

*Detección y atención psicosocial
precoz de la violencia doméstica
contra mujeres vulnerables*

Elvira Méndez



Associació · Asociación
SALUD Y FAMILIA

Via Laietana, 40, 3è 2a B · 08003 Barcelona · Tel. 93 268 36 00 · Fax 93 319 85 66
E-mail: saludyfamilia@saludyfamilia.es · www.saludyfamilia.es

Con el soporte financiero de:



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Título:
Detección y Atención Psicosocial Precoz de la Violencia Doméstica contra Mujeres Vulnerables.

© Elvira Méndez Méndez, 2008

© Associació Salut i Família, Barcelona, 2008
Via Laietana, 40, 3è 2ª B
08003, Barcelona
www.saludyfamilia.es

Ilustración de cubierta: *Watiya Tjuta (Trees)*, 2000. © Mitjili Napurrula.

Fotocomposición e Impresión: Gràfiques Marçet, S.A.

D.L.B-I2224-2008

Colaboradores del Proyecto:

Associació Salut i Família:
Mara Martínez Morant. Cristina Nieto Carrillo. Laura Gómez Fernández

Institut Genus:
Llum Polo Sangüesa. Ana Plaza Morales.

Agradecimientos:

Nuestro agradecimiento a Caixa Terrassa que financió la atención psicosocial precoz durante el período 1 de Junio 2005 a 1 de Junio 2006.

ÍNDICE

I	Introducción: la violencia doméstica como problema de salud pública. _____	2
II	La violencia doméstica en los grupos vulnerables de mujeres y familias _____	4
III	Detección y atención psicosocial precoz de la violencia doméstica contra mujeres y familias _____	6
	<ul style="list-style-type: none">• Contexto de la intervención.• Componentes esenciales de la intervención.• Características de las mujeres con sospecha y/o riesgo confirmado de violencia doméstica.• Resultados.• Discusión.	
IV	Conclusiones _____	14
V	Tablas estadísticas _____	15
VI	Anexos _____	20
VII	Bibliografía _____	27

I INTRODUCCIÓN: LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La violencia doméstica contra las mujeres es un problema de alcance mundial que ocurre en todos los ámbitos sociales. La violencia doméstica incluye las agresiones físicas y el maltrato sexual y psicológico. La gran magnitud de la violencia contra las mujeres indujo que la OMS (1996) la declarara un problema prioritario de salud pública.

En España, (Instituto de la Mujer, 2006) un 2,1% de las mujeres se consideraban a sí mismas como maltratadas durante el último año mientras que 6,3% refería algún tipo de maltrato a lo largo de su vida. La mortalidad femenina a manos de la pareja era de una por cada 100.000 mujeres (1998-2001) registrándose un ligero descenso en el año 2004 con un nuevo repunte en el año 2006, aun cuando continúan muriendo más de medio centenar de mujeres cada año. Las denuncias por maltrato eran de una por cada 200 mujeres (1997-2000) y no han hecho más que continuar aumentando, de tal manera que en el periodo 2002-2006 se produjo un incremento del 43,5% (desde el año 2002 se amplió la tipificación de los malos tratos, incluyendo agresiones y otras conductas violentas posteriores a la finalización de la convivencia en pareja). Asimismo, se calcula que dos de cada diez ciudadanos/as mayores de edad han conocido algún caso de violencia doméstica en su entorno familiar y/o social.

La ONU define la violencia contra las mujeres como “cualquier acto o intención que origina daño o padecimiento físico, sexual o psicológico en las mujeres. Incluye las amenazas y la coerción o privación arbitraria de libertad tanto en la vida pública como privada”. Las conductas violentas comprenden diferentes aspectos como por ejemplo: a) el control de los movimientos de las mujeres o la restricción de su acceso a la información o la asistencia así como el aislamiento de su familia y de otras relaciones sociales b) las relaciones sexuales sin consentimiento o forzadas c) el maltrato psicológico que comporta la desvalorización, la intimidación, el desprecio y la humillación en público o privado y, d) los actos físicos de agresión. Habitualmente, coexisten diferentes tipos de violencia en una misma relación de pareja. A menudo, el maltrato empieza por conductas de control y desvalorización de la mujer y se va extendiendo a otras formas de maltrato sexual y físico. Aun así, la mortalidad entre mujeres menores de 21 años (2005) podría apuntar hacia un cambio en los patrones del comportamiento violento de las parejas masculinas, que tradicionalmente se han descrito como un proceso de cronificación a lo largo del tiempo. Algunos autores (Castells, M. Subirats, M., 2007) señalan un nuevo sentido de la violencia doméstica como expresión de desesperación masculina cuando los hombres se dan cuenta de la pérdida de su predominio y de sus privilegios dentro de la pareja y no ven cómo recuperarlos en situación de igualdad.

Las reformas públicas relevantes más recientes han sido la promulgación de la Ley Orgánica de Protección Integral contra la Violencia de Género 1/2004 de 28 de Diciembre y la aprobación del II Plan Integral contra la Violencia Doméstica (2001-2004) así como varias iniciativas legislativas y de coordinación en la misma línea en Cataluña y otras Comunidades Autónomas. El gran esfuerzo público para afrontar la violencia doméstica se ha concentrado principalmente en la mejora de la protección jurídica de las víctimas y el endurecimiento del tratamiento penal de los maltratadores. Las administraciones sanitarias y los expertos recomiendan la detección sistemática de la violencia contra las mujeres en los centros de atención primaria de salud, en los servicios de planificación familiar, en los servicios de salud mental y en los servicios de urgencias. Aun cuando desde un punto de vista normativo se afirma que los servicios sanitarios deben jugar un papel fundamental en la detección y tratamiento de la violencia doméstica, todavía una buena parte de los profesionales sanitarios considera que se trata más bien de un problema social y también judicial. Así, todavía en muchas ocasiones, los profesionales de salud no detectan a las mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden a sus consultas. Las principales barreras por parte de los profesionales sanitarios son la carencia de tiempo y de formación específica tanto para la detección como para la atención al problema (Coll-Vinent, B. 2008)

Por ello, la intervención consistente en detectar y tratar psico-socialmente de forma precoz la violencia doméstica contra las mujeres vulnerables:

- a) Ha diseñado instrumentos de cribado oportunista que hacen posible la detección en el curso de una entrevista única motivada por una solicitud de apoyo socioeconómico a una interrupción voluntaria del embarazo
- b) Ha formado a las trabajadoras sociales de primera línea para que se focalicen en identificar la disposición de las mujeres a cambiar su situación vital
- c) Ha seleccionado los servicios y equipos especializados activos en violencia doméstica que son accesibles en cada ciudad y/o provincia de Cataluña
- d) Ha puesto a disposición de las mujeres vulnerables víctimas de violencia doméstica la atención gratuita a tres visitas de apoyo psicológico y orientación con el equipo especializado del Instituto Genus.

II LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LOS GRUPOS VULNERABLES DE MUJERES Y FAMILIAS

Los diferentes estudios poblacionales (Instituto de la Mujer, 1999, 2002 y 2006) muestran como la violencia doméstica se manifiesta en todas las clases sociales, niveles económicos y educativos y tanto en el ámbito rural como urbano. Se admite que la violencia doméstica no tiene un sólo factor causal y que más bien es el resultado de una interacción entre factores que operan a diferentes niveles (individual, familiar, comunitario y socio-cultural). Así, la violencia doméstica no sería el resultado de casos inexplicables de conducta desviada o patológica sino una práctica aprendida, consciente y orientada producto de una organización social estructurada en base a la desigualdad entre hombres y mujeres (Alberdi, I, 2002).

Pese a que la violencia doméstica aparece en todos los grupos sociales, las mujeres con pocos recursos educativos y económicos refieren sufrir violencia de pareja más frecuentemente que las mujeres pertenecientes a clases sociales menos desfavorecidas. Entre los hombres que tienen conductas violentas no se han evidenciado diferencias relevantes con respecto a la edad o la situación laboral en comparación al total de la población masculina. Recientemente se ha puesto en entredicho que estén suficientemente documentadas diferencias significativas de menores niveles educativos entre los hombres que maltratan a sus parejas (Alvarez-Dardet, C. 2008).

Las mujeres y las jóvenes con pocos recursos educativos y económicos constituyen un grupo vulnerable de población, de tal manera que tienen riesgo de sufrir un amplio abanico de riesgos que van acumulándose y potenciándose a lo largo de la vida. Asimismo, los grupos vulnerables de mujeres presentan déficits en sus capacidades para obtener beneficios o ventajas de la atención sanitaria y social y a menudo, se produce una exclusión “de facto” de estos grupos de la atención sanitaria preventiva como, por ejemplo, el consejo y la asistencia a su salud sexual y reproductiva. Los grupos vulnerables de población femenina se transforman y cambian aceleradamente en las sociedades desarrolladas. Actualmente, en nuestro país, debemos sumar a las capas más desfavorecidas de mujeres autóctonas, algunos sectores de chicas adolescentes y amplios grupos de mujeres inmigrantes de orígenes muy diversos.

Las intervenciones o programas preventivos de alcance general dirigidos a toda la población femenina, muy frecuentemente no llegan a los grupos vulnerables de mujeres, y en consecuencia, sus riesgos y desventajas sociales y de salud se van potenciando y cronificando. Como respuesta a este tipo de barreras surgieron los programas e intervenciones que ofrecen “segundas oportunidades” a las mujeres vulnerables de forma que puedan minimizarse las consecuencias adversas de decisiones y entornos psico-sociales precarios.

Los programas que ofrecen “segundas oportunidades” intentan amortiguar las consecuencias de las conductas de riesgo social y sanitario animando a las mujeres a moverse hacia adelante: a invertir en sí mismas mejorando su información y capacidad de autocuidado así como su autonomía. En ausencia de programas de “segundas oportunidades” las mujeres vulnerables acostumbran a perder una buena parte de sus activos sociales y de salud cada vez que se presenta una situación crítica en sus vidas.

Siguiendo una línea de pensamiento y acción orientada a promover la equidad de acceso y de utilización de los recursos sanitarios y sociales públicos por parte de los grupos vulnerables de población, y especialmente de las mujeres y sus familias, la Asociación Salud y Familia¹ ha diseñado y desarrollado el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo”. Este Programa, ha venido combinando (1991-2007) una elevada accesibilidad y adaptabilidad a los grupos de mujeres vulnerables ofreciéndoles “segundas oportunidades” para mejorar la salud sexual y reproductiva como por ejemplo: a) dar un espacio para que las mujeres reafirmen su decisión de interrumpir o continuar el embarazo b) Cofinanciar selectivamente la interrupción voluntaria del embarazo en función de criterios de necesidad c) Prevenir el aborto de repetición ofreciendo a las mujeres la implantación inmediata y gratuita de un dispositivo intrauterino.

El Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” atiende una población vulnerable que en el año 2007 superó las cuatro mil quinientas mujeres. La crisis personal y familiar que provoca un embarazo inesperado y/o no deseado hace que las mujeres desarrollen conductas activas para buscar ayuda y que muestren una receptividad bastante elevada a los consejos preventivos. La existencia de esta ventana de oportunidad, junto con las repetidas evidencias de violencia doméstica entre las mujeres atendidas, motivó el diseño y despliegue de una intervención consistente en detectar y tratar psico-socialmente de forma precoz la violencia doméstica contra las mujeres vulnerables (Noviembre 2005 – Abril 2007).

¹ La Asociación Salud y Familia es una organización privada no lucrativa de carácter independiente y pluralista inspirada en principios liberales a favor de la capacidad de elección y la autonomía de las mujeres en todas las esferas de la vida pública y privada.

III DETECCIÓN Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL PRECOZ DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MUJERES VULNERABLES

Contexto de la intervención

La intervención de detección y atención psico-social precoz de la violencia doméstica contra mujeres vulnerables se realiza sobre la población de mujeres atendidas en el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo”. Este Programa ha incrementado año tras año el número absoluto de mujeres atendidas (1991-2007: crecimiento interanual del 14,43%) y tiene una cobertura poblacional cercana al 20% de las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo en Cataluña. El programa complementa las acciones y prestaciones de los servicios públicos y privados de salud sexual y reproductiva combinando la facilitación socioeconómica del acceso a los servicios disponibles para la interrupción voluntaria del embarazo con la prevención del aborto de repetición mediante el ofrecimiento de la implantación gratuita post-aborto de un dispositivo intrauterino que garantiza una protección contraceptiva de cinco años.

