 2006.
- FEDEAFES. Buru-gaixotasuna duten emakumeen aurkako indarkeriari buruzko ikerketa. 2017.
- Fleck-Henderson, A., Jensen, S., Emory, W. y Savage, J. (2004). Domestic Violence. Training Program. Simmons School of Social Work. Massachusetts NASW Committee on Domestic Violence and Sexual Assault.
- Fundación Salud y Comunidad. Observatorio Noctámbul@s. Informe 2016-17. Bartzelona, 2017.
- García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stockl, H., Watts, Ch. & Abrahams, N. (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación. Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea. Eskuragarri hemen: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?sequence=1
- Eusko Jaurlaritz, Osasun Saila. "Euskadiko Osasun Sistematan pertsonak dituzten eskubide eta betebeharrak buruzko Adierazpena", 2015. http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/derechos_deberes_presentacion/es_def/adjuntos/declaracion-derechos-deberes.pdf

- Eusko Jaurlaritza. Enplegu eta Gizarte Politiketako Saila. Zer egin emakumeen kontrako indarkeriaren aurrean? Baliabideen eta zerbitzuen gidaliburua. 2015.
- Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila eta Enplegu Saila. Arreta psikosantarioaren lehentasun estrategikoak. Euskadi, 2017-2020. 2018ko apirila.
- Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila, Aseguramendu eta Kontratazio Sanitarioko Zuzendaritza. ESlak ebaluatzeko eskuliburua. II. eranskina. Kontratua, 2017ko programa (3. bertsioa, 2017ko apirilekoa).
- Eusko Jaurlaritza. Osasun eta Kontsumo Saila. ZAINDU programa. Osasun-langileen egitekoa emakumeen aurkako indarkeriaren aurrean, 2010. http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckserv01/es/contenidos/nota_prensa/prensasanidad222/es_ps222/prensasanidad222.html
- Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila. Osakidetza. Emakumeen aurkako etxeko esparruko tratu txarrari eta sexu-indarkeriari aurre egiteko osasun-protokoloa, 2008.
- Eusko Jaurlaritza. Lan eta Justizia Saila. Varona Gema, Igartua Idoia, Galarraga Auxkin. Genero-indarkeriagatik zigortutako gizonetako lan hezitzaile eta terapeutikorako Gakoa programaren kanpoko ebaluazioa. 2018.
- Eusko Jaurlaritza. Osakidetza. Osasun Mentaleko Aholku Batzordea. Osasun mental larria eta osasun-koordinazioa. 5. dokumentua. Maiatzak 3, 2016.
- Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila. Adikzioen VII. Plana. Euskadi, 2017-2021. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzako Argitalpen Zerbitzu Nagusia, 2017.
- Grupo 25 (2006). Criterios de Calidad para Intervenciones con Hombres que ejercen Violencia en la Pareja. Madrid: Cuadernos para el Debate Grupo 25.
- Basurtoko Unibertsitate Ospitalea. Sexu-erasoen aurrean jarduteko protokoloa, 2009 (azken aldaketa 2016an).
- Lagarde, M. (2000), "Autoestima y género", Cuadernos inacabados.
- 14/2010 Legea, maiatzaren 27koa, haur eta nerabeen eskubide eta aukerei buruzkoa (Katalunia).
- 4/2005 Legea, otsailaren 18koa, emakumeen eta gizonen berdintasunerakoa.
- 1/1996 Lege Organikoa, urtarrilaren 15koa, Adingabearen Babes Juridikoari buruzkoa. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
- 1/2004 Lege Organikoa, abenduaren 28koa, genero-indarkeriaren aurka oso osoko babesa emateko neurriei buruzkoa.



