

Junio 2019

Palabras clave: violencia machista,
marco conceptual, factores sociales,
género

Violencia machista en el ámbito de la pareja desde una perspectiva de salud pública: marco conceptual

Lucía Artazcoz^{1 2 3 4}, Amaia Garrido¹, Olga Juárez¹, Isabel Otero¹, Maribel Pasarín^{1 2 3 4}, Katherine Pérez^{1 2 3 4}, Glòria Pérez^{1 2 3 4}, y María Salvador¹

El objetivo de este capítulo es proponer un marco conceptual para comprender la violencia machista en el ámbito de la pareja (VMAP) y su impacto en la salud, basado en un contexto estructural que determina normas y jerarquías de género, así como la intersección entre varios ejes de desigualdad. La prevención de la VMAP exige un trabajo intersectorial en el que se disponga de un marco conceptual compartido por todos los sectores implicados. Este es el primer paso para tener una visión clara de los mecanismos mediante los que las intervenciones de prevención primaria pueden tener éxito.

Introducción

La violencia machista es un problema estructural profundamente arraigado en el modelo patriarcal que determina las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. Esta violencia es perpetuada por expectativas sociales y culturales sobre los roles de género. Según datos del 2012, en la UE-28 se estima que en torno a un 8 % de las mujeres han sufrido violencia física o sexual en el último año, una de cada tres (32 %) ha experimentado a lo largo de su vida violencia psicológica por parte de una pareja íntima, en torno a un 5 % han sufrido violencia económica en la relación actual y un 13 % han sufrido alguna forma de violencia económica en relaciones anteriores (European Union Agency for Fundamental Rights - FRA, 2014).

El objetivo de este capítulo es proponer un marco conceptual para comprender la violencia machista en el ámbito de la pareja (VMAP), una de las formas de violencia machista, y su impacto en la salud, basado en un contexto estructural que determina normas y jerarquías de género. Para ello, se ha realizado una revisión narrativa de la bibliografía científica enfocada en los últimos veinte años. El marco se centra en la VMAP, ya que los determinantes sociales de las diversas violencias de género son diferentes (Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011).

Hay varias razones para poner el foco en la VMAP. En primer lugar, es la forma de violencia machista sobre la que hay más investigación, lo que facilita la comprensión del problema. Desde el punto de vista de la prevención de la violencia machista, prevenir la VMAP es un punto de partida estratégico para prevenir la violencia de manera más amplia, porque la familia, donde se

¹ Agencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona

² CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

³ Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

⁴ Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona

producen la gran mayoría de los actos violentos, es también uno de los entornos donde se configuran los hábitos y los comportamientos de las sucesivas generaciones. Además, la VMAP comparte una serie de determinantes sociales con otros tipos de violencia machista, especialmente en cuanto a normas y respuestas institucionales. Finalmente, la VMAP es la forma más común de violencia machista. En términos poblacionales, supera con creces la frecuencia de todas las otras formas de violencia en la vida de las mujeres. Centrarse en la VMAP, pues, crea una base sólida y necesaria para prevenir otras formas de violencia machista (Heise, 2012).

Definición de la VMAP

La VMAP se define como la violencia física, psicológica, sexual o económica ejercida contra una mujer y perpetrada por el hombre que es o ha sido su cónyuge o por la persona que tiene o ha tenido relaciones similares de afectividad (“Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masculista” 2008). En la UE-28, las formas más comunes de violencia física son empujar, abofetear y agarrar o tirar del pelo; las más frecuentes de violencia psicológica consisten en el desprecio o humillación de una mujer en privado por parte su pareja y su insistencia en saber dónde se encuentra como una forma de control (European Union Agency for Fundamental Rights - FRA, 2014).

Los marcos conceptuales en la salud pública

Hasta ahora, se ha dedicado poca atención a la prevención primaria de la VMAP, porque la mayor parte de los recursos se destinan a la prevención secundaria (detección precoz) o terciaria (una vez que se ha producido la agresión) (ONU mujeres, 2015). Este capítulo adopta una perspectiva de salud pública y, por lo tanto, se centra en la prevención primaria de la VMAP, es decir, en tratar de evitar que ocurra.

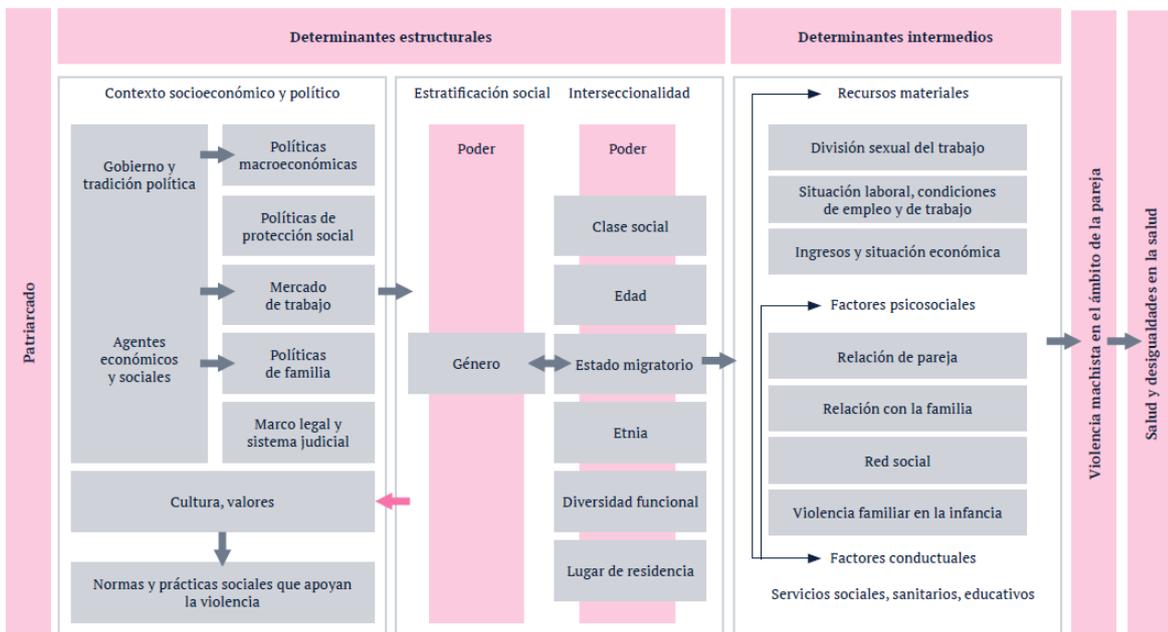
El elemento fundamental de una estrategia de prevención de la violencia machista en salud pública es identificar los mecanismos sociales subyacentes, en lugar de centrarse en los síntomas más visibles. Esto permite elaborar y poner a prueba enfoques eficaces que respondan a las causas originales y, de este modo, mejoren la salud (Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011). Así, el primer paso para la implementación de políticas y programas de prevención de la VMAP es la formulación de un marco conceptual compartido por todos los sectores implicados para tener una visión clara y compartida de los mecanismos mediante los que las intervenciones de prevención primaria pueden tener éxito (Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011). Estos marcos, a través de representaciones gráficas, son cruciales para teorizar, describir y explicar la distribución de las desigualdades en la salud de la población. Por lo tanto, pueden ser extraordinariamente útiles en el abordaje de la prevención primaria de la VMAP (Krieger, 2008).