El Programa parte del posicionamiento estratégico de la Asociación Salud y Familia como organización civil pro-elección que hace realidad la posibilidad de elegir una maternidad deseada y, por lo tanto, responsable entre las mujeres y familias vulnerables. La sostenibilidad a lo largo del tiempo del Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” es el resultado de la creación de un marco de cooperación estable entre la Asociación Salud y Familia, la administración sanitaria de Cataluña y los proveedores públicos y privados de servicios de salud sexual y reproductiva. El Programa trabaja identificando y dando cobertura a las necesidades insatisfechas de las mujeres vulnerables con respecto al acceso y la utilización de toda la gama de servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva y, en especial, ofreciendo contracepción y aborto legal.

A lo largo de los años el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” ha desarrollado una forma de trabajar flexible y adaptativa al tipo de demandas que manifiestan las mujeres vulnerables. Así, se ha podido acoger la demanda de un volumen creciente de mujeres que registra fluctuaciones estacionales considerables a la vez que presenta una gran diversidad de orígenes y culturas y diferentes perfiles de riesgo psico-social. El Programa cuenta con una primera línea de atención a cargo de trabajadoras sociales que mediante una entrevista única con cada mujer valoran el grado de apoyo socioeconómico al aborto legal e informan y aconsejan activamente sobre la contracepción inmediata post-aborto. En el mismo episodio de atención, se facilita la derivación y la programación en una de las clínicas privadas proveedoras de aborto o bien en los hospitales públicos si procede.

El Programa cuenta con una experiencia atesorada de agrupar actividades interrelacionadas en un único proceso asistencial y dispone de una estructura descentralizada territorialmente con puntos de atención en las ciudades de Barcelona, Girona, Lérida y Tarragona. Estos factores se convirtieron en fortalezas decisivas en el momento de valorar la factibilidad de incorporar en la entrevista de rutina una acción sistemática de detección y atención psico-social precoz de la violencia doméstica contra las mujeres vulnerables.

Componentes esenciales de la intervención

La detección y atención psico-social precoz de la violencia doméstica contra las mujeres vulnerables atendidas en el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” se diseñó como una intervención a) Sistemática, es decir, dirigida a todo el colectivo de usuarias del Programa, b) Compactada, es decir, empieza, se desarrolla y finaliza en el curso de la entrevista única que mantienen las mujeres con las trabajadoras sociales de primera línea, c) De respuesta asistencial inmediata consistente en hacer reconocer y movilizar las capacidades de la propia mujer para cambiar su situación vital, d) Paralegal, es decir, colocando en todo momento la posibilidad de denunciar al maltratador en manos de la mujer y enfocando la denuncia como un recurso facilitador para una reparación personal de la víctima más que como una finalidad en sí misma.

Los componentes esenciales de la intervención para detectar y dar atención psico-social precoz a las mujeres vulnerables víctimas de violencia doméstica son:

- Diseño de un instrumento de cribado oportunista: Los criterios de sospecha (ver Anexo III). Es necesario que este instrumento sea consistente con la demanda primaria de las mujeres (solicitud de apoyo socioeconómico a la interrupción voluntaria del embarazo), sencillo de aplicar (no supone una solicitud de datos adicionales a los que ya se piden para hacer la valoración del grado de necesidad que presenta cada mujer) y presumiblemente fiable como indicador de sospecha de maltrato.
- Adaptación del modelo transteórico de cambio (Prochaska y DiClemente, 1982) a las situaciones de violencia doméstica: Definición de las fases del cambio en casos de violencia contra mujeres vulnerables (ver Anexos I y II). Trabajar con esta aproximación supone que el foco del diálogo sea explorar las capacidades, motivaciones y barreras de la mujer para cambiar su situación vital. Por lo tanto, no se trata propiamente de conducir una entrevista clínica centrada en caracterizar la tipología, la intensidad y/o la evolución del maltrato.

- Trabajo de red con las organizaciones y equipos especializados en violencia doméstica: Obtención de información actualizada sobre la cartera de servicios reales que ofrece cada organización y/o equipo especializado en violencia doméstica en las provincias de Cataluña.
- Optimización de la derivación activa de las mujeres a los recursos o equipos especializados en violencia doméstica: Ajuste entre la fase del cambio de la mujer y la cartera de servicios reales de los equipos especializados (ver Anexo V)
- Formación “a medida” de las trabajadoras sociales de primera línea: Participación activa de las trabajadoras sociales en el diseño de los elementos clave de la intervención y discusión periódica de casos con el equipo especializado en violencia doméstica del Instituto Genus.
- Producción de una nueva prestación complementaria: Oferta a todas las mujeres víctimas de violencia doméstica de un paquete gratuito de tres visitas de apoyo psicológico y orientación con el equipo especializado en violencia doméstica del Instituto Genus.

El Diagrama de Detección y Atención Psico-social Precoz de la Violencia Doméstica contra Mujeres Vulnerables (ver Anexo IV) describe el procedimiento secuencial de trabajo así como las técnicas de relación y comunicación utilizadas durante la entrevista por la trabajadora social de primera línea. Como puede observarse, las técnicas utilizadas van variando dinámicamente y se ajustan a cada fase de trabajo (Cribado, Identificación de Caso, Exploración de la Disposición al Cambio y Orientación/Derivación a Recursos Especializados).

Cabe remarcar el carácter oportunista del cribado, pues las mujeres acuden a la Asociación Salud y Familia por un motivo diferente al maltrato. Aprovechando la oportunidad que supone la consulta realizada por las mujeres en un momento especialmente crítico y receptivo, el cual a menudo provoca espontáneamente una revisión personal de la situación vital, se da cabida a la intervención de detección y tratamiento psico-social precoz de la violencia doméstica dentro del funcionamiento diario del Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo”.

Es importante señalar, que durante todo el proceso de atención la guía y la iniciativa de la mujer es primordial. Así, es la mujer quien confirma si se siente maltratada en la fase de identificación de caso y nuevamente son las mujeres (en fases de cambio de preparación y/o acción) quienes aceptan o declinan la programación de la primera visita de apoyo psicológico y orientación con el equipo especializado en violencia doméstica del Instituto Genus.