- 8/2015 Lege Organikoa, haurrak eta nerabeak babesteko sistema aldatzen duena. Hitzaurrea.
- 27/2003 Legea, etxeke indarkeriaren biktimak babesteko agindua arautzen duena.
- Lorente Acosta Miguel. Violencia de género, educación y socialización: acciones y reacciones. (2007)
- Lorente Acosta, M, Toquero de la Torre, F, "Abordaje en situaciones de violencia de género", Guía de buena práctica clínica, Ed. International Marketing y Communications. Madril, 2004.
- Berdintasun Ministerioa. Montero, A. (Coord.). (2009). Informe sobre criterios comunes para programas de intervención reeducativa con hombres agresores en violencia de género.
- Justizia Ministerioa, Idazkaritza Nagusi Teknikoa. Guía y manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. Boletín de Información (Suplemento al núm. 2000), 2005.
- Justizia Ministerioa, Justizia Administrazioa Antolatu eta Koordinatzeko Zuzendariordetza Nagusia. Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación, 2012.
- Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013 – 2016). 2013 <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/home.htm>
- Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de Estudio de SIDA (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (SESLAP), Asociación Nacional de Médicos del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Medicina de urgencias y Emergencias (SEMES), Grupo de Estudio de Hepatitis Víricas-SEIMC (GEHEP) y Federación Española de la Enfermería del Trabajo (FEDEET), marzo 2015.
- Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2012.

- Osasun, Kontsumo eta Ongizate Ministerioa. Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020.
- Nazio Batuak (NBE). Batzar Nagusia. 1993. Emakumearen aurkako indarkeriari buruzko Ebazpena (A/RES/48/104, 1994ko otsailaren 23a). 1 eta 2.1 artikulua.
- Nazio Batuak. Idazkari nagusiaren mundu-mailako azterlana haurren aurkako indarkeriari buruz; 2006.
- Ohlson (2010). Txostena: Etxeko indarkeriaren lekuko diren haurrak (Children who Witness Domestic Violence).
- OME (Osasunaren Mundu Erakundea) (1998a). Familia- eta ugalketa-osasuna. OEP. Osasun eta Garapen Dibisioa. Violencia contra la Mujer: Un tema de Salud prioritario. Washington DC: OMS/OPS.
- OME (Osasunaren Mundu Erakundea) (1998b). Violencia contra la mujer. Hemen: http://www.who.int/entity/gender/violencia/en/violencia_infopack1-pdf
- OME. Txostena. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Eskuragarri hemen: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/.
- OME. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva.
- OME. (2009). Violencia contra la mujer Nota descriptiva N°239. Hemen kontsultatu daiteke: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>
- OME. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. 2014.
- OME. C García-Moreno. Género, salud y equidad. 2000.
- OEP (Osasunaren Erakunde Panamerikarra). (2000). La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina.
- OEP-OME. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C.: OPS, 2016.
- Nazio Batuen Erakundea. Emakumearen aurkako indarkeria ezabatzeari buruzko Adierazpena. Batzar Nagusiaren 48/104 Ebazpena, 1993ko abenduaren 20koa.
- Nazio Batuen Erakundea. Beijingeko Ekintza Plataforma eta emakumeen aurkako indarkeria. 1995. Hemen kontsultatu daiteke: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>