La investigación sobre la VMAP está dominada por estudios de Norteamérica y otros entornos de altos ingresos que han puesto el acento en factores individuales, como la personalidad y las relaciones, el trauma infantil y las adversidades, el desarrollo, así como el comportamiento antisocial (Capaldi & Kim, 2007). Sin embargo, el feminismo defiende que es necesario poner el énfasis en los factores estructurales de la VMAP, es decir, las normas y jerarquías de género generadas por el patriarcado que determinan las relaciones entre hombres y mujeres y estructuran las desigualdades de género en el acceso al poder y a los recursos. Estos factores, combinados con otros más proximales, determinan la probabilidad de que una mujer experimente violencia, así como el nivel general de VMAP en un entorno. Así pues, la teoría feminista reconoce el papel de los factores individuales a lo largo del curso de la vida, pero enfatiza la importancia de los factores comunitarios y de macronivel como fundamentales para explicar la VMAP (Heise, 2012).

1. Modelo de los determinantes sociales de la VMAP

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a escala mundial, nacional y local, que dependen finalmente de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las desigualdades en la salud, es decir, las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre diferentes grupos socioeconómicos (Whitehead, 1992). En el esquema 1 se presenta el marco conceptual de la VMAP propuesto en este capítulo, basado en el modelo de desigualdades sociales en la salud (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2015) y adaptado al abordaje de la VMAP. Existen varias diferencias entre los dos modelos: una es que el modelo propuesto en este capítulo incorpora los determinantes sociales de la VMAP en un marco de desigualdades en el que el elemento de partida es el patriarcado.

Esquema 1. Modelo de los determinantes sociales de la violencia machista en el ámbito de la pareja (VMAP).



Fuente: Elaboración propia basada en el modelo de desigualdades sociales en la salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social de España. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015).

1.1. Patriarcado

El concepto de *patriarcado* se refiere a una forma de organización social, política, económica y religiosa que se basa en la autoridad del hombre y en la dominación masculina sobre la mujer. Implica, entre otras cosas, las estructuras de desigualdad de género en las esferas pública y privada de la vida, y en los derechos y recursos, sustentados por trayectorias impulsadas por el mercado, el Estado y el marco legal (Walby, 2004). También se refiere a la construcción social constante de lo que se considera “femenino” y “masculino” y se fundamenta en el poder y las normas socioculturales sobre mujeres y hombres (West & Zimmerman, 1987).

El patriarcado determina unas normas de género que configuran las ideas de la sociedad sobre qué esferas sociales deberían ser las áreas principales para las mujeres y los hombres, así como la valoración que la sociedad hace de estas esferas sociales y que, en última instancia, son la base de la VMAP (Reed, Raj, Miller, & Silverman, 2010). Así, se socializa a los hombres de modo que creen que son superiores a las mujeres y que deben dominar a sus parejas femeninas (Taft, Bryant-Davis, Woodward, Tillman, & Torres, 2009). La subordinación y la sumisión de las mujeres

se consideran normales, esperadas, aceptadas y, en algunos casos, atractivas para los hombres (Russo & Pirlott, 2006).

Se ha documentado que la violencia física y sexual en el ámbito de la pareja es más frecuente en países con normas que justifican el maltrato a las mujeres, y se asocia al grado en que las leyes y la práctica perjudican a las mujeres en comparación con los hombres en el acceso a la tierra, a la propiedad y a otros recursos productivos (Heise & Kotsadam, 2015). En esta línea, en España, el riesgo de las mujeres a morir por VMAP es superior para las que viven en provincias con un índice de desarrollo de género bajo (Vives-Cases, Alvarez-Dardet, Carrasco-Portiño, & Torrubiano-Domínguez, 2007). Estos resultados sugieren que la reducción del problema requiere estrategias de promoción de la igualdad de género.

1.2. Determinantes estructurales

1.2.1. Contexto socioeconómico y político

El contexto incluye todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen jerarquías sociales: las políticas macroeconómicas; las políticas de protección social; el mercado de trabajo y la familia; y el marco legal y el sistema judicial. Estos factores estructurales definen la posición socioeconómica individual dentro de jerarquías de poder, prestigio, acceso a los recursos y discriminación.

- Políticas macroeconómicas. Las políticas macroeconómicas, cuyos objetivos fundamentales son el crecimiento económico sostenible, la estabilidad de los precios y el pleno empleo, tienen un rol fundamental en el bienestar de la ciudadanía, así como en el nivel de desigualdades según los diversos ejes de desigualdad, incluido el género. Sin embargo, hasta ahora la distribución de los ingresos y la riqueza ha estado casi ignorada por la macroeconomía; no obstante, el crecimiento económico global de los países y la equidad no van necesariamente de la mano (Aghion & Williamson, 1998).
- Políticas de protección social. Las políticas de protección social son “todas las iniciativas públicas y privadas que proporcionan transferencias de ingresos o consumo a las personas en situación de pobreza, protegen a las vulnerables de los déficits en los medios de subsistencia y mejoran el estatus social y los derechos de las personas marginadas con el objetivo de reducir la vulnerabilidad económica y social de los grupos en situación desfavorecida” (Devereux & Sabates-Wheeler, 2007). Puesto que la raíz de la VMAP son las desigualdades de género en el poder y que una de sus consecuencias puede ser el incremento de la vulnerabilidad de las mujeres, estas políticas tienen un papel clave.
- Mercado de trabajo y familia. La división de género del trabajo en el hogar y la organización de la participación en el mercado de trabajo están sujetos a la influencia de las instituciones, por lo que la constitución del género es un factor clave para determinar las desigualdades de género. En particular, el modelo de familia tradicional, propio de nuestro entorno, que atribuye a los hombres el rol de sustentadores económicos principales del hogar y a las mujeres el de responsables del trabajo doméstico y de cuidado, es una de las razones por las que las mujeres tienen menos poder que los hombres.
- Marco legal y sistema judicial. Los gobiernos pueden legitimar las desigualdades de poder en la familia y la sociedad y perpetuar la VMAP mediante la promulgación de leyes y políticas discriminatorias o mediante la aplicación discriminatoria de la ley. También pueden promover o no la tolerancia de la VMAP en el ámbito no oficial (es decir, en la familia y en la comunidad). Actualmente, existe un marco legal que facilita el abordaje de la violencia machista en varios ámbitos. El Convenio de Estambul del Consejo de Europa, ratificado por España en el 2014

(Consell de la Unió Europea, 2011) y la Directiva de la UE sobre las víctimas (Unió Europea, 2012), establecen normas para responder a las víctimas de la violencia machista. En Cataluña, la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, es un avance en el abordaje de la violencia machista, que supuso un impulso importante de medidas (protocolos de atención, sensibilización, formación y registro de datos). Posteriormente, la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, recoge las formas de violencia más frecuentes (físicas, psicológicas, sexuales y económicas) en los ámbitos en que se ejercen (laboral, pareja, familiar y social o comunitario). En el 2017 se aprobó el Pacto de estado contra la violencia de género, ratificado por todos los grupos parlamentarios, las comunidades autónomas y la Federación Española de Municipios y Provincias.

