

VIOLENCIA DE GÉNERO

Jueves 6 de octubre de 2011. 12:30 a 14:00 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Rosa López

132. DETERMINANTES SOCIALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES ESPAÑOLAS Y EXTRANJERAS

J. Torrubiano-Domínguez^{a,b}, C. Vives-Cases^{a,b}, V. Escribà-Agüir^{a,c}, D. Gil-González^{a,b,d}, I. Ruiz-Pérez^{a,e}

^aCIBERESP; ^bUniversidad de Alicante; ^cCSISP; Fondo de Investigaciones Sanitarias (Ins. Carlos III), Observatorio Salud de las Mujeres, CIBERESP; ^dObservatorio de Políticas Públicas y Salud; ^eEASP.

Antecedentes/Objetivos: Analizar el impacto de las desigualdades sociales y de género en la violencia contra las mujeres en la pareja en España, teniendo en cuenta tanto características sociodemográficas de las mujeres afectadas como de las comunidades autónomas en las que residen.

Métodos: Estudio multinivel con un primer nivel, las 10.332 mujeres entre 18 y 70 años que acudieron a centros de atención primaria de todo el país, y el segundo, las 17 comunidades autónomas españolas y Ceuta y Melilla. Las variables del primer nivel fueron: edad, situación laboral, nivel educativo, nivel de ingresos familiares mensuales, apoyo tangible, tener o no hijos, país de nacimiento, siendo la violencia contra las mujeres en la pareja en los últimos 12 meses –variable dicotómica sí/no creada a partir de las puntuaciones del Index of Spouse Abuse– la variable dependiente. Las variables de segundo nivel se categorizaron según estuvieran por encima o por debajo del valor del conjunto de España. Además, fueron divididas en: bloque 1: ratio mujer/hombre de población analfabeta o sin estudios (2007), ratio mujer/hombre de personas con estudios superiores (2007), ratio mujer/hombre salario bruto anual (2006), porcentaje de mujeres parlamentarias (2006-07). Bloque 2: tasa de pobreza (2007), tasa de homicidios (2007), porcentaje de población urbana (2007), tasa de inmigración (2007), ratio mujer/hombre tasa de paro (2007). Se aplicó el modelo multinivel de Bernoulli.

Resultados: A nivel individual, la probabilidad de maltrato fue mayor en mujeres mayores de 50 años, sin empleo, sin estudios universitarios, con ingresos familiares menores a 900 €, sin apoyo tangible, con hijos e inmigrantes. Destaca la magnitud de la asociación entre violencia de género y carencia de apoyo social (OR = 3,74 [2,91-4,81]) y de estudios formales o analfabetismo (OR = 2,00 [1,68-2,40]). A nivel de contexto, sólo se observan diferencias cuando se ajusta el modelo con las variables del bloque 1, observándose que la posibilidad de maltrato se reduce en aquellas comunidades donde la ratio de mujeres/hombres con estudios superiores es mayor que la ratio global para España (OR = 0,66 [0,50-0,86]).

Conclusiones: El alto nivel educativo se presenta como un factor importante para reducir la probabilidad de maltrato, tanto a nivel individual como a nivel de contexto.

328. “SEMANA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO” DESDE LAS ÁREAS DE SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M.L. Martínez, J. López, M. García-Barquero, S. Sánchez, M. Ángel, J.C. Mateos, P. Gómez, C. Hidalgo, J.M. de León, A. Fernández-Peinado, A. Miranda, A. Cuenca, A. Padrón, C. Valdés, J.M. Torcal

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, DGAP, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La violencia de género (VG) es un grave problema social con importantes repercusiones en salud. El sistema sanitario es un lugar clave para su detección, atención y derivación. La Consejería de Sanidad de nuestra Región dispone de una estrategia de acciones en salud frente a la VG con 6 líneas de trabajo, una de ellas la promoción de salud, donde se enmarca esta acción coordinada desde los servicios territoriales de salud pública. **Objetivos:** Contribuir a sensibilizar, prevenir y detectar la VG y sus efectos en salud de las mujeres e informar de la presencia y capacidad de respuesta de los recursos sanitarios, en el contexto del Día Internacional contra la Violencia hacia las mujeres y promover la coordinación entre los recursos locales de apoyo y respuesta para el desarrollo de las intervenciones de promoción y prevención en población general.

