
Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: marc conceptual

Barcelona 2019



CSB Consorci Sanitari de Barcelona



Agència de Salut Pública



La Salut en xifres

© 2019 Agència de Salut Pública de Barcelona

Tots els drets reservats. No es permet la reproducció total ni parcial de les imatges o textos d'aquesta publicació sense prèvia autorització.

<https://www.aspb.cat/marc-conceptual-violencia-masclista>

Aquesta publicació està sota una llicència

Creative Commons Reconeixement – NO Comercial – Compartir igual (BY-NC-ND)

<https://creativecommons.org/>



Violència masclista en l'àmbit de la parella des d' una perspectiva de salut pública: marc conceptual

Autores: Lucía Artazcoz, Amaia Garrido, Olga Juárez, Isabel Otero, Maribel Pasarín, Katherine Pérez, Glòria Pérez, María Salvador.

Cita recomanada

Artazcoz L, Garrido A, Juárez O, Otero I, Pasarín M, Pérez K, Pérez G, Salvador M. Violencia machista en el ámbito de la pareja desde una perspectiva de salud pública: marco conceptual. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2019.

Una versió posterior d'aquest informe va ser publicada com article a la revista Barcelona Societat:
Artazcoz L, Garrido A, Juárez O, Otero I, Pasarin M, Pérez K, et al. Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: marc conceptual. Barcelona Soc. 2019;21:1-16.

Índex

Resum	5
Resumen	5
Summary	6
Introducció	7
Definició de la VMAP	8
Els marcs conceptuals en la salut pública	8
Model del determinants socials en la VMAP	10
Patriarcat	11
Determinants estructurals	12
Context socioeconòmic i polític	12
Polítiques macroeconòmiques	13
Polítiques de protecció social	13
Mercat de treball i família	13
Marc legal i sistema judicial	14
Cultura i valors	15
Estratificació social i interseccionalitat	16
Gènere	16
Classe social	17
Edat	18
Estat migratori	18
Ètnia	19

Diversitat funcional	20
Lloc de residència	20
Determinants intermedis	21
Recursos materials	21
Divisió sexual del treball	21
Situació laboral, condicions d'ocupació i de treball	21
Ingressos i situació econòmica	22
Factors psicosocials	23
Relació de parella	23
Relació amb la família	23
Xarxa social	24
Violència familiar en la infantesa	24
Factors conductuals	24
Consum d'alcohol	24
Consum de drogues il·legals	25
Serveis	27
Serveis socials	27
Serveis sanitaris	27
Serveis educatius	28
Violència masclista en l'àmbit de la parella	29
Salut i desigualtats socials en la salut	30
Conclusió	31
Referències	32

Resum

L'objectiu d'aquest informe és proposar un marc conceptual per comprendre la violència masclista en l'àmbit de la parella (VMAP) i el seu impacte en la salut basat en un context estructural que determina normes i jerarquies de gènere, així com la intersecció entre diversos eixos de desigualtat. La prevenció de la VMAP exigeix un treball intersectorial en què disposar d'un marc conceptual compartit per tots els sectors implicats és el primer pas per tenir una visió clara dels mecanismes mitjançant els quals les intervencions de prevenció primària poden tenir èxit.

Resumen

El objetivo de este informe 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.

Summary

The aim of this report is to offer a conceptual framework for understanding intimate partner violence (IPV) and its impact on health based on a structural context that determines gender norms and hierarchies, as well as the intersection between various types of inequalities. Preventing IPV demands intersectoral work, where having a conceptual framework shared by all the sectors involved is the first step to having a clear picture of the mechanisms through which primary prevention interventions can be successful.

Introducció

La violència masclista és un problema estructural profundament arrelat en el model patriarcal que determina les relacions desiguals de poder entre homes i dones. Aquesta violència és perpetuada per expectatives socials i culturals sobre els rols de gènere. Segons dades del 2012, a la UE-28 s'estima que al voltant d'un 8% de les dones han patit violència física o sexual en l'últim any; una de cada tres (32%) ha experimentat al llarg de la seva vida violència psicològica per part d'una parella íntima; al voltant d'un 5% han patit violència econòmica en la relació actual, i un 13% han patit alguna forma de violència econòmica en relacions anteriors (European Union Agency for Fundamental Rights - FRA, 2014).

L'objectiu d'aquest informe és proposar un marc conceptual per comprendre la violència masclista en l'àmbit de la parella (VMAP), una de les formes de violència masclista, i el seu impacte en la salut basat en un context estructural que determina normes i jerarquies de gènere. Per fer-ho, s'ha realitzat una revisió narrativa de la literatura científica centrada en els últims 20 anys. El marc se centra en la VMAP, ja que els determinants socials de les diverses violències de gènere són diferents (Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011).

Hi ha diverses raons per posar el focus en la VMAP. En primer lloc, és la forma de violència masclista sobre la qual hi ha més recerca, cosa que facilita la comprensió del problema. Des del punt de vista de la prevenció de la violència masclista, la prevenció de la VMAP és un punt de partida estratègic per prevenir la violència de manera més

àmplia, perquè la família, on es produeixen la gran majoria d'actes violents, és també un dels entorns on es configuren els hàbits i els comportaments de les successives generacions. A més, la VMAP comparteix una sèrie de determinants socials amb altres tipus de violència masclista, especialment quant a normes i respostes institucionals. Finalment, la VMAP és la forma més comuna de violència masclista. En termes poblacionals, supera amb escreix la freqüència de totes les altres formes de violència en la vida de les dones. Centrar-se en la VMAP, doncs, crea una base sòlida i necessària per prevenir altres formes de violència masclista (Heise, 2012).

Definició de la VMAP

La VMAP es defineix com la violència física, psicològica, sexual o econòmica exercida contra una dona i perpetrada per l'home que n'és o n'ha estat el cònjuge o per la persona que hi té o hi ha tingut relacions similars d'afectivitat ("Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista" 2008). A la UE-28, les formes més comunes de violència física són empènyer, bufetejar i agafar o estirar dels cabells; les més freqüents de violència psicològica consisteixen en el fet que la parella menyspreï o humiliï una dona en privat i insisteixi a saber on és com una manera de control (European Union Agency for Fundamental Rights - FRA, 2014).

Els marcs conceptuals en la salut pública

Fins ara, s'ha dedicat poca atenció a la prevenció primària de la VMAP, perquè la major part dels recursos es destinen a la prevenció secundària (detecció precoç) o terciària (un cop que s'ha produït l'agressió) (ONU mujeres, 2015). Aquest informe adopta una

perspectiva de salut pública i, per tant, se centra en la prevenció primària de la VMAP, és a dir, a tractar d'evitar que ocorri.

L'element fonamental d'una estratègia de prevenció de la violència masclista en salut pública és identificar els mecanismes socials subjacents, en lloc de centrar-se en els símptomes més visibles. Això permet elaborar i posar a prova enfocaments eficaços que responguin a les causes originals i d'aquesta manera millorin la salut.