En Barcelona, en el 2001, se creó el Circuito Barcelona contra la Violencia hacia las Mujeres (CVM-BCN), actualmente llamado Circuito Barcelona contra la Violencia Machista, con el coliderazgo del Ayuntamiento de Barcelona y el Consorcio Sanitario de Barcelona. El Acuerdo ciudadano por una Barcelona libre de violencia contra las mujeres nació el 21 de noviembre de 2002, a partir de las recomendaciones del I Congreso de las Mujeres de Barcelona, que se celebró en 1999 impulsado por el Consejo de las Mujeres de Barcelona. El acuerdo ciudadano forma parte del compromiso de ejecución del Plan de justicia de género 2016-2020, de la Medida de gobierno de mejora del sistema para el abordaje integral de las violencias machistas y del Plan estratégico de prevención del sexismo en la ciudad 2017-2022.

A pesar del contexto legal, con frecuencia el tratamiento judicial de la violencia machista, afectado por prácticas androcéntricas y estereotipos de género, produce resultados que pueden ser entendidos como violencia institucional: baja tasa de condenas, estereotipos discriminantes en la conceptualización de la violencia machista y atención revictimizante a las mujeres (Bodelón González, 2015). La escasa confianza de las mujeres en el sistema judicial puede explicar, en parte, que en Europa solo un 14 % denuncien a la policía el incidente más grave de violencia que han vivido por parte de su pareja, y un 13 %, el incidente más grave cometido por un hombre que no era su pareja (European Union Agency for Fundamental Rights - FRA, 2014), y que muchas sigan con sus parejas pese a sufrir malos tratos (Barnett, 2000). La actuación del sistema judicial puede, en algunos casos, generar una sensación de impunidad entre los hombres maltratadores.

- Cultura y valores. Entre los factores estructurales también es importante tener en cuenta el uso normativo y la tolerancia de la violencia en la resolución de los conflictos. Este factor se manifiesta en los roles de género jerárquicos, las nociones sobre el derecho de los hombres en materia sexual, la baja valoración social de las mujeres y su escaso poder social, así como las ideas de masculinidad vinculadas al dominio de las mujeres (Jewkes, 2002). Estas actitudes se pueden transmitir a las generaciones siguientes a través de la familia, los medios de comunicación y la escuela, así como por la experiencia de ser testigo o víctima de violencias a lo largo de la vida.

1.2.2. Estratificación social e interseccionalidad

La estratificación social se refiere a un sistema con reglas bastante predictibles tras la clasificación de personas y grupos que implica la legitimación de la distribución desigual de los bienes, los servicios y el prestigio). El concepto de *interseccionalidad* se refiere a la interacción entre los diferentes ejes de desigualdad (Walby, S., Amrstrong, J., & Strid, S., 2012). En el presente marco conceptual se considera la intersección entre el género —como eje de desigualdad fundamental en la VMAP—, la clase social, la edad, el estado migratorio, la etnia, la diversidad funcional y el lugar de residencia. Es esencial reconocer el impacto multiplicativo de los diversos ejes de desigualdad que se produce en los contextos de la vida de las mujeres dentro de las comunidades, en el trabajo, en la escuela y en las familias (Sokoloff & Dupont, 2005). A continuación, se revisa el estado del conocimiento sobre las desigualdades sociales en la VMAP de acuerdo con estos ejes de desigualdad.

- **Género.** Las desigualdades de género y la dominancia masculina restringen las oportunidades de las mujeres para participar en la toma de decisiones en todos los niveles, disminuyen los recursos a su alcance y se asocian a la aceptación del ejercicio de la violencia contra ellas. Esta situación contribuye a las desigualdades de género con respecto a las oportunidades de empleo y promoción, el nivel de ingresos, la salud, el acceso a la atención sanitaria, la participación y la representación en la política y la educación.
- **Clase social.** La estratificación social como consecuencia de la existencia de clases sociales comporta otra de las intersecciones de sistemas de poder y de opresión que afecta al riesgo de sufrir VMAP. La VMAP es más frecuente y grave entre las mujeres en situación más desfavorecida (Breiding, Black, & Ryan, 2008; Heise & García-Moreno, 2002). Hay varios mecanismos potenciales mediante los que la pobreza o la privación económica aumentan el riesgo de sufrir VMAP: puede ser a causa de los ingresos bajos en sí o por otros factores que acompañan la pobreza, como el hacinamiento y la desesperanza. Es posible que vivir en situación de pobreza genere en algunos hombres estrés, frustración y un sentido de inadaptación por no haber conseguido cumplir la función cultural y socialmente esperada de ser los sustentadores económicos del hogar. La pobreza o las dificultades económicas importantes también pueden desencadenar conflictos en la pareja o hacer más difícil que las mujeres abandonen las relaciones que son violentas o de algún modo insatisfactorias. Con independencia de cuáles sean los mecanismos precisos, es probable que la pobreza o las situaciones de falta de recursos económicos actúen como marcadores de una variedad de determinantes sociales que se combinan y aumentan los riesgos que afrontan las mujeres.

La investigación sobre la relación entre el nivel de educación —un factor relacionado con la clase social— y la VMAP tiene resultados contradictorios (Vyas & Watts, 2009). Sin embargo, en los países ricos —también en España (Meil Landwerlin, 2014)—, la mayoría de los estudios encuentran que el riesgo de sufrir VMAP es superior entre las mujeres con menor nivel de educación. De forma análoga, se ha documentado que los hombres con un bajo nivel de estudios cometen actos de violencia de pareja con una frecuencia más alta que los hombres con mayor educación (Ackerson, Kawachi, Barbeau, & Subramanian, 2008). La educación confiere a las mujeres empoderamiento a través de sus redes sociales, confianza en ellas mismas y capacidad de utilizar la información y los recursos disponibles en la sociedad, además de permitirles obtener ingresos superiores (Jewkes, 2002).

Aparte del nivel de educación individual, es importante considerar la diferencia en el nivel de educación entre los dos miembros de la pareja. Algunos estudios observan más riesgo de sufrir VMAP en las mujeres con una pareja con un nivel de estudios más bajo, cosa que podría explicarse por la transgresión de la división de género en el poder en la pareja (Abramsky et al., 2011). Sin embargo, en España, el hecho de que las mujeres tengan un nivel de estudios igual o superior al de la pareja se asocia con menos riesgo de sufrir VMAP (Meil Landwerlin, 2014).