Métodos: Formación/sensibilización de todos los técnicos de SP de áreas participantes mediante un taller sobre intervención en VG. Planificación y diseño, en coordinación con recursos locales (ayuntamientos, asociaciones, puntos del observatorio regional contra la VG, centros de salud, hospitales), de al menos 3 mesas informativas y 3 charlas coloquio por Área de SP. Diseño de material informativo específico para la acción. Evaluación del proyecto.

Resultados: Se realizaron 28 mesas informativas en centros sanitarios y 14 en espacios públicos abiertos o cerrados que atendieron a más de 5.000 personas (69,5% mujeres; 14,3% inmigrantes) sobre VG, sus consecuencias en salud y los recursos sanitarios como apoyo a mujeres víctimas de VG. Se organizaron 18 charlas coloquio en 15 ayuntamientos de CM impartidas por personas expertas en VG, entre ellas una experta del sector salud, con asistencia de 753 personas (74% mujeres). Estas charlas permitieron la participación de los asistentes favoreciendo el dialogo, la expresión de opiniones y la aclaración de dudas sobre el tema.

Conclusiones: La organización de mesas informativas dentro de centros sanitarios contribuyó al conocimiento de los servicios sanitarios como un recurso clave para el abordaje del problema. La realización de charlas coloquio brindó una oportunidad para debatir en profundidad la VG en barrios y municipios de menor población donde no son frecuentes este tipo de actividades. La coordinación interinstitucional para planificar la acción promovió un conocimiento más profundo por parte de los servicios de salud pública de áreas de las institucio-

nes locales que trabajan en VG y facilito su incorporación a estas estructuras.

347. MIHSALUD: INCORPORANDO LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN INMIGRANTE

E. Carbonell-Franco^a, C. Estellés-Palanca^a, J.J. Paredes-Carbonell^a, P. López-Sánchez^a, F. Hurtado-Murillo^a, R. González-Candelas^a, M. Alcaraz-Quevedo^c

^aCentro de Salud Pública de Valencia; ^bCentro de Salud Fuente de San Luis; ^cCentro de Salud Av. Francia-Salvador Pau.

Antecedentes/Objetivos: Describir la estrategia para la incorporación de la prevención de la violencia de género (PVG) al programa MIHSALUD del Centro de Salud Pública de Valencia (CSPV) en sus 2 líneas básicas: la sensibilización/formación de profesionales de la salud y la acción comunitaria en población inmigrante.

Métodos: Sensibilización/formación de profesionales: capacitación de profesionales relacionados con el programa MIHSALUD a través de un seminario en horario laboral sobre PVG en población inmigrante; jornada dirigida a coordinadores médicos y de enfermería de atención primaria (AP) de 5 departamentos de salud sobre PVG y el "Protocol per a l'atenció sanitària de la violència de gènere (PDA)" de la Comunitat Valenciana; sesiones de sensibilización a profesionales de 8 centros de AP que participan en MIHSALUD. Acción comunitaria en población inmigrante: incorporación de la PVG al curso de formación de agentes de salud de base comunitaria (ASBC); formación específica sobre PVG a 2 ASBC y dinamización comunitaria en 8 zonas básicas de salud; un foro con representantes de asociaciones.