- Osasunaren Mundu Erakundea. Osasun-arreta bikote-indarkeria edo sexu-indarkeria jasan duten emakumeentzat. Eskuliburu klinikoa. 2016.
- Osasunaren Mundu Erakundea. Emakumearen aurkako indarkeriari buruzko mundu- eta eskualde-mailako balioespena: ezkontza barruko indarkeriaren eta ezkontzaz kanpoko sexu-indarkeriaren prebalentzia eta ondorioak osasunean: orientazio-laburpena. Geneva. 2013.
- Osasunaren Mundu Erakundea. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública [Internet]. Osasunaren Mundu Batzarra (49.a); 1996ko maiatzaren 20tik 25era; Geneva. Suitza. 1996 (WHA49.25 ebazpena). Hemen kontsultatu daiteke: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
- Osasunaren Mundu Erakundea. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Geneva: OME; 2013. 56 or. Ingelesez eskuragarri hemen: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=5003315074087B95C0C69A8B704D6858?sequence=1
- Osasunaren Erakunde Panamerikarra. Atención de la salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, DC, 2016.
- Osasunaren Erakunde Panamerikarra. Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud (publicación científica y técnica, 588). Washington, DC.
- Osasunaren Erakunde Panamerikarra. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC, 2014.
- Osakidetza. Barrualde-Galdakao ESI. Larrialdietako Zerbitzuan genero-indarkeriaren biktima diren emakumeei arreta emateko prozedura. 2011.
- Osakidetza. Barrualde-Galdakao ESI. Emakumeen aurkako sexu-erasoen aurrean osasun-arreta emateko protokoloa. 2016.
- Quinteros A, Carbajosa P. Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores. Madrid: Grupo 5; 2008.
- Región de Murcia. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Guía de actuaciones ante la violencia de género en el ámbito sociosanitario, 2017. <https://igualdadylviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/11037946/Gu%C3%ADa+de+actuaciones+en+V+G+%C3%A1mbito+socisanitario/04aedaab-0a1c-45a4-81e2-d5c03ce4a030>

- Rivera, E. A., Phillips, H., Warshaw, C., Lyon, E., Blain, P. J., Kaewken, O. An applied research paper on the relationship between intimate partner violence and substance use. Chicago: National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health, 2015.
- Save the Children, Espainia. (2011). En la violencia de género no hay una sola víctima. Hemen: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/en-la-violencia-de-genero-no-hay-una-sola-victima>.
- Save the Children, Eusko Jaurlaritzako Gizarte Ongizatearen Zuzendaritza, IRSE, Bartzelonako Udala. María Tovar Belmar. MANUAL DE ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO FAMILIAR.
- SEGO. Anticoncepción de Urgencia. Guía de Asistencia Práctica, 2013.
- Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. No hacer en la violencia de género. Web-orria: <https://gdtmujersomamfyc.files.wordpress.com/2017/11/no-hacer-final-oct-resumen-logo1.pdf>
- UNICEF. Innocenti Report Card Digest nº 2. Niños y Violencia. 1999.
- Europar Batasuna. Funtsezko Eskubideen Agentzia. FRA txostena: Emakumeen aurkako genero-indarkeria – Funtsezko eskubideak. Viena: EBko Argitalpenen Bulegoa. 2014; 31–45. Eskuragarri hemen: <http://fra.europa.eu/en/about-fra>.
- WHO. Violence Against Women: a priority health issue. Geneva, 1997. WHO/FRH/WHD/97.8. http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
- Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64: 3.
- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence, 2013.
- World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A Clinical handbook, 2014.
- World Health Organization. INSPIRE. Seven Strategies for Ending Violence Against Children. 2016.
- World Health Organization. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines, Geneva 2013.



ALDIZKARIETAKO ARTIKULUAK

- Alonso-Borrego, C. Carrasco Perea, R. Empleo y riesgo de violencia doméstica. ¿Importa quién es el sustentador principal? Panorama Social, primer semestre de 2018; 27 (Brechas de género): 199-217. http://www.funcas.es/publicaciones_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15027
- Amy Weil, MD. Intimate Partner violence: diagnosis and screening. Sept. 2018. Eskuragarri hemen: <https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-diagnosis-and-screening>
- Aretio Romero A. Servicio Riojano de Salud. Gac Sanit. 2007;21(4):273-7.
- Asúa Batarrita, A.; "Criminología y multiculturalismo. Medidas internacionales y propuestas de tratamiento jurídico para la erradicación de la mutilación genital femenina". Eguzkilore, 18 zk., 2004, 93. or.
- Blanco, P. (2004). La violencia de la pareja y la salud de las mujeres. Gaceta Sanitaria, 18(1), 182-188. Eskuragarri hemen: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029
- Bosch, E. y Ferrer, V. A. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el s. XXI. Psicothema, 24 (4), 548-554.
- Bosch, F., y Ferrer, V. A. (2000). La violencia de género: de cuestión privada a problema social. Psychosocial Intervention, 9(1), 7-20. Eskuragarri hemen: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818244002>.
- Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Gil-González, D.e Álvarez-Dardet, C. (2007) ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a sus parejas? Rev Panam Salud Pública, 22, 55-6. Choosing wisely. Eskuragarri hemen: <http://www.choosingwisely.org/getting-started/> • lists/
- Coben JH, Friedman DI. Health care use by perpetrators of domestic violence. J Emerg Med 2002; 22:313-7.
- Craven, S., Brown, S. J., y Gilchrist, E. (2006). Sexual grooming of children: review of literature and theoretical considerations. Journal of sexual aggression.
- De Miguel, A., Revista Europea de Derechos Fundamentales • ISSN 1699-1524. 19 zk. / 1. seiñalekoa, 2012. 49.-74. orrialdeak.
- Dutton, D. G. y Corvo, K. 2007. The Duluth model. A data-impervious paradigm and a failed strategy, Aggression and Violent Behavior 12: 658-667.