El primer pas per a la implementació de polítiques i programes de prevenció primària de la VMAP és la formulació d'un marc conceptual comú per tots els sectors implicats per tenir una visió clara i compartida dels mecanismes mitjançant els quals les intervencions de prevenció primària poden tenir èxit (Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011). Aquests marcs, a través de representacions gràfiques, són crucials per teoritzar, descriure i explicar la distribució de les desigualtats en la salut de la població (Krieger, 2008). Per tant, poden ser extraordinàriament útils en l'abordatge de la prevenció primària de la VMAP. Tanmateix, és preocupant que sovint s'utilitzen models de determinants socials de la salut per abordar desigualtats socials en la salut (Krieger, 2008). Així, en el cas de la violència masclista el model més utilitzat durant les dues últimes dècades (Heise, 1998) és un marc de determinants però no incorpora les desigualtats.

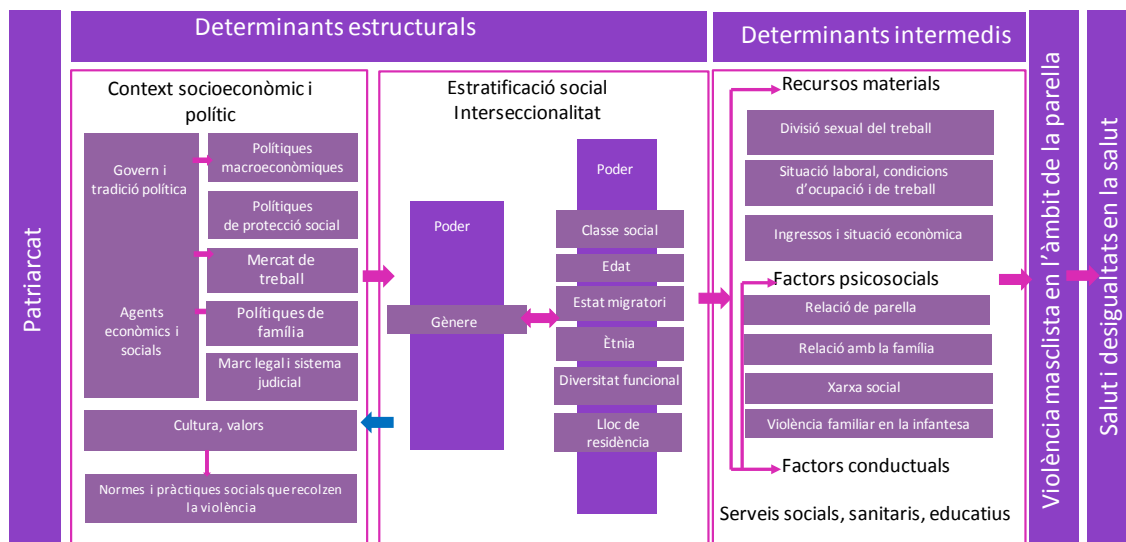
La recerca sobre la VMAP està dominada per estudis d'Amèrica del Nord i altres entorns d'alts ingressos que han posat l'accent en factors individuals, com ara la personalitat i les relacions, el trauma infantil i les adversitats, el desenvolupament, així com el comportament antisocial (Capaldi & Kim, 2007). Tanmateix, el feminisme defensa que és necessari posar l'èmfasi en els factors estructurals de la VMAP, és a

dir, les normes i jerarquies de gènere generades pel patriarcat que determinen les relacions entre homes i dones i estructuraven les desigualtats de gènere en l'accés al poder i als recursos. Aquests factors, combinats amb d'altres de més proximals, determinen la probabilitat que una dona experimenti violència, així com el nivell general de VMAP en un entorn. Així doncs, la teoria feminista reconeix el paper dels factors individuals al llarg del curs de la vida, però emfatitza la importància dels factors comunitaris i de macronivell com a fonamentals per explicar la VMAP (Heise, 2012).

Model del determinants socials en la VMAP

Els determinants socials de la salut són les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. Aquestes circumstàncies són el resultat de la distribució dels diners, el poder i els recursos a escala mundial, nacional i local, que depenen finalment de les polítiques adoptades. Els determinants socials de la salut expliquen la major part de les desigualtats en la salut, és a dir, les diferències sistemàtiques en l'estat de salut entre diferents grups socioeconòmics (Whitehead, 1992). A la figura 1 es presenta el marc conceptual de la VMAP proposat en aquest informe, basat en el model de desigualtats socials en la salut (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2015).

Figura 1. Model dels determinants socials de la violència en l'àmbit de la parella (VMAP).



Font: Elaboració pròpia basada en el model de desigualtats socials en la salut (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2015).

Patriarcat

El concepte de *patriarcat* es refereix a una forma d'organització social, política, econòmica i religiosa que es basa en l'autoritat de l'home i en la dominació masculina sobre la dona. Implica, entre altres coses, les estructures de desigualtat de gènere en les esferes pública i privada de la vida, i en els drets i recursos, sustentats per trajectòries impulsades pel mercat, l'estat i el marc legal (Walby, 2004). També es refereix a la construcció social constant del que es considera "femení" i "masculí" i es basa en el poder i les normes socioculturals sobre dones i homes (West & Zimmerman, 1987).

El patriarcat determina unes normes de gènere que configuren les idees de la societat sobre quines esferes socials haurien de ser les àrees principals per a les dones i els homes, així com la valoració que la societat fa d'aquestes esferes socials i, en última instància, són la base de la VMAP (Reed, Raj, Miller, & Silverman, 2010). Així, es

socialitza els homes de manera que creuen que són superiors a les dones i que han de dominar les seves parelles femenines (Taft, Bryant-Davis, Woodward, Tillman, & Torres, 2009). La subordinació i la submissió de les dones es consideren normals, esperades, acceptades i, en alguns casos, atractives per als homes (Russo & Pirlott, 2006).

S'ha documentat que la violència física i sexual en l'àmbit de la parella és més freqüent en països amb normes que justifiquen el maltractament a les dones, i s'associa al grau en què les lleis i la pràctica perjudiquen les dones en comparació amb els homes en l'accés a la terra, a la propietat i a altres recursos productius (Heise & Kotsadam, 2015). En aquesta línia, a Espanya, el risc de les dones de morir per VMAP és superior per a les que viuen en províncies amb un índex de desenvolupament de gènere baix (Vives-Cases, Alvarez-Dardet, Carrasco-Portiño, & Torrubiano-Domínguez, 2007). Aquests resultats suggereixen que la reducció del problema requereix estratègies de promoció de la igualtat de gènere.