Resultados: Sensibilización/formación de profesionales: se realiza un curso *online* de 24 horas y un seminario presencial de 18 horas con la participación de 14 profesionales; se realiza la jornada de sensibilización con la asistencia de 40 profesionales, 33 mujeres y 7 hombres, pertenecientes a 57 centros de AP. Está previsto realizar 8 sesiones de sensibilización de 3 horas dirigidas a profesionales de 8 centros de AP. Acción comunitaria en población inmigrante: se incorpora un módulo teórico-práctico de 20 horas en la 3.ª edición del curso de ASBC, participan 16 mujeres mayoritariamente de origen latinoamericano y un hombre magrebí, realizando 8 talleres (96 participantes, 81% mujeres). Dos ASBC han activado 75 puntos informativos (distribuyendo material divulgativo de PVG), realizado 82 conversaciones y 2 talleres (además están previstas 78 conversaciones y 10 talleres); se ha celebrado un foro sobre PVG en el que han participado 19 asociaciones.

Conclusiones: La formación/sensibilización de profesionales, en el propio centro de trabajo e incluido en los acuerdos de gestión de los centros, es la estrategia de elección para mejorar la calidad de la atención y la prevención de la violencia de género. Las estrategias de dinamización comunitaria del programa MIHSALUD también han resultado útiles para la promoción de la igualdad de género y la prevención de la VG en la población inmigrante.

Financiación: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad concedidos, Escola Valenciana d'Estudis de la Salut y CSPV.

483. FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOPERCEPCIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER

M. Sonego^a, A. Gandarillas^a, B. Zorrilla^a, L. Lasheras^b, M. Pires^b, A. Anes^b, M. Ordobás^a

^aServicio de Epidemiología; ^bServicio de Promoción de la Salud, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección de Atención Primaria, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Varios estudios han puesto en evidencia que la violencia de pareja contra la mujer (VPM) puede no ser reconocida como maltrato. En este trabajo se pretende estimar en qué grado

la VPM en el último año está reconocida por la mujer y analizar qué factores se asocian al reconocimiento.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2009 a través de una encuesta telefónica en una muestra de la población general de mujeres entre 18 y 70 años de la C. de Madrid. Se incluyeron las mujeres con relación de pareja o contacto con la expareja en el último año. Se construyó una definición de caso de VPM a partir de 26 preguntas basadas en la Conflict Tactics Scale-1 y en el cuestionario de la "Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France" (ENVEFF). Se construyó un índice de gravedad en tres niveles basado en la ENVEFF. Se valoró si las mujeres reconocían o no su situación de maltrato a través de la pregunta "¿se siente Usted maltratada?" y se calculó la proporción de respuestas afirmativas. Se valoró la distribución de la VPM, reconocida y no, según las características sociodemográficas y personales de la mujer; se incluyeron en un modelo de regresión logística las variables significativamente asociadas al reconocimiento del maltrato.

Resultados: De la muestra final de 2.835 mujeres, 347 cumplieron con la definición de caso, arrojando una prevalencia global de VPM de 12,2% (IC 95%, 11,0-13,4); 343 de ellas contestaron a la pregunta "¿se siente Usted maltratada?", 96 (28,0%) afirmativamente y 247 (72,0%) negativamente. El factor más fuertemente asociado al reconocimiento de la VPM fue la severidad de la violencia: los niveles medio y alto de gravedad presentaron en el análisis multivariante una OR de reconocer el maltrato respectivamente de 12,2 (IC 95%, 4,7-31,1) y 68,2 (IC 95%, 24,5-189,5) con respecto al nivel bajo. Otros factores significativos fueron la edad, que demostró una asociación lineal, con aumento de la OR del 5% (IC 95%, 1,03-1,08) por cada año; haber finalizado la relación de pareja (OR 2,9; IC 95%, 1,4-5,8) y referir origen extraeuropeo (OR 2,7; IC 95%, 1,4-5,5).

Conclusiones: Para valorar la presencia de VPM, los profesionales de salud deben utilizar técnicas de entrevista apropiadas, ya que preguntar directamente a la mujer si se siente maltratada dejaría de detectar la mayoría de los casos. La probabilidad de que la mujer no reconozca el maltrato es más alta en las formas menos severas de VPM, en las mujeres más jóvenes, en las europeas y en las que se encuentran en una relación de pareja actual.