- **Edad.** La edad joven es un factor de riesgo de cometer un acto de VMAP o de ser víctima de este (Vest, 2002; World Health Organization., 2014). En Cataluña, la VMAP también es más frecuente entre las mujeres más jóvenes (*Enquesta de violència masclista a Catalunya*, 2016).
- **Estado migratorio.** Varios estudios han documentado que la incidencia de violencia en las mujeres inmigrantes es superior a la de las mujeres autóctonas, lo que puede explicarse por varios mecanismos. Las mujeres inmigrantes viven entre dos culturas, a menudo en conflicto, y en un contexto en que pueden estar aisladas y discriminadas; además, algunas están indocumentadas, lo que les impone restricciones legales. En algunos casos, las mujeres inmigrantes recién llegadas no tienen los conocimientos lingüísticos y la formación necesarios para encontrar empleo. Como resultado, se encuentran en una situación en la que la

supervivencia económica puede ser el problema más urgente para ellas mismas y sus familias, por lo que siguen con su pareja aunque las maltrate (Barnett, 2000; Kim & Gray, 2008). Algunos agresores pueden aumentar la inseguridad de las mujeres inmigrantes cuestionando la capacidad de funcionar en el país de acogida sin sus cónyuges, degradando a las mujeres por sus limitaciones en el idioma, nivel de estudios o habilidades laborales. Además, las mujeres inmigrantes maltratadas suelen estar aisladas de sus familiares y amigos debido a la experiencia migratoria (Raj & Silverman, 2002).

En España, la violencia de pareja en general, la física, la psicológica de control y la sexual, son más frecuentes en mujeres con doble nacionalidad o extranjeras (Meil Landwerlin, 2014). En Cataluña, la VMAP es casi el doble entre las mujeres extranjeras (*Enquesta de violència masclista a Catalunya*, 2016).

- Etnia. La etnia describe un grupo social cuyos miembros comparten un sentimiento de orígenes comunes, reclaman una historia y un porvenir común y distintivo, poseen unas o más dimensiones de individualidad colectiva y tienen un sentimiento de individualidad colectiva única (Paradies et al., 2009). Aunque los valores patriarcales subyacentes pueden ser ampliamente compartidos, las mujeres de varios grupos étnicos pueden diferir en los tipos de violencia que experimentan y en sus respuestas a la violencia (Kasturirangan, Krishnan, & Riger, 2004).
- Diversidad funcional. Hay pocos estudios sobre la violencia contra las mujeres con diversidad funcional y aún menos acerca de las mujeres con diversidad funcional que sufren VMAP (Brownridge, 2006). Un marcador de riesgo frecuentemente citado para la VMAP contra las mujeres con diversidad funcional es la situación de dependencia. Las mujeres con diversidad funcional tienen más probabilidades de tener un nivel socioeconómico bajo. Al igual que ocurre con los hombres, globalmente el nivel educativo de las mujeres con diversidad funcional es más bajo (Shandra & Hogan, 2009), y la diversidad funcional y un nivel educativo más bajo son barreras para el empleo, lo que se asocia con más paro y peores condiciones de empleo y de trabajo (Barnes & Mercer, 2005). Esto provoca que tengan más probabilidades de vivir en la pobreza. En la medida en que las mujeres con diversidad funcional se encuentran en situación de dependencia, las diferencias de poder se asocian con mayor riesgo de ser víctimas de VMAP (Petersilia, 2001).

En España, la frecuencia de la VMAP entre las mujeres con diversidad funcional es muy superior a la de las mujeres sin problemas para llevar a cabo las actividades diarias, y esto es así con independencia de qué indicador se utilice para medir la violencia machista (Meil Landwerlin, 2014). También en Cataluña la VMAP es superior entre las mujeres con diversidad funcional (*Enquesta de violència masclista a Catalunya*, 2016).

- Lugar de residencia. El lugar donde vivimos (municipio, barrio, etc.) actúa también como un determinante de la salud y el bienestar. Así, por ejemplo, se ha documentado que la comunidad puede perpetuar la estructura familiar existente y las desigualdades de poder en la familia y la sociedad. Puede justificar el comportamiento de los hombres violentos para establecer el control sobre las mujeres en la familia, y dar apoyo a prácticas tradicionales, como los maltratos y los castigos corporales. La desventaja socioeconómica del barrio, así como la inestabilidad residencial del vecindario, la inestabilidad del trabajo masculino y la percepción de dificultades económicas, han sido identificadas como factores que se asocian con mayor probabilidad de sufrir VMAP (Benson, Fox, DeMaris, & Van Wyk, 2003).

1.3. Determinantes intermedios

1.3.1. Recursos materiales

- División sexual del trabajo. La división sexual del trabajo, que de manera más o menos marcada se da en todas las sociedades, determina, a través de diferentes vías, desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos económicos y de otros tipos entre las mujeres y los hombres. La división sexual del trabajo dicta para los hombres un papel central en el ámbito laboral y público, y para las mujeres, un rol protagonista en la vida familiar. En esta división rígida de la vida social, mientras que la esfera de la vida pública y el trabajo remunerado comportan la independencia económica y el pleno reconocimiento ciudadano, la esfera doméstica y familiar no aporta ingresos ni es reconocida socialmente.

Aunque la VMAP es menos prevalente en países con una proporción alta de mujeres en el mercado laboral formal, el trabajo remunerado puede aumentar el riesgo de las mujeres de sufrirla en países donde pocas de ellas están incorporadas en el mercado de trabajo (Heise & Kotsadam, 2015).

- Situación laboral, condiciones de empleo y de trabajo. Se ha documentado que la situación de paro de los hombres está relacionada con un mayor riesgo de VMAP. En España, la probabilidad de sufrir VMAP se incrementa substancialmente cuando los dos miembros de la pareja están en el paro y sobre todo cuando el hombre está en el paro (Meil Landwerlin, 2014). En esta situación, la violencia contra las mujeres se puede derivar de las expectativas sociales de la masculinidad tradicional, que son inalcanzables a causa de factores como la pobreza experimentada por los hombres (Peralta & Tuttle, 2013).

En el mercado laboral, las mujeres se concentran en empleos feminizados, como la sanidad, la enseñanza y la limpieza (segregación horizontal), en los que, paralelamente, permanecen en categorías más bajas que los hombres con el mismo nivel de formación (segregación vertical). Los sectores feminizados ofrecen salarios más bajos, tienen peores condiciones de empleo y presentan mayores riesgos psicosociales que los masculinizados (Brindusa, Anghel, Conde-Ruez, & Marra de Artiñano, 2018). También el paro es más frecuente entre las mujeres. La discriminación de género en el mercado de trabajo contribuye a las desigualdades de género en el poder, lo que, al mismo tiempo, se asocia a la VMAP.

- Ingresos y situación económica. Las dificultades para compaginar vida laboral y familiar en un contexto de baja implicación de los hombres en el trabajo reproductivo y de falta de servicios para el cuidado de las personas en situación de dependencia hacen que muchas mujeres trabajen a tiempo completo como amas de casa o tengan un empleo a tiempo parcial, lo que acentúa las desigualdades de género en el poder en el hogar (Artazcoz, Borrell, Cortès, Escribà-Agüir, & Cascant, 2007). La escasez de servicios públicos para el cuidado de las personas dependientes supone también un obstáculo para abandonar a una pareja maltratadora (Barnett, 2000).