Determinants estructurals

Context socioeconòmic i polític

El context inclou tots els mecanismes socials i polítics que generen, configuren i mantenen jerarquies socials: les polítiques macroeconòmiques; les polítiques de protecció social; el mercat de treball i la família, i el marc legal i el sistema judicial. Aquests factors estructurals defineixen la posició socioeconòmica individual dins de jerarquies de poder, prestigi, accés als recursos i discriminació.

Polítiques macroeconòmiques

Les polítiques macroeconòmiques, que tenen com a objectius fonamentals el creixement econòmic sostenible, l'estabilitat dels preus i la plena ocupació, tenen un rol fonamental en el benestar de la ciutadania, així com en el nivell de desigualtats segons els diversos eixos de desigualtat, inclòs el gènere. Tanmateix, fins ara la distribució dels ingressos i la riquesa ha estat gairebé ignorada per la macroeconomia; el creixement econòmic global dels països i l'equitat, però, no van necessàriament de la mà (Aghion & Williamson, 1998).

Polítiques de protecció social

Les polítiques de protecció social són "totes les iniciatives públiques i privades que proporcionen transferències d'ingressos o consum a les persones en situació de pobresa, en protegeixen les vulnerables dels dèficits en els mitjans de subsistència i milloren l'estatus social i els drets de les persones marginades amb l'objectiu de reduir la vulnerabilitat econòmica i social dels grups en situació desfavorida" (Devereux & Sabates-Wheeler, 2007). Atès que l'arrel de la VMAP són les desigualtats de gènere en el poder i que una de les seves conseqüències pot ser l'increment de la vulnerabilitat de les dones, aquestes polítiques tenen un paper clau.

Mercat de treball i família

La divisió de gènere del treball a la llar i l'organització de la participació al mercat de treball estan subjectes a la influència de les institucions, per la qual cosa la constitució del gènere és un factor clau per determinar les desigualtats de gènere. En particular, el model de família tradicional, propi del nostre entorn, que atribueix als homes el rol de sustentadors econòmics principals de la llar i a les dones el de

responsables del treball domèstic i de cura, és una de les raons per les quals les dones tenen menys poder que els homes.

Marc legal i sistema judicial

Els governs poden legitimar les desigualtats de poder en la família i la societat i perpetuar la VMAP mitjançant la promulgació de lleis i polítiques discriminatòries o mitjançant l'aplicació discriminatòria de la llei. També poden promoure o no la tolerància de la VMAP en l'àmbit no oficial (és a dir, en la família i en la comunitat).

Actualment, existeix un marc legal que facilita l'abordatge de la violència masclista en diversos àmbits. El conveni d'Istanbul del Consell d'Europa, ratificat per Espanya el 2014 (Consell de la Unió Europea, 2011), i la Directiva de la UE sobre les víctimes (Unió Europea, 2012), estableixen normes per respondre a les víctimes de la violència masclista. A Catalunya, la Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, és un avenç en l'abordatge de la violència masclista, que va suposar un impuls important de mesures (protocols d'atenció, sensibilització, formació i registre de dades). Posteriorment, la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, recull les formes de violència més freqüents (física, psicològica, sexual i econòmica) en els àmbits en què s'exerceixen (laboral, parella, familiar i social o comunitari). El 2017 s'aprova el Pacte d'Estat contra la violència de gènere, ratificat per tots els grups parlamentaris, les comunitats autònomes i la Federació Espanyola de Municipis i Províncies.

A Barcelona, l'any 2001, es creà el Circuit Barcelona contra la Violència vers les Dones (CVM-BCN), actualment anomenat Circuit Barcelona contra la Violència Masclista, amb el col·laboratge de l'Ajuntament de

Barcelona i el Consorci Sanitari de Barcelona. L'Acord Ciutadà per una Barcelona Lliure de Violència contra les Dones va néixer el 21 de novembre de 2002, a partir de les recomanacions del I Congrés de les Dones de Barcelona, que es va celebrar l'any 1999, impulsat pel Consell de les Dones de Barcelona. L'acord ciutadà forma part del compromís d'execució del Pla de justícia de gènere 2016-2020, de la Mesura de govern de millora del sistema per a l'abordatge integral de les violències masclistes i del Pla estratègic de prevenció del sexisme a la ciutat 2017-2022.

Malgrat el context legal, amb freqüència el tractament judicial de la violència masclista, traspassat per pràctiques androcèntriques i estereotips de gènere, produeix resultats que poden ser entesos com a violència institucional: baixa taxa de condemnes, estereotips discriminants en la conceptualització de la violència masclista i atenció revictimitzant a les dones (Bodelón González, 2015). L'escassa confiança de les dones en el sistema judicial pot explicar, en part, que a Europa només un 14% de les dones denunciïn a la policia l'incident més greu de violència que han viscut per part de la seva parella, un 13% l'incident més greu comès per un home que no era la seva parella (European Union Agency for Fundamental Rights - FRA, 2014) i que moltes continuïn amb les seves parelles malgrat patir maltractament (Barnett, 2000). L'actuació del sistema judicial pot, en alguns casos, generar una sensació d'impunitat entre els homes maltractadors.

Cultura i valors

Entre els factors estructurals també és important tenir en compte l'ús normatiu i la tolerància de la violència en la resolució dels conflictes. Aquest factor es manifesta en els rols de gènere jeràrquics, les

nocions sobre el dret dels homes en matèria sexual, la baixa valoració social de les dones i el seu escàs poder social, així com les idees de masculinitat vinculades al domini de les dones (Jewkes, 2002).

Aquestes actituds es poden transmetre a les generacions següents a través de la família, els mitjans de comunicació i l'escola, així com per l'experiència de ser testimoni o víctima de violències al llarg de la vida.

Estratificació social i interseccionalitat

L'estratificació social es refereix a un sistema amb regles bastant predictibles darrere de la classificació de persones i grups que implica la legitimació de la distribució desigual dels béns, els serveis, el poder i el prestigi. El concepte d'*interseccionalitat* es refereix a la interacció entre els diversos eixos de desigualtat (Walby, S., Amrstrong, J., & Strid, S., 2012). En el present marc conceptual es considera la intersecció entre el gènere —com a eix de desigualtat fonamental en la VMAP—, la classe social, l'edat, l'estat migratori, l'ètnia, la diversitat funcional i el lloc de residència. És essencial reconèixer l'impacte multiplicador dels diversos eixos de desigualtat que es produeix en els contextos de la vida de les dones dins de les comunitats, a la feina, a l'escola i en les famílies (Sokoloff & Dupont, 2005). A continuació, es revisa l'estat del coneixement sobre les desigualtats socials en la VMAP d'acord amb aquests eixos de desigualtat.