493. RIU VIOLETA: INVESTIGACIÓN-ACCIÓN EN PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ENTORNOS VULNERABLES

D. Aviñó^a, J. Paredes^b, M.J. Fuertes^{c,d}, Mila Meseguer^{d,e}, C. Bustamante^a, L. Martínez^a, J. González^a, C. Pitarch^a, J. González^a

^aVincles Salut; ^bCentre de Salut Pública de Alzira; ^cCEIP Salvador Andrés Algemés; ^dpor grupo RIU Violeta; ^eUnitat de Salut Sexual y Reproductiva de Alzira.

Antecedentes/Objetivos: El Centro de Salud Pública de Alzira (Valencia) desarrolla una intervención comunitaria, modelo RIU, de formación-acción de agentes de salud para facilitar el acceso y uso adecuado de servicios sanitarios en entornos vulnerables. Se describe la aplicación de un método de investigación-acción participativa (IAP) para la promoción de la igualdad y prevención de violencia de género en el barrio El Raval de Algemés (Valencia).

Métodos: Se crea el grupo de IAP con 6 mujeres y 1 hombre agentes de salud de distintas culturas y 6 profesionales de la salud, servicios sociales, educación y tejido asociativo. Se aplica un método de IAP en 13 sesiones de 2 horas al tema "prevención de violencia de género en mujeres del barrio". Se siguen las fases de percepción individual, problematización, análisis, información, reformulación, mapa de activos en salud, plan de acción, evaluación y difusión de resultados. Las sesiones se graban con consentimiento, se transcriben y facilitan como documento de trabajo. En la fase de información, se trabajan materiales, participan 2 expertas y 2 periodistas para capacitar al grupo de agentes

y que realicen entrevistas a población sobre el tema. Se mantienen 20 sesiones de 2 horas en la ejecución del plan de acciones: a) informativas y de consejo individual; de acompañamiento a servicios; educativas grupales (talleres), y comunitarias. Se evalúan las acciones con registros. Se produce un vídeo resumen de la intervención y se difunden los resultados en acciones grupales en 3 municipios. El grupo de agentes de salud es remunerado.

Resultados: Se realizan 30 acciones informativas (40 más previstas); 8 acompañamientos; 6 talleres (4 más previstos) con 74 participantes (60 más estimadas) sobre género y relaciones de pareja, salud sexual y reproductiva, cuentos por la igualdad, identificar el maltrato y mitos, barreras para denunciar y claves para superarlas y recursos; 2 comunitarias (2 más previstas): concurso frases de igualdad (35 participantes), feria de asociaciones, entrevistas en radio y sensibilización a profesionales, y 3 talleres previstos de difusión de resultados (36 personas estimadas).

Conclusiones: Las personas agentes de salud se involucran en un proceso de análisis-reflexión-acción de promoción de igualdad y prevención de violencia de género. Con los diferentes tipos de acciones, el tema trasciende de lo privado y oculto a lo público y se visibiliza. Limitaciones: el método no asegura la participación, dificultades resueltas parcialmente, los profesionales pueden hacer más acciones convergentes y los cambios dependerán de que la acción sea sostenible.

497. AUTOPERCEPCIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y REPERCUSIONES EN SALUD

M. Sonego^a, A. Gandarillas^a, B. Zorrilla^a, L. Lasheras^b, M. Pires^b, A. Anes^b, M. Ordobás^a

^aServicio de Epidemiología; ^bServicio de Promoción de la Salud, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección de Atención Primaria, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Las consecuencias sobre la salud de la violencia de pareja hacia la mujer (VPM) han sido ampliamente demostradas. Varios estudios han puesto en evidencia que la VPM puede no ser reconocida como maltrato por la propia mujer. En este trabajo se pretende valorar la asociación de problemas de salud y consumo de recursos sanitarios con la VPM reconocida (VPMr) y no reconocida (VPMnr).