Características de las mujeres con sospecha y/o riesgo confirmado de violencia doméstica

Las características sociodemográficas de las mujeres que presentaron sospecha y/o riesgo confirmado de violencia doméstica no difieren significativamente entre sí respecto a su origen extranjero y tampoco en relación al número de mujeres extranjeras atendidas en el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” (ver tabla página 15).

La edad de las mujeres no presenta diferencias relevantes entre los dos grupos, todo y que es ligeramente más elevada la franja de edad de 26 a 35 años en comparación al total de mujeres atendidas en el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” durante 2006 (ver tabla página 15).

Todos los indicadores socioeconómicos, con excepción de la proporción de mujeres sin estudios o con estudios primarios, son más desfavorables por lo que respecta al paro, la economía sumergida y el trabajo asalariado en los grupos de mujeres con sospecha y/o riesgo confirmado de violencia doméstica si se contrasta con las mujeres atendidas en el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” durante 2006 (ver tabla página 15).

Las principales características de salud reproductiva son más desfavorables en la falta de utilización de anticonceptivos y en el número de IVEs anteriores en los grupos de mujeres con sospecha y/o riesgo confirmado de violencia doméstica si se confronta con las mujeres atendidas en el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” durante 2006 (ver tabla página 15). En contraste, es remarcable el hecho esperanzador de la buena aceptación de la implantación del DIU post-IVE entre las mujeres con riesgo confirmado de violencia doméstica.

Respecto a la utilización de servicios de salud reproductiva destaca que un mayor porcentaje de mujeres con riesgo confirmado de violencia doméstica habían consultado los SASSIR durante el último año en comparación con las mujeres atendidas en el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” durante 2006 (ver tabla página 16). Una mayor frecuentación de los servicios públicos de salud reproductiva no evitó que estas mujeres presentaran embarazos no deseados, razón por la cual acudieron a la Asociación Salud y Familia.

Resultados

Durante el período (Noviembre 2005-Abril 2007) que duró la intervención de detección y atención psico-social precoz de la violencia doméstica contra las mujeres vulnerables, la población total atendida en el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” fue de 6.426 mujeres. La sospecha de violencia doméstica se estableció en un 6,7% de mujeres que reunían uno o más indicadores de sospecha (ver tabla página 16). Los indicadores de sospecha utilizados están relacionados con la falta de control de la mujer sobre su salud sexual y reproductiva y sobre la economía familiar, así como con la falta de comunicación del embarazo y/o de la interrupción voluntaria del embarazo a la pareja. Los indicadores de sospecha que muestran un déficit de autonomía de la mujeres son la falta de control sobre la salud sexual y reproductiva (4,6% de todas las mujeres atendidas en el PAMR y 68,2% de las que tienen algún indicador de sospecha) y la falta de decisión sobre la economía familiar (3,2% de todas las mujeres atendidas en el PAMR y 47,7% de las que tienen algún indicador de sospecha). El indicador de sospecha relativo a la falta de comunicación del embarazo y/o de la interrupción voluntaria del embarazo a la pareja acostumbra a darse entre las mujeres maltratadas que están en las fases de cambio de preparación y de acción (2,6% de todas las mujeres atendidas en el PAMR y 39,4% de las que tienen algún indicador de sospecha).

Entre las mujeres con indicadores de sospecha de violencia doméstica, solamente el 37% (2,5% del total de las mujeres atendidas en el PAMR) confirmaron que eran víctimas de violencia doméstica. Por otro lado, el 62,7% de las mujeres que confirmaron ser víctimas de violencia doméstica manifestaron que la situación afectaba a otros miembros de la familia y, en el 61,5% de los casos, habían solicitado ayuda a su red de soporte social, (ver tabla página 18) aún cuando se estima que las denuncias a la policía no llegaron al 10% de los casos.

Respecto a las fases del cambio en las que se encuentran las mujeres que confirmaron ser víctimas de maltrato, en el 67% se valoró que estaban en fase de preparación y/o acción (ver tabla página 17). Sin embargo, de estas mujeres, solo el 52,8% aceptaron la programación de la primera visita de soporte psicológico y orientación con el equipo especializado en violencia doméstica del Instituto Genus (ver tabla página 17).

La aceptación de la derivación activa y consiguiente programación con el equipo del Instituto Genus, alcanza el 35,4% de las mujeres que confirmaron ser víctimas de maltrato. Asimismo, acudieron a la primera visita programada con el equipo especializado del Instituto Genus únicamente 18 mujeres que suponen el 31,5% de las derivaciones activas y el 11,2% de las mujeres que se identificaron como víctimas.

Entre las mujeres derivadas y atendidas por el Instituto Genus se adhieren más a la oferta de soporte psicológico las mujeres mayores de treinta y cinco años y por el contrario, acuden en un número inferior las menores de veinticinco años. Respecto a la procedencia geográfica y cultural no se presentan diferencias marcadas entre las mujeres autóctonas y las de origen extranjero (ver tabla página 19). Una vez acuden a la primera visita, el 61% de las mujeres regresan a las visitas sucesivas y casi el 66,7% de todas las que acudieron a alguna visita iniciaron algún tipo de cambio para aumentar su autonomía (ver tabla página 19).

Las principales observaciones cualitativas recogidas entre las mujeres atendidas por el Instituto Genus, hacen referencia a los recursos potenciales que las mujeres víctimas de violencia doméstica pueden movilizar para alcanzar cuotas más elevadas de autonomía. Entre las mujeres musulmanas, el marido acostumbra a controlar la economía familiar mientras que ellas no tienen actividad laboral y sufren dificultades en el proceso de regularización administrativa. Entre las mujeres latinoamericanas, la mayor parte trabajan como empleadas del servicio doméstico, viven con extremas dificultades de conciliación de la vida familiar y laboral y se plantean la separación y la denuncia. Entre las mujeres autóctonas, una buena parte tienen actividad laboral y su principal dificultad es lograr la separación emocional de la pareja en un contexto de maltratos de repetición.