Gènere

Les desigualtats de gènere i la dominància masculina restringeixen les oportunitats de les dones per participar en la presa de decisions a tots els nivells, disminueixen els recursos que tenen al seu abast i s'associen a l'acceptació de l'exercici de la violència contra elles. Aquesta situació contribueix a les desigualtats de gènere pel que fa a

les oportunitats d'ocupació i promoció, el nivell d'ingressos, la salut, l'accés a l'atenció sanitària, la participació i la representació en la política i l'educació.

Classe social

L'estratificació social com a conseqüència de l'existència de classes socials comporta una altra de les interseccions de sistemes de poder i d'opressió que afecta el risc de patir VMAP. La VMAP és més freqüent i greu entre les dones en situació més desfavorida (Breiding, Black, & Ryan, 2008; Heise & García-Moreno, 2002). Hi ha diversos mecanismes potencials mitjançant els quals la pobresa o la privació econòmica augmenten el risc de patir VMAP: pot ser a causa dels ingressos baixos en si o per altres factors que acompanyen la pobresa, com l'amuntegament i la desesperança. És possible que viure en situació de pobresa generi en alguns homes estrès, frustració i un sentit d'inadaptació per no haver aconseguit complir la funció culturalment i socialment esperada de ser els sustentadors econòmics de la llar. La pobresa o les dificultats econòmiques importants també poden desencadenar conflictes en la parella o fer més difícil que les dones abandonin les relacions que són violentes o d'alguna manera insatisfactòries. Amb independència de quins siguin els mecanismes precisos, és probable que la pobresa o les situacions de manca de recursos econòmics actuïn com a marcadors d'una varietat de determinants socials que es combinen i augmenten els riscos que afronten les dones.

La recerca sobre la relació entre el nivell d'educació —un factor relacionat amb la classe social— i la VMAP té resultats contradictoris (Vyas & Watts, 2009). Tanmateix, als països rics —també a Espanya (Meil Landwerlin, 2014)— la majoria dels estudis troben que el risc de

patir VMAP és superior entre les dones amb menys nivell d'estudis. De manera anàloga, s'ha documentat que els homes amb un baix nivell d'educació cometes actes de violència de parella amb una freqüència més alta que els homes amb més educació (Ackerson, Kawachi, Barbeau, & Subramanian, 2008). L'educació confereix a les dones apoderament a través de les seves xarxes socials, confiança en elles mateixes i capacitat d'utilitzar la informació i els recursos disponibles en la societat, així com els permet obtenir ingressos superiors (Jewkes, 2002).

A més del nivell d'educació individual, és important considerar la diferència en el nivell d'educació entre els dos membres de la parella. Alguns estudis observen més risc de patir VMAP en les dones amb una parella amb un nivell d'estudis més baix, cosa que podria explicar-se per la transgressió de la divisió de gènere en el poder en la parella (Abramsky et al., 2011). Tanmateix, a Espanya el fet que les dones tinguin un nivell d'estudis igual o superior al de la parella s'associa amb menys risc de patir VMAP (Meil Landwerlin, 2014).

Edat

L'edat jove és un factor de risc de cometre un acte de VMAP o de ser-ne víctima (Vest, 2002; World Health Organization., 2014). A Catalunya la VMAP també és més freqüent entre les dones més joves (*Enquesta de violència masclista a Catalunya, 2016*).

Estat migratori

Diversos estudis han documentat que la incidència de violència en les dones immigrants és superior a la de les dones autòctones, cosa que es pot explicar per diversos mecanismes. Les dones immigrants viuen entre dues cultures, sovint en conflicte, i dins d'un context en el qual

poden estar aïllades i discriminades; a més, algunes estan indocumentades, la qual cosa els imposa restriccions legals. En alguns casos, les dones immigrants nouvingudes no tenen els coneixements lingüístics i la formació necessaris per trobar ocupació. Com a resultat, es troben en una situació en la qual la supervivència econòmica pot ser el problema més urgent per a elles mateixes i les seves famílies, per la qual cosa continuen amb la parella encara que les maltracti (Barnett, 2000; Kim & Gray, 2008). Alguns agressors poden augmentar la inseguretat de les dones immigrants qüestionant-ne la capacitat de funcionar al país d'acollida sense els seus cònjuges, degradant les dones basant-se en les seves limitacions en l'idioma, nivell d'estudis o habilitats laborals. A més, les dones immigrants maltractades solen estar aïllades dels seus familiars i amics a causa de l'experiència migratòria (Raj & Silverman, 2002).

A Espanya, la violència de parella en general, la física, la psicològica de control i la sexual, són més freqüents en dones amb doble nacionalitat o estrangeres (Meil Landwerlin, 2014). A Catalunya, la VMAP és gairebé el doble entre les dones estrangeres (*Enquesta de violència masclista a Catalunya*, 2016).

Ètnia

L'ètnia descriu un grup social els membres del qual comparteixen un sentiment d'orígens comuns, reclamen una història i un avenir comú i distintiu, posseeixen una o més dimensions d'individualitat col·lectiva i tenen un sentiment d'individualitat col·lectiva única (Paradies et al., 2009). Encara que els valors patriarcals subjacents poden ser àmpliament compartits, les dones de diversos grups ètnics poden diferir en els tipus de violència que experimenten i en les seves respostes a la violència (Kasturirangan, Krishnan, & Riger, 2004).

Diversitat funcional

Hi ha pocs estudis sobre la violència contra les dones amb diversitat funcional i encara menys sobre les dones amb diversitat funcional que pateixen VMAP (Brownridge, 2006). Un marcador de risc freqüentment citat per a la VMAP contra les dones amb diversitat funcional és la situació de dependència. Les dones amb diversitat funcional tenen més probabilitats de tenir un nivell socioeconòmic baix. Igual com passa amb els homes, globalment el nivell educatiu de les dones amb diversitat funcional és més baix (Shandra & Hogan, 2009), i la diversitat funcional i un nivell educatiu més baix són barreres per a l'ocupació, cosa que s'associa amb més atur i pitjors condicions d'ocupació i de treball (Barnes & Mercer, 2005). Això fa que tinguin més probabilitats de viure en la pobresa. En la mesura en què les dones amb diversitat funcional es troben en situació de dependència, les diferències de poder s'associen amb més risc de ser víctimes de VMAP (Petersilia, 2001).

A Espanya, la freqüència de la VMAP entre les dones amb diversitat funcional és molt superior a la de les dones sense problemes per dur a terme les activitats diàries, i això és així amb independència de quin indicador s'utilitzi per mesurar la violència masclista (Meil Landwerlin, 2014). També a Catalunya la VMAP és superior entre les dones amb diversitat funcional (*Enquesta de violència masclista a Catalunya, 2016*).

