

VIOLENCIA DE GÉNERO

Sábado 8 de octubre de 2011. 11:00 a 12:00 h

Aula 1 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Isabel Ruíz

81. VISIBILIDAD DE LAS MUJERES VULNERABLES EN LAS LEYES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

G. Ortiz Barreda^a, C. Vives Cases^{a,b}

^aUniversidad de Alicante; ^bCIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Describir las principales intervenciones específicas que abordan la violencia contra las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables (discapacitadas, embarazadas, minorías étnicas, inmigrantes y mujeres mayores) en los principales documentos clave para el desarrollo de leyes y políticas sobre el tema y las leyes de diferentes países del mundo.

Métodos: Búsqueda sistemática y análisis de contenido de los principales documentos clave para el desarrollo de leyes y políticas sobre violencia contra las mujeres –“The United Nations Handbook for Legislation on Violence Against Women Advance Version”, “The Model of Laws and Policies on Intrafamilial Violence Against Women of the Pan-American Health Organization” y “Recommendation No. R(2002)5 of the Committee of Ministers of the European Council”–, y de la legislación existente en 62 países de las diferentes regiones geográficas del mundo.

Resultados: En los documentos clave se menciona con frecuencia la necesidad e importancia de eliminar los obstáculos que pueden encontrar las mujeres discapacitadas, embarazadas, inmigrantes, pertenecientes a minorías étnicas o mujeres mayores en el acceso a los recur-

sos existentes. Sin embargo, sólo se localizaron 12 leyes de violencia contra las mujeres en las que se mencionan intervenciones dirigidas a uno o varios de estos grupos de mujeres vulnerables. Las mujeres embarazadas, discapacitadas o pertenecientes a minorías étnicas son los grupos más mencionados en estas leyes. Las intervenciones más frecuentes son aquellas que hacen referencia a las medidas punitivas, los planes de acción y estrategias específicas para garantizar el acceso a los recursos de violencia contra las mujeres de estos colectivos de mujeres.

Conclusiones: Se requieren más intervenciones dirigidas a abordar las necesidades específicas de las mujeres discapacitadas, embarazadas, inmigrantes, pertenecientes a minorías étnicas y mujeres mayores para lograr un amplio enfoque de equidad en la legislación sobre violencia contra las mujeres.

Financiación: Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

83. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: EL ROL DEL SECTOR SALUD EN LA LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

G. Ortiz Barreda^a, C. Vives Cases^{a,b}

^aUniversidad de Alicante; ^bCIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Conocer las responsabilidades que se le atribuye a las administraciones sanitarias para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres (VCM) en la legislación internacional sobre este tema.

Métodos: Las autoras utilizaron una reciente compilación de leyes de VCM recopiladas a través de las siguientes bases de datos legales: "The Annual Review of Law of Harvard University", "The UN Secretary-General's database on Violence against Women", "The International Digest of Health Legislation" y "The Stop Violence against Women". Se realizó un análisis de contenido para identificar las leyes que incluían la participación de las administraciones sanitarias. Posteriormente, se clasificaron las intervenciones específicas según los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria definidos por la OMS en su primer informe mundial sobre violencia y salud (2002).

Resultados: De una totalidad de 115 leyes de VCM de distintos países del mundo, se localizaron 55 en las que sí se atribuye a las administraciones sanitarias responsabilidades en materia de lucha contra este problema. En 37 de estas leyes, la participación del sector salud se limita a la denuncia de los casos detectados y la atención de la mujer maltratada derivada de los servicios policiales. Se localizaron 23 leyes en las que se hacía mención a intervenciones específicamente desarrolladas por el sector salud, en las que destacan las de prevención secundaria y terciaria.

Conclusiones: La tímida presencia de las administraciones sanitarias en las leyes de VCM denota la falta de un enfoque multisectorial para la solución del problema. Es necesario fortalecer el rol del sector sanitario en la prevención primaria de la violencia y en la atención de las mujeres maltratadas.

Financiación: Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

420. ADOLESCENCIA Y VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

J.L. Cruz, L. Lasheras, L. Seoane, M. Pires, J.C. Diezma, A. Anes, R. Aguirre

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El colectivo de adolescentes es considerado de especial interés para trabajar la prevención de la violencia de

pareja hacia las mujeres (VPM). Para el desarrollo de estrategias en esta línea es necesario conocer las actitudes y pautas de comportamiento ante este fenómeno por parte de las chicas y de los chicos.