- Ferrer Pérez Victoria A., Bosch Fiol Esperanza, Ramis Palmer M^a Carmen. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. Clínica y Salud [Internet]. 2008 Mayo [aipatua: 2018ko ekaina, 13]; 19(1): 59-81. Eskuragarri hemen: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100003&lng=es.
- Ferrer, V. A. y Bosch, E. Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. Papeles del Psicólogo, 75, 13.-19 or. 2000.
- Ferrer-Pérez, V. A., López-Prats, L., Navarro-Guzmán, C., & DOI, E. B. F. (2016). La vigencia de los mitos sobre la violencia contra las mujeres en la pareja. Información Psicológica, (111), 2-17.
- Fogarty, C.T., Brown J.B. (2002) Screening for abuse in Spanish-speaking Women. Journal of the American Board of Family Practice 15 (2), 101-111
- Geldschläger Heinrich. Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género. FMC. 2013; 20:89-99 - 20. liburukia. 02 zk.
- Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002. Cuadernos Técnicos, 6 zk.
- Gold, L., Norma, R., Devine, A., Feder, G., Taft, A.J. & Hegarty, K.L. (2011). Cost-effectiveness of health care interventions to address intimate partner violence: what do we know and what else should we look for?. Violence against women, 17 (3), 389-403.
- Gómez Fernández Itziar ¿Un pacto de Estado o un pacto constituyente contra la violencia machista? Cuadernos Manuel Giménez Abad, febrero 2017.
- Gracia Guillén D. Ética de los cuidados paliativos: entre la convicción y la responsabilidad. Ten Have, H & Clark, D. (Eds.) Buckingham-Philadelphia, Open University Press, 2002, 87.-105. or.
- Gracia Ibáñez, J. La violencia de género contra las mujeres mayores. Un acercamiento socio-jurídico. Revista Derechos y Libertades. 27 zenbakia, II. garaia, 2012ko ekaina.
- Heise, LL., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). Para acabar con la violencia contra la mujer. Population Reports, 4, L seriea, 11 zenbakia (Temas sobre Salud Mental).
- Heise. L. Violence against women: An integrated, ecological framework. Violence against Women 1998; 4: 262-290.