Discusión

La denominada prevalencia de mujeres “técnicamente” maltratadas podría asimilarse en este caso al 6,7% de mujeres que reunían uno o más indicadores de sospecha de violencia doméstica. Esta cifra se sitúa ligeramente por encima de las halladas en España [del 5,1% (1999) al 6,3% (2006)] en las macroencuestas realizadas por el Instituto de la Mujer. La prevalencia de sospecha de maltrato es del 7,3% entre las mujeres autóctonas atendidas y del 6,5% entre las mujeres extranjeras. La distancia entre la prevalencia de sospecha de violencia doméstica en esta intervención respecto a los resultados de las macroencuestas puede explicarse por el hecho de que el Programa “Atención a la Maternidad a Riesgo” se dirige a grupos de mujeres especialmente vulnerables a la vez que la actividad de cribaje oportunista presenta algunas limitaciones². El hecho de que la prevalencia de sospecha sea más elevada entre las mujeres autóctonas respecto a las extranjeras apunta la necesidad de fortalecer las competencias interculturales de las profesionales de primera línea, pues existen suficientes evidencias de tasas más elevadas de maltrato y de mortalidad por violencia doméstica entre las mujeres extranjeras.

La prevalencia de mujeres vulnerables que se consideran a sí mismas maltratadas (2,5%) también está ligeramente por encima de las cifras publicadas por el Instituto de la Mujer que oscilan del 2,2% (1999) al 2,1% (2006) de mujeres maltratadas durante el último año entre la población general femenina. La prevalencia de riesgo confirmado de violencia doméstica es del 2,3% entre las mujeres autóctonas y del 2,6% entre las mujeres extranjeras.

Es remarcable la distancia entre las mujeres que reunían uno o más criterios de sospecha y las mujeres que confirman el maltrato. Existe, pues, una subpoblación de mujeres vulnerables para las cuales las conductas de control exclusivo sobre la economía familiar y sobre la salud sexual y reproductiva por parte de su pareja son vividas como aspectos naturales o normalizados de la relación.

El desarrollo de conductas activas de solicitud de ayuda se ha producido en el 61,5% de mujeres que se consideran maltratadas predominando el protagonismo de la red de soporte social muy por encima del recurso a denunciar que no llega al 10% de los casos. Este hallazgo es consistente con las estimaciones realizadas por diversas organizaciones en España (del 2% al 10% de mujeres maltratadas presentan denuncia, Blanco, P. 2004).

² Las trabajadoras sociales de primera línea formadas para llevar a cabo la intervención de detección y tratamiento psico-social precoz de la violencia doméstica forman parte del staff de la Asociación Salud y Familia. No así las trabajadoras sociales que atienden picos de demanda y periodos vacacionales.

El hecho de que solo el 52,8% de las mujeres maltratadas que se encontraban en fases de disposición al cambio avanzadas (fases de preparación y acción) aceptasen la programación de la primera visita de soporte psicológico y orientación en el Instituto Genus sugiere que puede haberse producido una sobrevaloración de las fases avanzadas de disposición al cambio junto a que la decisión de programación debía tomarse de forma inmediata. En este sentido, la situación de crisis que supone la gestión de un embarazo inesperado y/o no deseado remueve los conflictos que puede vivir cualquier mujer a la vez que produce un aumento de motivación para cambiar. En bastantes casos, la motivación puede decaer una vez resuelta la crisis del embarazo inesperado.

Un 11,2% de las mujeres que se identificaron como víctimas acudieron a la primera visita programada en el Instituto Genus. Todo y que el volumen de mujeres atendidas es pequeño, despuntan unos resultados aceptables tanto por la adherencia a este recurso como por la progresión de los cambios iniciados por parte de las mujeres.

IV CONCLUSIONES

La intervención de detección y atención psico-social precoz de la violencia doméstica contra mujeres vulnerables ha reunido una buena parte de los requisitos técnicos, formativos, organizacionales y cooperativos recomendados en la literatura nacional e internacional (Ruiz-Pérez, J. 2004).

Esta experiencia nos muestra la *factibilidad* de ofrecer una intervención sistemática, compacta e integral que aborde el problema de la violencia doméstica entre los grupos vulnerables de mujeres, aun cuando éstas vengan a consultar por otro motivo.

La intervención ha gozado de una buena *aceptabilidad* entre las mujeres atendidas en el Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo" produciendo elevados niveles de satisfacción y añadiendo un plus de calidad a la asistencia habitual (Asociación Salud y Familia, 2007).

La *sostenibilidad* de la intervención es quizás el aspecto más controvertido: las necesidades de un mayor tiempo de atención y de formación específica se convierten en verdaderos obstáculos a lo largo del tiempo. En este sentido, la media de tiempo extra por entrevista cuando la mujer confirma la sospecha de maltrato es de quince minutos³, lo cual produce un efecto cascada de retrasos entre el resto de visitas programadas. Con respecto a la formación, hace falta su actualización y extensión a todas las trabajadoras sociales de primera línea (nuevas incorporaciones, refuerzos y suplentes).

La *efectividad* de la intervención no se puede establecer tomando como principal indicador la aceptación de la programación de la primera visita de apoyo psicológico y orientación en el Instituto Genus. Con relativa independencia de la respuesta inmediata de la mujer respecto a la progresión de su proceso de autonomía, es remarcable el valor y la necesidad de ofrecer a las mujeres vulnerables la oportunidad de desvelar y tratar los problemas de violencia doméstica. El diálogo abierto, la contención, la información y la orientación que han podido vivir las mujeres víctimas de maltrato tienen por sí mismas el valor de reforzar sus maltrechas identidades, de confirmarles que cuentan para la sociedad y de conseguir que la esperanza de cambio genere un trabajo de vida.

³ Esta dedicación extra se suma a la media de veinte minutos de atención establecida para una entrevista de rutina por el Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo".