Métodos: La metodología ha sido esencialmente cualitativa. En concreto, se han realizado 11 reuniones de grupo, 6 grupos triangulares y 10 entrevistas. La muestra estructural se ha centrado en población de chicos y chicas de 12 a 17 años. Las variables en función de las cuales se ha llevado a cabo el diseño han sido: clase social, estudios, hábitat y origen de los padres.

Resultados: La población adolescente de la Comunidad de Madrid reconoce que la VPM es un grave problema social, frente al cual es obligado tomar medidas que deberían afectar al conjunto de la sociedad. Sin embargo, se detectan diferencias relevantes entre el discurso de chicas y chicos en buena medida, por la autopercepción como posibles víctimas (ellas) o agresores (ellos). Las chicas consideran que pueden llegar a verse ante una situación de estas características, lo que se traduce en un alto grado de preocupación. Los chicos, por su parte, consideran que ellos nunca podrían llegar a ser agresores y esto se traduce en una mayor despreocupación. La representación de los chicos respecto a la VPM se aproxima más a una reacción extrema, desproporcionada, puntual y censurable. Sin embargo, las chicas lo ven más como una conducta sistemática, con un marcado componente psicológico, dimensión que apenas tiene presencia en el discurso de los chicos. Por otra parte, los chicos consideran en un primer momento que la VPM es cosa de adultos, sin embargo. En el caso de las chicas estas situaciones afloran en los discursos con mayor inmediatez, de tal forma que la VPM no la asocian sólo con edades adultas.

Conclusiones: Los chicos, más que las chicas, necesitan de una intervención que disuelva los tópicos sobre la VPM. Su percepción del fenómeno debería aproximarse más a la de las chicas, es decir, considerarla como una conducta de agresión sistemática, premeditada y no espontánea. De cara a la intervención es importante hacer notar a chicos y chicas que existe un riesgo actual de sufrir VPM y no sólo un riesgo futuro cuando sean mayores. La prevención primaria debe contextualizarse en una educación afectiva en el marco de la igualdad y el respeto referida a las relaciones entre sexos. Deben tomar conciencia de que la VPM es intencional y con carácter de proceso gradual.

673. FACTORES QUE DETERMINAN LA CONTINUIDAD DEL MALTRATO POR MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

C. Vives Cases, I. Ruiz-Pérez

Universidad de Valencia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Determinar los factores sociodemográficos y asociados a la violencia que condicionan la continuidad de las situaciones de maltrato.

Métodos: Estudio transversal realizado sobre una muestra aleatoria de mujeres reclutadas en centros de atención primaria durante 2006-2007. El análisis se ha limitado a las mujeres que han estado expuestas a VCI en el pasado, antes del último año, (n = 1.469); en concreto, se han clasificado en nodos las mujeres que, siendo maltratadas en el pasado, continúan en la actualidad con el maltrato (n = 562), se ha utilizado un análisis de segmentación por el procedimiento Chaid. Variable dependiente: maltrato en la actualidad; variables independientes: apoyo social, años de maltrato, edad de inicio del maltrato, edad, estado civil, nivel de estudios, hijos a cargo, situación laboral, ingresos familiares, nacionalidad, estrategia de inhibición, estrategia en proceso, estrategia de distanciamiento.

Resultados: Se han obtenido 11 nodos terminales (76% de aciertos en el análisis de segmentación), siendo el estado civil la variable con mayor poder explicativo. Dentro de esta variable, el 67,2% de las mujeres casadas continúa con el maltrato en la actualidad (nodo 1), además

de sufrir durante más tiempo el maltrato (más de 5 años (nodo 5) (81,8%) y de haber seguido principalmente (91,7%) una estrategia de inhibición (nodo 14). Entre las mujeres separadas, el 71,7% no continúa con la situación de violencia en la actualidad (nodo 3), con la edad como factor determinante, siendo las jóvenes de < 35 años las más expuestas a continuar con la violencia (45,3%) (nodo 10).

Conclusiones: La confrontación de la violencia y las estrategias utilizadas para evitarla son un proceso mediatizado por diferentes esferas a nivel social, cultural, económico y aspectos individuales; es fundamental y necesario orientar a la víctima de manera que se ajusten los objetivos de intervención profesional con las barreras, internas y externas, los recursos personales y sociales, etc. de la mujer víctima de violencia.

Financiación: Parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones sanitarias. Instituto Carlos III. N.º Exp. 1/06-36 y Fondos Feder (CTS-177).