

Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres

Qué hacer y cómo obtener evidencias



prevención



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS

Américas



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**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



Edición original en inglés:

“Preventing intimate partner and sexual violence against women:
taking action and generating evidence”

© World Health Organization, 2010

ISBN 978 92 4 156400 7

Edición en español realizada por la Organización Panamericana de la Salud.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias / Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.

1. Maltrato conyugal – prevención y control. 2. Violencia – prevención y control. 3. Parejas sexuales. 4. Medición del riesgo. 5. Mujeres maltratadas. 6. Delitos sexuales – prevención y control. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-92-75-31635-1

(Clasificación de la NLM: HV 6625)

© **Organización Mundial de la Salud, 2011.** Todos los derechos reservados.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan la letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Los autores mencionados son los únicos responsables de los criterios expresados en esta publicación.

Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América (correo electrónico: pubrights@paho.org).

Cita bibliográfica sugerida: Organización Mundial de la Salud y 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. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011.

Diseño: minimum graphics.

Índice

Agradecimientos	v
Resumen	1
Prefacio	3
Introducción	5
Los costos ocultos de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual	5
Un enfoque de salud pública para la prevención	6
Una perspectiva del ciclo vital	8
¿Cuál es la finalidad de este documento?	8
¿Quién debe usar este documento?	9
Mensajes clave	10
Capítulo 1 La naturaleza, la magnitud y las consecuencias de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual	11
1.1 ¿Qué es violencia infligida por la pareja y violencia sexual?	11
1.2 ¿Cuál es la prevalencia de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual?	12
1.3 ¿Cuáles son las consecuencias de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual?	15
1.4 Mensajes clave	18
Capítulo 2 Los factores de riesgo y la protección contra la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual	19
2.1 El modelo ecológico de la violencia	19
2.2 La detección de los factores de riesgo	21
2.3 Los factores de riesgo asociados con la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual	21
2.4 Los factores de riesgo asociados con la violencia infligida por la pareja	28
2.5 Los factores de riesgo asociados con la violencia sexual	31
2.6 Los factores de riesgo que protegen contra la violencia en la pareja y la violencia sexual	33

2.7	Las normas de género y la desigualdad de género	34
2.8	Mensajes clave	34
Capítulo 3	La base científica de las estrategias de prevención primaria	37
3.1	Introducción	37
3.2	Evaluación de los datos científicos sobre los diferentes enfoques de prevención	40
3.3	Cuadros recapitulativos de las estrategias y los programas de prevención primaria	41
3.4	Durante la lactancia, la niñez y el comienzo de la adolescencia	45
3.5	Durante la adolescencia y la primera juventud	48
3.6	Durante la edad adulta	52
3.7	En todas las etapas de la vida	56
3.8	Mensajes clave	63
Capítulo 4	Mejoramiento de la planificación y la evaluación de los programas	65
4.1	Etapa 1: Para empezar	65
4.2	Etapa 2: Definir y describir la naturaleza del problema	69
4.3	Etapa 3: Escoger los programas que pueden ser eficaces	74
4.4	Etapa 4: Formular las políticas y las estrategias	75
4.5	Etapa 5: Elaborar un plan de acción que facilite la ejecución	77
4.6	Etapa 6: Evaluar y compartir el aprendizaje	78
4.7	Mensajes clave	84
Prioridades para futuras investigaciones y conclusiones		85
	Prioridades para futuras investigaciones	85
	Conclusiones	86
Referencias		89
Anexos		
	Anexo A: Definiciones operativas	101
	Anexo B: Las actividades de prevención que se pueden usar en la evaluación de procesos y sus posibles fuentes de información	105

Agradecimientos

Este documento fue escrito por Alexander Butchart, Claudia García-Moreno y Christopher Mikton, de la Organización Mundial de la Salud, y completa una versión preliminar elaborada por Joanna Nurse, de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Departamento de Salud del Reino Unido, y Damian Basher, del Departamento de Salud del Reino Unido. Natalia Díaz-Granados, de la McMaster University en Canadá, redactó el capítulo 2: *Factores de riesgo y de protección de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual*; Joanne Klevens y Linda Anne Valle, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, colaboraron con el capítulo 4: *Mejoramiento de la planificación y la evaluación de los programas*. La redacción del documento estuvo a cargo de Tony Waddell.

Las observaciones y las sugerencias aportadas por los siguientes colegas: Linda Dahlberg, Kathryn Graham, Rachel Jewkes, Holly Johnson, Julia Kim, Karen Lang, Charlotte Watts y Alys Willman han constituido una contribución valiosa al documento.

Los fundamentos conceptuales del presente documento se resumieron en una reunión de consulta de expertos sobre la prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual en mayo del 2007 y en el documento de antecedentes preparado para la reunión por Alison Harvey, Claudia García-Moreno y Alexander Butchart. Participaron en la consulta: Mark Bellis, Pimpawun Boonmongkon, David Brown, Carme Clavel-Arcas, Jane Cottingham, Pamela Cox, Isabelle De Zoysa, Jane Ferguson, Vangie Foshee, Kathryn Graham, Henrica Jansen, Holly Johnson, Faith Kasiva, Jackson Katz, Karen Lang, Lori Michau, Adepeju Aderemi Olukoya, Judith Ann Polsky, Jamela Saleh Al-Raiby, Susan Blair Timberlake, Bernice Van Bronkhorst y Charlotte Watts.

La elaboración y la publicación del presente documento han sido posibles gracias al generoso respaldo económico del Gobierno de Bélgica y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

La edición en español se realizó bajo la coordinación de Alessandra Guedes, de la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con Claudia García-Moreno, de la Organización Mundial de la Salud.

Se agradece a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo el financiamiento de la edición en español.

Resumen

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual afectan a una proporción considerable de la población, la mayoría de las personas que sufren directamente esta violencia son mujeres y la mayoría de quienes la cometen son hombres. El daño que causan estas agresiones puede durar toda la vida y repercutir en varias generaciones, con graves consecuencias sobre la salud, la educación y el empleo. Por tanto, la prevención primaria de estas formas de violencia salvará vidas y ahorrará dinero: la inversión que se haga hoy contra la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, antes de que ocurran, protegerá el bienestar físico, mental y económico y el desarrollo de las personas, las familias, las comunidades y las sociedades enteras.

Este documento procura aportar a quienes formulan las políticas y llevan a cabo la planificación, la información suficiente para elaborar programas orientados por evidencia científica, encaminados a prevenir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual contra las mujeres. El documento se divide en los siguientes capítulos:

- En el **capítulo 1** se describe la naturaleza, la magnitud y las consecuencias de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual dentro de la tipología más amplia de la violencia.
- En el **capítulo 2** se definen los factores que exponen a situaciones de riesgo y los que protegen contra esta violencia y se destaca el concepto fundamental de prevención primaria, con una perspectiva del ciclo vital y la importancia de abordar los factores de riesgo y de protección en las campañas de prevención.
- En el **capítulo 3** se resume la base de evidencia científica en materia de estrategias de prevención primaria y se describen programas de eficacia conocida, algunos respaldados por evidencia recientes y otros que pueden ser eficaces pero cuyas repercusiones aún no se han evaluado suficientemente.
- En el **capítulo 4** se presenta un marco operativo en seis etapas destinado a la adopción de medidas, la generación de una base de evidencia científica y el intercambio de resultados.

En la última sección se describen varias **prioridades para futuras investigaciones** y se extraen algunas **conclusiones** primordiales.

La prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual basada en evidencia científica se encuentra apenas en sus comienzos y todavía queda mucho por hacer. En la actualidad, solo una estrategia cuenta con evidencia que respalda su eficacia y se refiere únicamente a la violencia infligida por la pareja. Esta estrategia consiste en la ejecución de programas escolares de prevención de la violencia en el noviazgo y las citas amorosas. Sin embargo, se están obteniendo evidencias sobre la eficacia de otras

estrategias de prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, como los proyectos de microfinanciación dirigidos a las mujeres, asociados con educación en materia de igualdad de género; las iniciativas destinadas a restringir el acceso al alcohol y su consumo perjudicial; y la modificación de las normas sociales y culturales relacionadas con el género. Muchas estrategias más aparecen como posiblemente eficaces, ya sea por su fundamento teórico o porque están dirigidas a factores de riesgo conocidos, pero la mayoría de estos enfoques nunca se han ejecutado en forma sistemática y tampoco han sido evaluados.

El enfoque de salud pública de prevención que se adopta en este documento procura complementar los planteamientos sustentados en la justicia penal. El enfoque se basa en el uso de datos poblacionales con el fin de describir el problema, su repercusión y los factores de riesgo y de protección asociados, y recurre a las pruebas científicas a fin de definir estrategias de prevención eficaces, prometedoras y teóricamente indicadas. Parte del enfoque consiste también en conseguir que todas las políticas y los programas incorporen mecanismos de evaluación y seguimiento. Al mismo tiempo, la definición de una perspectiva a lo largo de la vida ayudará a descubrir los factores de riesgo tempranos y fijar los momentos más oportunos para desviar las trayectorias del desarrollo que tienden al comportamiento violento, aplicando un método de prevención primaria. El éxito de toda estrategia de prevención primaria exige una intervención temprana centrada en los grupos de edad más joven.

Si bien apremia la necesidad de evidencia científica y de investigación adicional en todas estas esferas, de ninguna manera se excluye la adopción actual de medidas que tiendan a prevenir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Los programas que cuentan con evidencia científica que respalda su eficacia se deben ejecutar, adaptándolos según sea necesario. Los programas que parecen prometedores o que muestran un potencial de eficacia también pueden desempeñar una misión inmediata, siempre y cuando se inviertan desde un principio esfuerzos energéticos en la incorporación de evaluaciones de resultado rigurosas. Solo si se llevan a cabo acciones y si se genera evidencia se evitará la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y llegará a su madurez el campo de la prevención primaria de estas formas de violencia, sustentada por una base de evidencia científica.

Prefacio

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual son problemas graves y generalizados en todo el mundo. Aparte de constituir violaciones de los derechos humanos, estas formas de violencia deterioran profundamente el bienestar físico, sexual, reproductivo, psíquico, mental y social de las personas y las familias. Las consecuencias inmediatas y a largo plazo sobre la salud que se han vinculado con estos tipos de violencia incluyen entre otras: las lesiones físicas, el embarazo no deseado, el aborto, las complicaciones ginecológicas, las infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH), el trastorno de estrés postraumático y la depresión. También existen diversas complicaciones relacionadas con el embarazo, como el aborto espontáneo, el trabajo de parto prematuro y el bajo peso al nacer, que se asocian con la violencia durante el embarazo. Además, los comportamientos de alto riesgo como el tabaquismo, el consumo perjudicial de alcohol y de drogas y el comportamiento sexual arriesgado son significativamente más frecuentes en las personas que han sido víctimas de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual.

Las enormes consecuencias de la violencia (física, sexual y psíquica) infligida por la pareja y de la violencia sexual recaen sobre las mujeres y los causantes son los hombres. Al reconocer la amplia escala y las vastas consecuencias del problema, muchos países han aprobado leyes que tipifican como delito la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y en muchos países se prestan cada vez más servicios jurídicos, sanitarios y sociales a las mujeres maltratadas. Al mismo tiempo, es sorprendente que haya habido tan pocos esfuerzos encaminados a impedir que ocurran estas formas de violencia. La existencia de servicios bien estructurados y ejecutados en forma adecuada de ayuda a las víctimas seguirá siendo de vital importancia. Sin embargo, la gran magnitud del problema implica que será crucial evitar que ocurran la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, con el fin no solo de disminuir la carga de sufrimiento, sino también sus costos humanos, económicos y de salud pública a largo plazo. La eficacia de las iniciativas de prevención primaria y los servicios dirigidos a sobrevivientes deben ser documentados y evaluados.

La escasez actual de enfoques de prevención basados en datos científicos se debe, en parte, a la disociación entre la planeación y la ejecución de la investigación y las actividades de promoción de la causa en este campo y, en parte, a la compleja variedad de factores que aumentan la probabilidad de que ocurra esta forma de violencia. Entre estos factores se encuentran la desigualdad de género, y las normas sociales en torno a la masculinidad y otros factores sociales determinantes como la disparidad económica, otros comportamientos problemáticos (como el consumo perjudicial de alcohol) y otros tipos de violencia (como el maltrato infantil). Existe poca coordinación entre los programas o los temarios de investigación sobre el maltrato infantil, el consumo de alcohol

y de drogas, los factores sociales determinantes y la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Y sin embargo, todos estos problemas afectan corrientemente a las familias y, en forma previsible, la mayor frecuencia se observa en las comunidades económicamente desfavorecidas donde a menudo existe además una mayor desigualdad entre las mujeres y los hombres.

El documento *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias* tiene como objetivo fortalecer el campo de la prevención de estas formas de violencia, de manera que las iniciativas de prevención puedan complementar programas de prestación de servicios sanitarios, jurídicos y de otra índole, que participan en la respuesta al problema. Las políticas y los programas de prevención primaria deben ser dinámicos, estar documentados con la mejor evidencia científica que existe y centrar su interés en las causas fundamentales del problema, incluida la desigualdad de género, de manera que, ante todo, haya menos mujeres víctimas de esta violencia.

Este documento se construye en torno a una perspectiva del ciclo vital, en la cual se reconoce la influencia de las experiencias en el período inicial de la vida y en la primera infancia sobre la probabilidad de convertirse en autor o en víctima de violencia infligida por la pareja o de violencia sexual en el futuro. Se ofrece un análisis de los hallazgos científicos más recientes en materia de estrategias de prevención eficaces, prometedoras y teóricamente factibles y se utiliza un modelo de salud pública con el fin de destacar las etapas necesarias de la respuesta a los principales factores determinantes en la esfera de la persona, la familia, la comunidad y la sociedad. Es importante señalar que también se insta firmemente a que las iniciativas futuras que aborden la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual se elaboren y lleven a cabo con la meta explícita de ampliar la base de evidencia científica sobre la magnitud, las consecuencias y el carácter prevenible de estos problemas. Este objetivo se puede lograr, por ejemplo, con la integración de las evaluaciones de resultados en los proyectos de prevención desde su planeación.

El presente documento, que denota la importancia mundial de la prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, es una publicación conjunta de la Organización Mundial de la Salud y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Por favor, únase a nosotros en la acción, a fin de aumentar la cantidad, la calidad y la eficacia de los programas de prevención de estas formas de violencia en todas las sociedades del mundo. Este esfuerzo contribuirá a un mejoramiento considerable de la seguridad, el bienestar y la felicidad personal de las niñas, los niños, las mujeres y los hombres en todo el mundo.

Etienne Krug

Director del Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia y la Discapacidad de la OMS

Michael Mbizvo

Director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS

Introducción

Los costos ocultos de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual

Dada la naturaleza de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, su acaecimiento y repercusiones se suelen “ocultar”, lo cual da origen a una subestimación considerable de la magnitud real del daño causado. Sin embargo, las encuestas poblacionales realizadas indican que estas formas de violencia son frecuentes. Por ejemplo, el *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* (García-Moreno et al., 2005) reveló que entre 15% y 71% de las mujeres han sufrido violencia física o violencia sexual infligida por una pareja en algún momento de sus vidas. La investigación también revela que este tipo de violencia genera una amplia gama de problemas físicos, mentales y de salud sexual, a corto y largo plazo (Heise y García-Moreno, 2002; Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002). De hecho, la magnitud de los resultados desfavorables en la salud causados por la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual equivale (y en algunos casos supera) a la de los resultados provocados por muchos otros factores de riesgo para la salud que se conocen mejor. Por ejemplo, en un estudio donde se aplicó el método de la carga de morbilidad en Victoria, Australia, se calculó que en las mujeres entre los 18 años y los 44 años de edad, la violencia de pareja se asociaba con 7% de la carga de la enfermedad general (‘DALY’). Esta violencia representó un factor de riesgo mayor que otros factores considerados tradicionalmente, como la hipertensión arterial, el tabaquismo y el sobrepeso (Vos et al., 2006).

La violencia infligida por la pareja muy a menudo conlleva además grave impacto negativo sobre el bienestar psíquico y social de toda la familia, con efectos adversos sobre las aptitudes de padres y madres en lo que respecta a la crianza de los hijos y los logros educativos y laborales. Algunos niños de los hogares donde existe violencia infligida por la pareja pueden presentar tasas más altas de problemas de comportamiento y psíquicos que pueden causar mayores dificultades con la educación y el empleo y suelen llevar al abandono temprano de la escuela, la delincuencia juvenil y el embarazo precoz (Anda et al., 2001; Dube et al., 2002).

La violencia infligida por la pareja implica también graves repercusiones económicas. Por ejemplo, en el Reino Unido, un análisis calculó que el costo anual de esta forma de violencia en la economía de Inglaterra y Gales fue de cerca de 22,9 mil millones de libras (Walby, 2004). Otro estudio en los Estados Unidos de América (Arias y Corso, 2005) consideró las diferencias en el uso de los servicios que tratan las lesiones causadas por la violencia física de pareja, en función del sexo. En comparación con los hombres:

- las mujeres presentaron mayor probabilidad de notificar una violencia física infligida por la pareja y las lesiones que produjo;
- una mayor proporción de mujeres afirmó haber buscado servicios de salud mental en respuesta a haber padecido violencia física infligida por la pareja y comunicó en promedio más consultas;

- las mujeres presentaron mayor probabilidad de informar sobre el uso de los servicios de urgencias, de hospitalización y servicios médicos; y
- las mujeres presentaron mayor probabilidad de tomar tiempo libre del trabajo, del cuidado de los niños o de las responsabilidades domésticas a causa de sus lesiones.

Además, el costo promedio por persona por haber sufrido al menos una vez la violencia física infligida por la pareja fue mayor para las mujeres que para los hombres. Cuando se tiene en cuenta el costo de las personas que no alcanzan todo su potencial productivo, los costos globales para la sociedad son aun mayores.

Un enfoque de salud pública para la prevención

Con el propósito de comprender la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual se han adoptado diferentes enfoques y perspectivas, que se superponen y son en gran medida complementarios. Por ejemplo, la perspectiva de género destaca el patriarcado, las relaciones de poder y las construcciones jerárquicas de la masculinidad y la feminidad como motor predominante y generalizado del problema. Estos elementos se aducen como condiciones necesarias para dominar a las mujeres y dan lugar a una desigualdad estructural de género

El enfoque de derechos humanos se basa en la obligación de los estados de respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos y, por consiguiente, de prevenir, erradicar y castigar la violencia contra las mujeres y las niñas. En esta estrategia se reconoce la violencia contra la mujer como una violación de muchos derechos humanos: el derecho a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona; el derecho a la igualdad y a la ausencia de discriminación; el derecho a no ser víctima de torturas ni de tratamientos o castigos crueles, degradantes o inhumanos; el derecho a la privacidad; y el derecho a gozar del máximo estándar de salud que se pueda lograr. Estos derechos humanos están consagrados en los tratados internacionales y regionales y en las constituciones y las leyes nacionales que estipulan las obligaciones de los estados e incorporan los mecanismos de responsabilización de los mismos. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), por ejemplo, exige que los países que son partes en la Convención adopten todas las medidas apropiadas a fin de eliminar la violencia contra la mujer, como lo afirma la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994), que es la única convención regional que aborda específicamente este tipo de violencia.

El enfoque de la justicia penal considera que su tarea principal es responder a la violencia de pareja y la violencia sexual después que ya ha ocurrido, al hacer cumplir la ley y conseguir que “se haga justicia”. Esta función comprende identificar en forma correcta a los autores de la violencia de pareja y la violencia sexual, establecer su culpabilidad y conseguir que se dicte la sentencia adecuada. A fin de prevenir y responder a estas formas de violencia el enfoque de la justicia penal utiliza principalmente la disuasión, el encarcelamiento, el castigo y, en ocasiones, la rehabilitación de los agresores.

La estrategia de salud pública¹ adoptada en el presente documento aplica los enfoques y perspectivas antes citados, en particular la perspectiva de género. Como se describió en

¹ La salud pública es “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado y las decisiones informadas de la sociedad, las organizaciones públicas y privadas, las comunidades y las personas” (Winslow, 1920).

el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (Krug et al., 2002), la estrategia de salud pública consiste en un enfoque poblacional orientado científicamente, que es interdisciplinario, intersectorial y se fundamenta en el modelo ecológico, el cual confiere especial importancia a la prevención primaria.

La estrategia de salud pública, en lugar de centrarse en la persona individual, procura aportar el máximo de beneficios al mayor número de personas y ampliar la prestación de la mejor atención y seguridad a poblaciones enteras. Esta estrategia es interdisciplinaria y aprovecha los conocimientos de muchas disciplinas, entre ellas la medicina, la epidemiología, la sociología, la psicología, la criminología, la educación y la economía. Puesto que la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual son problemas multifacéticos, al tratarlos, el enfoque de salud pública insiste en una respuesta multisectorial. Se ha demostrado una y otra vez que, a menudo, son necesarios esfuerzos de cooperación entre diferentes sectores como la salud, la educación, el bienestar social y la justicia penal con el fin de resolver problemas que se califican como exclusivamente “penales” o “médicos”. En la estrategia de salud pública se considera que la violencia, en lugar de ser consecuencia de algún factor único, es el resultado de factores de riesgo y causas múltiples que interactúan en las cuatro esferas de una jerarquía imbricada (la persona, las relaciones cercanas y la familia, la comunidad y la sociedad general).

Desde una perspectiva de salud pública, las estrategias de prevención se pueden clasificar en tres tipos (Dahlberg y Krug, 2002):

- **La prevención primaria:** comporta los enfoques que procuran evitar la violencia antes de que ocurra.
- **La prevención secundaria:** comporta los enfoques que se interesan en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencias o el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual después de una violación.
- **La prevención terciaria:** comporta los enfoques que se centran en la atención a largo plazo después de un acto de violencia, como la rehabilitación y la reintegración, y tratan de aminorar el trauma o disminuir la discapacidad prolongada provocada por la violencia.

Una estrategia de salud pública da prelación a la prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, es decir, trata de evitar que ocurran. Hasta hace poco, se había dedicado poca atención a este enfoque en la práctica, pues la mayor parte de los recursos se destinaban a la prevención secundaria o terciaria. Quizás el elemento fundamental de una estrategia de prevención en salud pública es la capacidad de detectar las causas subyacentes, en lugar de centrarse en los “síntomas” más visibles. Esto permite la elaboración y la puesta a prueba de enfoques eficaces que respondan a las causas subyacentes y de esta manera mejoren la salud.

Una estrategia de salud pública consiste en un proceso sistemático basado en evidencia científica que consta de los siguientes cuatro pasos:

1. **Definir el problema** en forma conceptual y con cifras, mediante estadísticas que describan con exactitud la naturaleza y la magnitud de la violencia, las características de las personas más afectadas, la distribución geográfica de los incidentes y las consecuencias de la exposición a esta violencia (**capítulo 1**).
2. **Investigar por qué ocurre el problema** al determinar sus causas y correlatos, los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de que ocurra (factores de riesgo y de

protección) y los factores que quizá se pueden modificar mediante intervenciones (**capítulo 2**).

3. **Explorar las maneras de prevenir el problema** usando la información de los pasos anteriores, y diseñando, vigilando y evaluando rigurosamente la eficacia de los programas por conducto de las evaluaciones de resultados (**capítulos 3, 4**).
4. **Difundir la información** sobre la eficacia de los programas y ampliar la escala de los programas cuya utilidad se ha comprobado. Es necesario evaluar en forma adecuada la eficacia, y compartir los resultados de los enfoques encaminados a prevenir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, ya sea que se dirijan a las personas o a comunidades enteras (**sección 4.6**). Esta etapa comprende además la adaptación de los programas a los contextos locales y la realización de una nueva evaluación rigurosa a fin de verificar su eficacia en los nuevos entornos.