En España, si los ingresos de las mujeres derivados del trabajo o de una pensión propia (por jubilación o invalidez) son iguales o superiores a los del cónyuge, el riesgo de sufrir VMAP es más bajo. En conjunto, en nuestro entorno, cuanto más recursos de poder en la pareja por parte de las mujeres, menor riesgo hay de ser víctima de violencia machista (Meil Landwerlin, 2014).

1.3.2. Factores psicosociales

- Relación de pareja. La VMAP es más frecuente en las relaciones de pareja con un grado bajo de satisfacción, desacuerdos continuos y conflictos (Morrison, Eillsberg, & Bott, 2007). Las formas de conflicto especialmente susceptibles de estar asociadas con la VMAP derivan con frecuencia de la transgresión por parte de las mujeres de los roles de género tradicionales o los desafíos al

privilegio masculino, así como de asuntos económicos (Jewkes, 2002). La VMAP se convierte en una forma de gestionar un conflicto o de resolver un desacuerdo (Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011).

- **Relación con la familia.** La familia es clave para el abordaje de la VMAP. Prepara a sus miembros para la vida social, forma estereotipos de género y percepciones de la división del trabajo entre los sexos y es un escenario donde a menudo se pueden producir maltratos físicos o psicológicos. El apoyo social de la familia de una mujer maltratada puede indicar que es valorada, y puede hacerle aumentar su autoestima y ser una fuente de información práctica durante los episodios de VMAP o después (Jewkes, 2002).
- **Red social.** Los contactos sociales son importantes para las mujeres que sufren VMAP. Con frecuencia, las redes sociales de las mujeres en relaciones en las que sufren VMAP son más reducidas, ya que los hombres maltratadores suelen restringir el movimiento y el contacto de su pareja con otras personas y las aíslan (Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho, & Wood, 2013). El aislamiento se puede ver agravado por los efectos del maltrato en la salud mental de las mujeres, que provocan que se encierren en ellas mismas (Heise, Ellsberg, & Gottemoeller, 1999). También se ha descrito que el apoyo social protege de los efectos negativos que la VMAP tiene sobre la salud mental (Coker et al., 2002). En España, disponer de un buen apoyo social está claramente asociado a menor riesgo de sufrir VMAP (Meil Landwerlin, 2014).
- **Violencia familiar en la infancia.** La exposición a la violencia durante la infancia aumenta la probabilidad de cometer actos de VMAP en los hombres (Diana Gil-González, Vives-Cases, Ruiz, Carrasco-Portiño, & Álvarez-Dardet, 2008) y el riesgo de sufrir VMAP entre las mujeres (Martin, Taft, & Resick, 2007). Esta exposición a la violencia durante la infancia puede incrementar la probabilidad de aceptar la violencia, ya sea como víctima o como agresor, en las relaciones futuras (Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011).

1.3.3. Factores conductuales

- **Consumo de alcohol.** Varios estudios han documentado la relación entre el consumo abusivo de alcohol y la VMAP. No obstante, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que las pruebas de una asociación causal entre el consumo perjudicial de alcohol y la violencia son débiles. La función que cumple el consumo de alcohol en el hecho de ser víctima de VMAP no es clara (European Union Agency for Fundamental Rights - FRA, 2014; D Gil-González, Vives-Cases, Alvarez-Dardet, & Latour-Pérez, 2006). Es posible que el hecho de que se produzca la violencia no esté asociado con ningún efecto directo del alcohol, sino que su papel pueda explicarse por su efecto desinhibitorio (Caetano, Shafer, & Cunradi, 2001).
- **Consumo de drogas ilegales.** Hay evidencia de la relación entre el consumo de drogas ilegales y la VMAP (Chermack et al., 2008; Moore et al., 2008). Sin embargo, igual que con el alcohol, la relación causal no es clara. A la complejidad de la asociación entre la adicción a sustancias y la victimización por VMAP se suman las diferencias según las sustancias de elección, el alcance del consumo y los riesgos adicionales que presenta el uso de múltiples sustancias (McKee & Hilton, 2017).

Hay varios mecanismos que pueden explicar estas asociaciones. En algunos casos, el consumo de sustancias adictivas viene precedido por la vivencia de violencia o un acontecimiento traumático y se convierte en una estrategia de afrontamiento (teoría del trauma). Por otra parte, el consumo podría proporcionar una falsa sensación de mejora en las relaciones establecidas y mantenidas que podría actuar como factor de riesgo para sufrir VMAP en el contexto de relaciones personales desiguales (teoría relacional) (Covington, 2002).

La relación entre el consumo de drogas ilegales y la VMAP también es estructural. Se ha señalado la importancia del entorno de vida en la VMAP en mujeres consumidoras de sustancias adictivas. Las mujeres que viven en un entorno social desfavorecido, íntimamente vinculadas a este y poderosamente modeladas por sus vecindarios, están rodeadas de aspectos económicos, emocionales y psicológicos que influyen fuertemente en su forma de vida (James, Johnson, & Raghavan, 2004). Así, un barrio empobrecido puede convertirse en un sistema complejo en el que las raíces del abuso de sustancias y de la violencia relacionada con las drogas están conectadas. En este escenario de riesgo, las mujeres están constantemente expuestas a las drogas, lo que aumenta la probabilidad de que sus parejas las inicien en el consumo y, en consecuencia, aumenta el riesgo de que las agredan en el contexto doméstico. Debido a la limitación de recursos y de apoyo social, las mujeres están socialmente aisladas y a menudo encerradas en situaciones que ponen en peligro su vida (Simonelli, Pasquali, & De Palo, 2014).

Por otra parte, las mujeres que consumen drogas están más estigmatizadas en comparación con los hombres en la misma situación, puesto que la sociedad las ve como transgresoras de los roles que socialmente se les han asignado, especialmente los de madre y cuidadora. Esto se puede traducir en más tolerancia social a la violencia que puedan sufrir, así como en una culpabilización de su situación por haber roto las normas de comportamiento apropiado que se les atribuyen (Simonelli et al., 2014). Este doble estigma (causado por ser consumidora y mujer), sumado a la criminalización o al miedo de perder la custodia de sus hijos o hijas, dificulta el acceso de las mujeres a servicios sanitarios y sociales y, por lo tanto, puede agravar la vulnerabilidad de estas mujeres ante una posible situación de VMAP. A esto se añade que estos servicios suelen ser discriminatorios por su enfoque androcéntrico y ellas los pueden percibir como hostiles o poco accesibles.

1.3.4. Servicios

Se ha señalado que, con frecuencia, los servicios sociales, sanitarios y educativos no dan una respuesta adecuada a las mujeres víctimas de VMAP (Barnett, 2001).