Lloc de residència

El lloc on vivim (municipi, barri, etc.) actua també com un determinant de la salut i el benestar. Així, per exemple, s'ha documentat que la comunitat pot perpetuar l'estructura familiar existent i les desigualtats de poder en la família i la societat. Pot justificar el comportament dels homes violents amb la finalitat d'establir el

control sobre les dones en la família, i donar suport a pràctiques tradicionals, com els maltractaments i els càstigs corporals. El desavantatge socioeconòmic del barri, així com la inestabilitat residencial del veïnat, la inestabilitat del treball masculí i la percepció de dificultats econòmiques, han estat identificats com a factors que s'associen amb més probabilitat de patir VMAP (Benson, Fox, DeMaris, & Van Wyk, 2003).

Determinants intermedis

Recursos materials

Divisió sexual del treball

La divisió sexual del treball, que de manera més o menys marcada es dona en totes les societats, determina, a través de diferents vies, desigualtats en el poder i en l'accés als recursos econòmics i d'altres tipus entre les dones i els homes. La divisió sexual del treball dicta per als homes un paper central en l'àmbit laboral i públic, i per a les dones, un rol protagonista en la vida familiar. En aquesta divisió rígida de la vida social, mentre l'esfera de la vida pública i el treball remunerat comporten la independència econòmica i el ple reconeixement ciutadà, l'esfera domèstica i familiar no aporta ingressos ni és reconeguda socialment. Tot i que la VMAP és menys prevalent en països amb una proporció alta de dones al mercat laboral formal, el treball remunerat pot augmentar el risc de les dones de patir-la en països on poques dones estan incorporades al mercat de treball (Heise & Kotsadam, 2015).

Situació laboral, condicions d'ocupació i de treball

S'ha documentat que la situació d'atur dels homes s'associa amb més risc de VMAP. A Espanya, la probabilitat de patir VMAP s'incrementa

substancialment quan els dos membres de la parella estan en atur i, sobretot, quan només l'home està en atur (Meil Landwerlin, 2014). En aquesta situació, la violència contra les dones es pot derivar de les expectatives socials de la masculinitat tradicional, que són inassolibles a causa de factors com la pobresa experimentada pels homes (Peralta & Tuttle, 2013).

Al mercat laboral, les dones es concentren en ocupacions feminitzades, com la sanitat, l'ensenyament i la neteja (segregació horitzontal), en les quals, paral·lelament, romanen en categories més baixes que els homes amb el mateix nivell de formació (segregació vertical). Els sectors feminitzats ofereixen salaris més baixos, tenen pitjors condicions d'ocupació i presenten més riscos psicosocials que els masculinitzats (Brindusa, Anghel, Conde-Ruez, & Marra de Artiñano, 2018). També l'atur és més freqüent entre les dones. La discriminació de gènere al mercat de treball contribueix a les desigualtats de gènere en el poder, cosa que, alhora, s'associa a la VMAP.

Ingressos i situació econòmica

Les dificultats per compaginar vida laboral i familiar en un context de baixa implicació dels homes en el treball reproductiu i de manca de serveis per a la cura de les persones en situació de dependència, fan que moltes dones treballin a temps complet com a mestresses de casa o que tinguin una ocupació a temps parcial, fet que accentua les desigualtats de gènere en el poder a la llar (Artazcoz, Borrell, Cortès, Escribà-Agüir, & Cascant, 2007). L'escassetat de serveis públics per a la cura de les persones dependents suposa també un obstacle per abandonar una parella maltractadora (Barnett, 2000).

A Espanya, si els ingressos de les dones derivats del treball o d'una pensió pròpia (per jubilació o invalidesa) són iguals o superiors als del cònjuge, el risc de patir VMAP és més baix. En conjunt, al nostre entorn, com més recursos de poder en la parella per part de les dones, menys risc hi ha de ser víctima de violència masclista (Meil Landwerlin, 2014).

Factors psicosocials

Relació de parella

La VMAP és més freqüent en les relacions de parella amb un grau baix de satisfacció, desacords continus i conflictes (Morrison, Ellsberg, & Bott, 2007). Les formes de conflicte especialment susceptibles d'estar associades amb la VMAP deriven sovint de la transgressió per part de les dones dels rols de gènere tradicionals o els desafiaments al privilegi masculí, així com d'assumpes econòmics (Jewkes, 2002). La VMAP es converteix en una forma de gestionar un conflicte o de resoldre un desacord (Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011).

Relació amb la família

La família és clau per a l'abordatge de la VMAP. Prepara els seus membres per a la vida social, forma estereotips de gènere i percepcions de la divisió del treball entre els sexes i és un escenari on sovint es poden produir maltractaments físics o psicològics. El suport social de la família d'una dona maltractada pot indicar que és valorada, i pot fer-li augmentar l'autoestima i ser una font d'informació pràctica durant els episodis de VMAP o després (Jewkes, 2002).

Xarxa social

Els contactes socials són importants per a les dones que pateixen VMAP. Amb freqüència les xarxes socials de les dones en relacions en què pateixen VMAP són més reduïdes, ja que sovint els homes maltractadors restringeixen el moviment i el contacte de la seva parella amb altres persones i les aïllen (Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho, & Wood, 2013). L'aïllament es pot veure agreujat pels efectes del maltractament en la salut mental de les dones, que fan que es tanquin en elles mateixes (Heise, Ellsberg, & Gottemoeller, 1999). També s'ha descrit que el suport social protegeix dels efectes negatius que la VMAP té sobre la salut mental (Coker et al., 2002). A Espanya, disposar d'un bon suport social està clarament associat a menys risc de patir VMAP (Meil Landwerlin, 2014).

Violència familiar en la infantesa

L'exposició a la violència durant la infantesa augmenta la probabilitat de cometre actes de VMAP en els homes (Diana Gil-González, Vives-Cases, Ruiz, Carrasco-Portiño, & Álvarez-Dardet, 2008) i el risc de patir VMAP entre les dones (Martin, Taft, & Resick, 2007). Aquesta exposició a la violència durant la infantesa pot incrementar la probabilitat d'acceptar la violència, ja sigui com a víctima o com a agressor, en les relacions futures (Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2011).

Factors conductuals

Consum d'alcohol

Diversos estudis han documentat la relació entre el consum abusiu d'alcohol i la VMAP. No obstant això, aquests resultats s'han d'interpretar amb cura, ja que les proves d'una associació causal entre el consum perjudicial d'alcohol i la violència són febles. La funció que

compleix el consum d'alcohol en el fet de ser víctima de VMAP no és clara (European Union Agency for Fundamental Rights - FRA, 2014; D Gil-González, Vives-Cases, Alvarez-Dardet, & Latour-Pérez, 2006). És possible que el fet que es produeixi la violència no estigui associat amb cap efecte directe de l'alcohol, sinó que el paper de l'alcohol en la VMAP pugui explicar-se pel seu efecte desinhibitori (Caetano, Shafer, & Cunradi, 2001).