V TABLAS ESTADÍSTICAS

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES CON SOSPECHA Y/O RIESGO CONFIRMADO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

		Sospecha n=434	Riesgo confirmado n=161	PAMR 2006 n=4210
Extranjeras		63,5%	69,4%	68%
Edad	≥ 25 años	37,2%	36,9%	42,7%
	26-35 años	47,1%	48,8%	43,6%
	≤ 36 años	15,7%	14,4%	13,7%
Sin Estudios / Estudios Primarios		49,4%	41,9%	50%
Paro		48,7%	49,4%	45%
Economía sumergida		18%	20%	15%
Trabajo asalariado		23,3%	21,9%	29%

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON SOSPECHA Y/O RIESGO CONFIRMADO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

	Sospecha n=434	Riesgo confirmado n=161	PAMR 2006 n=4210
Ningún método contraceptivo utilizado	60,1%	62,1%	56,1%
IVES anteriores	39,8%	40,9%	35%
Usuaris anteriores de Salud y Familia	16,3%	14,3%	14,4%
Primer trimestre gestación	81,7%	78,2%	82%
DIU implantado post-IVE	41,4%	48,4%	47,6%

FUENTE: Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo". (Periodo: 1 Noviembre 2005 - 30 Abril 2007)

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON SOSPECHA Y/O RIESGO CONFIRMADO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

	Sospecha n=434	Riesgo confirmado n=161	PAMR 2006 n=4210
Frecuentación a los SASSIR por motivos contraceptivos	27,1%	35,4%	28,1%
Mujeres derivadas a Salud y Familia desde los SASSIR	26,2%	30,4%	30%

PREVALENCIA DE SOSPECHA Y RIESGO CONFIRMADO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

	Autóctonas	Extranjeras	TOTAL
Mujeres atendidas en el Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo"	2.179 (33,9%)	4.247 (66,1%)	6.426 (100%)
Sospecha de Violencia Doméstica (*)	159 (7,3%)	275 (6,5%)	434 (6,7%)
Riesgo confirmado de Violencia Doméstica (**)	50 (2,3%)	111 (2,6%)	161 (2,5%)

(*) Mujeres que reúnen uno o más criterios de riesgo.

(**) Mujeres que perciben su situación como maltrato de la pareja.

FUENTE: Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo". (Periodo: 1 Noviembre 2005 - 30 Abril 2007)

DE LA SOSPECHA AL RIESGO CONFIRMADO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: INDICADORES DE RIESGO Y FASES DEL CAMBIO PERSONAL

Indicadores de Riesgo (n=434)		
Indicador inespecífico	Un indicador específico	Dos-Tres indicadores específicos
29 (6,7%)	175 (40,3%)	230 (53%)

Fases del Cambio (n= 161)				
No valorada	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción
16 (10%)	6 (3%)	32 (20%)	47 (29%)	61 (38%)

RESULTADOS DEL PROGRAMA EN CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MUJERES VULNERABLES

Acción Desarrollada en el PAMR (n= 161)	
Orientación	Derivación Activa
104 (64,6%)	57 (35,4%)

Adherencia a los Recursos recomendados (n=57)		
No adherencia	Si adherencia	No consta (*)
33 (58%)	18 (31,5%)	6 (10,5%)

(*) Se dispone de información sobre adherencia únicamente cuando las mujeres han sido derivadas al Instituto Genus (n=51).

FUENTE: Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo" e Instituto Genus. (Periodo: 1 Noviembre 2005 - 30 Abril 2007)

PRESENCIA DE INDICADORES DE RIESGO

Atención por recursos especializados	Falta de control sobre salud sexual y reproductiva	Falta de decisión sobre economía familiar	Falta de comunicación de la IVE a la pareja
29 (6,7%)	296 (68,2%)	207 (47,7%)	171 (39,4%)

N=434

NOTA: Cada mujer puede reunir más de un indicador.

RESTRICCIONES PERSONALES Y SOCIALES EN CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MUJERES VULNERABLES

Falta de control sobre su persona	Dificultades de control sobre las relaciones sociales	Falta de autonomía económica y laboral
146 (90,7%)	127 (78,9%)	108 (67,1%)

N=161

INFORMACIÓN SOCIAL RELEVANTE EN CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MUJERES VULNERABLES

Afectación de otros miembros de la familia
101 (62,7%)

No utilización de recursos de ayuda
62 (38,5%)

N=161

FUENTE: Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo". (Periodo: 1 Noviembre 2005 - 30 Abril 2007)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES DERIVADAS Y ADHERENTES CON RIESGO CONFIRMADO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Edad				Procedencia	
	Hasta 25 años	26-35 años	36-45 años	Españolas	Extranjeras
Derivadas (n=51)	14 (27,4%)	30 (59%)	7 (13,6%)	19 (37,3%)	32 (62,7%)
Adherentes (n=18)	2 Tasa: 14%	12 Tasa: 40%	4 Tasa: 57%	7 Tasa: 37%	11 Tasa: 34%

FUENTE: Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo" e Instituto Genus. (Periodo: 1 Noviembre 2005 - 30 Abril 2007)

RESULTADOS ENTRE LAS MUJERES ATENDIDAS POR EL INSTITUTO GENUS

Intensidad de utilización		Cambios iniciados por las mujeres			
Una entrevista	Entre 2-4 entrevistas	Separación pareja	Búsqueda de trabajo	Corresponsabilidad	Contención
18	11 (61%)	7 (39%)	3 (22,2%)	1 (5,5%)	6 (33,3%)

(n=18)

FUENTE: Instituto Genus. (Periodo: 1 Noviembre 2005 - 30 Abril 2007)

ANEXO I

DEFINICIÓN DE LAS FASES DEL CAMBIO EN CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MUJERES VULNERABLES (I)

PRECONTEMPLACIÓN

La mujer verbaliza conflictos pero no cree tener un problema a resolver.

- Justifica las agresiones de la pareja.
- Se culpa por no colaborar suficientemente en la economía familiar.
- El origen de los conflictos está en la precaria situación que vive la pareja y que ninguno de los dos puede resolver.
- Se culpa del embarazo inesperado. En general la pareja conoce el embarazo y participa en la decisión del aborto.

CONTEMPLACIÓN

La mujer se muestra ambivalente y contradictoria. Cree que vive conflictos importantes pero no identifica el problema a resolver.

- Justifica las agresiones de la pareja pero no es capaz de diferenciar responsabilidades. Intuye que existe un problema en la relación.
- Se culpa por no colaborar en la economía familiar pero se da cuenta de las acusaciones de la pareja.
- El origen de los conflictos está en la precaria situación que vive la pareja y ella no puede hacer casi nada porque no tiene independencia económica.
- Se culpa del embarazo inesperado, a pesar de que ve que la pareja también es responsable. En general la pareja conoce el embarazo y participa en la decisión de abortar.

Adaptación del modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente a los casos de violencia doméstica contra mujeres vulnerables que consultan por una interrupción voluntaria del embarazo (Méndez, Elvira. Martínez, Mara. 2006).

ANEXO II

DEFINICIÓN DE LAS FASES DEL CAMBIO EN CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MUJERES VULNERABLES (II)

PREPARACIÓN

La mujer identifica el problema y busca la forma y los recursos para resolverlo.