Una perspectiva del ciclo vital

En este documento se consideran las causas, las consecuencias y la prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual en una perspectiva del ciclo vital, la cual se basa en la comprensión de cómo las influencias en la niñez temprana pueden actuar como factores de riesgo de comportamientos relacionados con la salud o con trastornos de salud en las etapas posteriores (Davey Smith, 2000). Con el propósito de comprender y prevenir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, el curso de vida se divide en: **la lactancia y los primeros años de la niñez (de 0 a 4 años)**, **la niñez y la adolescencia temprana** (de 5 a 14 años), **la adolescencia y los primeros años de la edad adulta** (de 15 a 25 años), **la edad adulta** (a partir de los 26 años) y todas las edades. Cada una de estas etapas de la vida representa una fase especial en la aparición del riesgo y una oportunidad única de actuar sobre los factores de riesgo específicos del desarrollo. Por consiguiente, la adopción de esta perspectiva contribuye a detectar los factores de riesgo tempranos y a definir los momentos más oportunos de una intervención de prevención primaria.

¿Cuál es la finalidad de este documento?

El presente documento ofrece un esquema de planificación destinado a la formulación de las políticas y los programas de prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual. La propuesta recurre a principios de salud pública sólidos y está respaldada por los datos científicos existentes sobre los factores de riesgo para que ocurra este tipo de violencia y sobre la eficacia de los programas de prevención y describe la manera de elaborar estrategias de prevención adaptadas a las necesidades, las capacidades y los recursos de entornos particulares. El documento destaca la importancia de integrar mecanismos científicos de evaluación en todas las iniciativas de prevención a fin de supervisar y mejorar constantemente su eficacia y además documentar y ampliar la base mundial de evidencia científica en este campo.

Actualmente, la mayor parte de los limitados recursos humanos y económicos invertidos en el campo de la violencia de pareja y la violencia sexual se utilizan para el tratamiento, el manejo y el apoyo a las víctimas (quienes a menudo no buscan los servicios hasta edades posteriores) y para el arresto y el encarcelamiento de los agresores. Sin embargo, desde una perspectiva de salud pública, aprender las lecciones significa que ahora se debe conferir la misma importancia a la prevención primaria de estas formas de violencia. Es así que el principal centro de interés de este documento es usar un enfoque de

salud pública con el fin de prevenir toda violencia de pareja y violencia sexual, incluso antes de que ocurran, pues esta estrategia puede:

- mejorar la salud, el bienestar y la productividad de las personas, las comunidades y las sociedades;
- ayudar a reducir la desigualdad y las inequidades por razón de género, en la medida en que la violencia de pareja y la violencia sexual, o la amenaza de las mismas, contribuye a mantener estas inequidades;
- disminuir el comportamiento antisocial, las transgresiones y otras formas de violencia interpersonal que pueden ser resultado de haber presenciado la violencia de pareja durante la niñez; y
- disminuir los costos sociales y económicos, directos e indirectos y las consecuencias asociadas con estas formas de violencia.

Puesto que, como se indicó anteriormente, las enormes consecuencias de la violencia de pareja y la violencia sexual recaen sobre las mujeres y los agresores son hombres, este documento centra su interés en la violencia de pareja y la violencia sexual contra las mujeres. Pese a los resultados obtenidos de autonotificaciones (provenientes sobre todo de los Estados Unidos) que indican que los hombres y las mujeres reportan experiencias de violencia contra su pareja en tasas equivalentes (Archer, 2000, 2006; Currie, 1998; Strauss, 1998, 2009), las mujeres están representadas en exceso en términos de defunciones y lesiones graves ocasionadas por la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, en los servicios de urgencias y en las poblaciones que atienden los servicios de salud (Anderson, 2005; Archer 2000, 2006; Straus 1999, 2009). Los hallazgos de simetría entre los sexos se refieren principalmente a las formas menos graves de violencia física en la pareja y al parecer se aplica esencialmente a los países occidentales de ingresos altos (Archer, 2006). Además, la mayoría de los datos al respecto provienen de estudios sobre la manera como estos tipos de violencia afectan a las mujeres. Por último, están fuera del ámbito de este documento las diferencias significativas que existen en cuanto a la naturaleza, los factores de riesgo y las estrategias de prevención específicas de la violencia de pareja y la violencia sexual cometida por mujeres y la violencia sexual entre hombres.

Los datos científicos sobre la naturaleza de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y la eficacia de los esfuerzos de prevención se han tomado, en la medida de lo posible, solo de estudios de la más alta calidad, por ejemplo, los análisis sistemáticos de la literatura científica y los grandes estudios con metodologías adecuadas como los ensayos controlados aleatorizados. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones de alta calidad provienen de los Estados Unidos y es posible que los datos sobre la eficacia no siempre se puedan extrapolar directamente a un entorno de bajos ingresos. La evidencia científica examinada también incluye ejemplos de prácticas prometedoras de países de ingresos medianos y bajos.

¿Quién debe usar este documento?

Este documento se dirige fundamentalmente a las instancias formuladoras de políticas, a quienes desarrollan los programas y la planificación, y a los organismos de financiamiento en materia de salud pública y los sectores relacionados, cuyo objetivo es impulsar la prevención de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Si bien los profesionales de salud pública son un público destinatario clave, el documento no supone ningún conocimiento previo de los principios de este campo. Además de los principales destinatarios, otras partes interesadas incluirán:

- quienes trabajan en otros sectores del gobierno como la educación, el bienestar de la infancia, la atención social, la justicia penal y los departamentos encargados de los asuntos de las mujeres o de la igualdad de género;
- quienes defienden la prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, como las organizaciones no gubernamentales;
- las autoridades locales;
- planificadores(as) ambientales y urbanos;
- investigadores(as).

Se prevé que las profesionales que trabajan en estos sectores encontrarán en este documento una fuente útil de información sobre la situación actual de los esfuerzos científicos destinados a mejorar y fortalecer la colaboración multisectorial en el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas de prevención primaria de la violencia de pareja y la violencia sexual.

Mensajes clave

- La violencia sexual y la violencia infligida por la pareja pueden afectar a todas las personas, aunque existe una fuerte tendencia de género, por la cual la mayoría de las víctimas son mujeres y la mayor parte de los agresores son hombres; cada persona puede ayudar a prevenir estas formas de violencia y trabajar en conjunto con el fin de interrumpir la continuación de la violencia a través de las generaciones.
 - El daño causado por esta violencia puede durar toda la vida y afectar a varias generaciones, con graves consecuencias sobre la salud, la educación, el empleo, el crimen, y sobre el bienestar económico de la persona, la familia, la comunidad y la sociedad.
 - La prevención primaria de la violencia de pareja y la violencia sexual puede salvar vidas y ahorrar dinero; la inversión destinada a evitar que ocurran estas formas de violencia es crucial, ya que así se protegerá y fomentará el bienestar y el desarrollo de la persona, la familia, la comunidad y la sociedad.
 - Este documento adopta una estrategia de salud pública que utiliza perspectivas de género, derechos humanos y justicia penal en la prevención. El enfoque se fundamenta en el uso de datos poblacionales, a fin de describir el problema, su repercusión y sus factores de riesgo y de protección, y recurre a las pruebas científicas que definen las estrategias de prevención confirmadas, prometedoras y teóricamente indicadas, y además insta a la incorporación de mecanismos de monitoreo y evaluación en todas las políticas y los programas.
 - La adopción de una perspectiva del ciclo vital ayuda a detectar los factores de riesgo tempranos y a definir los momentos más oportunos para las intervenciones de prevención primaria. Una prevención primaria exitosa exige una intervención temprana centrada en los grupos de edad más joven.
 - El uso de los datos científicos sobre las estrategias que ya han funcionado aumentará la probabilidad de éxito de los esfuerzos de prevención.
 - La incorporación de las evaluaciones de resultado en las intervenciones de prevención primaria es crucial en la generación de nuevas pruebas de eficacia.
-

CAPÍTULO 1

La naturaleza, la magnitud y las consecuencias de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual

1.1 ¿Qué es violencia infligida por la pareja y violencia sexual?

En el presente documento se adoptan las definiciones de violencia de pareja y violencia sexual del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (Heise y García-Moreno, 2002; Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002). Estas definiciones (**recuadro 1**) se usan ahora ampliamente y ofrecen un marco conceptual útil; sin embargo, se deben hacer operativas con el propósito de supervisar el progreso y demostrar los cambios de la magnitud del problema en respuesta a los esfuerzos específicos de prevención. Para mayor información sobre el uso de las definiciones operativas véase el **anexo A**.

RECUADRO 1

Definición de términos

■ **Violencia infligida por la pareja:** *es todo comportamiento que, en una relación de pareja, causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos los actos de agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y los comportamientos dominantes.*

Esta definición abarca la violencia infligida por los cónyuges y los compañeros actuales y anteriores.

■ **Violencia sexual:** *es todo acto sexual o la tentativa de consumarlo, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones destinadas a la trata o a utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por parte de otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el trabajo.*

Esta definición incluye la violación, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes del cuerpo o un objeto; sin embargo, la definición legal de violación puede variar en los diferentes países.

Fuente: Heise y García-Moreno (2002); Jewkes, Sen y García-Moreno (2002)

La violencia infligida por la pareja ocurre principalmente a partir de la adolescencia y la primera juventud, con mayor frecuencia en el contexto del matrimonio o la cohabitación, y suele incluir el maltrato físico, sexual y psíquico, y los comportamientos dominantes. La violencia sexual puede ocurrir a cualquier edad, incluida la niñez, y puede ser cometida por el padre o la madre, los(las) cuidadores(as), las personas conocidas y las desconocidas, y también por la pareja. En ambas formas de violencia los agresores

son en su mayoría hombres y las víctimas son niñas y mujeres; sin embargo, también es frecuente el abuso sexual de los niños. La violencia infligida por la pareja también puede ser ejercida por las mujeres contra los hombres y puede ocurrir en el contexto de las relaciones homosexuales.

Con el propósito de prevenir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, es importante tener presente cómo se relaciona esta con otras formas de violencia como la interpersonal, la autoinfligida y la colectiva. Por ejemplo, la experiencia del maltrato¹ infantil, en particular el abuso físico, sexual y psíquico por parte de los padres, las madres, y las(los) cuidadoras(es) aumenta la probabilidad de violencia de pareja y de violencia sexual durante la adolescencia y la edad adulta. Por lo tanto, la prevención del maltrato infantil puede contribuir a prevenir ambas formas de violencia; esta asociación se destaca en el **capítulo 3**, como parte del análisis de las iniciativas de prevención basadas en datos científicos. Sin embargo, a fin de obtener más detalles sobre la prevalencia, las consecuencias y las causas del maltrato infantil (de 0 a 14 años) y sobre cómo prevenirlo consúltese: *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias* (OMS-ISPCAN, 2006).²

Además, diferentes formas de violencia comparten factores de riesgo subyacentes, que incluyen ciertas normas sociales y culturales, el aislamiento social, el consumo perjudicial de alcohol y la desigualdad de ingresos. Por lo tanto, los esfuerzos de prevención que abordan estos factores comunes pueden disminuir la incidencia de múltiples formas de violencia.

1.2 ¿Cuál es la prevalencia de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual?

La prevalencia de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual se puede medir en relación con el hecho de ser víctima o agresor. Dada la pequeña proporción de casos registrados en las estadísticas recopiladas sistemáticamente en los establecimientos de atención a las víctimas y la policía, estos datos se miden con mayor exactitud mediante las encuestas poblacionales que se basan en las autonotificaciones (en el **capítulo 4** de este documento se analiza en más detalle la recopilación de datos). Hasta la fecha, pocas encuestas poblacionales han medido la perpetración de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual por fuera de América del Norte (pero véase Jewkes et al., 2009; Philpart et al., 2009) y se desconoce la comparabilidad de sus resultados. Además, las bajas tasas de notificación sobre los actos de violencia pueden alterar los resultados de las encuestas poblacionales sobre su perpetración. Por lo tanto, este capítulo se centra en los resultados de estudios sobre la experiencia de ser víctima, los cuales existen en más países, se pueden comparar más fácilmente y quizá estén menos supeditados a las bajas tasas de revelación.

¹ **El maltrato infantil:** *el concepto de maltrato infantil designa el maltrato físico y psíquico, el abuso sexual, la desatención y el tratamiento negligente de los niños y también su explotación con fines comerciales o de otra índole. El maltrato infantil ocurre en diferentes contextos. Quienes lo perpetran pueden ser los padres, madres u otros miembros de la familia, cuidadores(as), amigos(as), conocidos(as), desconocidos(as), las personas investidas de autoridad como maestros(as), militares, miembros de la policía, los sacerdotes, empleadores(as), profesionales de la salud y otros(as) niños(as)* (WHO-ISPCAN, 2006).

² Esta guía se puede obtener en: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/index.html

El *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* (García-Moreno et al., 2005) aporta un panorama exhaustivo sobre la experiencia de las mujeres en materia de violencia infligida por la pareja y violencia sexual en entornos de ingresos medianos y bajos. Se entrevistó a más de 24 000 mujeres entre los 15 años y los 49 años de edad en las zonas rurales y urbanas de diez países. Los siguientes son los principales resultados de la encuesta:

- entre 1% y 21% de las mujeres entrevistadas comunicaron haber sufrido abuso sexual antes de los 15 años de edad;
- entre 13% y 61% de las entrevistadas en todos los centros del estudio notificaron un maltrato físico por parte de la pareja en algún momento de la vida hasta los 49 años de edad;
- entre 6% y 59% de las entrevistadas comunicaron violencia sexual infligida por una pareja en algún momento de la vida hasta los 49 años de edad; y
- entre 0,3% y 11,5% de las entrevistadas informaron violencia sexual infligida por otra persona (no pareja) en algún momento entre los 15 años y los 49 años de edad.

En el **cuadro 1** se resumen las tasas de prevalencia de violencia física y sexual contra las mujeres, notificadas en los países del estudio. Estos resultados indican que la violencia física y sexual suelen coexistir en el contexto de las relaciones de pareja y destacan las diferencias de prevalencia entre los países y dentro de cada uno. Las tasas de violencia física o sexual infligida por una pareja oscilaron entre 15% en el Japón y cerca de 70% en Etiopía y Perú, y la mayoría de los centros comunicaron tasas entre 29% y 62%.

CUADRO 1

Violencia física y sexual contra la mujer infligida por una pareja

Centro	Violencia física		Violencia sexual		Violencia física, sexual o ambas	
	Anterior (%)	Actual (%)	Anterior (%)	Actual (%)	Anterior (%)	Actual (%)
Ciudad en Bangladesh	37,7	19,0	37,4	20,2	53,4	30,2
Provincia en Bangladesh	41,7	15,8	49,7	24,2	61,7	31,9
Ciudad en Brasil	27,2	8,3	10,1	2,8	28,9	9,3
Provincia en Brasil	33,8	12,9	14,3	5,6	36,9	14,8
Provincia de Etiopía	48,7	29,0	58,6	44,4	70,9	53,7
Ciudad en el Japón	12,9	3,1	6,2	1,3	15,4	3,8
Ciudad en Namibia	30,6	15,9	16,5	9,1	35,9	19,5
Ciudad en el Perú	48,6	16,9	22,5	7,1	51,2	19,2
Provincia en el Perú	61,0	24,8	46,7	22,9	69,0	34,2
Samoa	40,5	17,9	19,5	11,5	46,1	22,4
Ciudad en Serbia y Montenegro	22,8	3,2	6,3	1,1	23,7	3,7
Ciudad en Tailandia	22,9	7,9	29,9	17,1	41,1	21,3
Provincia en Tailandia	33,8	13,4	28,9	15,6	47,4	22,9
Ciudad en Tanzania	32,9	14,8	23,0	12,8	41,3	21,5
Provincia en Tanzania	46,7	18,7	30,7	18,3	55,9	29,1

Fuente: García-Moreno et al. (2005)

El estudio también reveló que los niveles de violencia sexual infligida por personas distintas de la pareja a partir de los 15 años de edad fluctuaban entre menos de 1% en Etiopía y Bangladesh (donde la mayor parte de las mujeres están casadas a los 15 años) y 10% a 12% en Perú, Samoa y las zonas urbanas de Tanzania. En la mayoría de los casos solo se mencionó un agresor, generalmente un conocido o un desconocido. En Sudáfrica, una encuesta a más de 1300 mujeres en tres provincias reveló que el primer episodio de violación fue cometido en 42,5% de los casos por un desconocido, en 20,8% por un conocido, en 9,4% por alguien de la escuela, en 8,5% por un pariente, en 7,5% por una pareja y en 11,3% por otras personas (Jewkes et al., 1999).

La información de la Encuesta Nacional sobre la Violencia contra la Mujer en los Estados Unidos (Tjaden y Thoennes, 2006) indica que la mayoría de las víctimas de violación en este país conocen a su agresor. De todas las víctimas femeninas detectadas en la encuesta, 16,7% fueron violadas por un desconocido y 43% por la pareja actual o una pareja anterior.

La prevalencia en la adolescencia

En el *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*, de 3 a 24% de las mujeres informaron que su primera experiencia sexual fue forzada y en la mayoría de los casos esto ocurrió durante la adolescencia (García-Moreno et al., 2005). En 10 de los 15 entornos investigados, más del 5% de las mujeres informaron que su primera experiencia sexual fue forzada, y más del 14% notificaron una primera experiencia sexual forzada en Bangladesh, Etiopía, Perú (provincia) y Tanzania. Un estudio en Nigeria reveló que 45% de mujeres y 32% de hombres entre los 12 años y los 21 años de edad notificaron haber tenido relaciones sexuales forzadas (Slap, 2003). En Sudáfrica, una encuesta de más de 280 000 alumnos escolares puso en evidencia que hasta la edad de 15 años, alrededor del 9% de las niñas y los niños comunicaban haber tenido relaciones sexuales forzadas en el último año y las cifras aumentaban a 13% en los hombres y 16% en mujeres hasta la edad de 19 años (CIETafrica, 2002).

Los análisis de estudios norteamericanos llegan a la conclusión de que la prevalencia a lo largo de la vida, en el último año y la violencia actual física y sexual en las citas amorosas¹ varía en forma significativa en los diversos estudios, entre 9% y 49% (Glass et al., 2003). Esto hace que las conclusiones acerca de la prevalencia de violencia en las citas de los adolescentes sean prematuras (Hickman, Jaycox y Aronoff, 2004). En el ámbito internacional, los estudios poblacionales sobre la violencia en las relaciones amorosas son escasos pero sí indican que este fenómeno afecta a una proporción considerable de la población de jóvenes. Por ejemplo, en un estudio sudafricano (Swart, 2002) de 928 hombres y mujeres entre los 13 años y los 23 años de edad se encontró que 42% de mujeres y 38% de hombres notificaban haber sido víctimas de violencia física durante una cita en algún momento de su vida. En Etiopía, cerca de 16% de 1378 estudiantes universitarios varones informaron haber maltratado físicamente a su pareja o a otra persona y 16,9% notificaron haber cometido actos de violencia sexual (Philpart et al., 2009).

¹ La violencia en las citas amorosas se refiere a la violencia física o sexual que ocurre en el contexto de una "relación o cita amorosa". Una relación/cita amorosa es un término que en Europa y los Estados Unidos no se refiere al matrimonio ni a una relación con cohabitación prolongada y que ocurre durante la adolescencia o la adultez temprana. Estas relaciones abarcan desde los encuentros casuales por primera vez hasta el noviazgo o las relaciones sexuales de pareja de mayor duración. En Asia y otras partes del mundo, donde el matrimonio tiene lugar a edades mucho más tempranas, es raro el fenómeno de violencia en las citas amorosas y la violencia infligida por la pareja comienza a una edad menor.

La prevalencia en la edad adulta

Los estudios poblacionales provenientes de diversos países indican que de 10% a 69% de las mujeres entre los 15 años y los 49 años de edad notifican haber sufrido maltrato físico infligido por una pareja masculina por lo menos una vez en sus vidas (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999; Heise y García-Moreno, 2002), y de 6% a 47% de las mujeres notifican una relación sexual forzada o la tentativa de consumarla por parte de la pareja en un momento de la vida (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002). El *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* descubrió que entre 6% y 59% de las mujeres comunicaban haber sufrido violencia sexual infligida por la pareja en su vida y las cifras en la mayoría de los centros fluctuaron entre 10% y 50% (García-Moreno et al., 2005).

Las encuestas poblacionales en los países de ingresos altos revelan que una proporción significativa de hombres también indica haber sufrido maltrato físico infligido por una pareja (véase por ejemplo, Mirrlees-Black, 1999), aunque no necesariamente con las mismas consecuencias físicas y psíquicas que en el caso de las mujeres. Los estudios que investigaron con más detalle la violencia infligida por la pareja femenina al hombre encontraron que los hombres eran víctimas de violencia con menor frecuencia, tenían menos probabilidad de sufrir daño por la violencia física ejercida por las mujeres y no manifestaban vivir atemorizados por su pareja. Además, una proporción de la violencia sufrida por la pareja masculina quizá sea la consecuencia directa del intento de las mujeres de defenderse a sí mismas (Williams et al., 2008).

La mayor parte de la investigación se ha centrado en la violencia infligida por la pareja en las relaciones heterosexuales, pero algunos estudios revelan que también ocurre en las relaciones homosexuales. Ciertos resultados indican que las tasas de violencia infligida por la pareja en las relaciones homosexuales son equivalentes a las observadas en las relaciones heterosexuales (Shipway, 2004), pero otros sugieren que las tasas de violencia son más altas en las relaciones homosexuales. Esto podría ser la consecuencia de un mayor grado de estrés provocado por el prejuicio social y las tasas más altas de consumo perjudicial de alcohol y drogas, notificadas en las relaciones homosexuales. Además, debido al temor a la discriminación, muchas personas pueden no buscar ayuda en caso de violencia en las relaciones homosexuales (Shipway, 2004).

1.3 ¿Cuáles son las consecuencias de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual?¹

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual tienen una repercusión considerable en la persona, la familia, la comunidad y la sociedad general. En una escala individual, la violencia que ocurre más temprano en la vida, en particular el abuso sexual en la niñez, puede afectar a esa persona y a su familia durante el resto de sus vidas. Esto puede generar consecuencias negativas en muchas esferas de la vida, como un desempeño educativo y económico deficiente, prácticas sexuales arriesgadas, mengua de la capacidad de establecer lazos afectivos en el ejercicio de la paternidad/maternidad, mayor adopción de comportamientos de riesgo para la salud (como el consumo perjudicial de alcohol y drogas ilícitas) y la comisión de actos de violencia de pareja y violencia sexual.

¹ La mayor parte de los estudios que documentan los siguientes apartados son transversales y es difícil afirmar el carácter y la dirección de la interrelación entre la violencia de pareja y la violencia sexual y los comportamientos de riesgo para la salud y sus consecuencias. Por ejemplo, un mayor consumo de alcohol aumenta el riesgo de cometer un acto de violencia sexual o de ser víctima del mismo, pero al mismo tiempo, el hecho de haber sufrido violencia sexual puede aumentar el riesgo de consumir alcohol.