- Holden, G.W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 151-160.
- Hughes D. Hughes, D. M. (2004b). The role of “marriage agencies” in the sexual exploitation and trafficking of women from the former Soviet Union. *International Review of Victimology*, 11, 49-71. 2004.
- Kelly, L. (2000). ¿Cómo en casa en ninguna parte? La violencia doméstica, la seguridad de las mujeres y los niños y la responsabilidad de los hombres. Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia (25-36 or.). Valentzia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Krug E.G., Dahlberg I.I., Mercy J.A., Zwi A.B. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* [Internet]. 2003 June [cited 2018 June 12]; 45(3): 130-130. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003646652003000300014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>.
- Lila.M. La intervención con hombres condenados por violencia de pareja contra la mujer en España: investigación y avances en intervención Psicosocial *Intervención*, 22 (2013), 81-85 or.
- Llopis, J. J., Castillo, A., Rebullida, M. y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 5 (2), 137-157.
- Lorente, M. (2009). El maltratador, la condición masculina y el maltrato a las mujeres. *Crítica*, 59 (960), 44-47.
- Manjón Gonzalez, J. Psicoterapia Ambulatoria con Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja. Una propuesta desde el Modelo Transteórico del Cambio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2012; 32 (113), 83-101.
- Maqueda Abreu, M. L. 2017. ¿Es la estrategia penal una solución a la violencia contra las mujeres? Algunas respuestas desde un discurso feminista crítico. *Género, violencia y derecho*: 363-408. Eskuragarri hemen: <http://www.pensamientocritico.org/marmaq0208.html>.
- Méndez, R. (2010). El SAP en su repercusión social. En A. Escudero, D. González, R. Méndez, C. Naredo, E. Pleguezuelos y S. Vaccaro (Eds.), *Informe del Grupo de Trabajo de Investigación sobre el Supuesto Síndrome de Alienación Parental* (pp. 76-94). Madrid: Berdintasun Ministerioa.
- Momeñe, J., Jáuregui, P. y Estévez, A. Deustuko Unibertsitatea (Spainia). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia

emocional. Behavioral Psychology / Psicología Conductual. 25 liburukia, 1 zk., 2017, 61.-75. or.

- Ortega , R. , Rey R.d. y Casas, J.A. (2013). Redes sociales y cyberbullying: El proyecto ConRed. Convives, 3, 34-44.
- Ortega, E. Jornada. Mujeres y Adicciones “Hacia un cambio de perspectiva”. 2017ko uztaila.
- Pagelow, MD. (1997) Battered women: An historical research and some common myths. Journal of aggression, Maltreatment and Trauma, 1 (1): 97-116.
- Palomo Pinto M. Violencia contra la mujer: atención urgente ante el maltrato ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente? SEMERGEN 2004;30(2):68-71.
- Pérez Gómez, A. y Correa Muñoz, M., Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. liber.[online]. 2011, 17. liburukia, 2 zk., 211-222 or.
- Peters, J. (2008). Measuring myths about domestic violence: development and initial validation of the domestic violence myth acceptance scale. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 16 (1), 1-21.
- Placeres, S. y López, P. (2011). Violencia masculina. Una mirada desde una perspectiva de género, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, mayo 2011. Eskuragarri hemen: www.eumed.net/rev/cccss/11/
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz Pérez, I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Medicina Clínica (Bartzelona), 122, 461-467. 2004.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983; 51 (3): 390-395.
- Ruiz Pérez I, Blanco Prieto P, Vives Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit 2004; 18 (2. gehigarria): 4-12.
- Sainz-Guinea A, Mar J, Sánchez M, Ibañez M, Ziarrusta M.J, Arrospide A. Calidad de vida de las mujeres víctimas de violencia del compañero íntimo. Gaceta Médica de Bilbao. 2013.
- Salamanca Fernández Alicia. El patriarcado y las drogas: el espejismo de la igualdad para las mujeres. Drogas & Género, 2017. <https://bit.ly/2wT2dod> [Kontsultatua: 2018-12-03].



- San Martín, C. y González, A. (2011). Las mujeres víctimas de violencia en los discursos psicológicos: ¿Espejos deformantes? *Estudios de Psicología*, 32 (3), 405-417.
- Sánchez Moro, C., programa Daphne European Project Stop V.I.E.W contra la violencia hacia las mujeres mayores. *Trabajo Social Global. Revista de investigaciones en intervención social*, 3(5,92-105).
- Sanz-Barbero B, Heras Mosterio J, Laura Otero García L y Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit.* 2016;30(4):272–278.
- Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry.* 1990; 147 (12): 1602-8.
- Sepúlveda García de la Torre A. La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. *Cuad Med Forense* 2006; 12(43-44):149-164.
- Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 419-426.
- Simonelli Alessandra, Caterina E. Pasquali, Francesca De Palo. Intimate partner violence and drug-addicted women: from explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology* 2014;5:24496.
- US Preventive Services Task Force. Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: Screening. January 2013.
- Vázquez, B. (1999). Evaluación psicológica de la mujer maltratada. *Clínica y Salud*, 10 (3):377-391.
- Villavicencio, P. (1993). Mujeres maltratadas: Conceptualización y evaluación. *Clínica y Salud*, 4: 215.-228. or.
- Vives-Cases C, La Parra Casado D. Spanish politicians discourse about the responses to violence against women. *Gac Sanit.* 2008;22:451-6.