- **Servicios sociales.** Aunque las intervenciones de los servicios sociales para atender las necesidades de emergencia relacionadas con la VMAP proporcionan ayuda crítica para algunas mujeres y sus hijos e hijas, las necesidades relacionadas con los aspectos básicos de la supervivencia familiar, como la vivienda y el cuidado de los niños y niñas, tienen prioridad para muchas mujeres maltratadas con ingresos bajos. Muchas optan por continuar con hombres potencialmente peligrosos en sus vidas para satisfacer estas necesidades básicas, no porque acepten el maltrato o lo banalicen, sino porque la frecuencia o gravedad del maltrato no supera, desde su perspectiva, los recursos sustantivos o la seguridad económica que les confieren estas relaciones (Barnett, 2000). El enfoque universalista de la VMAP ignora en ocasiones las necesidades y circunstancias particulares de las mujeres con ingresos bajos que son más vulnerables al maltrato, lo que debería abordarse.
- **Servicios sanitarios.** Todas las mujeres entran en contacto en algún momento de su vida con los servicios de salud y, sobre todo, las que han sido maltratadas visitan más los servicios de atención primaria, salud mental, traumatología y urgencias (Coll-Vinent et al., 2008; Ruiz-Pérez et al., 2006). Se ha documentado que en la atención primaria hay una infradetección de la VMAP (Sala Musach, Hernández Alonso, Ros Guitart, Lorenz Castañe, & Parellada Esquiús, 2010). Las razones son diversas: (1) las limitaciones de tiempo para la atención; (2) la falta de preparación y formación al respecto; (3) la incomodidad que esta problemática genera a los profesionales de la salud; (4) la sensación de invadir la intimidad de la mujer; (5) el miedo a perder el control de la situación y no saber cómo intervenir una vez detectada la violencia; (6) el hecho de no saber cómo preguntar; y (7) la idea de que son pocas las mujeres que van a las consultas con este problema y

que el papel de los servicios de salud con relación a esta problemática es menor (Wathen & MacMillan, 2003).

- **Servicios educativos.** El sistema educativo es un agente de socialización potente que, aunque no es ajeno al sistema jerárquico de organización social, puede contribuir a transformarlo mediante su revisión crítica (Hamberg, 2008; Torres San Miguel, 2010). Así, puede perpetuar el sistema de género basado en roles y estereotipos tradicionales, manteniendo la tolerancia hacia la violencia machista, o bien promover el cambio de este modelo y las transgresiones en este modelo. Los valores y creencias, como parte del sistema que sustenta la VMAP, pueden ser transmitidos o transformados, tanto en los contenidos académicos que se imparten en el aula como en el mismo proceso de enseñanza y las interacciones que se producen cotidianamente (Brugeilles & Cromer, 2009; Díaz-Aguado, 2004). Además, el sistema educativo puede contribuir a desarrollar habilidades interpersonales alternativas a la violencia, que permitan expresar los conflictos y resolverlos de forma constructiva, así como habilidades que protejan contra la victimización, para evitar situaciones de riesgo o salir de ellas y pedir ayuda (Pastorino Mellado, 2014). Al mismo tiempo, el sistema educativo es un agente para detectar y contribuir a tratar situaciones de maltrato. Sin embargo, para eso es imprescindible dotar al profesorado de las competencias necesarias para detectar estas situaciones.

1.4. Violencia machista en el ámbito de la pareja

Como se ha comentado antes, la VMAP es la forma más frecuente de violencia machista. De acuerdo con una definición de violencia machista a partir de comportamientos, en el 2011, en España, la prevalencia de violencia machista durante el último año por parte del cónyuge o pareja actual entre mujeres de 18 años o más, convivieran o no en un mismo hogar, era de un 8,6%, mientras que un 1,1% de las mujeres sufrieron violencia por parte de su excónyuge o expareja durante el mismo periodo de tiempo. Entre las mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja actual, la forma más habitual era la violencia psicológica de desvalorización, que afectaba a un 8 % de las mujeres maltratadas, seguida de la violencia sexual (4,1%) de la violencia psíquica de control, que afectaba a un 3,8% de las mujeres en pareja, La violencia física era la forma de maltrato menos extendida (2,1%) y, particularmente, las formas más lesivas en las que hay daño físico (1%). Hay que tener en cuenta que muchas mujeres sufrían varios tipos de violencia. Sin embargo, de acuerdo con una definición subjetiva de *violencia machista*, solo un 1,5% de las mujeres afirmaban haberse sentido maltratadas por su cónyuge o pareja durante el último año, y un 1,5% más se habían sentido maltratadas por su excónyuge o expareja.

Las razones de estas discrepancias pueden ser múltiples, pero entre ellas se puede encontrar la tolerancia a la violencia machista (Meil Landwerlin, 2014).

1.5. Salud y desigualdades sociales en la salud

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la VMAP como un problema prioritario de salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2003). La VMAP se asocia con varios problemas de salud a corto y largo plazo. La muerte por homicidio o suicidio es la consecuencia más grave. En el 2018, 47 mujeres murieron en España como consecuencia de la VMAP (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, 2019). Las mujeres que sufren VMAP tienen peor estado de salud general y de salud mental (Blanco, Pilar, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa, & Martín-García, 2004). El estrés crónico que genera la VMAP favorece la aparición de enfermedades crónicas y empeora las existentes, aumenta el riesgo de fracturas y golpes, de síndrome de dolor crónico, fibromialgia, trastornos digestivos, abuso de alcohol y de otras drogas, depresión y ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, inactividad física y alteraciones de la salud sexual y reproductiva como disfunciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, complicaciones en el embarazo y trastornos del cérvix (Raya Ortega et al., 2004). Las mujeres también pueden sufrir aislamiento,

incapacidad para trabajar, pérdida de salarios, falta de participación en actividades regulares y capacidad limitada para cuidar de sí mismas y de sus hijos e hijas (World Health Organization., 2014). Además, los niños y niñas que crecen en familias donde hay violencia pueden sufrir trastornos emocionales y de comportamiento; asimismo, tienen un riesgo superior de perpetrar o experimentar violencia más adelante en la vida.

Conclusión

El marco conceptual propuesto se basa en la evidencia existente y puede facilitar el abordaje intersectorial de la prevención de la VMAP al reforzar la comprensión compartida de los mecanismos sociales que contribuyen a la VMAP e identificar el papel que pueden tener diferentes sectores y disciplinas para prevenir esta violencia. Además, permite guiar el análisis de los datos, que suele hacerse de forma atórica simplemente analizando las fuentes, así como las necesidades de investigación. Finalmente, puede guiar la monitorización de los determinantes de la VMAP, el desarrollo de políticas y programas y su evaluación. Prevenir la violencia machista antes de que produzca es fundamental para asegurar que las mujeres seamos capaces de vivir realmente una vida sin violencia.

Bibliografía

Abramsky, T.; Watts, C. H.; Garcia-Moreno, C.; Devries, K.; Kiss, L.; Ellsberg, M.; Jansen H. A. F. M.; Heise, L. "What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence". *BMC Public Health*, (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>.

Ackerson, L. K.; Kawachi, I.; Barbeau, E. M.; Subramanian, S. V. "Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: A population-based study of women in India". *American Journal of Public Health*, núm. 98(3) (2008), p. 507-514. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.113738>.