Los comportamientos de riesgo para la salud y los impactos en la salud asociados con la violencia sexual durante la niñez y la adolescencia

Un antecedente de abuso sexual en la niñez y la adolescencia se ha encontrado sistemáticamente asociado con mayores riesgos sanitarios y comportamientos de riesgo para la salud en los hombres y las mujeres (Mangiolo, 2009). Muchos de estos elementos se han reconocido como factores de riesgo de cometer violencia sexual o de ser víctima de la misma en la edad adulta (véase en el **capítulo 2** una descripción completa de los factores de riesgo y de protección contra la violencia de pareja y la violencia sexual). Por ejemplo, un metanálisis sobre la prevalencia del abuso sexual en los niños y sus consecuencias para la salud a lo largo de la vida puso en evidencia que el abuso sexual en la niñez contribuye en forma significativa a la depresión, el consumo de alcohol y drogas y la dependencia a los mismos, el trastorno de pánico, el trastorno de estrés postraumático y los intentos de suicidio (Andrews et al., 2004). Más recientemente, un estudio de más de 20 000 niñas y niños en edad escolar entre los 13 años y los 15 años en Namibia, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe (Brown et al., 2009) encontró que 23% notificaba haber sufrido violencia sexual (relaciones sexuales forzadas físicamente) en algún momento de su vida. Estas experiencias presentaron una asociación de moderada a alta con la salud mental precaria, la ideación suicida, el consumo de cigarrillos, el consumo perjudicial de alcohol o drogas, las parejas sexuales múltiples y el antecedente de una infección de transmisión sexual.

En un estudio a escala nacional en Swazilandia que examinó la prevalencia y las circunstancias de la violencia sexual contra las niñas, un 33% de quienes respondieron declaró haber sufrido un incidente de violencia sexual antes de los 18 años de edad. La violencia sexual se asoció con una probabilidad significativamente mayor de notificar haberse sentido alguna vez deprimida, haber tenido ideas de suicidio, intentos de suicidio, embarazos no deseados, complicaciones del embarazo o abortos espontáneos, enfermedades de transmisión sexual, dificultades para dormir y consumo de alcohol. No obstante, la violencia sexual durante la niñez no se asoció con una mayor probabilidad de notificación de violencia sexual entre los 18 años y los 24 años de edad en las mujeres (Reza et al., 2009).

Además, la iniciación sexual forzada, la violencia infligida por la pareja y/o la violencia sexual parecen aumentar el riesgo de presentar un embarazo durante la adolescencia temprana. En Sudáfrica se observó que las adolescentes embarazadas tenían una probabilidad de referir antecedentes de iniciación sexual forzada dos veces mayor que las adolescentes sin embarazo (Jewkes et al., 2001). También se han comunicado resultados análogos en los Estados Unidos (Silverman, Raj y Clements, 2004).

Los comportamientos de riesgo para la salud y los impactos en la salud asociados con la violencia de pareja o la violencia sexual en la edad adulta

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual contra la mujer en la edad adulta pueden dar origen directamente a lesiones o discapacidades graves o a la muerte. También pueden provocar en forma indirecta una variedad de problemas de salud, como los cambios fisiológicos inducidos por el estrés, el consumo de drogas y la falta de regulación de la fecundidad y de autonomía personal, como se observa a menudo en las relaciones abusivas. En comparación con sus pares que no han sufrido violencia, las mujeres maltratadas presentan tasas más altas de embarazos no deseados y abortos, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y trastornos mentales como depresión, ansiedad, y trastornos del sueño y de la conducta alimentaria. Cuando esta violencia ocurre durante

el embarazo, se asocia con complicaciones del embarazo como abortos espontáneos, partos prematuros y mortinatos (Ahmed, Koenig y Stephenson, 2006; Asling-Monemi, Tabassum y Persson, 2008; Boy y Salihu, 2004; Campbell, 2002; Campbell et al., 2008; Dunkle et al., 2004; Plichta y Falik, 2001; Vos et al., 2006).

La violencia infligida por la pareja no solo afecta a las mujeres que la sufren, sino que también puede alterar la salud y el bienestar de los niños en la familia. Esto se debe en parte a las tasas más altas de depresión y estrés traumático en las madres maltratadas, y a los efectos destructores de la violencia infligida por la pareja sobre su capacidad de establecer vínculos y de ejercer la maternidad. En un análisis sistemático de los estudios que examinan la presencia de ambos: maltrato infantil y violencia de pareja, se encontró que ocurrían durante el mismo período entre 45% y 70% de los estudios (Holt, Buckley y Whelan, 2008). En la mayoría de estos casos, el ser testigo de violencia infligida por la pareja parecía preceder al maltrato infantil ulterior por parte de los miembros de la familia (McGuigan y Pratt, 2001). Algunos estudios han revelado que los hijos de las mujeres maltratadas presentan tasas inferiores de vacunación, tasas más altas de enfermedad diarreica y tienen mayor probabilidad de morir antes de los 5 años de edad (Asling-Monemi, Tabassum y Persson, 2008; Silverman et al., 2009).

Los resultados del análisis de varios estudios indican que el ser testigo de la violencia de pareja también puede alterar el desarrollo normal de los niños y las niñas en la familia. Por ejemplo, un metanálisis concluyó que la exposición de las niñas y los niños a la violencia entre los padres se correlaciona en forma significativa con problemas de estas(os) menores de edad en las esferas del funcionamiento social, psíquico, conductual, cognitivo y de la salud en general (Kitzmann et al., 2003). Sin embargo, no todos los niños y las niñas se afectan en igual medida, y un porcentaje considerable de niñas y niños en algunos análisis de estudios no manifiestan problemas de desarrollo, a pesar de haber sido testigos de violencias repetidas (Edelson, 1999; Wolfe et al., 2003). Esto indica que cada menor de edad percibe la violencia de pareja entre adultos de una manera única según una diversidad de factores. Entre estos factores puede estar el hecho de haber existido también maltrato físico del niño o de la niña, el sexo y la edad de la víctima, el tiempo transcurrido desde la exposición a la violencia y la relación del(de la) menor de edad con los adultos en el hogar.

Los estudios de varios países han revelado que las mujeres con VIH informan tasas más altas de violencia de pareja (Dunkle et al., 2004; Maman et al., 2000) y cada vez hay más indicios de que el riesgo de contraer esta infección se relaciona de manera compleja con la exposición a la violencia a lo largo de la vida (Campbell et al., 2008). La violación es una posible causa de infección directa por el VIH en algunas mujeres; no obstante, incluso en los entornos con alta prevalencia, el bajo riesgo de transmisión del VIH durante un acto sexual único hace improbable que la violación dé lugar a una proporción importante de casos de infección por este virus a escala de la población. Es más probable que la violencia y la desigualdad por razón de género aumenten el riesgo de contraer la infección por el VIH por mecanismos indirectos, como las relaciones de maltrato crónico en las cuales las mujeres están expuestas de manera reiterada al mismo hombre y no pueden negociar el uso de preservativos en busca de relaciones sexuales protegidas (OMS/ONUSIDA, 2010).

La investigación cualitativa indica que las interrelaciones de la infección por el VIH, la desigualdad y la violencia basada en la desigualdad de género pueden involucrar las nociones de masculinidad que se aducen con el fin de dominar a las mujeres y que valorizan la fuerza y la rudeza masculinas (Jewkes y Morrell, 2010). Estos ideales se traducen directamente en comportamientos sexualmente peligrosos, depredación sexual y

otros actos de la violencia contra la mujer y en comportamientos que aumentan el riesgo de contraer la infección por el VIH. La exposición a la violencia, incluido el comportamiento dominante de la pareja, se asocia con los comportamientos sexuales de alto riesgo (como las parejas sexuales múltiples y concurrentes); un mayor número global de parejas; un menor uso de preservativos; un mayor consumo de drogas y relaciones sexuales durante la intoxicación; y una mayor participación en los intercambios sexuales por bienes y por dinero. Los datos científicos recientes provenientes de India y Sudáfrica indican que los hombres que ejercen la violencia tienen mayores probabilidades de estar infectados por el VIH (Decker et al., 2009; Jewkes et al., 2009).

1.4 Mensajes clave

La prevalencia

- La prevalencia de violencia infligida por la pareja comunicada por las niñas y las mujeres varía notablemente entre los diferentes países y dentro de cada uno de ellos y las tasas más altas tienden a ocurrir en los países de menores ingresos.
- En algunas partes del mundo, en particular donde los jóvenes pueden tener relaciones fuera del matrimonio, ocurre con frecuencia “la violencia en las citas amorosas”.
- La violencia sexual infligida por personas distintas de la pareja afecta a niños, niñas y adultos, en particular a las mujeres.

Las consecuencias

- La violencia sexual, sobre todo durante la niñez, se asocia con más comportamientos de riesgo para la salud e indicadores sanitarios como el tabaquismo, el consumo perjudicial de alcohol y de drogas y los comportamientos sexuales arriesgados.
 - El abuso sexual y las experiencias adversas durante la niñez pueden causar desigualdades en materia de salud a lo largo de la vida por causa de los comportamientos de riesgo.
 - La violencia infligida por la pareja perjudica la salud física y mental de las mujeres y sus hijos(as); las mujeres que han sufrido la violencia de pareja comunican con mayor frecuencia una salud deficiente o muy mala, sufrimientos psíquicos e intentos de suicidio; sus hijas(os) tienden a presentar una salud precaria y un bajo grado de instrucción.
 - La violencia infligida por la pareja durante el embarazo aumenta la probabilidad de abortos provocados o espontáneos, mortinatos, partos prematuros y bajo peso al nacer.
 - La violencia de pareja y la violencia sexual se asocian con una mayor vulnerabilidad al VIH.
 - Los niños que crecen en familias donde existe violencia infligida por la pareja sufren una diversidad de trastornos del comportamiento y psíquicos que se pueden asociar con cometer actos de violencia o ser víctima de estos en etapas posteriores de la vida.
-

CAPÍTULO 2

Los factores de riesgo y la protección contra la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual

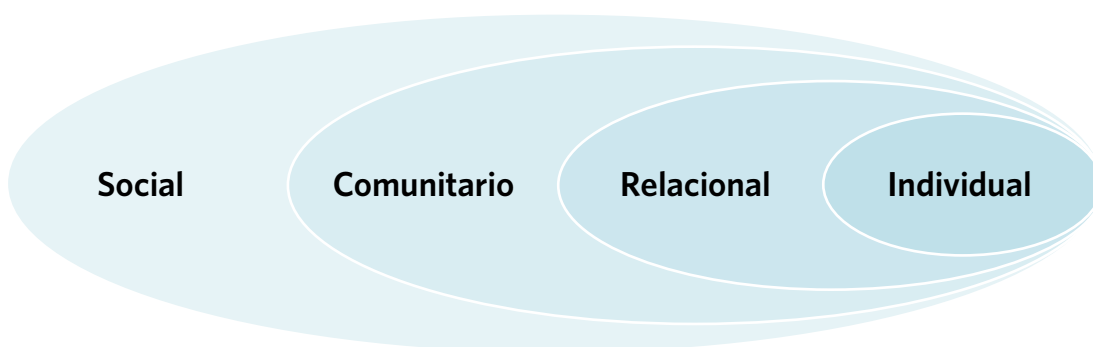
2.1 El modelo ecológico de la violencia

Según lo observado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, 2004), para prevenir la violencia sexual es fundamental comprender las circunstancias y los factores de riesgo y de protección, que influyen en su aparición. Se han propuesto muchos modelos teóricos diferentes con el fin de describir los factores que exponen a situaciones de riesgo y los factores que protegen contra la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, entre ellos, los modelos basados en conceptos biológicos, psicológicos, culturales y de igualdad de género. Cada uno de estos modelos contribuye a una mejor comprensión de estas formas de violencia y ayuda en la formulación de los programas cuyo objetivo es disminuir los factores de riesgo modificables y fortalecer los factores protectores. Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que alguien se convierta en víctima o que cometa un acto de violencia de pareja y de violencia sexual y por consiguiente su disminución debe ser una meta central de los esfuerzos de prevención, y además se debe incorporar este concepto en las actividades de monitoreo y evaluación de los programas. De manera análoga, se deben fomentar los factores protectores que atenúan el riesgo de convertirse en víctima o de cometer actos de violencia de pareja o violencia sexual, por conducto de intervenciones estructurales o de otra índole, encaminadas a lograr la igualdad de género y empoderar a las mujeres.

En este documento, la OMS ha decidido adoptar el “modelo ecológico” (**figura 1**) como se presentó en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS* (Dahlberg y Krug, 2002), pues permite la inclusión de los factores de riesgo y de protección de múltiples esferas de influencia. De esta manera, cuando los modelos psicológicos aportan pruebas sobre los factores de riesgo individuales y los modelos de género sobre los factores de riesgo sociales, es posible incorporarlos en un mismo modelo ecológico.

FIGURA 1

El modelo ecológico



El modelo ecológico organiza los factores de riesgo en función de las siguientes cuatro esferas de influencia:

- **Individual:** comprende los factores biológicos y los relacionados con los antecedentes personales que pueden aumentar la probabilidad de que una persona cometa un acto de violencia o sea víctima del mismo.
- **Relacional:** comprende los factores que aumentan el riesgo como consecuencia de las interacciones entre compañeros(as), parejas y otros y otras integrantes de la familia. Estos factores constituyen el círculo social más estrecho de una persona y pueden configurar su comportamiento y determinar la diversidad de sus experiencias.
- **Comunitaria:** se refiere a los contextos de la comunidad en los cuales se arraigan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y los vecindarios; esta esfera procura definir las características de estos entornos que se asocian con que las personas cometan actos de violencia de pareja y de violencia sexual o sean víctimas de ellos.
- **Social:** comprende los factores más amplios del macrosistema, que influyen sobre la violencia de pareja y la violencia sexual, como son la desigualdad de género, los sistemas de creencias religiosas o culturales, las normas sociales y las políticas económicas o sociales que crean o mantienen las disparidades y las tensiones entre los grupos de personas.

La formulación de este modelo ofrece un marco teórico a la comprensión de la interacción compleja de todos los factores que influyen en la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y con ello brinda puntos clave para la prevención e intervención (Dahlberg y Krug, 2002).

El modelo ecológico respalda también una estrategia de salud pública integral que no solo aborda el riesgo de convertirse en autor o víctima de violencia, sino también las normas, las creencias y los sistemas sociales y económicos que crean las condiciones propicias a la aparición de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Al centro de este enfoque se encuentra la atención primordial que se atribuye a las interacciones múltiples y dinámicas entre los factores de riesgo de cada esfera y de las diferentes esferas. Por ejemplo, las desigualdades estructurales entre las mujeres y los hombres, las construcciones sociales de la masculinidad y las normas de género constituyen factores de riesgo de aparición de estas formas de violencia que estarían situados principalmente en la esfera social del modelo. Sin embargo, es claro que también se manifiestan en otras esferas, por ejemplo, en las comunidades y las relaciones, y se pueden vincular con otros factores de riesgo como el ser testigo de violencia entre los padres y el abuso de alcohol por parte de los agresores masculinos.

La aplicación del modelo ecológico también contribuye a propiciar la formulación de políticas y programas intersectoriales de prevención, al destacar los vínculos y las interacciones que existen entre las diferentes esferas y factores. Por ende, cuando se diseñan enfoques integrales de prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, la incorporación de las estrategias eficaces en los programas ya establecidos que abordan estos problemas aumentará su pertinencia y también su sostenibilidad.

Percibir los modos en que estos factores de riesgo se aúnan e influyen en los modelos de comportamiento a lo largo del ciclo de vida ofrece indicaciones sobre los puntos clave donde las intervenciones pueden romper el círculo (véase el [capítulo 3](#)).

2.2 La detección de los factores de riesgo

El reconocimiento de los factores de riesgo es sumamente importante en la documentación de las estrategias y los programas con el fin de mejorarlos o disminuir el impacto del riesgo y en última instancia orientar las políticas de prevención. Las causas de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual se investigan mejor con la realización de estudios longitudinales. En estos estudios se practica un seguimiento de las personas con el transcurso del tiempo, a fin de documentar sus experiencias con estas formas de violencia y la forma como estas experiencias se relacionan con otros factores en diversas etapas de su vida. Lamentablemente, existen pocos estudios de este tipo y gran parte de la información contenida en esta sección proviene de encuestas poblacionales transversales. Las encuestas transversales aportan una buena visión instantánea de la frecuencia con que algo ocurre y sus factores asociados, pero a menudo no pueden suministrar información sobre el carácter “causal” de la asociación observada con un resultado particular.

En este capítulo se recurre a dos fuentes principales de información: 1) en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, los apartados sobre la violencia infligida por la pareja (Heise y García-Moreno, 2002) y sobre la violencia sexual (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002), en los cuales se analizó la bibliografía hasta el 2002; y 2) una revisión sistemática de las publicaciones científicas más recientes sobre los factores de riesgo y de protección asociados a un acto de violencia de pareja o de violencia sexual, a la condición de víctimas de las formas de violencia o a ambos aspectos.

La mayor parte de la literatura científica proviene de los países de ingresos altos y se desconoce si los factores definidos en esos países también se aplican a los países de ingresos bajos y medianos, dadas las diferencias de las economías, las ecologías, las historias, las políticas y las culturas. Se incluyeron además todos los estudios primarios de países de ingresos bajos y medianos en los cuales se detectaron factores asociados con la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual.

Como resultado de este procedimiento, se encontraron más de 50 factores de riesgo de violencia infligida por la pareja y violencia sexual, que corresponden en su mayor parte a la esfera individual y familiar o a la relacional. Es probable que la escasez actual de factores de riesgo definidos en las esferas comunitaria y social se deba a una falta de investigación en estas esferas y no a una ausencia real de factores de riesgo en esos niveles.

2.3 Los factores de riesgo asociados con la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual

En el **cuadro 2** se enumeran los factores de riesgo conocidos de cometer actos de violencia de pareja o violencia sexual para el hombre o de ser víctima de los mismos para las mujeres. Los factores de riesgo se organizan en función de las esferas individual, relacional, comunitaria y social del modelo ecológico ilustrado en la **figura 1**. Algunos de estos factores de riesgo se pueden modificar (por ejemplo, los trastornos de conducta y el consumo perjudicial de alcohol), pero otros son inmodificables (por ejemplo, el sexo y la edad). Los factores cuyo efecto notificado es mayor o que se informan de manera constante en los diferentes estudios se destacan en negrita en el cuadro.

CUADRO 2

Los factores de riesgo de violencia infligida por la pareja y de violencia sexual

Perpetración de violencia por parte de hombres	Experiencia de ser víctima en las mujeres
ESFERA INDIVIDUAL	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingresos bajos ▪ Bajo grado de instrucción 	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad temprana ▪ Bajo grado de instrucción ▪ Estado civil separada, divorciada
EXPOSICIÓN AL MALTRATO INFANTIL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso sexual ▪ Violencia entre los padres 	EXPOSICIÓN AL MALTRATO INFANTIL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Violencia entre los padres
TRASTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personalidad antisocial 	TRASTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión
CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo perjudicial de alcohol ▪ Consumo de drogas ilícitas ▪ Aceptación de la violencia 	CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo perjudicial de alcohol ▪ Consumo de drogas ilícitas ▪ Aceptación de la violencia
ESFERA RELACIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parejas múltiples, infidelidad ▪ Baja resistencia a la presión ejercida por los compañeros 	
ESFERA COMUNITARIA	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanciones comunitarias débiles ▪ Pobreza 	
ESFERA SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas tradicionales de género y normas sociales que propician la violencia 	

Los factores de la esfera individual**La edad temprana**

La edad temprana parece constituir un factor de riesgo de cometer un acto de violencia de pareja o violencia sexual o de ser víctima del mismo. Se ha observado de manera constante que en los hombres, la edad temprana es un factor de riesgo de cometer violencia física contra la pareja (Black et al., 2001) y en las mujeres, de ser víctima de esta violencia (Harwell y Spence, 2000; Romans et al., 2007; Vest et al., 2002). Se ha encontrado que las mujeres jóvenes están en mayor riesgo de violación que las mujeres mayores (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002). Según los datos de los sistemas judiciales y los centros de atención de crisis por violación en Chile, Estados Unidos, Malasia, México, Papua Nueva Guinea y Perú las víctimas de agresión sexual de un tercio a dos tercios de todos los casos, tienen 15 años de edad o menos; sin embargo, esta observación también puede obedecer a un sesgo de notificación. Ciertas formas de violencia sexual, por ejemplo, están asociadas muy estrechamente con la edad temprana, sobre todo la violencia que tiene lugar en las escuelas y las universidades, y el tráfico de mujeres con fines de explotación sexual. Es menos claro que la edad temprana sea igualmente un factor de riesgo para los actos de violencia sexual cometidos por hombres. En Sudáfrica, se propuso un efecto generacional con resultados que indicaban que los hombres entre los 20 años y los 40 años de edad presentaban una mayor probabilidad de haber cometido violaciones que los hombres más jóvenes y que los mayores (Jewkes et al., 2009).

La educación

La relación entre el grado de instrucción de la persona y la violencia de pareja y la violencia sexual es compleja. Un bajo nivel educativo es, sin embargo, el factor que se asocia con mayor constancia con la perpetración y el padecimiento de estos tipos de violencia en los diferentes estudios (Ackerson et al., 2008; Boy y Kulczycki, 2008; Boyle et al., 2009; Brown et al., 2006; Chan, 2009; Dalal, Rahman y Jansson, 2009; Gage, 2006; Jeyaseelan et al., 2004; Johnson y Das, 2009; Koenig et al., 2006; Martin, Taft y Resick, 2007; Tang y Lai, 2008). Por ejemplo, las mujeres que comunican grados inferiores de instrucción (primario o ninguno) tienen un riesgo de dos a cinco veces mayor de sufrir violencia infligida por la pareja, que las mujeres con más educación (Ackerson et al., 2008; Boy y Kulczycki, 2008; Dalal, Rahman y Jansson, 2009; Koenig et al., 2004; Martin, Taft y Resick, 2007; Tang y Lai, 2008). De manera análoga, los estudios han encontrado que los hombres con un bajo nivel de educación cometen actos de violencia de pareja con una frecuencia de 1,2 a 4,1 mayor que los hombres con más educación (Ackerson et al., 2008; Dalal, Rahman y Jansson, 2009).

Un nivel más alto de educación puede actuar como factor protector, ya que las mujeres con un mayor grado de instrucción o las parejas casadas con niveles de educación relativamente equivalentes, comunican niveles inferiores de violencia de pareja. Un bajo grado de instrucción disminuye el contacto que tienen las mujeres con los recursos existentes y su acceso a los mismos, aumenta la aceptación de la violencia y mantiene la disparidad de las normas de género, que se transmiten a través de las generaciones.

Sin embargo, sería prematuro suponer que la relación entre el logro educativo y la violencia de pareja es la misma, independientemente del tipo de violencia infligida. En contraposición con los estudios anteriores que incluían la violencia física en su definición de violencia de pareja, Flake (2005) encontró que las mujeres con un grado más alto de instrucción tenían un riesgo mayor de sufrir violencia sexual infligida por la pareja. Se precisa más investigación sobre la forma en que interactúa el nivel educativo con los diferentes tipos de violencia de pareja.

Aunque existen pocos datos que lo confirmen, también se ha indicado una relación entre un bajo grado de instrucción en la mujer y su posibilidad de ser víctima de violencia sexual. Un estudio (Brown et al., 2006) reveló que las mujeres con educación primaria o sin ninguna educación pueden ser víctimas de violencia sexual por parte de un compañero diferente de la pareja, con una probabilidad dos veces mayor que las mujeres con un nivel de educación secundaria o superior.