LIBURUAK

- Alicia Bolaños Naranjo Vocal de Derechos Humanos de Médicos del Mundo-España. La prostitución desde una perspectiva de los derechos humanos ponencia para la comisión mixta congreso-senado. 2007.
- Arana Xabier, Domingo Comas. Consumo de alcohol y violencia de género: perspectiva de los y las profesionales de ámbito de las drogodependencias,

jurídico y social. Donostia-San Sebastián: Universidad del País Vasco, Instituto Vasco de Criminología, 2017.

- Blanco P, Ruiz Jarabo C. La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Ediciones Díaz de Santos 2004.
- Bonino, Luis. Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. 2008.
- Bosch, E. y Ferrer, V. A. (2002). La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata. Valencia: Ed.Cátedra. Colección Feminismos.
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M. and Mendoza, J.A. Violence against women in latin america and the caribbean: a comparative analysis of population- based data from 12 countries. Washington, dc: pan American health organization. 2012.
- Bourdieu, Pierre (2000). La dominación masculina. Barcelona, Anagrama.
- Bronfenbrenner, U (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano en La ecología del desarrollo humano, Barcelona: Paidós, 1987.
- Fernández, M. (2002). Los malos tratos a escena. El teatro como herramienta en la lucha contra la violencia de género. España: Ediciones KRK.
- Gómez de Terreros, I. Los profesionales de la salud ante el maltrato. 2ª ed. Editorial Comares. Granada. 1997.
- Gomiz Pascual, M.P. Violencia contra las mujeres con discapacidad. Miren Josune Aguinaga Roustán (dir.). Universidad Nacional de Educación a Distancia (España, 2015). http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSoc-Mpgomiz/GOMIZ_PASCUAL_M_del_Pilar_Tesis.pdf
- Gomiz Pascual, M.P. Violencia contra las mujeres con discapacidad. La voz de las víctimas. Fundación Foessa, Madrid, 2018.
- Gracia Guillén D. "Como arqueros al blanco". Triacastela, Madrid, 2004.
- Larouche G. (1987). Agir contre la violence. La Pleine Lune: Québec, Kanada.
- Martínez Martín M.I y Sánchez Galindo, M Los costes sociales y económicos de la violencia doméstica en Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. 2004.
- O'Connor, M. and G. Healy. The Links between Prostitution and Sex Trafficking: A Briefing Handbook Stockholm: Joint CATW-EWL Publication. 2006.



- Pratto, F., y Walker, A. (2004). The bases of gendered power. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), the psychology of gender (2nd ed) (242.-268. or.). New York: The Guilford Press.
- Rodríguez-Miñón Sala, E. Factores de riesgo o vulnerabilidad ante la violencia de género de las mujeres residentes en municipio pequeños o rurales desde la perspectiva ecológica. Universitat Jaume I. 2016.
- Seligman, M. (1975). Indefensión. Madrid: Debate.
- Sidanius, J., y Pratto, F. (1999). Social dominance. An intergroup theory of social hierarchy and oppression. New York: Cambridge University Press.
- Touraine A . El mundo de las Mujeres. Paidós. Barcelona. 2007.
- Walker, L. (1979). The battered woman. New York: Harper and Row.
- Zubizarreta, I. et al. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa. Personalidades violentas. Pirámide. Madrid. 129.-152 or.