Métodos: Estudio transversal realizado en 2009 a través de una encuesta telefónica en una muestra de la población general de mujeres entre 18 y 70 años de la C. de Madrid. Se incluyeron las mujeres con relación de pareja o contacto con la expareja en el último año. Se construyó una definición de caso de VPM en el último año a partir de 26 preguntas basadas en la CTS/1 y en el cuestionario de la "Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France". Se valoró si la mujer reconocía su situación de maltrato, preguntándole si se sentía maltratada. Se valoró en el análisis bivariante si las enfermedades crónicas diagnosticadas por el médico y el consumo de fármacos y recursos sanitarios estaban significativamente asociados con la VPMr y la VPMnr (referencia: ausencia de VPM). En caso afirmativo, se analizó la asociación a través de regresión logística multivariante, ajustando por las características de la mujer.

Resultados: En las 2.835 mujeres de la muestra final, se detectaron 347 casos de maltrato, 343 de los cuales contestaron a la pregunta "¿se siente Usted maltratada?", 96 (28,0%) afirmativamente y 247 (72,0%) negativamente. En el análisis multivariante, tanto la VPMr como la VPMnr se asociaron significativamente con la presencia de alguna enfermedad crónica (OR respectivamente 1,8 [IC95% 1,1-2,9] y 1,5 [1,1-2,1], de ansiedad (OR 2,3 [1,4-3,7] y 2,1 [1,5-2,9]) y depresión (OR 4,3 [2,6-7,1] y 1,6 [1,1-2,4]), con el índice de depresión PHQ9 (OR 2,9 [1,7-4,8] y 2,4 [1,6-3,4]) y con la sensación de estrés (OR 1,9 [1,1-3,5] y 2,1 [1,4-3,0]). Ambos tipos de VPM se asociaron positivamente con el consumo de fármacos, con el tratamiento psicológico, con las consultas a urgencias y el hábito tabáquico. Algunos ítems de salud se asociaron solamente con la VPMr: presencia de úlcera, consultas al psiquiatra y

al trabajador social; otros solamente con la VPMnr: presencia de asma o bronquitis crónica y accidentes.

Conclusiones: La VPMnr se asocia al menos a tantos problemas de salud como la VPMr. Con excepción de la depresión diagnosticada por el médico, más fuertemente asociada con la VPMr, la magnitud de la asociación es similar en los dos grupos de VPM.

627. IMPACTO EN RESULTADOS EN SALUD EN MUJERES MALTRATADAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

M. Margolles, I. Donate

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: La OMS indica una serie de consecuencias del maltrato o violencia sobre la salud en las mujeres: físicas, traumáticas, reproductivas, sexuales y psicológicas o conductuales. En este estudio pretendemos, a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Asturias, 2008 (ESA-08), conocer el grado de afectación del problema del maltrato en mujeres asturianas sobre su percepción de la salud y su morbilidad autoreferida y pautas de conducta.

Métodos: Los datos provienen de la primera ESA-08 (n = 1.300 mujeres), realizada en 2008 en Asturias. Se analizan las variables de salud incluidas en la encuesta en relación a la presencia de antecedentes de maltrato.

Resultados: Refería haber padecido maltrato un 7,5% de las mujeres asturianas. Estas presentaban mayor frecuencia de salud regular o mala (OR: 3,1, IC 95%, 2,0-4,7), manifestaban ser nada o poco felices (OR: 4,9, IC 95%, 3,1-7,6), presentan unos niveles peores de CVRS con descenso muy acusado en personas con antecedente de maltrato pero la caída es muy grande en el caso de las mujeres a partir de los 45 años de edad. Disminuye también considerablemente la autovaloración de la vida. Presentan niveles muy elevados de morbilidad física crónica: tensión arterial elevada (OR: 1,9, IC 95%, 1,2-2,9), de artrosis o artritis (OR: 1,9, IC 95%, 1,2-2,9), dolor de espalda crónico cervical (OR: 1,7, IC 95%, 1,1-2,7) o lumbar (OR: 1,7, IC 95%, 1,1-2,7), varices en piernas (OR: 2,0, IC 95%, 1,3-3,1). Pero donde se ceba la morbilidad crónica es en la patología mental: la ansiedad se incrementa > 200% (OR: 5,8, IC 95%, 3,7-9,0). En cuanto a la depresión, hay un incremento del 250% en mujeres con antecedentes de maltrato (17,5/39,4%) (OR: 3,5, IC 95%, 2,2-5,1). Se duplica la proporción de personas que han tenido accidentes, agresiones, quemaduras o intoxicaciones respecto al total de la muestra. (OR: 2,9; IC 95%, 1,8-4,7). Un 28% considera su vida social poco o nada satisfactoria por solo un 14% del total de mujeres (OR: 2,6; IC 95%, 1,6-4,2). Se incrementa hasta el doble la proporción (un 5,3%) de mujeres que no tienen a nadie con quien hablar de temas muy personales. Tienen mayor riesgo de ser bebedoras excesivas o de alto riesgo del alcohol (OR de 3,9, IC 95%, 1,4-11,0) y de consumir fármacos, sobre todo psicotrópicos (OR: 2,4, IC 95%, 1,5-3,8).