La exposición al maltrato infantil

Un elemento citado en forma constante en todos los países como factor de riesgo de ser víctima o de cometer un acto de violencia de pareja y violencia sexual es el maltrato infantil. En un examen sistemático, bien realizado, que resumió los datos provenientes de diez estudios, se indicó que la exposición a la violencia durante la niñez aumentaba tres o cuatro veces la probabilidad de cometer actos de violencia de pareja en los hombres, comparados con hombres que no habían sufrido ningún tipo de maltrato infantil (Gil-González et al., 2007). En otro metanálisis se encontró que la exposición a cualquier abuso sexual durante la niñez (pero no al abuso físico exclusivo) aumentaba a más del triple el ejercicio masculino de la violencia sexual contra las mujeres (Jesperesen, Lalumiere y Seto, 2009). Varios estudios primarios en países de bajos y medianos ingresos pusieron en evidencia que la exposición a la violencia durante la niñez (sobre

todo a la violencia entre los padres y al abuso sexual) presentaba una correlación positiva con el hecho de ser víctima de violencia infligida por la pareja y de violencia sexual en las mujeres (Martin, Taft y Resick, 2007; Söchting, Fairbrother y Koch, 2004; Vung y Krantz, 2009). Esta exposición a la violencia durante la niñez puede aumentar la probabilidad de aceptación de la violencia ya sea como víctima o como agresor en las relaciones futuras y las situaciones de alto riesgo.

La personalidad antisocial

En varios estudios se han examinado las características de la personalidad y su relación con el ejercicio de la violencia de pareja y la violencia sexual. Tres estudios descriptivos (dos de un país de ingresos altos y uno de un país de ingresos medianos) comunicaron una asociación constante de los trastornos antisociales de la personalidad y las características afines (como la impulsividad y la falta de empatía) con el ejercicio de la violencia de pareja o la violencia sexual. Estos estudios indican que los agresores con estas características tienen mayor probabilidad de desatender las normas sociales y tienden a ser violentos e impulsivos, hasta llegar a cometer estas formas de violencia (Abbey et al., 2004; Chan, 2009; Marshall, Panuzio y Taft, 2005). Se necesitan más estudios que aporten un respaldo empírico a la relación causal entre los trastornos de la personalidad y el ejercicio de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual.

El consumo perjudicial de alcohol

El consumo perjudicial de alcohol y de drogas ilícitas se citan con frecuencia como factores de riesgo asociados con el ejercicio de la violencia de pareja y la violencia sexual o el hecho de ser víctima de las mismas (por ejemplo, véase Graham et al., 2008). Aunque varios estudios han destacado una asociación entre la violencia infligida por la pareja o la violencia sexual y el consumo de drogas ilícitas, la mayor parte de los informes científicos se han centrado en la relación entre el consumo perjudicial de alcohol y estas modalidades de violencia. El consumo perjudicial de alcohol presentó una fuerte correlación con la violencia ejercida contra la pareja en varios análisis sistemáticos de la literatura científica, que incluían estudios de países con ingresos bajos y medianos (Abrahams et al., 2004; Dalal, Rahman y Jansson, 2009; Flake, 2005; Gage, 2006; Gil-González et al., 2006; Johnson y Das, 2009; Koenig et al., 2004; Marshall, Panuzio y Taft, 2005; Martin, Taft y Resick, 2007; Ramiro, Hassan y Peedicayil, 2004; Tang y Lai, 2008; Testa, 2004). En un examen sistemático se reunieron los resultados de 11 estudios y se encontró que el consumo perjudicial de alcohol se asociaba con un incremento de 4,6 veces del riesgo de exposición a la violencia de pareja, en comparación con un consumo leve o su ausencia (Gil-González et al., 2006). Dos estudios descriptivos concluyeron que existe una asociación entre el consumo perjudicial de alcohol y el ejercicio de violencia sexual (Abbey et al., 2004; Testa, 2004). Algunos estudios transversales provenientes de diferentes países de ingresos bajos y medianos indican que los hombres que consumen alcohol en forma perjudicial tienen una probabilidad de 1,6 a 4,8 veces mayor de ejercer violencia contra la pareja (Abrahams et al., 2004; Dalal, Rahman y Jansson, 2009; Flake, 2005; Gage, 2006; Johnson y Das, 2009; Koenig et al., 2004; Ramiro, Hassan y Peedicayil, 2004).

Sin embargo, estos resultados se deben interpretar con cuidado, pues las pruebas de una asociación causal entre el consumo perjudicial de alcohol y la violencia son débiles (Gil-González et al., 2006). La función que cumple el consumo de alcohol en el hecho de ser víctima de violencia de pareja y violencia sexual es menos clara. Varios estudios

descriptivos encontraron una relación débil o ninguna relación entre el consumo de alcohol y el hecho de ser víctima de estas formas de violencia (Abbey et al., 2004; Gutierrez y Van Puymbroeck, 2006; Söchting, Fairbrother y Koch, 2004; Tang y Lai, 2008; Testa, 2004).

La aceptación de la violencia

Las actitudes de los hombres y las mujeres frente a la violencia están fuertemente correlacionadas con la exposición a la violencia de pareja y la violencia sexual, ya sea como víctima o como agresor. En los análisis de la literatura científica y los estudios, incluidos varios de países de ingresos medianos y bajos, se observó una fuerte asociación entre las actitudes frente a la violencia y la exposición a la violencia de pareja o la violencia sexual (Abrahams et al., 2004; Boyle et al., 2009; Gage, 2006; Jewkes et al., 2006; Johnson y Das, 2009; Tang y Lai, 2008). Los hombres que creen que es aceptable golpear a sus esposas tienen un riesgo dos veces mayor de cometer violencia contra la pareja (Abramson, 2004). Este riesgo aumentó en la medida en que aumentaba la aceptación de la violencia. Los hombres que creen que siempre es aceptable golpear a sus esposas tienen un riesgo cuatro veces mayor de agredir a la pareja, en comparación con un riesgo dos veces mayor entre quienes creen que ocasionalmente es aceptable golpearlas (Johnson y Das, 2009). La aceptación de la violencia por parte de las mujeres también se asocia positivamente con el hecho de ser víctimas de violencia infligida por la pareja (Boyle et al., 2009; Uthman, Lawoko y Moradi, 2009). La aceptación de la violencia de pareja por parte de los hombres y las mujeres, las actitudes de los hombres hacia las mujeres como seres inferiores, los roles de género restrictivos, y los valores patriarcales dominantes son todos elementos que pueden perpetuar la existencia de la violencia. Estas actitudes se pueden transmitir a las generaciones siguientes por los mecanismos del aprendizaje, los medios de comunicación, las escuelas, y por la experiencia de ser testigo o víctima de violencias a lo largo de la vida; por estas mismas razones es posible modificarlas.

Los factores de la esfera relacional

Las parejas múltiples

Los hombres que afirman haber tenido parejas sexuales múltiples tienen también más probabilidad de cometer actos de violencia de pareja o de violencia sexual. Asimismo, las parejas múltiples y la infidelidad (percibidas por las parejas femeninas) mostraron una fuerte asociación con el ejercicio y el padecimiento de la violencia de pareja (Abrahams et al., 2004; Chan, 2009; Dalal, Rahman y Jansson, 2009; Jewkes et al., 2006; Johnson y Das, 2009; Koenig et al., 2004; Tang y Lai, 2008; Vung y Krantz, 2009). Todos los estudios han notificado una fuerte asociación entre la percepción de las mujeres acerca de la infidelidad de su pareja o de la multiplicidad de sus parejas sexuales y la violencia de pareja o la violencia sexual. Las cifras sobre un mayor riesgo de cometer estas formas de violencia fluctuaron entre 1,5 veces en India y 17,1 veces en Sudáfrica, y el riesgo de ser víctima fue mayor entre 1,5 veces en Uganda y 2,4 veces en Viet Nam (Jewkes et al., 2006; Koenig et al., 2004; Vung y Krantz, 2009). Se piensa que estos hombres pueden buscar parejas sexuales múltiples como una fuente de aceptación por los pares y de autoestima y se relacionan con sus compañeras de manera impersonal, sin crear vínculos afectivos apropiados (Jewkes et al., 2006). Además, estos hombres presentan mayor probabilidad de incurrir en comportamientos peligrosos con las parejas múltiples, como negarse a usar preservativos, y con ello se exponen y exponen a sus parejas a un mayor riesgo de infección por el VIH. En la mayoría de los centros que participaron

en el *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* (García-Moreno et al., 2005) las mujeres cuya pareja actual o más reciente fue violenta, tenían una mayor probabilidad de comunicar al menos un rechazo al uso del preservativo, que las mujeres en cuyas relaciones no existía violencia.

Los factores de la esfera comunitaria

Las sanciones débiles de la comunidad contra la violencia de pareja y la violencia sexual

El *Informe mundial sobre la violencia y la salud* anota que la forma como una comunidad responde a la violencia infligida por la pareja puede influir sobre los niveles generales de maltrato en esa comunidad (Heise y García-Moreno, 2002). En un estudio comparativo de 16 sociedades con tasas altas o bajas de violencia de pareja, Counts, Brown y Campbell (1992) encontraron que las sociedades con los niveles más bajos de violencia de pareja eran las que contaban con sanciones comunitarias contra la violencia y donde las mujeres maltratadas tenían acceso a refugio, ya fuese en la forma de albergue o de respaldo familiar. Las sanciones o prohibiciones de la comunidad podrían adoptar la forma de sanciones judiciales formales o de presión para que los vecinos intervengan cuando una mujer es golpeada. La perspectiva de “sanciones y refugio” plantea la hipótesis de que la tasa de violencia infligida por la pareja será más alta en las sociedades donde la situación de la mujer atraviesa un estado de transición. En sociedades donde las mujeres ocupan una categoría muy baja, no es necesaria la violencia con el fin de hacer cumplir la autoridad masculina. Además, allí donde las mujeres ocupan una alta categoría, probablemente ya habrán alcanzado suficiente poder colectivo a fin de modificar los roles de género tradicionales. Por lo tanto, la violencia infligida por la pareja suele ser máxima en el punto de transición, como ocurre en la mayoría de los países de recursos bajos y medianos.

La probabilidad de aparición de violencia sexual se relaciona con la medida en que las creencias sobre la superioridad masculina y el derecho de los hombres en materia sexual se encuentran arraigadas en una comunidad, con la tolerancia general de la comunidad a la agresión sexual y con el vigor de las sanciones, si existen, contra los agresores (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002).

La pobreza

Los estudios provenientes de una gran variedad de entornos revelan que la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual atraviesan todos los grupos socioeconómicos, pero que las mujeres que viven en situación de pobreza son afectadas de manera desproporcionada (Heise y García-Moreno, 2002; Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002). Todavía no está claro el mecanismo mediante el cual la pobreza aumenta el riesgo de estas formas de violencia: puede ser debido a los ingresos bajos en sí o a otros factores que acompañan a 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 logrado cumplir la función culturalmente esperada de ser proveedores. La pobreza también puede suministrar material propicio a los desacuerdos conyugales o hacer más difícil que las mujeres abandonen las relaciones que son violentas o de alguna manera insatisfactorias. Cualesquiera que sean los mecanismos precisos, es probable que la pobreza actúe como “marcador” de una variedad de condiciones sociales que se combinan y aumentan los riesgos que afrontan las mujeres. Las mujeres y las niñas pobres, en el curso de sus tareas diarias, pueden estar en mayor

riesgo de sufrir una violación, que las que se encuentran en mejores condiciones, por ejemplo cuando regresan caminando solas al hogar tarde en la noche, trabajan en el campo o recogen leña solas. Las mujeres pobres, si están trabajando, tienen menos posibilidades de supervisar a sus hijas e hijos, cuando no están en la escuela, pues quizás no puedan costear el servicio de cuidado. También puede suceder que los niños y niñas estén trabajando y por lo tanto sean vulnerables a la explotación sexual. La pobreza obliga a muchas mujeres y niñas a aceptar ocupaciones que conllevan un riesgo relativamente alto de violencia sexual, en especial el trabajo sexual. De la misma manera, la pobreza ejerce enormes presiones sobre las mujeres para que encuentren un trabajo y lo conserven, prosigan las actividades comerciales y, si estudian, para que obtengan buenas notas; todas estas situaciones las hacen más vulnerables a la coacción sexual por parte de quienes pueden prometer ayuda en esas circunstancias (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002).

Los factores de la esfera social

Las normas tradicionales relacionadas con el género y las normas sociales que propician la violencia

Las investigaciones en diferentes culturas han revelado diversos factores sociales y culturales que quizá den lugar a niveles más altos de violencia. Por ejemplo, Levinson (1989) usó un análisis estadístico de los datos etnográficos codificados de 90 sociedades, con el objeto de examinar las modalidades culturales de maltrato a la esposa, y exploró los factores que en forma constante diferencian las sociedades donde es frecuente golpear a la esposa, de las sociedades donde esta práctica es rara o no existe. Este análisis indicó que el maltrato a la esposa se presenta más a menudo en las sociedades donde los hombres tienen el poder económico y toman las decisiones en el hogar, donde las mujeres no tienen acceso fácil al divorcio y donde los adultos recurren sistemáticamente a la violencia a fin de resolver sus conflictos. En este estudio, otro sólido factor pronóstico de la frecuencia de maltrato de la esposa fue la ausencia de grupos de trabajo constituidos exclusivamente por mujeres. Se propuso que la presencia de grupos de trabajo femeninos ofrece una protección contra el maltrato de la esposa, porque proporcionan a las mujeres una fuente estable de apoyo social e independencia económica de sus esposos y sus familias.

Una de las teorías más corrientes que explican el ejercicio o el padecimiento de la violencia de pareja o la violencia sexual es el mantenimiento del patriarcado o el predominio masculino en una sociedad (Taft, 2009). Las normas patriarcales y de predominio masculino son reflejo de la desigualdad y la desigualdad de género en la esfera social, y legitiman la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual cometidas por los hombres (Russo y Pirlott, 2006). Cuando se ubican a escala de la sociedad, estas normas de género se manifiestan en los comportamientos comunitarios, interrelacionales e individuales. Se cree que las normas sociales de género propician la violencia contra la mujer y la desigualdad de género y otras injusticias, al establecer jerarquías de poder en las cuales la sociedad percibe a los hombres como superiores desde el punto de vista económico y religioso y les atribuye una posición social más alta en comparación con las mujeres, a las cuales considera en ocasiones como una carga (Ali y Bustamante-Gavino, 2008). Así, se socializa a los hombres de manera que crean que son superiores a las mujeres, y que deben dominar a sus parejas y asumir los roles tradicionales de género (Taft, 2009). Entonces, la subordinación y la sumisión de las mujeres se consideran normales, esperadas, aceptadas y, en algunos casos, atractivas para los hombres (Russo y Pirlott, 2006). A menudo, la sociedad estigmatiza y rechaza a las mujeres que son más

competentes o que tienen un mayor grado de instrucción. Esta desigualdad por razón de género y la dominancia masculina restringen las oportunidades que tienen las mujeres de participar en la toma de decisiones a todos los niveles, disminuyen los recursos que tienen a su alcance y aumentan la aceptación del ejercicio de la violencia contra ellas. Además, esta situación contribuye a las inequidades de género con respecto a la salud, el acceso a la atención sanitaria, las oportunidades de empleo y promoción, el nivel de los ingresos, la participación y la representación en política y la educación. En consecuencia, las intervenciones a nivel macro que aumentan los apoyos y los recursos estructurales y atenúan la desigualdad por razón de género y las intervenciones encaminadas a reducir la desigualdad de género a escala comunitaria e individual pueden contribuir a disminuir la violencia de pareja y la violencia sexual (Smith Fawzi et al., 2005).

En resumen, se necesitan investigaciones complementarias que definan los factores modificables en la esfera de la comunidad y la sociedad que pueden influir sobre el ejercicio y el padecimiento de la violencia de pareja y la violencia sexual. Entre los factores comunitarios que pueden ser pertinentes, están la educación, la disponibilidad y accesibilidad de los recursos y la buena disposición de las personas a utilizar los recursos que ofrece la comunidad. Constituyen factores sociales importantes las normas de género y otros factores estructurales que propician la desigualdad de género y la violencia.

2.4 Los factores de riesgo asociados con la violencia infligida por la pareja

La mayoría de los factores asociados con el ejercicio o el padecimiento de violencia infligida por la pareja que se han definido hasta la fecha se sitúan en la esfera individual, seguidos por los factores relacionales y comunitarios; se han identificado menos factores en la esfera de la sociedad (**cuadro 3**). Los factores que presentan una asociación más fuerte y constante con la violencia de pareja se destacan en negrita en el cuadro y los que no se analizaron en la **sección 2.3** (véase el **cuadro 2**) se examinan a continuación.

Los factores de la esfera individual

Los antecedentes de violencia ya sea como víctima o como agresor

Las mujeres que han sufrido maltrato por la pareja o por compañeros en el pasado, durante la edad adulta, tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia infligida por la pareja en el futuro que las mujeres sin exposición previa a la violencia. Por ejemplo, un estudio en la India reveló que las mujeres que comunicaron violencia infligida por compañeros en el pasado, tenían una probabilidad de notificar violencia de pareja 3,8 veces mayor que las mujeres sin exposición anterior (Boyle et al., 2009). Un análisis de estudios descriptivos también reveló que la exposición previa al maltrato puede propiciar el hecho de ser víctima en el futuro, pues modifica la actitud de una mujer hacia la violencia, disminuye su capacidad de reconocer el riesgo, reduce su autoestima, aumenta la culpa, la vergüenza, la humillación y disminuye su autoafirmación sexual (Söchting, Fairbrother y Koch, 2004). De manera análoga, el antecedente de haber cometido actos violentos en los hombres fue un factor de riesgo considerable para ejercer violencia contra la pareja. Los hombres con antecedente de comportamiento ofensivo o violento tuvieron mayor probabilidad de presentar este comportamiento en sus relaciones íntimas futuras, en especial durante el embarazo y el período puerperal (Chan, 2009; Jewkes et al., 2006; Martin, Taft y Resick, 2007; Söchting, Fairbrother y Koch, 2004; Tang y Lai, 2008). En un estudio de gran calidad se observó que los

CUADRO 3

Los factores de riesgo de violencia infligida por la pareja^a

Perpetración de violencia por parte de hombres	Victimización en las mujeres
ESFERA INDIVIDUAL	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad temprana ▪ Baja condición socioeconómica ▪ Bajo grado de instrucción ▪ Desempleo 	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad temprana ▪ Baja condición socioeconómica ▪ Bajo grado de instrucción ▪ Estado civil separada, divorciada ▪ Embarazo
EXPOSICIÓN AL MALTRATO INFANTIL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Violencia entre los padres ▪ Abuso sexual ▪ Maltrato físico 	EXPOSICIÓN AL MALTRATO INFANTIL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Violencia entre los padres ▪ Abuso sexual
TRASTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personalidad antisocial 	TRASTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión
CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo perjudicial de alcohol ▪ Consumo de drogas ilícitas 	CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo perjudicial de alcohol ▪ Consumo de drogas ilícitas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de la violencia ▪ Antecedente de haber sido agresivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de la violencia ▪ Exposición previa a un maltrato o antecedente de haber sido víctima de violencia
ESFERA RELACIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disparidad de educación ▪ Parejas múltiples e infidelidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disparidad de educación ▪ Número de hijos
CALIDAD DE LA RELACIÓN <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insatisfacción o discordia conyugal ▪ Disputas debido a los roles de género ▪ Duración del matrimonio 	CALIDAD DE LA RELACIÓN <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insatisfacción o discordia conyugal
ESFERA COMUNITARIA	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de los roles de género tradicionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de los roles de género tradicionales
CARACTERÍSTICAS DEL VECINDARIO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta proporción de pobreza ▪ Alta proporción de desempleo ▪ Alta proporción de analfabetismo masculino ▪ Aceptación de la violencia ▪ Alta proporción de hogares que practican el castigo corporal 	CARACTERÍSTICAS DEL VECINDARIO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta proporción de pobreza ▪ Alta proporción de desempleo ▪ Alta proporción de analfabetismo masculino ▪ Aceptación de la violencia ▪ Baja proporción de mujeres con alto grado de autonomía ▪ Baja proporción de mujeres con enseñanza superior
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanciones débiles de la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanciones débiles de la comunidad
ESFERA SOCIAL	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reglamentación del divorcio por parte del gobierno ▪ Falta de legislación sobre la violencia infligida por la pareja dentro del matrimonio ▪ Ley matrimonial protectora
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas de género tradicionales y normas sociales que propician la violencia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas de género tradicionales y normas sociales que propician la violencia

^a Algunos de estos factores constituyen también factores de riesgo de violencia sexual (véanse en el **cuadro 2** los factores de riesgo de ambos tipos de violencia).

hombres sudafricanos con antecedentes agresivos en el pasado, tenían una probabilidad casi tres veces mayor de haber cometido violencia contra la pareja (Jewkes et al., 2006).

Los factores de la esfera relacional

La disparidad del grado de instrucción

La disparidad del grado de instrucción entre el hombre y la mujer también puede dar lugar a mayores tasas de violencia infligida por la pareja (Ackerson et al., 2008; Chan, 2009). Los hombres pueden cometer la violencia con el fin de obtener poder en una relación donde el nivel de educación de la mujer es más alto. Ackerson et al. (2008) encontraron que las mujeres de la India con un grado de instrucción más alto que el de su pareja tenían mayor probabilidad de sufrir violencia física infligida por ellos. Xu et al. (2005) observaron una correlación similar de las diferencias de nivel de educación entre el hombre y la mujer con todo tipo de violencia infligida por la pareja en China.

La calidad de la relación y la satisfacción conyugal

Es más probable que las relaciones de pareja con un bajo grado de satisfacción, continuos desacuerdos y gran discordia conyugal presenten violencia de pareja, comparadas con las relaciones no conflictivas. La insatisfacción conyugal y la discordia matrimonial presentan una fuerte correlación con la perpetración de violencia contra la pareja o con el padecimiento de la misma (Morrison, Ellsberg y Bott, 2007; Stith et al., 2004; Tang y Lai, 2008). Los desacuerdos a menudo se refieren a los roles de género tradicionales, la dominación en las relaciones con disparidad de condiciones (por ejemplo, de ingresos, educación o edad) y las relaciones sexuales o su rechazo. La violencia contra la pareja se comete como una forma de manejar un conflicto o de resolver el desacuerdo. Además, el riesgo que tiene una mujer de ser víctima de violencia puede aumentar en las situaciones donde las mujeres comienzan una discusión o se defienden.

Los factores de la esfera comunitaria y social

Existen menos estudios que hayan examinado los factores de riesgo que operan en la esfera de la comunidad y la sociedad e influyen en la aparición de violencia de pareja, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. Sin embargo, algunos estudios recientes (Ackerson et al., 2008; Boyle et al., 2009; Gage, 2005; Koenig et al., 2004; Koenig et al., 2006) revelan que varios factores a nivel del vecindario están asociados con mayores tasas de violencia infligida por la pareja, entre ellos:

- la menor proporción de mujeres con un grado más alto de instrucción;
- la mayor pobreza del vecindario;
- la mayor tasa de desempleo del vecindario;
- la mayor proporción de analfabetismo masculino y femenino;
- la mayor proporción de personas con una opinión positiva acerca de la violencia;
- la menor proporción de mujeres con un alto grado de autonomía; y
- la mayor proporción de hogares donde se practica el castigo corporal.