- Se da cuenta de las agresiones que sufren ella y/o sus hijos/as.
- Se muestra receptiva hacia la ayuda que le ofrece su red de soporte social.
- Sitúa las responsabilidades de cada miembro de la pareja y ella actúa ocasionalmente para afrontar las suyas. Todavía mantiene un cierto grado de ambigüedad e indecisión.
- No desea continuar un embarazo resultado de la situación de maltrato. A menudo la pareja no conoce el embarazo ni tampoco la decisión de abortar.

ACCIÓN

La mujer está resolviendo su situación.

- Lamenta no haber actuado antes frente a las agresiones.
- Ha pedido ayuda a su red de soporte social y/o a los recursos públicos.
- Se da cuenta que no tiene suficientes recursos personales para resolver sus carencias.
- Solicita ayuda profesional a pesar de que no puede asumir las acciones que le proponen.
- Ve prioritaria la decisión de interrumpir un embarazo que vive como un obstáculo para cambiar. A menudo la pareja no conoce el embarazo ni tampoco la decisión de abortar.

Adaptación del modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente a los casos de violencia doméstica contra mujeres vulnerables que consultan por una interrupción voluntaria del embarazo (Méndez, Elvira. Martínez, Mara. 2006).

ANEXO III

DETECCIÓN PRECOZ DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MUJERES VULNERABLES: CRITERIOS DE SOSPECHA

Criterio 1: FALTA DE CONTROL SOBRE LA PROPIA SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL.

- Mujeres no autorizadas por su pareja para decidir sobre el uso de contraceptivos.
- Mujeres sin estudios y/o falta de información relevante sobre métodos contraceptivos.
- Precariedad económica que anula la disposición a pagar el coste económico de los métodos contraceptivos.

Criterio 2: FALTA DE COMUNICACIÓN DE LA DECISIÓN DE INTERRUMPIR EL EMBARAZO A SU PAREJA.

- Mujeres que no informan a su pareja de la existencia del embarazo y/o de la decisión de abortar.

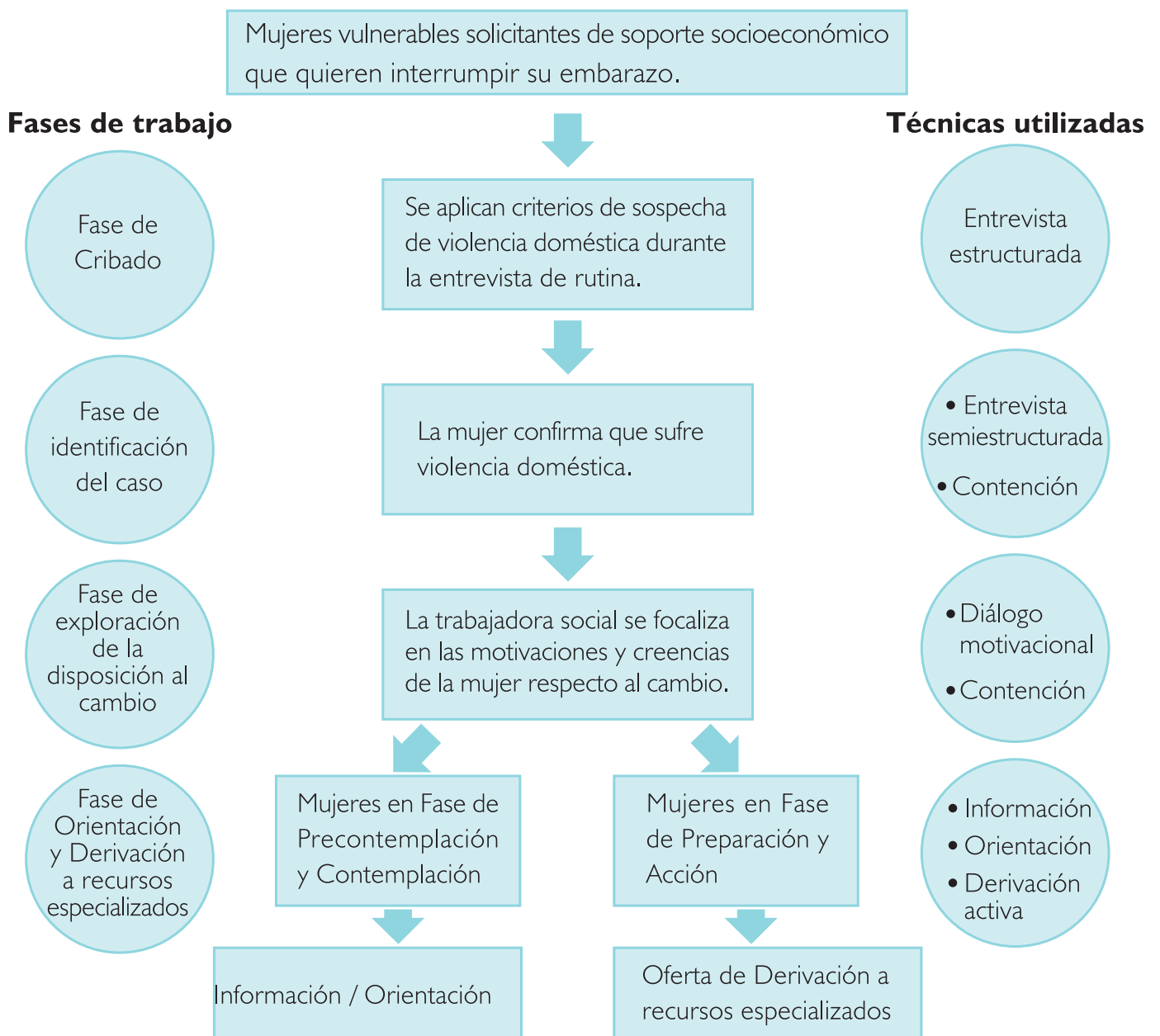
Criterio 3: FALTA DE CONTROL SOBRE LA ECONOMÍA FAMILIAR.

- Mujeres no autorizadas por su pareja a decidir sobre la economía familiar a pesar de tener ingresos propios.
- Mujeres no autorizadas por su pareja para trabajar fuera de casa y, por lo tanto, dependientes de los ingresos del compañero.