Conclusiones: Todas las variables de resultados de salud se ven afectadas negativamente por la presencia de maltrato en las mujeres sometidas a este tipo de vejación. Los resultados de este estudio son concordantes con los datos disponibles en la literatura.

812. FACTORES PREDICTORES DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DE TIPO PSICOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO

V. Escribà-Agüir, M. Vanaclocha-Espí, I. Ruiz-Pérez, L. Artazcoz, M. Royo-Marqués

CSISP, Generalitat Valenciana; CIBERESP; EASP, Granada; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las investigaciones que valoran los factores de riesgo de la violencia de pareja de tipo psicológico (VPP), duran-

te el embarazo y postparto, utilizan un diseño transversal. Los objetivos son describir el patrón de la incidencia de la VPP desde el inicio del embarazo hasta los 12 meses tras el parto e identificar los factores de riesgo que predicen su aparición.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo, realizado con un muestreo sistemático de 1.336 mujeres que acudían a las visitas de control prenatal de atención primaria (Comunitat Valenciana), captadas al inicio del primer trimestre del embarazo (fase I) y se realizaron 3 seguimientos: hasta el inicio del tercer trimestre de embarazo (fase II), a los 5 (fase III) y 12 meses del parto (fase IV). La variable respuesta fue la aparición de VPP durante la fase II, III o IV, valorada por la versión española validada del "Abuse Assessment Screen" (AAS). Las variables explicativas son: a) factores personales (problemas de alcohol o drogas por familiares o pareja, consumo de alcohol o drogas por la mujer 3 meses antes del embarazo), medidos en la fase I, y b) apoyo social (tangibles, emocional, afectivo, instrumental), medido en las fases I, II y III. El AAS se ha administrado por profesionales sanitarios y el resto de información por cuestionarios autoadministrados. Las variables de ajuste son edad, nivel de estudios, estado civil, estatuto empleo y país de origen. Se han ajustado modelos de regresión logística multivariados tipo GEE, específicos para el análisis de datos longitudinales, calculando las *odds ratios* ajustadas (ORa) y sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados: Un 11,0% de las mujeres declaró algún tipo de violencia alguna vez en la vida. La prevalencia de la VPP durante el año previo al inicio del embarazo es del 2,3%. La incidencia desde el inicio del primer trimestre al inicio del tercer trimestre de embarazo es del 1,1% (fase II), apreciándose un incremento significativo en la fase III (3,1%) y en la fase IV (3,4%). Los factores que predicen la aparición de VPP durante el embarazo y los 12 meses posparto son la presencia de VPP en los 12 meses previos a quedarse embarazada (ORa = 22,45, IC 95%, 6,05-83,26), el consumo de drogas por familiares (ORa = 2,72, IC 95%, 1,10-6,68), el bajo apoyo afectivo (ORa = 2,91, IC 95%, 1,01-8,57) y el bajo apoyo tangible (ORa = 3,86, IC 95%, 1,30-11,49).

Conclusión: La identificación precoz de la VPP previa al embarazo y la instauración de medidas de intervención serán elementos clave para evitar su aparición durante el embarazo y posparto.