Consum de drogues il·legals

Hi ha evidència de la relació entre el consum de drogues il·legals i la VMAP (Chermack et al., 2008; Moore et al., 2008). Tanmateix, igual que amb l'alcohol, la relació causal no és clara. A la complexitat de l'associació entre l'addicció a substàncies i la victimització per VMAP se sumen les diferències segons les substàncies d'elecció, l'abast del consum i els riscos addicionals que presenta l'ús de múltiples substàncies (McKee & Hilton, 2017).

Hi ha diversos mecanismes que poden explicar aquestes associacions. En alguns casos el consum de substàncies addictives ve precedit per la vivència de violència o un esdeveniment traumàtic i es converteix en una estratègia d'afrontament (teoria del trauma). D'altra banda, el consum podria proporcionar una falsa sensació de millora en les relacions establertes i mantingudes que podria actuar com a factor de risc per patir VMAP en el context de relacions personals desiguals (teoria relacional) (Covington, 2002).

La relació entre el consum de drogues il·legals i la VMAP també és estructural. S'ha assenyalat la importància de l'entorn de vida en la VMAP en dones consumidores de substàncies addictives. Les dones que viuen en un entorn social desfavorit, íntimament lligades i poderosament modelades pels seus veïnats, estan envoltades

d'aspectes econòmics, emocionals i psicològics que influeixen fortament en la seva forma de vida (James, Johnson, & Raghavan, 2004). Així, un barri empobrit pot convertir-se en un sistema complex en el qual les arrels de l'abús de substàncies i de la violència relacionada amb les drogues estan connectades. En aquest escenari de risc, les dones estan constantment exposades a les drogues, la qual cosa augmenta la probabilitat que les seves parelles les iniciïn en el consum i, en conseqüència, augmenta el risc que les agredeixin en el context domèstic. A causa de la limitació de recursos i de suport social, les dones estan socialment aïllades i sovint tancades en situacions que posen en perill la seva vida (Simonelli, Pasquali, & De Palo, 2014).

D'altra banda, les dones que consumeixen drogues estan més estigmatitzades en comparació amb els homes en la mateixa situació, atès que la societat les veu com a transgressores dels rols que socialment se'ls han assignat, especialment els de mare i cuidadora. Això es pot traduir en més tolerància social a la violència que puguin patir, així com en una culpabilització de la seva situació pel fet d'haver trencat les normes de comportament apropiat que se'ls atribueixen (Simonelli et al., 2014). Aquest doble estigma (causat pel fet de ser consumidora i dona), sumat a la criminalització o a la por de perdre la custòdia dels fills o filles, dificulta l'accés de les dones a serveis sanitaris i socials i, per tant, pot agreujar la vulnerabilitat d'aquestes dones davant una possible situació de VMAP. A això, s'afegeix que aquests serveis sovint són discriminatoris pel seu enfocament androcèntric i elles els poden percebre com a hostils o poc accessibles.

Serveis

S'ha assenyalat que, amb freqüència, els serveis socials, sanitaris i educatius no donen una resposta adequada a les dones víctimes de VMAP (Barnett, 2001).

Serveis socials

Encara que les intervencions dels serveis socials per atendre les necessitats d'emergència relacionades amb la VMAP proporcionen ajuda crítica per a algunes dones i les seves criatures, les necessitats relacionades amb els aspectes bàsics de la supervivència familiar, com l'habitatge i la cura dels infants, tenen prioritat per a moltes dones maltractades amb ingressos baixos. Moltes opten per continuar amb homes potencialment perillosos en les seves vides per satisfer aquestes necessitats bàsiques, no perquè acceptin el maltractament o el banalitzin, sinó perquè la freqüència i/o gravetat del maltractament no supera, des de la seva perspectiva, els recursos substantius i/o la seguretat econòmica que els confereixen aquestes relacions (Barnett, 2000). L'enfocament universalista de la VMAP sovint ignora les necessitats i circumstàncies particulars de les dones amb ingressos baixos que són més vulnerables al maltractament, cosa que s'hauria d'abordar.

Serveis sanitaris

Totes les dones entren en contacte en algun moment de la seva vida amb els serveis de salut i, sobretot, les que han estat maltractades visiten més els serveis d'atenció primària, salut mental, traumatologia i urgències (Coll-Vinent et al., 2008; Ruiz-Pérez et al., 2006). S'ha documentat que en l'atenció primària hi ha una infradetecció de la VMAP (Sala Musach, Hernández Alonso, Ros Guitart, Lorenz Castañe, & Parellada Esquius, 2010). Les raons són diverses: (1) les limitacions

de temps per a l'atenció; (2) la manca de preparació i formació sobre aquest tema; (3) la incomoditat que aquesta problemàtica genera als professionals de la salut; (4) la sensació d'envair la intimitat de la dona; (5) la por de perdre el control de la situació i no saber com intervenir un cop detectada la violència; (6) el fet de no saber com preguntar, i (7) la idea que són poques les dones que van a les consultes amb aquest problema i que el paper dels serveis de salut amb relació a aquesta problemàtica és menor (Wathen & MacMillan, 2003).

Serveis educatius

El sistema educatiu és un agent de socialització potent que, malgrat que no és aliè al sistema jeràrquic d'organització social, pot contribuir a transformar-lo mitjançant la seva revisió crítica (Hamberg, 2008; Torres San Miguel, 2010). Així, pot perpetuar el sistema de gènere basat en rols i estereotips tradicionals, mantenint la tolerància cap a la violència masclista, o bé promoure el canvi d'aquest model i les transgressions en aquest model. Els valors i creences, com a part del sistema que sustenta la VMAP, poden ser transmesos o transformats, tant en els continguts acadèmics que s'imparteixen a l'aula, com en el mateix procés d'ensenyament i les interaccions que es produeixen quotidianament (Brugeilles & Cromer, 2009; Díaz-Aguado, 2004). A més, el sistema educatiu pot contribuir a desenvolupar habilitats interpersonals alternatives a la violència, que permetin expressar els conflictes i resoldre'ls de forma constructiva, així com habilitats que protegeixin contra la victimització, per evitar situacions de risc o sortir-ne i demanar ajuda (Pastorino Mellado, 2014). Alhora, el sistema educatiu és un agent per detectar i contribuir a abordar situacions de maltractament. Tanmateix, per a això és imprescindible

dotar el professorat de les competències necessàries per detectar aquestes situacions.