Un estudio de 17 países del África Subsahariana puso en evidencia que la violencia de pareja contra las mujeres era ampliamente aceptada en determinadas circunstancias por los hombres y las mujeres en todos los países estudiados (Uthman, Lawoko y Moradi,

2009). Las mujeres exhibieron mayor probabilidad de justificar la violencia que los hombres. La razón más frecuente que justifica la violencia de pareja según las mujeres y los hombres es la “desatención del cuidado infantil”, seguida por la “salida del hogar sin informar al esposo” y “replicar al esposo”. *El Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*, de la OMS (García-Moreno et al., 2005), reveló que el porcentaje de mujeres que aceptan determinados motivos para pegar a la mujer osciló entre 6% y más de 65%. La sospecha de infidelidad de la esposa fue la justificación aceptada con mayor frecuencia. En todos los países excepto en Tailandia, la aceptación global de que golpear a la esposa puede estar justificado por alguna razón, fue significativamente mayor en las mujeres que habían padecido violencia física o sexual (o ambas) en la pareja que en las mujeres que nunca habían sufrido este tipo de violencia. Los niveles crecientes de riqueza, instrucción, urbanización, acceso a los medios de comunicación y toma conjunta de decisiones se asociaron todos con un menor nivel de justificación de la violencia de pareja contra las mujeres en la mayoría de los países. Si bien es necesario validar mejor la fuerza de la asociación entre estos factores y la violencia de pareja, estas variables siguen siendo un blanco posible en la formulación de los programas a escala de la comunidad.

2.5 Los factores de riesgo asociados con la violencia sexual

La mayoría de los factores asociados con el ejercicio o el padecimiento de la violencia sexual que se han definido hasta la fecha se sitúan en la esfera individual (**cuadro 4**). Los factores que presentan una asociación más fuerte o que se notifican con mayor constancia se destacan en negrita. Muchos de los factores enumerados como de riesgo alto de violencia sexual se han analizado en los apartados anteriores, lo cual indica que pocos de ellos son específicos de la violencia sexual.

El honor familiar y la pureza sexual

Las respuestas familiares a la violencia sexual que culpan a las mujeres sin castigar a los hombres y se concentran, en cambio, en restaurar el honor “perdido” de la familia, crean un ambiente en el cual puede ocurrir una violación impune. Si bien estas familias tratan a menudo de proteger a sus mujeres de la violación y pueden también iniciar a sus hijas en los métodos anticonceptivos con el fin de prevenir los signos visibles en caso de que suceda una violación, rara vez existe alguna presión social encaminada a regular el comportamiento de los hombres jóvenes o a persuadirlos de que el sexo coactivo es un agravio. Al contrario, en algunos países se observa con frecuencia un respaldo a los miembros de la familia para que hagan lo que sea necesario, incluido el asesinato de la víctima, a fin de aliviar la “vergüenza” asociada con una violación u otra transgresión sexual (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002).

Las ideologías sobre el derecho de los hombres en materia sexual

La violencia sexual cometida por los hombres está arraigada en gran medida en las ideologías sobre el derecho de los hombres en materia sexual. Estos sistemas de creencias dejan a las mujeres muy pocas alternativas legítimas de rehusar las insinuaciones sexuales. De esta manera, muchos hombres excluyen sencillamente la posibilidad de que una mujer pueda rechazar sus insinuaciones sexuales o que tenga derecho de tomar una decisión autónoma acerca de su participación en una relación sexual. En muchas culturas, las mujeres y también los hombres consideran que el matrimonio conlleva una obligación de disponibilidad casi sin límite de las mujeres a las relaciones sexuales, aunque desde

CUADRO 4

Los factores de riesgo de violencia sexual^a

Perpetración de violencia por parte de hombres	Victimización en las mujeres
ESFERA INDIVIDUAL	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja condición socioeconómica o bajos ingresos 	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad temprana ▪ Nivel inferior de instrucción ▪ Mujeres separadas, divorciadas o solteras
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afiliación a una pandilla 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciación temprana de la actividad sexual
EXPOSICIÓN AL MALTRATO INFANTIL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso sexual ▪ Maltrato físico ▪ Violencia entre los padres 	EXPOSICIÓN AL MALTRATO INFANTIL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Violencia entre los padres ▪ Abuso sexual
TRASTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personalidad antisocial 	TRASTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión
CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo perjudicial de alcohol ▪ Consumo de drogas ilícitas 	CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo perjudicial de alcohol ▪ Consumo de drogas ilícitas
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedente de haber sido víctima de violencia
ESFERA RELACIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parejas múltiples e infidelidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parejas múltiples
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja resistencia a la presión por parte de los compañeros 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Honor familiar y pureza sexual 	
ESFERA COMUNITARIA	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanciones débiles de la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanciones débiles de la comunidad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobreza
ESFERA SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas de género y sociales tradicionales que propician la violencia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas de género y sociales tradicionales que propician la violencia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ideologías sobre el derecho de los hombres en materia sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ideologías sobre el derecho de los hombres en materia sexual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanciones judiciales débiles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanciones judiciales débiles

^a Algunos de estos factores son también factores de riesgo de violencia infligida por la pareja (véanse en el **cuadro 2** los factores de riesgo de ambos tipos de violencia).

un punto de vista cultural estas relaciones puedan estar prohibidas en determinados momentos, como después del parto o durante la menstruación. Las normas sociales sobre el uso de la violencia como medio de alcanzar un objetivo se han asociado estrechamente con la prevalencia de violación. En las sociedades donde la ideología de la superioridad masculina está muy arraigada y se atribuye importancia a la dominación, la fuerza y el honor masculinos, la violación es más frecuente. En los países donde existe una cultura de la violencia o donde tiene lugar un conflicto violento, aumentan otras formas de violencia y también la violencia sexual (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002).

Las sanciones judiciales débiles

Entre los factores que operan en la esfera social e influyen sobre la violencia sexual se encuentran las leyes y las políticas nacionales que guardan relación con la igualdad de género en general y con la violencia de pareja y la violencia sexual en particular, y las normas que hacen referencia al uso de la violencia. Si bien los diversos factores operan

en gran parte a escala local (en las familias, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades), también existen influencias que provienen de las leyes y las normas que se aplican a escala nacional e incluso internacional.

Se observan variaciones considerables entre los países con respecto a su enfoque de la legislación en materia de violencia sexual. Algunos países cuentan con leyes y procedimientos jurídicos de gran alcance, con una definición amplia de violación que incluye la violación en el matrimonio, establecen graves sanciones contra quienes son declarados culpables y ofrecen una enérgica respuesta de apoyo a las víctimas. El compromiso en favor de la prevención o la disminución de la violencia sexual también se refleja en la atención especial que se presta a la capacitación de la policía y la asignación adecuada de recursos policiales al problema; en la prioridad otorgada a las investigaciones de los casos de agresión sexual; y en los recursos destinados al apoyo a las víctimas y la prestación de servicios médicos y jurídicos. Sin embargo, incluso en los países que cuentan con las mejores leyes, la tasa de sentencias condenatorias por violencia sexual es mínima.

En el otro extremo de la escala se encuentran los países que abordan el tema de manera mucho menos decidida, en los cuales no se permite la condena de un presunto agresor exclusivamente sobre la base de las pruebas aportadas por la mujer, se excluyen específicamente de la definición jurídica ciertas formas o ámbitos de la violencia sexual y se disuade enérgicamente a las víctimas de violación de llevar el caso ante un tribunal, por temor al castigo que supone presentar una denuncia por violación “sin pruebas” (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002).

2.6 Los factores que protegen contra la violencia en la pareja y la violencia sexual

La mayor parte de la investigación sobre la comisión de actos de violencia infligida por la pareja y de violencia sexual o el hecho de ser víctima de los mismos se ha centrado en los factores que se asocian con una mayor probabilidad de aparición de estas formas de violencia (factores de riesgo), más que en los factores que disminuyen o amenguan el riesgo (factores protectores). Sin embargo, algunos estudios revelaron que las mujeres con un mayor grado de instrucción (escolaridad secundaria o superior) presentaban una probabilidad de ser víctimas de violencia de pareja o violencia sexual de 20% a 55% menor que las mujeres con menos educación (Brown et al., 2006; Fehringer y Hindin, 2009; Flake, 2005). De manera análoga, los hombres con un nivel de educación más alto tenían una probabilidad 40% menor de cometer violencia contra la pareja que los hombres con menos educación (Johnson y Das, 2009). Una duración del matrimonio superior a 15 años se definió también como un posible factor protector contra la violencia en la pareja infligida por el hombre en Bangladesh (Johnson y Das, 2009). Entre los factores que pueden disminuir o amortiguar el riesgo de violencia se encuentran:

- haber gozado de una crianza sana durante la niñez (protege contra la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual);
- contar con una familia propia que ofrece respaldo (violencia infligida por la pareja);
- vivir dentro de una estructura familiar nuclear o extensa (violencia infligida por la pareja)
- pertenecer a una asociación; y
- la capacidad de las mujeres de reconocer el riesgo (violencia sexual) (Ellsberg et al., 1999; Gidycz et al., 2006; Schwartz et al., 2006).

Con todo, se precisan muchos más estudios científicos sobre estos factores de protección.

2.7 Las normas de género y la desigualdad de género

La desigualdad y la inequidad en materia de género son factores sociales importantes, cuya asociación con la violencia de pareja y la violencia sexual se ha investigado muy poco. Sin embargo, dos factores de riesgo específicos parecen estar estrechamente relacionados con estas formas de violencia: la posición desigual de la mujer en una relación particular y en la sociedad (propiciada por las ideologías de la superioridad masculina) y el uso normativo de la violencia en la resolución de los conflictos (y en las luchas políticas). Estos factores se manifiestan en los roles de género jerárquicos y específicos, las nociones sobre el derecho de los hombres en materia sexual, la baja valoración social de las mujeres y su escaso poder social, y las ideas de virilidad vinculadas con el dominio o el “disciplinamiento” de las mujeres. Estos a su vez, se asocian con factores como el bajo grado de instrucción de las mujeres, las escasas funciones públicas ejercidas por mujeres; la falta de apoyo familiar, social y jurídico a las mujeres y la falta de poder económico de las mismas (Jewkes, 2002).

En la prevención eficaz de la violencia de pareja y de la violencia sexual es de vital importancia aclarar mucho mejor el mecanismo por el cual las normas en materia de género, la desigualdad y la inequidad en ese terreno se relacionan con estas modalidades de violencia. Se requiere una comprensión profunda basada en datos empíricos sólidos sobre la forma como estos elementos actúan como factores de riesgo y de protección y como causas de violencia infligida por la pareja y violencia sexual en diferentes contextos socioculturales. Adquirir esta comprensión debe constituir una prioridad máxima de la investigación sobre los factores de riesgo y de protección contra estas formas de violencia.

2.8 Mensajes clave

Los factores de riesgo y de protección

La violencia de pareja y la violencia sexual

- Las mujeres y los hombres con grados inferiores de instrucción presentan un riesgo más alto de ser víctimas de actos de violencia infligida por la pareja o de cometerlos, respectivamente.
- La exposición al maltrato infantil se asocia estrechamente con:
 - la comisión de actos de violencia de pareja y violencia sexual infligida por los hombres; y
 - el padecimiento por las mujeres de actos de violencia de pareja y violencia sexual.
- El trastorno de personalidad antisocial constituye un factor de riesgo alto de cometer actos de violencia infligida por la pareja y violencia sexual.
- El consumo perjudicial de alcohol se encuentra con frecuencia asociado con el ejercicio de la violencia de pareja y la violencia sexual.
- Los hombres que tienen parejas múltiples o de quienes su pareja sospecha infidelidad tienen mayor probabilidad de cometer violencia sexual o violencia contra la pareja.
- Las actitudes de aceptación de la violencia se asocian estrechamente con el ejercicio de la violencia de pareja y la violencia sexual o el padecimiento de las mismas.

Los factores de riesgo específicos de sufrir violencia infligida por la pareja

- Los antecedentes de actos de violencia ya sea como autor o como víctima constituyen un factor de alto riesgo de futura violencia infligida por la pareja.
- La discordia y la insatisfacción conyugal se asocian estrechamente con el ejercicio de violencia infligida por la pareja y el padecimiento de la misma.

Los factores de riesgo específicos de sufrir violencia sexual

- Las creencias en el honor familiar y la pureza sexual están asociadas con una falta de presión social que persuade a los hombres jóvenes que el sexo coactivo es un agravio.
- La violencia sexual cometida por los hombres se arraiga en gran medida en las ideologías sobre el derecho de los hombres en materia sexual. Estos sistemas de creencias dejan a las mujeres muy pocas alternativas legítimas de rehusar las insinuaciones sexuales.
- Las sanciones judiciales débiles a la violencia sexual transmiten un mensaje de tolerancia de esta violencia y pueden incluso excluir ciertas formas de violencia sexual de la definición jurídica.

Las implicaciones para la prevención

- Los factores de riesgo y de protección que operan en distintos países pueden ser diferentes. Por lo tanto, es importante definir y abordar en cada ámbito los factores de riesgo más estrechamente asociados con la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual.
 - Los esfuerzos de prevención primaria se deben dirigir a los grupos de edad más joven.
 - La prevención de todas las formas de violencia y maltrato, especialmente el maltrato infantil, ayudará a disminuir los niveles de violencia de pareja y violencia sexual.
 - La disminución global del consumo de alcohol en una población puede contribuir a reducir el consumo perjudicial de alcohol y con ello la perpetración y el padecimiento de la violencia de pareja y la violencia sexual.
 - Existen diversos factores modificables que se asocian con la violencia de pareja y pueden constituir el blanco de las medidas de prevención primaria, como son disminuir la aceptación de la violencia, un acceso creciente de las mujeres a la educación, modificar las leyes que discriminan a las mujeres, y poner en práctica políticas más equitativas en materia de género. Si bien la definición de estos factores como objetivo de las medidas preventivas muy probablemente disminuirá la violencia sexual, en la actualidad no se cuenta con datos científicos que lo confirmen.
-

CAPÍTULO 3

La base científica de las estrategias de prevención primaria

3.1 introducción

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual no son inevitables, sus niveles varían con el transcurso del tiempo y en los diferentes lugares, debido a una diversidad de factores sociales, culturales, económicos y de otros tipos. Como se describe en el **capítulo 1**, esta situación puede dar lugar a diferencias considerables de prevalencia de estas formas de violencia entre los países y dentro de cada uno. Lo más importante, es que las variaciones indican que esta violencia se puede disminuir mediante programas y políticas bien diseñadas y eficaces. Como se analizó en el **capítulo 2**, existen factores importantes que se relacionan con el ejercicio y también con el padecimiento de estos tipos de violencia y que se pueden abordar, como son la exposición al maltrato infantil, el presenciar la violencia entre los padres, las actitudes de aceptación de la violencia y el consumo perjudicial de alcohol.

Hasta el presente, son escasas las pruebas científicas de la eficacia de las estrategias de prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, y la gran mayoría de los datos proviene de los países de altos ingresos, principalmente los Estados Unidos. En consecuencia, entre las prioridades actuales más altas en este campo se encuentran adaptar los programas que son eficaces en los países con altos ingresos a los entornos de ingresos más bajos; avanzar en la evaluación de los programas y perfeccionar los que están produciendo datos científicos; y elaborar y poner a prueba las estrategias que parecen tener buenas perspectivas, a fin de aplicarlas especialmente en los entornos de escasos recursos, con una evaluación rigurosa de su eficacia. Al mismo tiempo, la escasez de datos científicos en todos los países, implica que generar estos datos e incorporar evaluaciones de resultados bien diseñadas en los programas de prevención primaria constituyen prioridades máximas en todos los lugares. Con esta estrategia se conseguirá que los esfuerzos realizados en este campo se fundamenten en una base sólida de datos científicos. Además, es preciso incitar a los diseñadores de programas a que basen sus concepciones explícitamente en los marcos y los modelos teóricos que existen en materia de modificación de comportamientos, con el fin de facilitar la definición de los mecanismos subyacentes y propiciar su reproducción.

La mayoría de las estrategias encaminadas a prevenir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual que se han evaluado, han tenido como objetivo los factores de riesgo proximales, sobre todo de la esfera individual y relacional del modelo ecológico.

La necesidad de acciones que apunten a las causas

En el marco de la salud pública, la prevención primaria significa disminuir el número de casos nuevos de violencia de pareja y violencia sexual, al responder a los factores que

hacen más probable que ocurra la agresión en primera instancia. Por consiguiente, la prevención primaria se basa en la definición de los factores determinantes de las causas, seguida de la adopción de medidas que respondan a los mismos. La repercusión de los programas integrales aplicados en amplia escala se puede determinar luego a nivel de población, comparando las tasas de ejercicio o de padecimiento de la violencia. Dada la prevalencia de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual en el curso de toda la vida presentada en el **cuadro 1 (capítulo 1)**, los cientos de millones de mujeres en el mundo que necesitarían servicios de prevención sobrepasarían las capacidades incluso de los países mejor abastecidos. Un problema de esta magnitud exige centrar la atención en la prevención primaria.

El objetivo de las acciones que apuntan a las causas pueden ser los factores de riesgo de las cuatro esferas del modelo ecológico presentado en el **capítulo 2**. Con el fin de disminuir la violencia de pareja y la violencia sexual a escala de la población, es particularmente importante abordar la esfera social, que es el nivel más externo del modelo. Estas medidas comprenden las leyes nacionales y las políticas que las respaldan y se dirigen a los factores sociales y económicos, como el nivel de los ingresos, la pobreza y la privación económica, la tipología del empleo de hombres y mujeres, además del acceso de las mujeres a la atención sanitaria, la propiedad, la educación y la participación y la representación en política. En algunas ocasiones incluso se argumenta que los programas que procuran disminuir estas formas de violencia contra las mujeres, sin mejorar la desigualdad entre hombres y mujeres, fracasarán en su intento. Sin embargo, aunque se están aplicando muchas estrategias que comprenden reformas educativas y jurídicas y oportunidades laborales tendentes a aumentar la igualdad y la igualdad de género, muy pocas de ellas se evalúan en materia de repercusión sobre la violencia de pareja y la violencia sexual; por esta razón, evaluar las estrategias se convierte en una prioridad. Toda estrategia integral de prevención de esta modalidad de violencia debe responder a estos factores socioculturales y económicos mediante modificaciones legislativas y políticas y la puesta en práctica de los programas que sean pertinentes.

Crear un clima de tolerancia cero

Abordar los factores de riesgo de la esfera social puede aumentar la probabilidad de obtener disminuciones exitosas y sostenibles de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Por ejemplo, cuando la ley permite que los esposos disciplinen físicamente a las esposas, es muy posible que la aplicación de un programa de prevención de la violencia de pareja tenga poca repercusión. Por ende, es necesario poner en vigor una legislación nacional y adoptar políticas de apoyo que procuren a las mujeres igualdad de derechos en la participación política, la educación, el trabajo, la seguridad social y un adecuado nivel de vida. Asimismo, las mujeres deben tener la posibilidad de llegar libremente al matrimonio y salir de él, obtener créditos y poseer y administrar propiedades. Las leyes y las políticas que discriminan a las mujeres se deben modificar y es necesario examinar el efecto que ejerce cada nueva ley y cada nueva política sobre las mujeres y los hombres. Es posible que la legislación y las políticas que abordan las desigualdades socioeconómicas más amplias disminuyan otras formas de violencia interpersonal, lo cual a su vez contribuirá a reducir la violencia de pareja y la violencia sexual.

La legislación y las políticas que abordan las desigualdades socioeconómicas más amplias pueden aportar una contribución fundamental al empoderamiento de las mujeres y a mejorar su estatus en la sociedad, a inducir transformaciones culturales mediante la modificación de las normas, las actitudes y las creencias que propician la violencia

infligida por la pareja y la violencia sexual y a crear un clima donde no se tolere este tipo de violencia.

Los derechos humanos de las niñas y las mujeres se deben respetar, proteger y cumplir como parte del logro del bienestar y los derechos de todos en la sociedad. En una primera instancia, los gobiernos deben cumplir sus compromisos al adoptar los siguientes instrumentos de la legislación internacional y los derechos humanos:

- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer (1979).
- La Convención sobre los Derechos del Niño (1991).
- La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993).
- La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995).
- La Declaración del Milenio (2000).
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994).

La legislación y los sistemas de la justicia penal también deben ser operativos, a fin de tratar los casos de violencia de pareja y violencia sexual después de que ocurran. Estos sistemas deben procurar prevenir las violencias futuras, facilitar la recuperación y garantizar el acceso a la justicia, por ejemplo mediante la provisión de unidades especializadas de policía, órdenes de alejamiento y equipos interinstitucionales de respuesta a las agresiones sexuales. Posiblemente, la protección jurídica contra la violencia de pareja y la violencia sexual puede contribuir al cumplimiento de las normas sociales sin violencia, al dejar claro el mensaje de intolerancia de estos actos. Las medidas que tipifican como delito el maltrato en la pareja y que amplían la definición de violación han tenido un papel decisivo en sacar a la luz pública estos problemas y desvirtuar la noción de que esta violencia es un asunto privado de la familia. A este respecto, las medidas han sido muy importantes en la transformación de las normas sociales (Heise y García-Moreno, 2002; Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002). Sin embargo, los datos científicos sobre el valor disuasivo del arresto en los casos de violencia de pareja muestran que quizá no sea más eficaz en disminuir la violencia que otras respuestas de policía, como las advertencias o citaciones y el asesoramiento o la separación de las parejas (Fagan y Browne 1994; Garner, Fagan y Maxwell, 1995). Algunos estudios también han mostrado un aumento de los maltratos después del arresto, en particular cuando se trata de hombres desempleados o que viven en las zonas empobrecidas (Fagan y Browne 1994; Garner, Fagan y Maxwell, 1995). Las órdenes de protección pueden ser útiles, pero su cumplimiento es heterogéneo y existen indicios de que tienen poco efecto sobre los hombres con antecedentes penales graves (Heise y García-Moreno, 2002). En los casos de violación, las reformas relacionadas con la admisibilidad de las pruebas y la eliminación del requisito de corroborar las declaraciones de las víctimas también han sido útiles, pero no se hace caso de ellas en muchos tribunales del mundo (Du Mont y Parnis, 2000; Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002). En la actualidad, de manera general, siguen siendo insuficientes los datos científicos sobre el efecto disuasivo de las respuestas de los sistemas de justicia penal sobre la violencia de pareja y la violencia sexual (Dahlberg y Butchart, 2005).

El desmantelamiento de las construcciones jerárquicas sobre la masculinidad y la femineidad que se aducen con el fin de dominar a las mujeres y la eliminación de los factores estructurales que favorecen las desigualdades, pueden aportar una contribución

significativa a la prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual. Sin embargo, estas son metas a largo plazo. Las estrategias encaminadas a alcanzar estos objetivos a largo plazo se deben complementar con medidas que produzcan efectos más inmediatos, fundamentadas en la base de pruebas científicas que se presenta en este capítulo.

3.2 Evaluación de los datos científicos sobre los diferentes enfoques de prevención

Desde la perspectiva de la salud pública, una pregunta fundamental es: ¿dan resultado los programas de prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual? Es decir, ¿existen algunos programas o estrategias que sean eficaces en prevenir o disminuir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual? La eficacia solo se puede demostrar aplicando diseños rigurosos de investigación, como los estudios comparativos aleatorizados o los diseños cuasi experimentales. En estos diseños se suelen comparar los resultados de un grupo experimental (que recibe la intervención) con un grupo testigo o grupo de referencia (que es lo más semejante posible al grupo experimental, pero no recibe la intervención). Una preocupación central es poder descartar otras explicaciones posibles a cualquier cambio observado en el resultado que se estudia, y así tener confianza en que los cambios se debieron realmente al programa y no a algún factor diferente. Este aspecto se analiza con más detalle en la **sección 4.6** del documento.