Financiación: Financiado parcialmente por FIS-FEDER PI06/1565 y PS09/00523.

994. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (2005-2010)

L.A. Canet Lopez, E.M. García López, R.M. Marín Torrens, J. Ibarra Huesa

Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES).

Antecedentes/Objetivos: La violencia de género es la manifestación más dramática de las desigualdades entre hombres y mujeres. La OMS insta a todos los países a evaluar la dimensión del problema y elaborar estrategias adecuadas de prevención y atención con el fin de su erradicación. **Objetivo:** Analizar las estrategias de prevención de la violencia de género impulsadas desde la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana durante el periodo 2005-2010.

Métodos: Revisión bibliográfica y de material legislativo, planes y programas institucionales y estadísticas de centros oficiales. Análisis de las estrategias de prevención e intervención con víctimas.

Resultados: Todavía no se dispone de estadísticas que cuantifiquen de forma real la magnitud del problema, puesto que no se recogen de forma sistemática ni con los mismos criterios en todos los países. En la Comunidad Valenciana destacan: desarrollo de 3 planes de igualdad y 2 planes contra la violencia, con sus respectivas comisiones interdepartamentales. Creación del foro contra la violencia de género. Promulgación de la Ley 9/2003 de Igualdad entre mujeres y hombres de la

Generalitat Valenciana. Desarrollo de estrategias de intervención con las mujeres víctimas de violencia de género, con la creación de los centros mujer 24 horas desde 1996 y la regulación legislativa e implantación de protocolos en las casas de acogida. En el ámbito sanitario se están desarrollando 3 líneas de intervención: 1) formación de profesionales sanitarios desde la EVES: 57 cursos, 1.591 alumnos (presupuesto en 2010 23.948,75 €); 2) creación del informe médico por la presunta violencia de género/doméstica y del registro de casos: 7.920 desde junio de 2005 a diciembre de 2010, y 3) edición del Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia Doméstica (PDA), con el fin de establecer pautas normalizadas de atención integral a las víctimas, estrategias en el seguimiento en atención primaria y hospitalaria y contribuir a reducir la incidencia de casos de violencia de género y la magnitud de sus lesiones.

Conclusiones: Aunque se ha dado un gran impulso en estos últimos 5 años, es necesario seguir trabajando en: 1) sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios frente al fenómeno de la violencia de género; 2) facilitar las herramientas a los profesionales para prestar una atención integral a las víctimas, coordinándose con otras entidades y recursos sociosanitarios implicados, y 3) potenciar las estrategias de sensibilización en la población general (campañas de sensibilización, educación para la salud, etc.).

1000. QUÉ QUIEREN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL SISTEMA SANITARIO Y OTRAS INSTITUCIONES

I. Ruiz-Pérez^{a,b}, A. Nevot-Cordero^a, A. Rojas-García^a, N. Rodríguez-Madrid^a, V. Escrivà-Agüir^{b,d}

^aEscuela Andaluza de Salud Pública, Granada; ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ^cUniversidad de Valencia; ^dCentro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Describir cómo las mujeres que han sufrido maltrato establecen contacto con el sistema de salud durante la ruta crítica, que es el proceso por el cual se establece la secuencia de toma de decisiones y acciones encaminadas a acabar con la violencia doméstica. Describir cuál es el tipo de ayuda que ellas buscan de los sistemas sanitario y social. Describir la percepción de las mujeres sobre la coordinación entre las instituciones implicadas.

Métodos: De los 24 perfiles establecidos (según edad, hijos a su cargo, nivel educativo y situación laboral) se realizaron 34 entrevistas semiestructuradas. Las mujeres seleccionadas fueron aquellas que, cumpliendo el perfil, contactaron entre 2003 y 2009 con el Servicio de Atención a las Víctimas de Andalucía (SAVA). Con la información recogida se realizó un análisis de contenido en el que se identificaron barreras y facilidades que encuentran las mujeres cuando rompen su silencio y cuando se acercan a los recursos disponibles, así como pasos que dan desde el inicio hasta que cuentan su experiencia.