Aghion, P.; Williamson, J. G. *Growth, Inequality, and Globalization*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Artazcoz, L.; Borrell, C.; Cortès, I.; Escribà-Agüir, V.; Cascant, L. "Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research". *Journal of Epidemiology and Community Health*, núm. 61, supl. 2 (2007), p. ii39-ii45. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.059774>.

Barnes, C.; Mercer, G. "Disability, work, and welfare: Challenging the social exclusion of disabled people". *Work, Employment and Society*, núm. 19(3) (2005), p. 527-545. <https://doi.org/10.1177/0950017005055669>.

Barnett, O. W. "Why battered women do not leave, part 1: External inhibiting factors within society". *Trauma, Violence, & Abuse*, núm. 1 (2000), p. 343-372. <https://doi.org/10.1177/152483800001004003>.

Barnett, O. W. "Why battered women do not leave, part 2: External inhibiting factors - social support and internal inhibiting factors". *Trauma, Violence, & Abuse*, núm. 2(1) (2001), p. 3-35.

Benson, M. L.; Fox, G. L.; DeMaris, A.; Van Wyk, J. "Neighborhood disadvantage, individual economic distress and violence against women in intimate relationships". *Journal of Quantitative Criminology*,. <https://doi.org/10.1023/A:1024930208331>.

Blanco, P.; Ruiz-Jarabo, C.; García de Vinuesa, L.; Martín-García, M.. “La violencia de pareja y la salud de las mujeres”. *Gaceta Sanitaria*, núm. 18, supl. 1 (2004), p. 182-188. <https://doi.org/10.1157/13062524>.

Bodelón González, E. “Violencia institucional y violencia de género”. *Anales de La Cátedra Francisco Suárez*, núm. 48 (2015); p. 131-155.

Breiding, M. J.; Black, M. C.; Ryan, G. W. “Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories, 2005”. *American Journal of Preventive Medicine*, núm. 34(2) (2008), p. 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.10.001>.

Brindusa, A.; Conde-Ruez, J. I.; Marra de Artiñano, I. *Estudios sobre la economía española - 2018/06. Brechas salariales de género en España*. Madrid: FEDEA, 2018.

Brownridge, D. A. “Partner violence against women with disabilities: Prevalence, risk, and explanations”. *Violence Against Women*, núm. 12(9) (2006), p. 805-822. <https://doi.org/10.1177/1077801206292681>.

Brugeilles, C.; Cromer, S. *Promoting Gender Equality through Textbooks. A Methodological guide* (vol. 91). París: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2009.

Caetano, R.; Shafer, J.; Cunradi, C. B. “Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and hispanic couples in the United States”. *Alcohol Research & Health*, núm. 25(1) (2001), p. 58-65. <https://doi.org/10.1177/088626002237858>.

Capaldi, D. M.; Kim, H. K. “Typological approaches to violence in couples: A critique and alternative conceptual approach”. *Clinical Psychology Review*, núm. 27(3) (2007), p. 253-265. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.001>.

Chermack, S. T.; Murray, R. L.; Walton, M. A.; Booth, B. A.; Wryobeck, J.; Blow, F. C. “Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: Correlates of psychological and physical aggression and injury”. *Drug and Alcohol Dependence*, (2008). <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.04.010>.

Coker, A. L.; Smith, P. H.; Thompson, M. P.; McKeown, R. E.; Bethea, L.; Davis, K. E. “Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health”. *Journal of Women’s Health & Gender-Based Medicine*, núm. 11(5) (2002), p. 465-476. <https://doi.org/10.1089/15246090260137644>.

Coll-Vinent, B.; Echeverría, T.; Farràs, Ú.; Rodríguez, D.; Millá, J.; Santiñà, M. “El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud”. *Gaceta Sanitaria*, (2008). <https://doi.org/10.1157/13115103>.

Consejo de la Unión Europea, 2011. *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. Council of Europe Treaty Series, <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462543>.

Covington, S. S. “Helping women recover: Creating gender-responsive treatment”. A: Straussner, L.; Brown, S. (editors). *The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice* (p. 1-17). San Francisco: Jossey-Bass, 2002. <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2017.08.156>.

- Devereux, S.; Sabates-Wheeler, R. "Editorial introduction: Debating social protection". *IDS Bulletin*, núm. 38(3) (2007), p. 1–7. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00363.x>.
- Díaz-Aguado, M. J. "Prevenir la violencia de género desde la escuela". *Revista de Estudios de la Juventud*, (2004).
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against Women*. Ginebra <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00483-5>.
- Generalitat de Catalunya, 2016. *Encuesta de violencia machista en Cataluña*. Barcelona: Departament d'Interior.
- Gil-González, D.; Vives-Cases, C.; Alvarez-Dardet, C.; Latour-Pérez, J. "Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act?" *European Journal of Public Health*, núm. 16(3) (2006), p. 278-284. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl016>.
- Gil-González, D.; Vives-Cases, C.; Ruiz, M. T.; Carrasco-Portiño, M.; Álvarez-Dardet, C. "Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: A systematic review". *Journal of Public Health*, núm. 30(1) (2008), p. 14-22. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdm071>.
- Hamberg, K. "Gender bias in medicine". *Women's Health*, (2008), <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.237>.
- Heise, L. L. *Determinants of partner violence in low and middle-income countries: exploring variation in individual and populationlevel risk* (tesi doctoral). London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2012.
- Heise, L. L., Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. "Ending violence against women". *Population Reports*, núm. 27(4), (1999), 1.
- Heise, L. L.; García-Moreno, C. "Violence by intimate partners". A: Krug, E.G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B.; Lozano R. (editors). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization, 2002.
- Heise, L. L.; Kotsadam, A. "Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys". *The Lancet Global Health*, núm. 3(6) (2015), p. e332-e340. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00013-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00013-3).
- James, S. E.; Johnson, J.; Raghavan, C. "'I couldn't go anywhere': Contextualizing violence and drug abuse: A social network study". *Violence Against Women*, (2004) <https://doi.org/10.1177/1077801204267377>.
- Jewkes, R. "Intimate partner violence: causes and prevention". *The Lancet*, núm. 359 (2002), p. 1423-1429.
- Kasturirangan, A.; Krishnan, S.; Riger, S. "The impact of culture and minority status on women's experience of domestic violence". *Trauma, Violence, & Abuse*, núm. 5(4) (2004), p. 318-332. <https://doi.org/10.1177/1524838004269487>.
- Katerndahl, D.; Burge, S.; Ferrer, R.; Becho, J.; Wood, R. "Differences in social network structure and support among women in violent relationships". *Journal of Interpersonal Violence*, (2013).

<https://doi.org/10.1177/0886260512469103>.

Kim, J.; Gray, K. A. "Leave or stay? Battered women's decision after intimate partner violence". *Journal of Interpersonal Violence*, núm. 23(10) (2008), p. 1465-1482. <https://doi.org/10.1177/0886260508314307>.

Krieger, N. "Ladders, pyramids and champagne: The iconography of health inequities". *Journal of Epidemiology and Community Health*, núm. 62(12) (2008), p. 1098-1104. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.079061>.

Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*. Barcelona, 2008.

Martin, E. K.; Taft, C. T.; Resick, P. A. "A review of marital rape". *Aggression and Violent Behavior*, núm. 12(3) (2007), p. 329-347. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.10.003>.

McKee, S. A.; Hilton, N. Z. "Co-occurring substance use, PTSD, and IPV victimization: implications for female offender services". *Trauma, Violence, & Abuse* (2017), 1524838017708782. <https://doi.org/10.1177/1524838017708782>.

Meil Landwerlin, G. *Análisis sobre la macroencuesta de violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

Ministerio de la Presidencia, relaciones con las Cortes e Igualdad. (2019). Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la violencia de género. 2019. <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es>.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. 2015. *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid

Moore, T. M.; Stuart, G. L.; Meehan, J. C.; Rhatigan, D. L.; Hellmuth, J. C.; Keen, S. M. "Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review". *Clinical Psychology Review*, (2008). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.003>.

Morrison, A.; Ellsberg, M.; Bott, S. "Addressing gender-based violence: A critical review of interventions". *The World Bank Research Observer*, núm. 22(1) (2007), p. 25-51. <https://doi.org/10.1093/wbro/lkm003>.

ONU mujeres. *Un marco de apoyo a la prevención de la violencia contra la mujer*. Nova York: Mujeres: 2015.

Organización Mundial de la Salud; Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 2011.

Organización Panamericana de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>.

Paradies, Y.; Chandrakumar, L.; Klocker, L.; Frere, N.; Webster, K.; Burrell, M.; McLean, P. *Building on Our Strengths. Full report*. Melbourne: Victoria Health Promotion Foundation, 2009.

Pastorino Mellado, M. J. "Violencia de género en las aulas de educación secundaria". *RESED. Revista de Estudios Socioeducativos*, núm. 2 (2014), p. 122-133.

Peralta, R. L.; Tuttle, L. A. "Male perpetrators of heterosexual-partner-violence: The role of threats to masculinity". *The Journal of Men's Studies*, núm. 21(3) (2013), p. 255-276. <https://doi.org/10.3149/jms.2103.255>.

Petersilia, J. R. "Crime victims with developmental disabilities: A review essay". *Criminal Justice and Behavior*, núm. 28(6) (2001), p. 655-694. <https://doi.org/10.1177/009385480102800601>.

Raj, A.; Silverman, J. "Violence against immigrant women. The roles of culture, context, and legal immigrant status on intimate partner violence". *Violence Against Women*, núm. 8(3) (2002), p. 367-398.

Raya Ortega, L.; Ruiz Pérez, I.; Plazaola Castaño, J.; Brun López-Abisaba, S.; Rueda Lozano, D.; García de Vinuesa, L.; González Barranco, J. M.; Garralon Ruiz, L. M.; Arnalte Barrera, M.; Lahoz Rallo, B.; Acemel Hidalgo, M. D.; Carmona Molina, M. P. "La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica". *Atencion Primaria*, núm. 34(3) (2004), p. 117-127. <https://doi.org/10.1157/13064519>.

Reed, E.; Raj, A.; Miller, E.; Silverman, J. G. "Losing the 'gender' in gender-based violence: The missteps of research on dating and intimate partner violence". *Violence Against Women*, núm. 16(3) (2010), p. 348-354. <https://doi.org/10.1177/1077801209361127>.

Ruiz-Pérez, I.; Plazaola-Castaño, J.; Blanco-Prieto, P.; González-Barranco, J. M.; Ayuso-Martín, P.; Montero-Piñar, M. I., . "La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria". *Gaceta Sanitaria*, (2006). <https://doi.org/10.1157/13088851>.

Russo, N. F.; Pirlott, A. "Gender-based violence concepts, methods, and findings". *Annals of the New York Academy of Sciences*, núm. 1087 (2006), p. 178-205. <https://doi.org/10.1196/annals.1385.024>.

Sala Musach, I.; Hernández Alonso, A. R.; Ros Guitart, R.; Lorenz Castañe, G.; Parellada Esquiús, N. "Violencia doméstica: Preguntar para detectar". *Atencion Primaria*, núm. 42(2) (2010), p. 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.04.007>.

Shandra, C. L.; Hogan, D. P. "The educational attainment process among adolescents with disabilities and children of parents with disabilities". *International Journal of Disability, Development and Education*, núm. 56(4) (2009), p. 363-379.

Simonelli, A.; Pasquali, C. E.; De Palo, F. "Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments". *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 5, núm. 1 (2014), 24496. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24496>.

Sokoloff, N. J.; Dupont, I. "Domestic violence at the intersections of race, class, and gender: Challenges and contributions to understanding violence against marginalized women in diverse communities". *Violence Against Women*, (2005) <https://doi.org/10.1177/1077801204271476>.

Taft, C. T.; Bryant-Davis, T.; Woodward, H. E.; Tillman, S.; Torres, S. E. "Intimate partner violence against African American women: An examination of the socio-cultural context". *Aggression and Violent Behavior*, núm. 14(1) (2009), p. 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.10.001>.

Torres San Miguel, L. "Nuevos retos para la escuela coeducativa: iniciativas y experiencias para la prevención de la violencia de género en las aulas: una mirada general". *TABANQUE Revista Pedagógica*, núm. 23 (2010), p. 15-44.

Unión Europea.(2012). *Directiva 2012/27/UE del parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012. Diario Oficial de la Unión Europea, 14 de noviembre de 2012, núm. 315.*

Vest, J. "Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence". *American Journal of Preventive Medicine*, núm. 22(3) (2002), p. 156-164. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00431-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00431-7).

Violence against women: An EU-wide survey. Publications Office of the European Union, Viena: European Union Agency for Fundamental Rights 2014.

Vives-Cases, C.; Alvarez-Dardet, C.; Carrasco-Portiño, M.; Torrubiano-Domínguez, J. "El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España". *Gaceta Sanitaria*, núm. 21(3) (2007), p. 242-246.

Vyas, S.; Watts, C. "How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low and middle income countries? A systematic review of published evidence". *Journal of International Development*, núm. 21 (2009), p. 577-602. <https://doi.org/10.1002/jid.1500>.

Walby, S.; Amrstrong, J.; Strid, S. "Intersectionality: Multiple Inequalities in Social Theory". *Sociology*, núm. 46(2) (2012), p. 224-240.

Walby, S. "The European Union and gender equality: Emergent varieties of gender regime". *Social Politics*, núm. 11(1) (2004). <https://doi.org/10.1093/sp/jxh024>.

Wathen, C. N.; MacMillan, H. L. "Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care". *CMAJ*, núm. 169(6) (2003), p. 582-584. <https://doi.org/10.1103/PhysRevLett.117.114503>.

West, C.; Zimmerman, D. H. "Doing gender". *Gender & Society*, núm. 1 (1987), p. 125-151. <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>.

Whitehead, M. "The concepts and principles of equity and health". *International Journal of Health Services*, núm. 22 (1992), p. 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>.