Aunque los “testimonios” no son una base sólida para evaluar la eficacia de un programa, pueden proporcionar elementos sobre su funcionamiento e indicar si los participantes lo encuentran útil. Sin embargo, los enfoques que se basan en testimonios quizá inviertan considerables recursos y capacidades en programas que pueden ser ineficaces o incluso podrían agravar la situación (Dahlberg y Butchart, 2005). En la actualidad se han propuesto diversos criterios más sistemáticos de evaluación de la eficacia de los programas. Los criterios más estrictos comprenden las evaluaciones de programa mediante diseños experimentales o cuasi experimentales, la evidencia de los efectos preventivos significativos; los datos científicos de los efectos sostenidos; y la reproducción de los resultados en forma independiente.

Pese al interés puesto en los esfuerzos que buscan fomentar la igualdad de género, prevenir la violencia de pareja y la violencia sexual y dar visibilidad a estas medidas, muy pocos de los programas examinados en este capítulo satisfacen todos estos criterios y otros no se han sometido a ningún tipo de evaluación científica. La evaluación científica rigurosa es aun más infrecuente en los países de bajos y medianos ingresos. Por estas razones, el campo de la prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual se debe considerar en sus etapas más iniciales, en cuanto se refiere a la construcción de una base de datos científicos sobre las estrategias, los programas y las políticas de prevención primaria. La limitación de las bases científicas de la prevención de estas formas de violencia determina tres consecuencias importantes en este capítulo.

Primero, en el capítulo se presentan extrapolaciones, cuando es pertinente, de las bases de evidencia científica más sólida que existe sobre el maltrato infantil y la prevención de la violencia juvenil, pero se indica claramente que estas extrapolaciones son solo especulativas. Sin embargo, es posible aprender mucho de los estudios publicados sobre estos dos temas.

Segundo, en el capítulo se describen los programas de prevención primaria que pueden ser eficaces, ya sea con base en razones teóricas o en los conocimientos sobre los factores

de riesgo, así se cuente en la actualidad con pocos o ningún dato científico que los respalde o que en ciertos casos, todavía no se hayan puesto en práctica ampliamente. Con este propósito, se hace hincapié en las teorías, los principios y los mecanismos fundamentales que sustentan los programas. Sin embargo, se observa que una firme base teórica y la coherencia con los factores de riesgo definidos no garantiza el éxito de un programa.

Tercero, en el capítulo figuran programas elaborados en entornos de países de bajos y medianos ingresos, a condición de que cuenten con algunos datos científicos que los respalden (así sean pocos) o que se encuentren en curso de evaluación y puedan ser eficaces si se consideran sus bases teóricas y que abordan los factores de riesgo conocidos. Los criterios de inclusión se definieron por una parte, con el fin de no fijar un umbral demasiado alto de las normas metodológicas, lo cual llevaría a la exclusión de muchos de los programas elaborados en los ámbitos de escasos recursos, dada la carencia de datos científicos que los respalden o la baja calidad de los mismos. Por otra parte, fijar un umbral demasiado bajo haría correr el riesgo de respaldar en apariencia programas que no estén apoyados por ningún dato científico. Sin embargo, se hacen explícitas las limitaciones de la evidencia científica y se subraya la necesidad de estudios rigurosos de evaluación de resultados.

Aunque este campo se encuentre todavía en sus fases iniciales, en el capítulo se mostrará que existen razones sólidas para considerarlo apto para experimentar una ampliación rápida en los próximos años. Algunos programas han dado pruebas de eficacia tras rigurosas evaluaciones de resultados; también comienzan a surgir datos científicos que respaldan muchos programas más; y se han multiplicado los indicios sobre estrategias posiblemente eficaces. A más de esto, se han publicado informes sobre la puesta a prueba y verificación de métodos de elaboración de programas y políticas eficaces de prevención primaria que se basan en datos científicos y están dirigidos a otras formas de violencia interpersonal (por ejemplo, Flay et al., 2005; Mzarek y Haggerty, 1994; Olds, Sadler y Kitzman, 2007). El campo de la prevención de la violencia de pareja y de la violencia sexual basada en datos científicos precisa ahora una actitud abierta a los enfoques prometedores y a las nuevas ideas inventivas en todas las etapas del ciclo de la vida.

3.3 Cuadros recapitulativos de las estrategias y los programas de prevención primaria¹

En el **cuadro 5** se resume la solidez de los datos científicos existentes que respaldan la eficacia de algunas estrategias de prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Las estrategias se agrupan en función de la etapa de vida. Se debe establecer una importante distinción entre una estrategia y un programa específico. Si bien algunos programas específicos han demostrado su eficacia, de ninguna manera esto implica que todos los demás programas clasificados en la misma estrategia sean también eficaces. Por ejemplo, la Asociación de Enfermeras y Familias, es un programa aplicado en los Estados Unidos de visitas a los hogares que ha demostrado su eficacia en la prevención del maltrato infantil. Es, no obstante, el único programa dentro de una estrategia más amplia de visitas a los hogares (que incluye una multitud de programas diferentes) que está respaldado por evidencia científica de eficacia sólida. (MacMillan et al., 2009).

¹ Puesto que la elaboración de estrategias de prevención no es el reflejo exacto de la definición de los factores de riesgo y de protección, la organización de este capítulo no es equivalente a la del **capítulo 2**. Sin embargo, se destacan en este capítulo los factores de riesgo definidos previamente.

Las estrategias se clasifican en función de su eficacia en la prevención de la violencia de pareja y de la violencia sexual de la siguiente manera:

- **Eficaces:** las estrategias que incluyen uno o más programas con eficacia demostrada; eficacia significa que están respaldados por múltiples estudios bien diseñados que han demostrado la prevención de la perpetración o del padecimiento de la violencia de pareja y/o violencia sexual;
- **Pruebas recientes de eficacia:** las estrategias que incluyen uno o más programas sobre los cuales existen pruebas científicas recientes de eficacia; las pruebas científicas recientes se refieren a que un estudio bien diseñado puso en evidencia la prevención de la perpetración o del padecimiento de la violencia de pareja o la violencia sexual o que algunos estudios demostraron modificaciones positivas de los conocimientos, las actitudes y las creencias relacionadas con estas formas de violencia.
- ? **Eficacia dudosa:** las estrategias que incluyen uno o más programas cuya eficacia es incierta, debido a la insuficiencia de los datos o a que los resultados son contradictorios;
- X **Pruebas recientes de ineficacia:** las estrategias que incluyen uno o más programas sobre los cuales existen pruebas científicas recientes de ineficacia; las pruebas científicas recientes se refieren a que un estudio bien diseñado puso en evidencia la falta de prevención de la perpetración o del padecimiento de la violencia de pareja o la violencia sexual o que algunos estudios demostraron la falta de modificación positiva de los conocimientos, las actitudes y las creencias relacionadas con estas formas de violencia.
- X **Ineficaces:** las estrategias que comprenden uno o más programas cuya ineficacia ha sido demostrada; la ineficacia se refiere a que múltiples estudios bien diseñados han demostrado la falta de prevención de la perpetración o del padecimiento de la violencia de pareja o de la violencia sexual;
- XX **Probablemente nocivas:** las estrategias que comprenden por lo menos un estudio bien diseñado donde se demuestra un aumento de la perpetración y/o del padecimiento de violencia infligida por la pareja y/o violencia sexual o modificaciones negativas en los conocimientos, las actitudes y las creencias relacionadas con estos tipos de violencia.

Como se indica en el **cuadro 5**, actualmente existe solo una estrategia de prevención de la violencia de pareja que se puede clasificar como “eficaz” en prevenir la violencia propiamente dicha. Esta estrategia es la aplicación de programas escolares encaminados a prevenir la violencia en las citas amorosas. Sin embargo, solo se ha demostrado la eficacia de tres de estos programas, que se describen a continuación y los resultados no se pueden extrapolar a otros programas ejecutados en las escuelas, que poseen diferentes enfoques, contenidos o intensidad. En la actualidad, no existe ningún programa contra la violencia sexual que haya sido evaluado de la misma manera.

En el **cuadro 6** se enumeran las estrategias sobre las cuales no existe evidencia científica actual o cuyos datos son poco firmes, pero que podrían ser eficaces con base en razones teóricas, en los conocimientos sobre los factores de riesgo o en las evaluaciones de resultado que son metodológicamente de menor calidad o que están aún en curso de implementación.

Todas las estrategias examinadas se organizaron con respecto a las principales etapas de la vida. Cuando las estrategias son pertinentes en más de una etapa, se clasificaron en

la etapa a la cual se dirigen con mayor frecuencia. Las estrategias apropiadas en todas las etapas de la vida se describen en último lugar. En contraposición a las definiciones formales de la **sección 1.1** y debido a la manera como se organizan los programas, se considera aquí que la violencia de pareja comprende casos de violencia sexual que ocurren dentro de una relación de pareja, y el término violencia sexual se aplica a la violencia sexual que ocurre en situaciones distintas de la pareja (es decir, la violencia cometida por amigos, conocidos o desconocidos). Se puede considerar que la violencia en las citas amorosas comprende ambas posibilidades, pues el nivel de relación con los compañeros puede ser lejano o más íntimo. Sin embargo, en los **cuadros 5** y **6**, la violencia en las citas amorosas se clasifica, en aras de la conveniencia, como violencia infligida por la pareja.

RECUADRO 2

Las variables de evaluación de la eficacia

La eficacia de un programa se puede evaluar con respecto a tres tipos de variables, cada una de las cuales se puede medir con intervalos diferentes después de terminada la ejecución del programa:

1. Las modificaciones en los conocimientos, las actitudes y las creencias con respecto a la violencia de pareja y la violencia sexual. Esta es la más deficiente de las tres variables, pues estos cambios no llevan necesariamente a modificaciones del comportamiento violento. A este respecto, incluso los programas exitosos en este campo no se pueden considerar eficaces en la prevención propiamente dicha de estas formas de violencia, sin investigaciones complementarias que demuestren la disminución correspondiente del comportamiento violento.
2. Las disminuciones de la perpetración de actos de violencia de pareja o de violencia sexual.
3. Las disminuciones de la posibilidad de ser víctima de violencia de pareja o de violencia sexual.

La violencia infligida por la pareja no constituye un concepto unitario y puede adoptar diferentes formas, incluidas la violencia física, sexual y psíquica. A pesar de esto, las evaluaciones de resultados no suelen examinar la eficacia con relación a estos diferentes tipos de violencia y los diseños de los programas tampoco suelen abordar un tipo específico de violencia de pareja, en particular. Es posible que los programas considerados eficaces o prometedores solo lo sean con respecto a determinadas formas de violencia de pareja (Whitaker, Baker y Arias, 2007).

CUADRO 5

Las estrategias y los programas de prevención primaria contra la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual sobre los cuales existe algo de evidencia científica

ESTRATEGIA	VIOLENCIA DE PAREJA	VIOLENCIA SEXUAL
DURANTE LA LACTANCIA, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA TEMPRANA		
Programas dirigidos a los niños y los adolescentes que han sido víctimas de maltrato infantil o han estado expuestos a la violencia de pareja	<input type="checkbox"/>	?
Capacitación en las escuelas con el fin de ayudar a los niños a reconocer y evitar las situaciones propicias al abuso sexual (con el objeto de evitar que sean víctimas en el futuro)	?	<input type="checkbox"/>

CUADRO 5

(Continuación)

DURANTE LA ADOLESCENCIA Y LA PRIMERA JUVENTUD		
Programas en las escuelas destinados a prevenir la violencia en las citas amorosas	■	NA
Programas de prevención de la violencia sexual dirigidos a las poblaciones escolares y universitarias	NA	?
Programas de sensibilización y conocimiento sobre el tema de la violación dirigidos a las poblaciones escolares y universitarias	NA	X
Educación (en contraposición a la enseñanza de aptitudes) en estrategias de autodefensa dirigida a las poblaciones escolares y universitarias	NA	X
Programas de confrontación en la prevención de violaciones	NA	XX
DURANTE LA EDAD ADULTA		
Los enfoques participativos y de empoderamiento que abordan la desigualdad de género: la microfinanciación y la capacitación en materia de igualdad de género	□	?
Los enfoques participativos y de empoderamiento que abordan la desigualdad de género: capacitación en aptitudes de comunicación y relacionales (por ej., <i>Stepping Stones</i> [Escalones])	□	?
Programas de visitas a los hogares que incluyen un componente sobre la violencia infligida por la pareja	?	?
EN TODAS LAS ETAPAS DE LA VIDA		
Restringir el acceso al alcohol y disminuir su consumo perjudicial	□	?
Modificar las normas sociales y culturales de género mediante el uso de la teoría de normas sociales	?	□
Modificar las normas sociales y culturales de género mediante campañas de sensibilización en los medios de comunicación	□	?
Modificar las normas sociales y culturales de género mediante el trabajo con los hombres y los niños	□	?

- **Eficaces:** estrategias que comprenden uno o más programas con eficacia demostrada; eficacia significa que están respaldados por múltiples estudios bien diseñados que han demostrado la prevención de la perpetración o del padecimiento de la violencia de pareja o la violencia sexual o ambas.
- **Pruebas recientes de eficacia:** las estrategias que comprenden uno o más programas sobre los cuales existen pruebas recientes de eficacia; las pruebas recientes se refieren a que un estudio bien diseñado puso en evidencia la prevención de la perpetración o del padecimiento de la violencia de pareja o la violencia sexual o que algunos estudios han demostrado modificaciones positivas de los conocimientos, las actitudes y las creencias relacionadas con estos tipos de violencia.
- ? **Eficacia dudosa:** las estrategias que incluyen uno o más programas cuya eficacia es dudosa, debido a la insuficiencia de los datos o a que los resultados son contradictorios.
- X **Pruebas recientes de ineficacia:** las estrategias que comprenden uno o más programas sobre los cuales existen pruebas recientes que demuestran su ineficacia; las pruebas recientes se refieren a que un estudio bien diseñado puso en evidencia la falta de prevención de la perpetración o del padecimiento de la violencia de pareja o la violencia sexual, o que algunos estudios han demostrado la falta de modificación positiva de los conocimientos, las actitudes y las creencias relacionadas con estos tipos de violencia.
- X **Ineficaces:** las estrategias que comprenden uno o más programas que han demostrado su ineficacia; la ineficacia se refiere a que múltiples estudios bien diseñados demostraron la falta de prevención de la perpetración o del padecimiento de la violencia de pareja o la violencia sexual.
- XX **Probablemente nocivas:** estrategias que comprenden por lo menos un estudio bien diseñado donde se demuestra un aumento de la perpetración y/o del padecimiento de la violencia de pareja y/o la violencia sexual, o modificaciones negativas en los conocimientos, las actitudes y las creencias relacionadas con estos tipos de violencia.
- NA No se aplica.

CUADRO 6

Las estrategias de prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual con buenas perspectivas

ESTRATEGIA
DURANTE LA LACTANCIA, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA TEMPRANA
Programas de visitas a los hogares encaminados a prevenir el maltrato infantil
Educación de los padres y las madres a fin de prevenir el maltrato infantil
Mejorar la salud mental de la madre
Detectar y tratar los trastornos afectivos y del comportamiento
Estímulo de las aptitudes sociales y afectivas en las escuelas
Programas de prevención del matonismo ¹ ('bullying')
DURANTE LA ADOLESCENCIA Y LA PRIMERA JUVENTUD
Programas escolares de prevención de la violencia con componentes múltiples
DURANTE LA EDAD ADULTA
Programa de prevención del suicidio con componentes múltiples de las Fuerzas Aéreas de los Estados Unidos
Los enfoques participativos y de empoderamiento que abordan la desigualdad de género (estrategia SASA! en Uganda)

3.4 Durante la lactancia, la niñez y el comienzo de la adolescencia

Los programas de visitas a los hogares y de educación de los padres y las madres encaminados a prevenir el maltrato infantil

Según se ha observado en las secciones anteriores de este documento, un antecedente del maltrato infantil aumenta en forma considerable el riesgo de que una persona cometa un acto de violencia de pareja o de violencia sexual o que sea víctima del mismo. Por consiguiente, es razonable suponer que la prevención del maltrato infantil puede disminuir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual en el futuro (Foshee, Reyes y Wyckoff, 2009). Sin embargo, todavía no se cuenta con evidencia científica directa sobre el efecto de estos programas en los niveles de la violencia de pareja.

Ahora bien, en términos generales la disminución del riesgo de las diferentes formas de maltrato infantil analizada en el documento: *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer y cómo obtener evidencias* (OMS-ISPCAN, 2006)² puede contribuir a reducir la transmisión intergeneracional de la violencia y el maltrato. Entre las estrategias más prometedoras de prevención del maltrato infantil en este campo, se encuentran los programas de visitas a los hogares y de educación de los padres y las madres (Mikton y Butchart,

¹ Se puede definir al matonismo, también conocido como 'bullying' por la palabra en inglés, como el comportamiento intencional y repetido de un individuo, o grupo de individuos, que causa aflicción, dolor o presión indebida. Puede involucrar toda clase de acoso (incluyendo el acoso sexual, racial, por discapacidad, homosexualidad o transexualidad), humillación, dominio e intimidación de otras personas. El comportamiento matonesco puede ser:

- verbal, por ej. groserías, burlas, abuso, humillación, sarcasmo, insultos, amenazas
- físico, por ej. golpes, puñetazos, puntapiés, arañazos, zancadillas, escupitajos
- social, por ej. ignorar, excluir, aislar, marginar socialmente, hacer gestos groseros
- psicológico, por ej. esparcir rumores, mirar en forma desafiante, esconder o dañar pertenencias, mensajes malevolentes en el celular o email, uso inapropiado de celulares con cámara.

² Esta guía se puede obtener en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361_spa.pdf

2009). Sin embargo, no se han evaluado los efectos a largo plazo de ninguno de estos tipos de programa, sobre la prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, en adultos con padres y/o madres que hayan participado en las intervenciones.

Mejorar la salud mental de la madre

La depresión materna (que afecta como mínimo a una de cada diez nuevas madres) puede obstaculizar la creación de vínculos adecuados y los procesos de apego. Esta situación a su vez aumenta hasta cinco veces el riesgo de trastornos persistentes de la conducta en los niños, los cuales constituyen un importante factor de riesgo de cometer actos de violencia (Meltzer et al., 2003). Entre los enfoques eficaces de tratamiento de la depresión materna se encuentran su reconocimiento temprano (en periodo prenatal y puerperal), seguido del respaldo de pares y el apoyo social, las terapias psicológicas y la medicación antidepressiva (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007). No se han evaluado los efectos a largo plazo sobre los hijos de las mujeres tratadas por depresión materna, con respecto a su participación posterior en la violencia de pareja y la violencia sexual, pero el enfoque parece tener buenas perspectivas.

Detectar y tratar los trastornos afectivos y conductuales en la niñez

Los trastornos de la conducta en la niñez y la adolescencia, precursores del trastorno antisocial de la personalidad, están asociados con un mayor riesgo de cometer un acto de violencia infligida por la pareja o violencia sexual o de ser víctima del mismo. Además, los trastornos afectivos se asocian con la depresión y la ansiedad más adelante en la vida adulta y pueden aumentar el riesgo de padecer depresión puerperal y depresión materna persistente. Como se señaló antes, estas situaciones pueden aumentar hasta cinco veces el riesgo de trastornos afectivos o de la conducta en los niños de madres con salud mental precaria (Meltzer et al., 2003). Por consiguiente, se podría esperar que la detección temprana y el tratamiento eficaz de los trastornos psíquicos y afectivos en la niñez y la adolescencia disminuyan la aparición de violencia infligida por la pareja y la violencia sexual en el futuro.

Existen datos convincentes sobre la asociación entre el trastorno temprano de la conducta y la participación futura en violencias, ya sea como víctima o como agresor, y sobre la eficacia de las intervenciones en la disminución de los trastornos de la conducta y la delincuencia juvenil. Con todo y a pesar de su potencial, no existen actualmente datos científicos que indiquen que la estrategia de detección y tratamiento de los trastornos afectivos y de conducta durante la niñez o la adolescencia temprana producen una disminución de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual al final de la adolescencia y la edad adulta.

Las intervenciones dirigidas a los niños y los adolescentes que sufrieron maltrato infantil o que estuvieron expuestos a la violencia de pareja

Como se señaló en la **sección 2.3**, las intervenciones en este campo revisten una importancia especial, dado que los niños o los adolescentes que han sufrido maltrato infantil o han estado expuestos a la violencia de los padres presentan un mayor riesgo de cometer actos de violencia infligida por la pareja o violencia sexual o ser víctimas de los mismos.

En un metanálisis (Skowron y Reinemann, 2005) se examinaron 21 programas que comprendían intervenciones psicológicas dirigidas a los niños y los adolescentes que habían sufrido maltrato infantil. Los resultados indicaron que los tratamientos psicológicos del

maltrato infantil lograron mejorías en los participantes: en cerca de 71% de los niños tratados se observó un mejor funcionamiento que en los niños que no recibieron tratamiento. Todas las intervenciones estaban diseñadas a fin de mejorar los resultados cognitivos, afectivos y conductuales, y se juzgó que el diseño de once de los estudios era experimental. En un ensayo aleatorizado de uno de estos programas (*Youth Relationship Project*, véase la **sección 3.4**) se utilizó como variable de evaluación la violencia en las citas de adolescentes y se encontró una disminución de la probabilidad de cometer un maltrato físico o psíquico o de ser víctima del mismo (Wolfe et al., 2003).

Por estas razones, las intervenciones psicológicas dirigidas a los niños y los adolescentes que han sido víctimas de maltrato infantil o han estado expuestos a la violencia de pareja parecen representar una estrategia de prevención de la violencia de pareja respaldada por pruebas recientes. Hasta la fecha, su efecto sobre la violencia sexual no está bien definido.

Fomentar las aptitudes sociales y emocionales en la escuela

Los factores como la impulsividad, la falta de empatía y la deficiente competencia social, que pueden ser indicios de un trastorno de la conducta, a su vez precursor del trastorno antisocial de la personalidad, son importantes factores de riesgo individuales de cometer diversas formas de violencia, incluidas la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Los programas de capacitación en aptitudes cognitivas y conductuales y los programas de desarrollo social que abordan estos factores en los niños y los adolescentes jóvenes representan estrategias prometedoras en la prevención de la violencia juvenil en el futuro. Estos programas están encaminados a promover un comportamiento social y proveer aptitudes sociales y afectivas como la resolución de problemas, el manejo de la ira, aumentar la capacidad de empatía, la toma de perspectiva y la resolución de los conflictos sin violencia. Estos programas se pueden aplicar a una población o dirigirlos a las personas que presentan un alto riesgo y en forma característica se ejecutan en las escuelas.

Existen pruebas fehacientes de que estos programas pueden ser eficaces en reducir la violencia juvenil y potenciar las aptitudes sociales (por ejemplo, Lösel y Beelmann, 2003), pero en la actualidad no se cuenta con ninguna indicación clara de que puedan disminuir la violencia sexual y la violencia en las citas amorosas entre adolescentes y adultos jóvenes, ni la violencia de pareja y la violencia sexual en etapas posteriores de la vida. No obstante, es posible que estos programas puedan prevenir estas formas de violencia más adelante.

La capacitación en las escuelas encaminada a ayudar a los niños a reconocer y evitar las situaciones propicias al abuso sexual

En muchas partes del mundo se aplican en las escuelas programas encaminados a evitar el abuso sexual de los niños, con los cuales aprenden a reconocer y evitar las situaciones propicias a este maltrato, pero los ejemplos evaluados provienen sobre todo de los Estados Unidos.