Crterios de sospecha de Violencia Doméstica aplicados al Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo" (Martínez, Mara. Méndez, Elvira. Nieto, Cristina, 2005)

ANEXO IV

DIAGRAMA DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL PRECOZ DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MUJERES VULNERABLES



ANEXO V

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PRECOZ AJUSTADO A LAS FASES DEL CAMBIO EN CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES VULNERABLES

Fases del Cambio	Tipos de Atención Psicosocial	Recursos Especializados Disponibles	Otros Recursos
PRECONTEMPLACIÓN	Contención / Información / Orientación.	1- Instituto Genus. 2- Asociación Tamaia. 3- Asociación Laris. 4- Cruz Roja. 5- Servicio de atención a los Inmigrantes, Extranjeros y Refugiados. 6- Asociación Mujeres Agredidas Sexualmente. 7- Equipos de atención a La Mujer. 8- Instituto de Reinserción Social. 9- Centro Exil.	Barcelona (ciudad) Puntos de Información y Atención a la Mujer. Cataluña 1- Equipos Básicos de Atención Social. 2- Áreas Básicas de Salud. 3- Servicios de información y asesoramiento a la Mujer. 4- Centros de Información y asesoramiento a la Mujer.
CONTEMPLACIÓN	Contención / Información / Orientación.		
PREPARACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Contención / Información / Orientación. • Derivación a Equipos Especializados. 		
ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Contención / Información / Orientación. • Derivación a Equipos Especializados. 		

Fuente: Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo" (Martínez, Mara. Méndez, Elvira. Nieto, Cristina, 2006).

ANEXO VI

PROTOCOLO ESPECÍFICO PARA LA DERIVACIÓN ACTIVA EN CASOS DE SOSPECHA DE MALOS TRATOS

Núm. _____
(nº historia ASF)

SITUACIÓN DE CONTROL RESPECTO A SU PERSONA

- ¿Cómo te sientes habitualmente en el trato con tu pareja?

- Bien.
- Regular.
- Mal.
- Ns/Nc.

- ¿Qué actitudes repetidas de tu pareja hacia tu persona te disgustan?

Frecuencia:	día	sem.	mes.	esp.
<input type="checkbox"/> Desvaloración:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Descalificaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Amenazas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Coacción sexual:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agresiones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN DE CONTROL RESPECTO A LAS RELACIONES SOCIALES

- ¿Piensas que no le gusta que hables con tu familia, amigos o vecinos?

- Sí, siempre.
- A veces.
- No, nunca.
- Ns/Nc.

- ¿En alguna ocasión has dejado de relacionarte con algunos familiares o amigos por miedo a que él se disgustara?

- Sí. ¿Con quienes?.....
- A veces.
- No, nunca.
- Ns/Nc.

SITUACIÓN DE CONTROL RESPECTO A LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y LABORAL

- ¿Piensas que le desagrada que trabajes y/o que tengas tus propios ingresos?

- Sí, siempre.
- A veces.
- No, nunca.
- Ns/Nc.

- ¿Puedes participar activamente en la economía familiar?

- Sí, siempre.
- A veces.
- No, nunca. (El controla la economía familiar)
- Ns/Nc.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- ¿Las situaciones que vives afectan a algún otro miembro de la unidad familiar?

- Sí, siempre. ¿A quiénes?.....
- A veces.
- No, nunca.
- Ns/Nc.

- ¿Has acudido en alguna ocasión a algún servicio para solicitar información o ayuda por este motivo?

- Sí. ¿Dónde?.....
- No.
- Ns/Nc.

VII BIBLIOGRAFÍA

Asociación Salud y Familia. Memorias de Evaluación 2005-2006-2007 del Programa "Atención a la Maternidad a Riesgo". Barcelona.

Aretio-Romero, A. "Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres". Gaceta sanitaria 2007; 21 (4): 273-277.

Blanco, P, Ruiz Jarabo, C, Garcia de Vinuesa, L, Martin-Garcia, M "La Violencia de pareja y la salud de las mujeres" Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl 1); 182-188.

Castells, M, Subirats, M. "Mujeres y hombres: ¿un amor imposible? Alianza Editorial, Madrid 2007.

Centro Reina Sofía "Feminicidios de pareja en España 2002-2006". Disponible en <http://centroreinasofia.es>.

Coll-Vinent, B, Echevarria, T, Farras, U, Rodríguez, D, Milla, J, Santiña, M. "El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud". Gaceta sanitaria 2008; 22 (1): 7-10.

Concha-Eastman, A, Villareces, A, "Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones". Organización Panamericana de la Salud. Programa de Enfermedades no Transmisibles, 2001.

Heire, L, Ellsberg, M, Gottemoeller, M. "Ending violence against women" Population reports, series L nº 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information Program, 1999.

Instituto de la Mujer "La violencia contra las mujeres". Resultados de las Macroencuestas Sigma Dos". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 1999, 2002 y 2006.

Instituto de la Mujer. Plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2001) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 1998.

Miller, W.L, Rollnick, S "Motivational Interviewing". The Guildford Press, New York, 2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo. II Plan Integral contra la violencia doméstica (2001-2004). Disponible en <http://www.msc.es>.

Ruiz-Pérez. I, Blanco-Prieto. P, Vives-Cases. C “Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias”. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (supl 2): 4-12.

Prochaska, JO and Diclemente, CC. “Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change” *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982, 19: 276-288.

Prochaska, JO. Redding, C. Evers, K. “The transtheoretical model of behaviour change” in: Glanzk, Lewis F.M., Rimer B.K eds *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass, 1997, 60-84.

Vest, JR and col.l “Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence” *Am. Journ. Preventiv. Medicine*, 2002; Vol 22; Issue 3: 155-164.

Vives-Cases, C. Gil-González. D, Carrasco-Portino. M, Alvarez-Dardet.C, “Revisión sistemática de los estudios sobre el nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a su parejas”. *Gaceta Sanitaria* 2007; 21 (5): 425-432.

Vives-Cases, C. Alvarez-Dardet. C, Caballero. P “Violencia del compañero íntimo en España”. *Gaceta Sanitaria* 2003; 17; 268-274.

Yodanis, C.L. “Gender Inequality, Violence against Women and Fear: A Cross-National Test” *J. Interpers Violence* 2004; 19: 655-675.