Violència masclista en l'àmbit de la parella

Com s'ha comentat abans, la VMAP és la forma més freqüent de violència masclista. D'acord amb una definició de violència masclista a partir de comportaments, el 2011, a Espanya, la prevalença de violència masclista durant l'últim any per part del cònjuge o parella actual entre dones de 18 anys o més, convisquessin o no en una mateixa llar, era d'un 8,6%, mentre que un 1,1% de les dones van patir violència per part del seu excònjuge o exparella en el mateix període de temps. Entre les dones que van patir violència per part de la seva parella actual, la forma més habitual era la violència psicològica de desvaloració, que afectava un 8% de les dones maltractades; seguida de la violència sexual (4,1%) i de la violència psíquica de control, que afectava un 3,8% de les dones en parella. La violència física era la forma de maltractament menys estesa (2,1%) i, particularment, les formes més lesives en què hi ha dany físic (1%). S'ha de tenir en compte que molts dones pateixen diversos tipus de violència. Tanmateix, d'acord amb una definició subjectiva de *violència masclista*, només un 1,5% de les dones afirmaven haver-se sentit maltractades pel seu cònjuge o parella durant l'últim any, i un 1,5% més s'havien sentit maltractades pel seu excònjuge o exparella. Les raons d'aquestes discrepàncies poden ser múltiples, però una pot ser la tolerància a la violència masclista (Meil Landwerlin, 2014).

Salut i desigualtats socials en la salut

El 1996, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va declarar la VMAP com un problema prioritari de salut pública (Organización Panamericana de la Salud, 2003). La VMAP s'associa amb diversos problemes de salut a curt i llarg termini. La mort per homicidi o suïcidi és la conseqüència més greu. L'any 2018, 47 dones van morir a Espanya com a conseqüència de la VMAP (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, 2019). Les dones que pateixen VMAP tenen pitjor estat de salut general i de salut mental (Blanco, Pilar, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa, & Martín-García, 2004). L'estrès crònic que genera la VMAP afavoreix l'aparició de malalties cròniques i empitjora les existents, augmenta el risc de fractures i cops, de síndrome de dolor crònic, fibromiàlgia, trastorns digestius, abús d'alcohol i d'altres drogues, depressió i ansietat, baixa autoestima, estrès posttraumàtic, inactivitat física i alteracions de la salut sexual i reproductiva com ara disfuncions sexuals, malalties de transmissió sexual, embarassos no desitjats, complicacions en l'embaràs i trastorns del cèrvix (Raya Ortega et al., 2004). Les dones també poden patir aïllament, incapacitat per treballar, pèrdua de salaris, falta de participació en activitats regulars i capacitat limitada per cuidar de si mateixes i dels seus fills i filles (World Health Organization., 2014). A més, els infants que creixen en famílies on hi ha violència poden patir trastorns emocionals i de comportament, així com tenen un risc superior de perpetrar o experimentar violència més endavant en la vida.

Conclusió

El marc conceptual proposat es basa en l'evidència existent i pot facilitar l'abordatge intersectorial de la prevenció de la VMAP en reforçar la comprensió compartida dels mecanismes socials que contribueixen a la VMAP i identificar el paper que poden tenir diferents sectors i disciplines per prevenir aquesta violència. A més, permet guiar l'anàlisi de les dades, que sovint es fa de manera atèrica simplement analitzant les dades existents, així com les necessitats de recerca. Finalment pot guiar la monitorització dels determinants de la VMAP, el desenvolupament de polítiques i programes i la seva avaluació. Prevenir la violència masclista abans no es produeixi és fonamental per assegurar que les dones siguem capaces de viure realment una vida sense violència.

Referències

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., ... Heise, L. (2011). 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*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
- Ackerson, L. K., Kawachi, I., Barbeau, E. M., & Subramanian, S. V. (2008). Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: A population-based study of women in India. *American Journal of Public Health*, 98(3), 507–514. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.113738>
- Aghion, P., & Williamson, J. G. (1998). *Growth, Inequality, and Globalization*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2007). 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*, 61 Suppl 2, ii39-i45. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.059774>
- Barnes, C., & Mercer, G. (2005). Disability, work, and welfare: Challenging the social exclusion of disabled people. *Work, Employment and Society*, 19(3), 527–545. <https://doi.org/10.1177/0950017005055669>
- Barnett, O. W. (2000). Why Battered Women Do Not Leave, Part 1: External Inhibiting Factors Within Society. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1, 343. <https://doi.org/10.1177/1524838000001004003>
- Barnett, O. W. (2001). Why battered women do not leave, part 2. External inhibiting factors - Social support and internal inhibiting factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(1), 3–35.
- Benson, M. L., Fox, G. L., DeMaris, A., & Van Wyk, J. (2003).

- Neighborhood Disadvantage, Individual Economic Distress and Violence Against Women in Intimate Relationships. *Journal of Quantitative Criminology*.
<https://doi.org/10.1023/A:1024930208331>
- Blanco, Pilar, Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., & Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 182–188. <https://doi.org/10.1157/13062524>
- Bodelón González, E. (2015). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de La Cátedra Francisco Suárez*, 48(0), 131–155.
- Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. (2008). Prevalence and Risk Factors of Intimate Partner Violence in Eighteen U.S. States/Territories, 2005. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(2), 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.10.001>
- Brindusa, Anghel, Conde-Ruez, J. I., & Marra de Artiñano, I. (2018). *Estudios sobre la Economía Española - 2018/06. Brechas Salariales de Género en España*. Madrid: FEDEA.
- Brownridge, D. A. (2006). Partner violence against women with disabilities: Prevalence, risk, and explanations. *Violence Against Women*, 12(9), 805–822.
<https://doi.org/10.1177/1077801206292681>
- Brugeilles, C., & Cromer, S. (2009). *Promoting Gender Equality through Textbooks. A Methodological guide* (Vol. 91). París: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Caetano, R., Shafer, J., & Cunradi, C. B. (2001). Alcohol-Related Intimate Partner Violence Among White Black, and Hispanic Couples in the United States. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 58–65.
<https://doi.org/10.1177/088626002237858>
- Capaldi, D. M., & Kim, H. K. (2007). Typological approaches to violence in couples: A critique and alternative conceptual approach. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 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. (2008). Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: Correlates of psychological and physical aggression and injury. *Drug and Alcohol Dependence*. <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. (2002). Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(5), 465–476. <https://doi.org/10.1089/15246090260137644>
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farràs, Ú., Rodríguez, D., Millá, J., & Santiñà, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*. <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://doi.org/10.1016/j.foreco.2006.04.028>
- Covington, S. S. (2002). Helping Women Recover: Creating Gender-Responsive Treatment. In L. Straussner & S. Brown (Eds.), *The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice* (pp. 1–17). San Francisco, CA: Jossey-Bass. <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2017.08.156>
- Devereux, S., & Sabates-Wheeler, R. (2007). Editorial introduction: Debating social protection. *IDS Bulletin*, 38(3), 1–7. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00363.x>
- Díaz-Aguado, M. J. (2004). *Prevenir la violencia de género desde la escuela. Revista de Estudios de la Juventud* (Vol. 86).
- Enquesta de violència masclista a Catalunya*. (2016). Barcelona: Departament d'Interior. Generalitat de Catalunya.
- European Union Agency for Fundamental Rights - FRA. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey. Publications Office of the European Union*,. <https://doi.org/10.2811/62230>