En un análisis sistemático de la bibliografía científica (Mikton y Butchart, 2009) se encontró que si bien los programas escolares de prevención del abuso sexual de los niños son eficaces en ampliar los conocimientos y reforzar los comportamientos protectores contra este tipo de maltrato, no existen pruebas de que disminuyan realmente su aparición. Dos estudios cuya variable de evaluación fue el padecimiento futuro de abuso

sexual ofrecieron resultados contradictorios (Finkelhor, Asdigian y Dziuba-Leatherman, 1995; Gibson y Leitemberg, 2000). Sin embargo, las pruebas recientes de que previenen la posibilidad de convertirse en víctima de abuso sexual en el futuro, parecen respaldar la ejecución de estos programas. Con todo, es necesario continuar estudiando el efecto real a largo plazo a este respecto (Finkelhor, 2009).

Los programas de prevención del matonismo ('bullying')

El matonismo (*'bullying'*) conlleva consecuencias inmediatas y a largo plazo en sus autores y en las víctimas, entre ellas el aislamiento social y la exacerbación del comportamiento antisocial que puede llevar a la delincuencia juvenil y adulta (en los autores) y la depresión, la ideación suicida, el aislamiento social y la baja autoestima (en las víctimas). Algunas de estas consecuencias pueden aumentar el riesgo futuro de participación en la violencia de pareja o la violencia sexual, ya sea como agresor o como víctima. Un cierto número de análisis de la bibliografía ha concluido que los programas de prevención del matonismo son eficaces en disminuir esta conducta (Baldry y Farrington, 2007; Smith et al., 2004). Un examen sistemático y metanálisis de los programas escolares encaminados a disminuir el matonismo y la posibilidad de ser víctimas del mismo (Farrington y Ttofi, 2009) reveló que, en términos generales, los programas reducen eficazmente esta forma de violencia. En promedio, la disminución del matonismo osciló entre 20% y 23% y el hecho de ser víctima disminuyó entre 17% y 20%.

Aunque es posible que estos programas tengan consecuencias favorables más amplias, son escasos los datos científicos que existen acerca de sus efectos sobre la posibilidad de cometer o padecer violencia de pareja o violencia sexual en etapas posteriores de la vida. Varios estudios, sin embargo, han demostrado una asociación entre el matonismo y el acoso sexual. Algunos programas de prevención de la violencia sexual en los Estados Unidos incluyen componentes de prevención del matonismo, dirigidos a los niños en edad escolar primaria y primeros años de secundaria (Basile, Hertz y Back, 2009).

3.5 Durante la adolescencia y la primera juventud

Los programas escolares de prevención de la violencia en las citas amorosas

La violencia en las citas amorosas es una forma temprana de violencia de pareja, que ocurre sobre todo durante la adolescencia y la primera juventud y tiene lugar en el marco de una "relación amorosa". Los programas de prevención de la violencia en las citas amorosas han sido los más evaluados de todos los programas de prevención de la violencia de pareja; se encontraron 12 evaluaciones de programas de prevención de la violencia en las citas amorosas entre adolescentes, incluidos cinco ensayos aleatorizados (Foshee et al., 2008). Se ha demostrado que estos programas cuyo blanco son las relaciones sexuales tempranas, en ámbitos donde se llega al matrimonio a partir de los 20 años de edad, previenen la violencia de las citas amorosas y la violencia sexual. Además, la violencia en las relaciones amorosas parece ser un factor de riesgo de violencia de pareja en etapas posteriores de la vida (Smith, White y Holland, 2003) y también se asocia con las lesiones y los comportamientos que afectan a la salud, como el comportamiento sexual arriesgado, el abuso de sustancias tóxicas y los intentos de suicidio (Wolfe et al., 2009). En consecuencia, se puede suponer que la prevención de la violencia en las citas amorosas previene la violencia de pareja y la violencia sexual en etapas posteriores de la vida (Foshee, Reyes y Wyckoff., 2009).

Un programa de prevención de la violencia en las citas amorosas que se ha evaluado en forma adecuada mediante diseños comparativos y aleatorizados es *Safe Dates* ('Citas Seguras'). En las cuatro evaluaciones publicadas se observaron efectos positivos (Foshee et al., 1998; Foshee et al., 2000; Foshee et al., 2004; Foshee et al., 2005). Foshee et al. (2005) examinaron los efectos de *Safe Dates* en la prevención o disminución de esta violencia ya sea como autores o como víctimas con el transcurso del tiempo, usando datos de cuatro períodos de seguimiento. El programa redujo en forma significativa la violencia psicológica, la violencia física moderada y la violencia sexual en las citas amorosas en los cuatro períodos de seguimiento. El programa también disminuyó significativamente la perpetración de maltratos físicos graves en las citas con el transcurso del tiempo, pero solo en los adolescentes que al comienzo del estudio habían declarado no haber participado, o no más que el promedio, en actos violentos graves. Los efectos del programa sobre el padecimiento de violencia en las citas amorosas con el transcurso del tiempo fueron insignificantes. El programa *Safe Dates* no previno ni redujo la probabilidad de ser víctima de maltrato psicológico en las citas. Los efectos del programa se debieron principalmente a modificaciones en las normas de violencia de las citas amorosas, las normas de los roles de género y el conocimiento de los servicios comunitarios. El programa no tuvo efectos sobre las aptitudes de resolución de conflictos. Se observó que el programa había tenido una mayor repercusión en la prevención primaria, que en la prevención de una recidiva en quienes presentaban un antecedente de haber cometido un maltrato (Foshee et al., 1996; 1998; 2000; 2004; 2008).

También se evaluaron dos programas escolares encaminados a prevenir la violencia en las citas amorosas en Ontario, Canadá (Wolfe et al., 2003; Wolfe et al., 2009). En una evaluación de resultados del programa *The Fourth R: Skills for Youth Relationships* (la cuarta R: aptitudes para las relaciones entre los jóvenes) que aplicó un diseño aleatorizado por conglomerados se encontró que, con base en la autonotificación de agresiones cometidas, en un seguimiento de 2,5 años, las tasas de violencia física en las citas fue 7,4% en el grupo que recibió la intervención y 9,8% en el grupo de referencia, una diferencia de 2,4%. Sin embargo, por razones que no se comprenden claramente, esta disminución de la agresión autonotificada se observó en los niños (7,1% en el grupo testigo frente a 2,7% en el grupo que participó en la intervención), pero no en las niñas (12,1% frente a 11,9%).¹ El programa estaba integrado en el plan de estudios vigente de salud y educación física y se enseñó en clases agrupadas por sexo; la evaluación se llevó a cabo en una muestra de más de 1700 estudiantes con edades entre los 14 años y los 15 años y provenientes de 20 escuelas públicas. El tema fundamental sobre las aptitudes para entablar relaciones sanas y sin violencia se entretejió en las 21 lecciones, que comprendían además un exhaustivo desarrollo de competencias en prácticas progresivas con los compañeros, con el objeto de elaborar estrategias positivas encaminadas a hacer frente a las presiones y resolver los conflictos sin maltrato ni violencia. El costo promedio de la capacitación y los materiales fue 16 dólares canadienses por estudiante (Wolfe et al., 2009).

Otro programa canadiense ejecutado en las escuelas (Wolfe et al., 2003) evaluado fue el *Youth Relationship Project* ('Proyecto de relaciones entre jóvenes'). Este programa comunitario procura ayudar a los jóvenes de 14 años a 16 años de edad, que padecieron maltrato infantil, a establecer relaciones sanas, exentas de maltrato en sus relaciones

¹ Estas tasas de actos violentos cometidos por los niños y las niñas concuerdan globalmente con los resultados de simetría entre los sexos encontrada en las autonotificaciones de agresiones infligidas a la pareja en Norte América, que se mencionaron en la [introducción](#).

de pareja. El programa impartió educación a los participantes en materia de relaciones sanas y relaciones con maltrato, y les ayudó a adquirir competencias útiles en la resolución de conflictos y en la comunicación. Un estudio comparativo aleatorizado reveló la eficacia del programa en disminuir los incidentes de maltrato físico y psíquico y los síntomas del sufrimiento emocional, en un período de 16 meses después de la ejecución del programa (Wolfe et al., 2003).

Por lo tanto, estos tres programas aplicados en las escuelas parecen ser eficaces en la prevención de la violencia física, sexual y psíquica en las relaciones amorosas de los adolescentes y también pueden ayudar a prevenir la violencia de pareja y la violencia sexual entre los adultos. Sin embargo, existe un cierto número de advertencias necesarias en relación con los programas de prevención de la violencia en las citas amorosas. Las evaluaciones de alta calidad de los tres programas antes citados encontraron una disminución de la violencia en períodos de seguimiento moderadamente largos, pero las evaluaciones de la mayor parte de los programas restantes fueron de calidad deficiente, con períodos de seguimiento cortos, y las únicas variables de evaluación consideradas fueron las modificaciones de los conocimientos y las actitudes (sobre las cuales encontraron algunos efectos positivos). No es seguro que los cambios en los conocimientos y las actitudes generen modificaciones correspondientes en el comportamiento (Whitaker et al., 2006). Además, se precisan investigaciones complementarias que evalúen la eficacia de los programas de prevención de la violencia en las relaciones amorosas a más largo plazo, cuando se integren a los programas de prevención de otras formas de violencia y cuando se ejecuten por fuera de América del Norte y en entornos de escasos recursos. Una preocupación especial que se ha planteado acerca de los programas como *Safe Dates* es la medida en que están vinculados al contexto cultural de América del Norte y, en consecuencia, su utilidad puede ser limitada en países de bajos y medianos ingresos.

Los programas escolares de prevención de la violencia con componentes múltiples

Los programas universales de componentes múltiples son los programas escolares más eficaces de prevención de la violencia (Adi et al., 2007; Dusenbury et al., 1997; Hahn et al., 2007). Estos programas se aplican a todos los alumnos y sobrepasan los componentes normales de la enseñanza contenida en los planes de estudios, pues comprenden la capacitación de los profesores en el manejo del comportamiento, la educación de padres y madres sobre la crianza de los hijos y la mediación entre pares. También se pueden organizar actividades después de clase y buscar la participación comunitaria. En una revisión sistemática de la bibliografía (Hahn et al., 2007) se calculó que en promedio, los programas universales de componente múltiple disminuyeron la violencia un 15% en las escuelas que los ejecutaron, en comparación con las escuelas que no los aplicaron.

Los programas escolares de prevención de la violencia de componentes múltiples se han centrado principalmente en el matonismo ('bullying') y la violencia juvenil como resultado. En vista de que los factores de riesgo de violencia juvenil, violencia de pareja y violencia sexual son en cierta medida compartidos, estos programas parecerían tener alguna capacidad de prevenir estas últimas formas de violencia. Sin embargo, actualmente no existen datos científicos de su eficacia en estos campos.

Los programas de prevención de la violencia sexual en las poblaciones escolares y universitarias

En los Estados Unidos, la mayoría de los programas de prevención primaria de la violencia sexual infligida por desconocidos, conocidos y compañeros de citas casuales ha

centrado su interés en los estudiantes universitarios, aunque cada vez se aplican más a los alumnos de secundaria. En los entornos donde pocos alumnos continúan con estudios terciarios, este enfoque presenta limitaciones obvias. Desde la perspectiva del desarrollo, es sensato educar a los jóvenes acerca del comportamiento sexual apropiado e inapropiado en un momento en el que están construyendo sus identidades sexuales y comienzan a tomar forma sus actitudes hacia las relaciones amorosas. Sin embargo, una vez más, es grave la escasez de datos que puedan confirmar la eficacia o ineficacia de estos programas (Schewe, 2007).

En dos análisis sistemáticos recientes en los Estados Unidos, se evaluó la eficacia de programas específicos de prevención primaria en este campo. El primero (Morrison et al., 2004), que incluyó poblaciones universitarias y también de la escuela secundaria encontró que los programas constaban generalmente de varios componentes (con mayor frecuencia la confrontación de los mitos de la violación, la información sobre la violación infligida por un conocido y la que ocurre en las citas amorosas, las estadísticas en materia de violación y las aptitudes preventivas de disminución de riesgos y de protección). De los 50 estudios examinados, siete (14%) revelaron efectos positivos exclusivamente sobre los conocimientos y las actitudes, pero ninguno empleó la perpetración de actos de violencia o el padecimiento de los mismos como indicadores de resultados; 40 (80%) comunicaron efectos contradictorios; y tres (6%) no encontraron ningún efecto. Además, los estudios presentaron varias limitaciones metodológicas graves, que llevaron a los investigadores a la conclusión de que la eficacia de estos programas sigue siendo incierta. Entre las limitaciones se observó el uso exclusivo de los conocimientos y las actitudes como indicadores de resultados; los estudios con un diseño de mejor calidad mostraron resultados menos buenos; y los efectos positivos de los programas disminuyeron con el transcurso del tiempo.

El segundo análisis sistemático (Anderson y Whiston, 2005) examinó 69 programas educativos dirigidos a los estudiantes universitarios sobre la agresión sexual y encontró pocos datos con base de evidencia científica en favor de la eficacia de los programas en la prevención de ese tipo de agresiones o en el aumento del nivel de empatía (reconocimiento cognitivo y emocional del trauma de una víctima) o de sensibilización frente a las violaciones. Sin embargo, se observó que los programas evaluados aumentaron los conocimientos objetivos acerca de la violación y cambiaron favorablemente las actitudes al respecto. La grave escasez de estudios cuya principal variable de valoración sea el comportamiento, llevó a los autores a concluir que se precisan más estudios de investigación que tengan en cuenta este resultado, antes de sacar las conclusiones definitivas. Actualmente, la eficacia de los programas, con base en estos dos análisis, es incierta.

Se ha encontrado que el suministro de información “objetiva”¹ como parte de la estrategia para abordar los mitos de la violación no parece tener ningún efecto sobre las actitudes frente a esta agresión ni en los niveles de empatía hacia sus víctimas (Schewe, 2007). Los estudios de evaluación indican que los programas de sensibilización y conocimientos en materia de violación que se basan en impartir esa información rara vez funcionan. De manera análoga, la educación de las mujeres sobre las estrategias eficaces de auto-defensa sin enseñarles competencias reales de autodefensa ha sido de utilidad dudosa e incluso podría ser nociva en algunos contextos (Schewe, 2007). Dos evaluaciones de

¹ La información objetiva comprende específicamente: la definición jurídica de violación y los términos jurídicos asociados; las estadísticas sobre la prevalencia de violaciones; las descripciones típicas del agresor y del síndrome de trauma por violación; y la información sobre los recursos existentes destinados a las víctimas.

programas que se centraban en una exposición de las estrategias de autodefensa sin enseñar las competencias correspondientes no encontraron ninguna reducción del riesgo de agresiones sexuales durante el seguimiento (Breitenbecher y Gidycz, 1998; Breitenbecher y Scarce, 2001). Los programas de prevención de la violación que utilizan un método de confrontación personal con los participantes, parecen en realidad perjudiciales. Un estudio de evaluación de un programa de este tipo reveló que el resultado fue una mayor tolerancia de los hombres al carácter justificable de la violación (Fisher, 1986).

Se han ensayado algunos otros enfoques, sobre los cuales existen en la actualidad muy pocos datos científicos de eficacia. El estímulo de la empatía hacia las víctimas se ha asociado con mejoras y con agravación de las actitudes frente a la violencia sexual y a la aceptación de los mitos de la violación (Schewe, 2007). La educación de las mujeres sobre la forma de evitar situaciones de alto riesgo (como el autostop, el abuso del alcohol o el relacionarse con hombres mayores) también ha llevado a resultados contradictorios y se ha asociado con una mayor aceptación de los mitos de la violación. Con el fin de desestimular la culpabilización de la víctima, es crucial que este tipo de educación se imparta a audiencias exclusivamente femeninas. También se han encontrado indicaciones contradictorias sobre la eficacia de los programas que destacan las consecuencias negativas de la violencia sexual a los hombres y que tratan de persuadirlos de percibir este tipo de actos sexuales como menos gratificantes que las relaciones sexuales consensuales.

Por último, se han propuesto diversos programas de prevención de la violencia sexual que hasta ahora no se han aplicado ni evaluado en forma amplia. Entre ellos están el impartir una educación universal sobre la prevención de la violación y la educación de los padres y las madres en materia de prevención de la violencia sexual en todas las escuelas y lugares de trabajo; la educación de los(las) profesores(as) y los(las) tutores(as) acerca de la violencia sexual y su prevención; y la modificación de las prácticas organizativas que incluyan actividades como la capacitación obligatoria en la prevención de la violencia contra la mujer.

3.6 Durante la edad adulta

Los enfoques participativos y de empoderamiento encaminados a disminuir la desigualdad de género

El empoderamiento es un enfoque que ayuda a las personas y las comunidades a descubrir sus propios problemas y mediante métodos participativos localizar los recursos y fomentar las aptitudes y la confianza necesaria para abordarlos. Esta estrategia destaca la función de las personas y las comunidades como protagonistas del cambio y da prioridad a la apropiación y el liderazgo comunitarios en todo el proceso. Estos programas integrales consideran a la comunidad como un todo o en múltiples subgrupos de la población, comportan varios componentes y están diseñados con el fin de lograr cambios sociales, pues crean un entorno propicio a la modificación de las actitudes y el comportamiento de las personas y la comunidad. Estos enfoques a menudo utilizan una combinación de evaluación participativa rápida de las necesidades, educación o capacitación, campañas de sensibilización de la comunidad y acción comunitaria (Lankester, 1992; Morley et al, 1983). Dos ejemplos de los enfoques de empoderamiento encaminados a prevenir la violencia infligida por la pareja son el uso de la **microfinanciación con capacitación en materia de igualdad de género** y la aplicación del módulo de capacitación **Stepping Stones** ('Escalones').

En la actualidad, se han establecido varias iniciativas que mediante la microfinanciación buscan aumentar el poder económico y social de las mujeres. En estas iniciativas se

otorgan microcréditos a fin de movilizar proyectos generadores de ingresos que pueden mitigar la pobreza. El crédito independiente y los programas de desarrollo rural como el del Grameen Bank y el Bangladesh Rural Advancement Committee ('Comité de Progreso Rural en Bangladesh') se dirigen a las mujeres y parecen prometedores en cuanto a la disminución de la violencia infligida por la pareja. Sin embargo, la evaluación de estos programas debe tener en cuenta las notificaciones sobre prestamistas que explotan a las acreedoras desfavorecidas con tasas de interés muy altas, que pueden engañar a las personas endeudadas y contribuir a acrecentar la pobreza (Rhyne, 2001) y también los informes acerca del aumento de la violencia infligida por la pareja (Kabeer, 2001). Los desacuerdos sobre el control del activo y los ingresos recién adquiridos, aunados a las modificaciones de las actitudes de las mujeres hacia los roles tradicionales de género, el mayor apoyo social y una afirmación de la confianza para defenderse a sí mismas contra la autoridad masculina, ha llevado en ocasiones a conflictos conyugales y violencia contra las mujeres infligida por sus parejas (Schuler et al., 1996). En otros lugares también se ha comunicado un aumento de la violencia después de haber participado en los programas de crédito, por lo menos en las etapas iniciales de afiliación (Ahmed, 2005; Rahman, 1999). Los roles de género preexistentes parecieran influir en los resultados relacionados con la violencia de los programas de crédito; en las comunidades donde los roles de género son rígidos, la participación de las mujeres puede dar lugar a mayores niveles de violencia de pareja que no se observan en las comunidades con roles de género más flexibles (Koenig et al., 2003). Hasta la fecha, las evaluaciones de resultados de estos programas de microfinanciación independiente no han sido tan rigurosas como la evaluación del programa *Intervención con Microfinanciación para el Sida y la Equidad de Género* (IMAGE, por sus siglas en inglés) descrito en el **recuadro 3**.

RECUADRO 3

Intervención con Microfinanciación para el Sida y la Equidad de Género (IMAGE)

Uno de los programas de microfinanciación y de empoderamiento de las mujeres que se ha evaluado con métodos más rigurosos y que ha sido más exitoso, hasta la fecha, es la *Intervención con Microfinanciación para el Sida y la Equidad de Género* (IMAGE, por sus siglas en inglés), en Sudáfrica. Esta iniciativa se dirige a las mujeres que viven en las familias más pobres de las zonas rurales y asocia un programa de microfinanciación con sesiones de capacitación y desarrollo de habilidades en materia de prevención de la infección por el VIH y sobre las normas de género, las creencias culturales, la comunicación y la violencia infligida por la pareja.

El programa también promueve la participación del conjunto de la comunidad a fin de lograr vincular a los hombres y los niños. La intervención procura mejorar las oportunidades laborales de las mujeres, aumentar su influencia en las decisiones domésticas y su capacidad de resolver los conflictos conyugales, fortalecer sus redes sociales y disminuir la transmisión del VIH.

Un estudio comparativo aleatorizado encontró que dos años después de finalizado el programa, las participantes notificaron haber padecido 55% menos actos de violencia infligida por la pareja en los 12 meses anteriores, en comparación con las integrantes de un grupo de referencia. Además, las participantes tuvieron más probabilidades de manifestar su desacuerdo con las declaraciones de aprobación de la violencia física y sexual contra la pareja (52% de las participantes frente a 36% del grupo de referencia).

Los programas de microfinanciación pueden operar como organismos discretos, pero IMAGE es un ejemplo de este tipo de programas, que además incorpora sesiones de educación y talleres de desarrollo de habilidades encaminadas a ayudar a modificar las normas de género, mejorar la comunicación en las relaciones y empoderar a las mujeres en otros sentidos, y se ha mostrado que es eficaz en disminuir la violencia infligida por la pareja (Kim et al., 2009). El programa IMAGE, mediante la educación y el desarrollo de habilidades dirigidos a las mujeres y la vinculación de los niños y los hombres y el conjunto de la comunidad, fue eficaz en reducir la violencia de pareja y mejorar el respaldo a las mujeres. Este resultado se logró sin generar los efectos negativos que se han observado en otros ámbitos, donde las transformaciones culturales y otros cambios han tenido lugar sin esfuerzos dirigidos a buscar la participación de los hombres.

El módulo de capacitación *Stepping Stones*¹ representa otro enfoque participativo que promueve la comunicación y las aptitudes relacionales en las comunidades. Las sesiones de capacitación tienen lugar en paralelo en grupos de un solo sexo, mujeres u hombres. Inicialmente, esta iniciativa se formuló con el fin de prevenir la infección por el VIH, y ahora varias comunidades han incorporado los elementos de prevención de la violencia. El enfoque se ha usado en 40 países de bajos y medianos ingresos en África, América Latina, Asia y Europa. Diversas versiones del programa se han evaluado en varios países (Welbourn, 2009).² La evaluación más minuciosa hasta la fecha ha sido un estudio comparativo aleatorizado que se realizó en la provincia del Cabo Oriental en Sudáfrica, con participantes entre los 15 años y los 26 años de edad. Este estudio indicó que una menor proporción de los hombres que habían participado en el programa cometió violencia física o sexual contra la pareja en los dos años que siguieron al programa, en comparación con los hombres de un grupo de referencia (Jewkes et al., 2008). Además, una evaluación en Gambia comparó dos poblaciones donde se llevó a cabo el programa, con dos poblaciones de referencia, y se hizo un seguimiento a las parejas durante un año. La evaluación reveló que en las parejas participantes mejoró la comunicación y disminuyeron los altercados, en comparación con las parejas que no participaron. Asimismo, se observó que los hombres participantes aceptaban con mayor facilidad la negativa de la esposa a tener relaciones sexuales y era menos probable que la golpearan (Paine et al., 2002).