Resultados: Las mujeres han dejado de ver el sistema sanitario como una institución dedicada únicamente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Valoran el papel de los profesionales sanitarios como expertos y mediadores, pero quieren tener autonomía para tomar las decisiones. Son críticas en lo que se refiere a las casas de acogida, a pesar de reconocer las importantes funciones que realizan estos centros. Se acepta la necesidad de aportar una parte médica en caso de juicio, aunque las mujeres confiesan sentirse incómodas con el trato frío y distante por parte de los profesionales sanitarios. Se reconoce la necesidad de una mayor coordinación entre las diferentes instituciones, ya que esto puede ser motivo de desaliento en el momento de tomar la decisión de romper el silencio.

Conclusiones: Los resultados obtenidos son de utilidad inmediata, ya que pueden ser tenidos en cuenta en los programas de formación a los profesionales de la salud. Las opiniones recogidas muestran que los profesionales sanitarios no sólo deben detectar y tratar adecuadamente

te a las mujeres víctimas de maltrato, sino también saber cómo se sienten ellas a la hora de contar su experiencia y de contactar con el sistema sanitario y los demás sistemas de apoyo. Estos aspectos deben incorporarse en las directrices y protocolos de actuación del sistema sanitario y social a fin de proporcionar una respuesta más adecuada a las mujeres que sufren maltrato.

Financiación: FIS-FEDER PI07/90045.

1002. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES. UNA REVISIÓN CRÍTICA

I. Ruiz-Pérez^{a,b}, A. Rojas-García^a, M.N. Rodríguez-Madrid^a, I. Ricci-Cabello^{a,b}

^aEscuela Andaluza de Salud Pública, Granada; ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Los programas de intervención con maltratadores están enmarcados en su mayoría en una política de protección a las víctimas. Asimismo, estos programas parten de la necesidad de dar una respuesta adecuada a la rehabilitación y reintegración de los maltratadores. El objetivo de este trabajo es revisar la literatura relacionada con este tipo de intervenciones con el fin de exponer una visión general de los diferentes tipos de programas que se han implementado hasta ahora.

Métodos: Se han revisado mediante búsquedas en diferentes bases de datos (Medline, Scopus, Web of Knowledge, etc.) los distintos programas de intervención que se han llevado a cabo con maltratadores.

Resultados: Estos programas se han basado en 5 modelos teóricos: cognitivo-conductual, psicoeducativo o feminista, de orientación interior o psicodinámico, de ventilación y sistémico. Sin embargo, la mayoría de ellos están basados principalmente en los modelos cognitivo-conductuales y psicoeducativos o feministas, completados con elementos de otros modelos. En lo que se refiere a las características, la duración y la intensidad de cada componente en cada sesión han de ser determinadas por el profesional a cargo, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada caso. Otro aspecto interesante es la tasa de abandono. Algunos autores señalan que podría haber un sesgo en relación con los resultados mostrados, ya que pertenecerían a los sujetos que están más motivados para completar el tratamiento. Por otro lado, aunque no existen unos criterios de calidad “oficiales”, varios intentos se han llevado a cabo con el fin de alcanzar un consenso para elaborar una guía de buenas prácticas en intervenciones con hombres abusivos. En cuanto a la efectividad de una intervención, la reincidencia es considerada como una de las variables clave para determinar la calidad de la intervención. Sin embargo, existen pocos estudios que delimitan el concepto de “reincidencia” o “recaída”, que varían entre el número de nuevas detenciones y condenas o el número de agresiones físicas.

Conclusiones: El análisis de los programas muestra pocas similitudes entre ellos, lo que hace difícil comparar y evaluar el efecto que esas intervenciones tienen sobre los maltratadores. Generalmente, su efectividad no suele ser alta, contando además, la mayoría de ellos, con una alta tasa de reincidencia en lo que se refiere a los maltratadores que pasan por los programas. Con el fin de dar respuesta a algunos de los problemas sin resolver, estos programas han tomado nuevas orientaciones en su implementación.