- Gil-González, D, Vives-Cases, C., Alvarez-Dardet, C., & Latour-Pérez, J. (2006). Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health, 16*(3), 278–284. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl016>
- Gil-González, Diana, Vives-Cases, C., Ruiz, M. T., Carrasco-Portiño, M., & Álvarez-Dardet, C. (2008). Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Public Health, 30*(1), 14–22. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdm071>
- Hamberg, K. (2008). Gender bias in medicine. *Women's Health*. <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.237>
- Heise, L. L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women, 4*, 262–290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Heise, L. L. (2012). *Determinants of partner violence in low and middle-income countries: exploring variation in individual and population level risk*. PhD thesis. London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Heise, L. L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population Reports, 27*(4), 1.
- Heise, L. L., & García-Moreno, C. (2002). Violence By Intimate Partners. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, Z. A. B., & R. Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 87–121). Geneva: World Health Organization.
- Heise, L. L., & Kotsadam, A. (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys. *The Lancet Global Health, 3*(6), 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. (2004). "I couldn't go anywhere": Contextualizing violence and drug abuse: A social network study. *Violence Against Women*. <https://doi.org/10.1177/1077801204267377>

- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359, 1423–1429.
- Kasturirangan, A., Krishnan, S., & Riger, S. (2004). The Impact of Culture and Minority Status on Women's Experience of Domestic Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(4), 318–332. <https://doi.org/10.1177/1524838004269487>
- Katerndahl, D., Burge, S., Ferrer, R., Becho, J., & Wood, R. (2013). Differences in Social Network Structure and Support Among Women in Violent Relationships. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260512469103>
- Kim, J., & Gray, K. A. (2008). Leave or stay? Battered women's decision after intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(10), 1465–1482. <https://doi.org/10.1177/0886260508314307>
- Krieger, N. (2008). Ladders, pyramids and champagne: The iconography of health inequities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1098–1104. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.079061>
- Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista. (2008). *Butlletí Oficial Del Parlament de Catalunya*. Barcelona.
- Martin, E. K., Taft, C. T., & Resick, P. A. (2007). A review of marital rape. *Aggression and Violent Behavior*, 12(3), 329–347. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.10.003>
- McKee, S. A., & Hilton, N. Z. (2017). Co-Occurring Substance Use, PTSD, and IPV Victimization: Implications for Female Offender Services. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838017708782. <https://doi.org/10.1177/1524838017708782>
- Meil Landwerlin, G. (2014). *Análisis sobre la Macroencuesta de Violencia de Género*. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. (2019). Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Retrieved February 4, 2019, from

<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: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D. L., Hellmuth, J. C., & Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.003>
- Morrison, A., Ellsberg, M., & Bott, S. (2007). Addressing gender-based violence: A critical review of interventions. *The World Bank Research Observer*, 22(1), 25–51. <https://doi.org/10.1093/wbro/lkm003>
- ONU mujeres. (2015). *Un marco de apoyo a la prevención de la violencia contra la mujer*. Nueva York: ONU Mujeres.
- Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. (2011). *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, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *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, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>
- Paradies, Y., Chandrakumar, L., Klocker, L., Frere, N., Webster, K., Burrell, M., & McLean, P. (2009). *Building on Our Strengths. Full report*. Melbourne: Victoria Health Promotion Foundation. <https://doi.org/10.1177/0022034513488141>
- Pastorino Mellado, M. J. (2014). Violencia de género en las aulas de

- educación secundaria. *RESED. Revista de Estudios Socioeducativos*, 2, 122–133.
- Peralta, R. L., & Tuttle, L. A. (2013). Male Perpetrators of Heterosexual-Partner-Violence: The Role of Threats to Masculinity. *The Journal of Men's Studies*, 21(3), 255–276.
<https://doi.org/10.3149/jms.2103.255>
- Petersilia, J. R. (2001). Crime victims with developmental disabilities: A review essay. *Criminal Justice and Behavior*, 28(6), 655–694.
<https://doi.org/10.1177/009385480102800601>
- Raj, A., & Silverman, J. (2002). Violence Against Immigrant Women. The Roles of Culture, Context, and Legal Immigrant Status on Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 8(3), 367–398.
- Raya Ortega, L., Ruiz Pérez, I., Plazaola Castaño, J., Brun López-Abisaba, S., Rueda Lozano, D., García De Vinuesa, L., ... Carmona Molinae, M. P. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atencion Primaria*, 34(3), 117–127. <https://doi.org/10.1157/13064519>
- Reed, E., Raj, A., Miller, E., & Silverman, J. G. (2010). Losing the “gender” in gender-based violence: The missteps of research on dating and intimate partner violence. *Violence Against Women*, 16(3), 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., ... Garralón Ruiz, L. M. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*.
<https://doi.org/10.1157/13088851>
- Russo, N. F., & Pirlott, A. (2006). Gender-based violence concepts, methods, and findings. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 178–205. <https://doi.org/10.1196/annals.1385.024>
- Sala Musach, I., Hernández Alonso, A. R., Ros Guitart, R., Lorenz Castañe, G., & Parellada Esquius, N. (2010). Violencia doméstica: Preguntar para detectar. *Atencion Primaria*, 42(2), 70–77.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.04.007>

- Shandra, C. L., & Hogan, D. P. (2009). The Educational Attainment Process Among Adolescents with Disabilities And Children of Parents with Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56(4), 363–379.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.08.045>.The
- Simonelli, A., Pasquali, C. E., & De Palo, F. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments. In *European Journal of Psychotraumatology* (Vol. 5). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24496>
- Sokoloff, N. J., & Dupont, I. (2005). 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*.
<https://doi.org/10.1177/1077801204271476>
- Taft, C. T., Bryant-Davis, T., Woodward, H. E., Tillman, S., & Torres, S. E. (2009). Intimate partner violence against African American women: An examination of the socio-cultural context. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 50–58.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.10.001>
- Torres San Miguel, L. (2010). 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*, 23, 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. (2002). Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3), 156–164. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00431-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00431-7)
- Vives-Cases, C., Alvarez-Dardet, C., Carrasco-Portiño, M., & Torrubiano-Domínguez, J. (2007). El impacto de la desigualdad de

género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 242–246.

Vyas, S., & Watts, C. (2009). 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*, 21, 577–602.

<https://doi.org/10.1002/jid.1500>

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

Walby, S. (2004). The European Union and gender equality: Emergent varieties of gender regime. *Social Politics*, 11(1), 4-29+145.

<https://doi.org/10.1093/sp/jxh024>

Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2003). Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*, 169(6), 582–584.

<https://doi.org/10.1103/PhysRevLett.117.114503>

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

Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22, 429–445.

<https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

World Health Organization. (2014). *Violence against Women*. Geneva:

World Health Organization. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00483-5>

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



La Salut en xifres

Connectem
f **t** **y** **in**

www.aspb.cat