SASA! es un “módulo para activistas” cuya meta es movilizar a las comunidades en materia de prevención de la violencia contra la mujer y presta especial atención a la relación entre la infección por el VIH y la violencia contra la mujer.³ “Sasa!” es una palabra kiswahili que significa “ahora” y el módulo consta de recursos prácticos, instrumentos de vigilancia y evaluación de las actividades que respaldan el activismo local, actividades en los medios de comunicación y de promoción de la causa y materiales didácticos y de comunicación. El objetivo de la iniciativa es impactar las normas de la comunidad y los roles tradicionales de género y procurar modificar los conocimientos, las actitudes, las aptitudes y el comportamiento con el objeto de corregir el desequilibrio de poder entre los hombres y las mujeres. El programa fue creado por *Raising Voices* (‘Alzar las voces’), una organización no gubernamental con base en Uganda que opera en el Cuerno de África y en África Austral. La Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, la organización *Raising Voices*, el Centro para la Prevención de la Violencia Doméstica

¹ Véase: www.steppingstonesfeedback.org

² Véase: www.creativexchange.org/chd/case3

³ Véase: www.raisingvoices.org/sasa/index.php

en Kampala y la Universidad Makerere realizan actualmente un estudio comparativo aleatorizado conjunto con el fin de evaluar la eficacia de este enfoque.

De este modo, se está obteniendo una base de evidencia científica en los países de bajos y medianos ingresos sobre la eficacia que ofrecen los enfoques participativos y de empoderamiento, en la prevención de la violencia infligida por la pareja, por conducto de iniciativas de microfinanciación asociadas con la capacitación en igualdad de género y también con el dispositivo de capacitación *Stepping Stones*. Se prevé que los resultados de la evaluación del módulo *SASA!* aporte datos científicos adicionales sobre la eficacia de este tipo de programa, el cual parece tener capacidad de reducir la violencia de pareja. Es necesario repetir y ampliar la escala de esta modalidad de enfoques.

Otras estrategias participativas y de empoderamiento de las comunidades, encaminadas a prevenir la violencia de pareja pueden ser útiles, aunque rara vez se han ejecutado como estrategias de prevención primaria ni se han evaluado en forma rigurosa. La orientación a las parejas se centra en la violencia y el consumo de drogas, y quizá sea eficaz en las parejas que no han recurrido a la violencia, pero que pueden correr el riesgo de hacerlo. Los programas familiares de promoción de la comunicación positiva y las relaciones sanas y de prevención de la violencia familiar, también pueden ser eficaces en la prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, habida cuenta de la importancia de los factores familiares en su origen. En el Ecuador, se puso en marcha un programa de prevención de la violencia infligida por la pareja (pero no se evaluó) que consistía en asignar a amigos íntimos o a familiares la tarea de “vigilar” a los recién casados e intervenir en caso de que surgiese un conflicto grave. Existe también alguna evidencia inicial en favor de que la cohesión social entre los residentes aumenta la capacidad de una comunidad de controlar la criminalidad y la violencia (al aumentar la “eficacia colectiva”), lo cual lleva a disminuir la violencia de pareja que tiene consecuencias mortales o no. Estas intervenciones a escala de la comunidad pueden modificar favorablemente las características de la esfera comunitaria y justifican nuevas evaluaciones.

Los programas de visitas a los hogares encaminados a prevenir la violencia infligida por la pareja

En un análisis sistemático de los programas de visitas a los hogares (Bilukha et al., 2005) se encontró solo un estudio de evaluación (Eckenrode, 2000), en los Estados Unidos, que examinaba el efecto de la visita domiciliaria sobre los niveles de violencia infligida por la pareja. No se encontró una diferencia significativa en la incidencia de esta forma de violencia entre los grupos que participaron en el programa y los grupos de referencia.

Actualmente está en curso un proyecto quinquenal (2007-2012) financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés). Con este proyecto se elaborará, aplicará y evaluará un programa tendente a disminuir la violencia infligida por la pareja, contra las mujeres de bajos ingresos inscritas en el programa *Nurse Family Partnership* (‘Asociación entre Enfermeras y Familias’) durante el embarazo y en los dos primeros años después del parto. Esta asociación ejecuta un programa de visitas a los hogares que ha demostrado ser eficaz en la disminución del maltrato infantil. Las metas principales consisten en elaborar un modelo de intervención domiciliaria preventiva de la violencia de pareja, dirigido a las madres inscritas en el programa de la asociación y que se encuentran en riesgo de sufrir esta forma de violencia; verificar la factibilidad y la aceptabilidad del programa; y en un estudio comparativo aleatorizado, cotejar la eficacia del método combinado con la

eficacia exclusiva del programa *Nurse Family Partnership* ('Asociación entre Enfermeras y Familias').

Una evaluación del programa *Hawaii Healthy Start* ('Comienzo Saludable en Hawái'), un programa de la primera infancia basado en las visitas a los hogares, encontró que en comparación con un grupo de referencia, la participación de las madres se asoció con una disminución de la perpetración y el padecimiento de la violencia de pareja. El efecto persistió durante los tres primeros años de la vida del niño, con pequeñas disminuciones de la perpetración de la violencia contra la pareja y de las madres víctimas de la misma, durante el seguimiento hasta los siete y nueve años de edad del niño (Bair-Merritt et al., 2010). Por lo tanto, se puede considerar que aún no está definida claramente la eficacia de estos programas.

El programa de prevención del suicidio de componentes múltiples de las Fuerzas Aéreas de los Estados Unidos

Este programa tuvo como finalidad principal disminuir la tasa de suicidio en el personal de las Fuerzas Aéreas de los Estados Unidos (USAF, por sus siglas en inglés), pero se demostró que también redujo la "violencia familiar", incluidas la violencia infligida por la pareja y el maltrato infantil. El programa se basó en:

- el compromiso total de los dirigentes de USAF en favor de la obtención del apoyo de todo el servicio;
- la incorporación de la prevención del suicidio en la educación militar profesional;
- la educación de la comunidad y la capacitación de los miembros del personal militar en la detección de los factores de riesgo, la provisión de una intervención apropiada y la remisión de las personas que podían estar en riesgo de suicidio; y
- la creación de un equipo multidisciplinario compuesto por los proveedores de servicios de salud mental, prestadores de atención médica y capellanes, que podrían responder a los acontecimientos traumáticos a escala de la comunidad, incluidos los suicidios.

El programa disminuyó la tasa de suicidio en un 33% y las tasas de violencia familiar grave y moderada en un 54% y un 30% respectivamente. Dada la combinación de la violencia de pareja y el maltrato infantil en el mismo indicador de resultado, no es posible determinar el efecto del programa específicamente sobre la violencia de pareja (Knox et al., 2003), por tanto, se considera que este programa es promisorio pero no está respaldado por evidencia científica reciente.

3.7 En todas las etapas de la vida

Restringir el acceso al alcohol y disminuir su consumo perjudicial

Según se describe en la **sección 2.3**, el consumo perjudicial de alcohol está asociado con la perpetración de violencia de pareja y violencia sexual. Por consiguiente, se puede formular la hipótesis de que la restricción del acceso al alcohol, y también la disminución de su consumo perjudicial, llevarán a disminuir estas formas de violencia. Sin embargo, la relación entre el consumo perjudicial de alcohol y la violencia es compleja, pues no todos los que beben presentan un riesgo igualmente aumentado de cometer actos de violencia y, además, la violencia de pareja y la violencia sexual pueden ocurrir en tasas elevadas en culturas donde es tabú el consumo de alcohol. También existe desacuerdo entre los expertos acerca de si el alcohol se puede considerar una "causa" de violencia

de pareja y violencia sexual o si sería mejor considerarlo como un factor moderador o contributivo. No obstante, parece claro que las creencias individuales y sociales de que el alcohol genera agresión pueden conducir a que se espere un comportamiento violento cuando las personas están bajo el efecto del alcohol y que el consumo de bebidas alcohólicas se utilice con el fin de preparar y excusar esta violencia. Hasta la fecha, la investigación que se centra en la prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual asociada con el alcohol es escasa. Sin embargo, se han obtenido indicios recientes de que las siguientes estrategias encaminadas a disminuir el consumo de alcohol pueden ser eficaces en la prevención de la violencia de pareja.

- **La restricción de la disponibilidad del alcohol:** en Australia, una intervención comunitaria que restringía las horas de expendio de alcohol en una población redujo el número de víctimas de violencia doméstica que acudían al hospital (Douglas, 1998). En Groenlandia, un sistema de racionamiento del alcohol modulado con cupones, puesto en práctica en los años ochenta y que permitía a los adultos un consumo de alcohol equivalente a 72 cervezas por mes llevó a una disminución de 58% del número de llamadas a la policía por querrelas domésticas (Room et al., 2003).
- **La reglamentación de los precios del alcohol:** el aumento del precio del alcohol es un medio eficaz de disminuir la violencia relacionada con su consumo en general (Chaloupka, Grossman y Saffer, 2002). Si bien son pocas las investigaciones que evalúan la eficacia de esta iniciativa en la reducción de la violencia infligida por la pareja, un estudio de simulación con un modelo económico calculó que en los Estados Unidos, un aumento del 1% en el precio del alcohol puede disminuir en aproximadamente 5% la probabilidad de violencia infligida por la pareja contra las mujeres (Markowitz, 2000).
- **El tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol:** en los Estados Unidos, el tratamiento del alcoholismo entre los hombres disminuyó significativamente la violencia de pareja contra la esposa y contra el esposo, seis y doce meses después (Stuart et al., 2003), lo cual indica que este tratamiento también puede ser una medida eficaz de prevención primaria.

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual también se puede disminuir mediante programas de prevención primaria encaminados a reducir los efectos nocivos más generales del alcohol (Anderson, Chisholm y Fuhr, 2009). Entre los enfoques que cuentan con datos científicos que los respalden se encuentran:

- **La restricción de la disponibilidad al alcohol:** esto se puede lograr con la introducción de una edad mínima legal de compra, la limitación de la densidad de puntos de venta de alcohol al por menor y las restricciones del horario o los días de venta. Se ha demostrado que esta estrategia disminuye los problemas relacionados con el alcohol, incluidos el homicidio y las agresiones (Duailibi et al., 2007).
- **La prohibición de la publicidad sobre el alcohol:** el alcohol se comercializa mediante una publicidad cada vez más compleja en los medios establecidos, mediante la asociación de las marcas de alcohol con las actividades deportivas y culturales; por conducto de los patrocinios y la publicidad enmascarada de productos; y practicando la comercialización directa en Internet, distribución de archivos multimedia (podcast) y los teléfonos móviles. Las pruebas más fehacientes de la relación entre la publicidad y el consumo de alcohol provienen de los estudios longitudinales de los efectos que ejercen diversas formas de comercialización del alcohol, incluidas la exposición a la publicidad sobre el alcohol en los medios de comunicación tradicionales y la

promoción en forma de contenidos en las películas y las marcas de alcohol en las mercancías, sobre la iniciación de la juventud al consumo de alcohol y sobre sus modalidades más peligrosas de consumo (Anderson et al., 2009). Sin embargo, actualmente faltan datos que indiquen que estas medidas disminuyen la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual.

- **Las intervenciones dirigidas individualmente a los bebedores que ya presentan un riesgo:** estas medidas pueden ser: las intervenciones breves y de detección. La detección del consumo de alcohol (como el cuestionario AUDIT; Babor et al., 2001) y las intervenciones breves en los entornos de atención primaria de salud han resultado eficaces en disminuir los niveles y la intensidad del consumo en los países de ingresos bajos y medianos y en los países de altos ingresos (Room et al., 2003). Sin embargo, no se ha medido su efecto directo sobre la violencia de pareja relacionada con el alcohol. Los datos científicos indican que los bebedores pueden reducir su consumo hasta un 20% después de una intervención breve y que los bebedores excesivos que participan, exhiben una probabilidad dos veces mayor de reducir su consumo de alcohol que los bebedores empedernidos que no reciben ninguna intervención. Las intervenciones breves comprenden la provisión oportuna de orientación e información en los entornos de salud o de la justicia penal (que suele durar de 5 a 10 minutos), pero también se pueden extender a varias sesiones de entrevistas motivacionales o de orientación (FPH, 2008; Sheehan, 2008).

La educación sobre el alcohol en la escuela no parece disminuir los daños, pero las campañas de información del público y los programas de educación (aunque aparentemente ineficaces en la reducción de los daños causados por el alcohol) pueden aumentar la atención que se presta al alcohol en las prioridades gubernamentales y la formulación de políticas (Anderson et al., 2009).

Del mismo modo que la mayoría de los programas de prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, los programas de restricción del acceso al alcohol y disminución de su consumo perjudicial y sus evaluaciones se han llevado a cabo sobre todo en los países de altos ingresos, y poco se sabe de su idoneidad o eficacia por fuera de ellos. En muchos países de medianos y bajos ingresos, programas como las iniciativas tendentes a fortalecer y ampliar los sistemas de concesión de licencias a los puntos de venta podrían ser de gran utilidad en la disminución de estas formas de violencia que se relacionan con el alcohol. En muchas sociedades en desarrollo, una gran proporción de la producción y venta de alcohol actualmente tiene lugar en los mercados informales no reglamentados. Un estudio en São Paulo, Brasil (Laranjeira y Hinkly, 2002) encontró que solo 35% de los puntos de venta de alcohol encuestados contaba con algún tipo de licencia, y los vendedores de alcohol (autorizados o no) afrontaban pocas restricciones de comercialización. Además, en muchos países de medianos y bajos ingresos existen muchos menos establecimientos de salud especializados, lo cual disminuye las oportunidades de tratamiento o detección del alcoholismo. En estos entornos, puede ser útil en cambio, integrar en las funciones de los trabajadores de atención primaria de salud o los médicos generales la detección y la atenuación del consumo perjudicial de alcohol.

Aunque apenas están empezando a surgir los datos científicos sobre la eficacia de las medidas de reducción del acceso al alcohol y la disminución de su consumo perjudicial, y aun faltan estudios de alta calidad que demuestren su repercusión sobre la violencia de pareja y la violencia sexual, los programas de prevención de estos tipos de violencia que se relacionan con el alcohol parecen prometedores. La fuerte asociación entre el alcohol

y la violencia de pareja y la violencia sexual insinúa que las intervenciones de prevención primaria de reducción del daño causado por el alcohol podrían ser eficaces. Los métodos de prevención de estas formas de violencia relacionadas con el alcohol también deben abordar la aceptabilidad social del consumo excesivo de alcohol como un factor atenuante de la violencia y también modificar las creencias normativas acerca de la masculinidad y el consumo excesivo de alcohol. Con todo, existe una necesidad apremiante de investigaciones complementarias que evalúen la eficacia de estos enfoques en la reducción de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos.

Modificar las normas sociales y culturales relacionadas con el género que propician la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual

Las normas culturales y sociales relacionadas con el género son pautas o “expectativas de comportamiento” que reglamentan los roles y las relaciones de los hombres y las mujeres dentro de un grupo cultural o social específico. Estas normas, a menudo tácitas, definen lo que se considera un comportamiento apropiado, rigen lo que es aceptable e inaceptable y estructuran las interacciones entre los hombres y las mujeres. Se disuade a las personas de infringir estas normas mediante la amenaza de desaprobación social o castigo, o por los sentimientos de culpa y vergüenza asociados con la contravención de normas de conducta interiorizadas. A menudo las normas sociales y culturales tradicionales de género hacen a las mujeres vulnerables a la violencia infligida por la pareja, imponen a las mujeres y las niñas un mayor riesgo de violencia sexual y aprueban o favorecen la aceptabilidad de la violencia (**recuadro 4**).

RECUADRO 4

Ejemplos de normas sociales y culturales que propician la violencia contra las mujeres

- Un hombre tiene derecho a afirmar su poder sobre una mujer y se considera que es superior socialmente, por ejemplo en India (Mitra y Singh, 2007); Nigeria (Ilaka, 2005); y Ghana (Amoakohene, 2004).
- Un hombre tiene derecho a castigar por medios físicos a una mujer por comportamiento “incorrecto”, por ejemplo en India (Go et al., 2003); Nigeria (Adegoke y Oladeji, 2008); y China (Liu y Chan, 1999).
- La violencia física es un medio aceptable de resolver conflictos en una relación, por ejemplo en los Estados Unidos (Champion y Durant, 2001).
- La violencia infligida por la pareja es un tema “tabú”, por ejemplo en Sudáfrica (Fox et al., 2007).
- El divorcio es vergonzoso, por ejemplo en Pakistán (Hussain y Khan, 2008).
- Las relaciones sexuales son un derecho del hombre en el matrimonio, por ejemplo en Pakistán (Hussain y Khan, 2008).
- La actividad sexual (incluida la violación) representa un indicador de masculinidad, por ejemplo en Sudáfrica (Petersen, Bhana y McKay, 2005).
- Las jóvenes tienen la responsabilidad de controlar los deseos sexuales del hombre, por ejemplo en Sudáfrica (Ilaka, 2005; Petersen, Bhana y McKay, 2005).

Por esta razón, los esfuerzos encaminados a modificar las normas sociales que propician la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual constituyen un elemento primordial en la prevención primaria de estas formas de violencia. En diferentes partes del mundo se han adoptado algunas estrategias, rara vez evaluadas, encaminadas a romper el silencio que suele rodear a la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual; tratar de informar e influir en las actitudes sociales y las normas sociales en materia de aceptabilidad de la violencia; y fomentar la voluntad política de abordar el problema. El uso de los resultados de las investigaciones a fin de promover la causa parece prometedor en cuanto a atraer la atención y concientizar sobre el problema y contribuir a formular las reformas y las políticas (véase por ejemplo, Ellsberg, Liljestrand y Winkvist, 1997). En la actualidad, los tres enfoques principales de modificación de las normas sociales y culturales que propician la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual son: la teoría de las normas sociales (es decir, corregir las concepciones erróneas que definen el uso de este tipo de violencia como la norma prevalente entre pares); **las campañas de sensibilización en los medios de comunicación**; y **el trabajo con los hombres y los niños**. A menudo se aplican varios enfoques en un programa.

La teoría de las normas sociales supone que las personas tienen percepciones erróneas de las actitudes y los comportamientos de otras personas. Se suele sobrestimar la prevalencia de los comportamientos de riesgo (como el consumo excesivo de alcohol o la tolerancia del comportamiento violento), al tiempo que se subestiman los comportamientos protectores. Esto influye sobre el comportamiento individual de dos maneras: 1) aumenta y justifica los comportamientos de riesgo; y 2) aumenta la probabilidad de que una persona guarde silencio acerca de cualquier malestar causado por los comportamientos peligrosos (reforzando de ese modo la tolerancia social). El enfoque de las normas sociales busca rectificar estas concepciones erróneas mediante la generación de una comprensión más realista de las verdaderas normas de conducta, disminuyendo así el comportamiento peligroso.

En los Estados Unidos, el enfoque de las normas sociales se ha aplicado al problema de la violencia sexual entre los estudiantes universitarios. En esta población, los hombres parecían subestimar la importancia que la mayoría de los hombres y las mujeres atribuyen al consentimiento sexual y la buena disposición de la mayoría de los hombres a intervenir contra una agresión sexual (Fabiano et al., 2003). Aunque se cuenta con poca evidencia científica, se han comunicado algunos resultados positivos. En una universidad de los Estados Unidos, el proyecto *Un hombre respeta a una mujer*, orientado a disminuir la agresión sexual contra las mujeres, aumentó las percepciones exactas de las normas de comportamiento sexual no coercitivo y disminuyó los comportamientos coercitivos autonotificados por los hombres. En el proyecto se desplegó una campaña publicitaria de normas sociales dirigida a los hombres, se realizó una representación teatral que abordaba aspectos de socialización y se aplicó la educación recíproca entre pares masculinos. La evaluación de la campaña, dos años después de su ejecución, reveló que los hombres tenían percepciones más exactas sobre el comportamiento de otros hombres y habían mejorado sus actitudes y creencias con respecto al abuso sexual. Por ejemplo, un menor porcentaje de hombres creía que el estudiante varón promedio tiene relaciones sexuales cuando su pareja está intoxicada, que no interrumpirá la actividad sexual cuando se lo soliciten si ya está excitado y que cuando desea tener contacto físico de carácter sexual con alguien lo intenta y espera la reacción. Sin embargo, aumentó el porcentaje de hombres que afirmaron tener relaciones sexuales cuando su pareja está intoxicada (Bruce, 2002).

Las campañas de sensibilización en los medios de comunicación representan un método habitual de prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la

violencia sexual. Entre las metas de las campañas pueden estar el aumento de la sensibilización del público (por ejemplo, acerca de la magnitud del problema, de considerar la violencia de pareja y la violencia sexual como violaciones de los derechos humanos de las mujeres y sobre el papel del hombre en la erradicación de la violencia contra la mujer); el suministro de información exacta; la desaparición de los mitos y los estereotipos sobre la violencia de pareja y la violencia sexual; y la modificación de la opinión pública. Estas campañas tienen la capacidad de llegar a un gran número de personas.

Un ejemplo de campañas de sensibilización en los medios de comunicación es *Soul City* en Sudáfrica.¹ Este proyecto multimediático de promoción de la salud y cambio examina una diversidad de temas de salud y desarrollo, imparte información y procura modificar las normas sociales, las actitudes y las prácticas. Se dirige a la persona individual, la comunidad y al entorno sociopolítico. Uno de sus componentes procura modificar las actitudes y las normas que propician la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Esta intervención de niveles múltiples se emprendió durante seis meses y consistió en una serie de emisiones televisivas y radiofónicas, materiales impresos y una línea telefónica de asistencia. En colaboración con una coalición nacional de prevención de la violencia de pareja, también se realizó una campaña de promoción de la causa frente al gobierno nacional, con la intención de lograr la puesta en vigor de la Ley de Violencia Doméstica de 1998. La estrategia buscaba tener una repercusión a múltiples niveles, desde los conocimientos, las actitudes, la competencia personal y el comportamiento de la persona hasta el diálogo comunitario; la transformación de las normas sociales y la creación de un ambiente jurídico y social favorable al cambio. La evaluación independiente del programa consistió en encuestas nacionales realizadas antes y después de la intervención, grupos de discusión y entrevistas exhaustivas a los miembros del público destinatario y los interesados directos a diversos niveles. La evaluación encontró que el programa había facilitado la ejecución de la Ley de Violencia Doméstica de 1998, había tenido repercusiones positivas sobre las normas sociales y las creencias problemáticas (por ejemplo que la violencia infligida por la pareja es un asunto privado) y había mejorado el grado de información sobre las fuentes de ayuda. También se intentó determinar su repercusión sobre el comportamiento violento pero la insuficiencia de los datos no permitió definirla con exactitud (Usdin et al., 2005).

Como se observó con el proyecto *Soul City*, están surgiendo datos que indican que las campañas en los medios de comunicación combinadas con otras oportunidades educativas pueden modificar los conocimientos, las actitudes y las creencias en materia de violencia de pareja y violencia sexual. Las campañas bien concebidas pueden aumentar los conocimientos y la sensibilización, influir en las percepciones y las actitudes y fomentar la voluntad política de acción, pero la base de evidencia científica sobre su eficacia en la modificación del comportamiento es insuficiente (Whitaker, Baker y Arias, 2007).

El trabajo con los hombres y los niños: se ha observado una tendencia creciente a centrar los esfuerzos en la transformación de las normas sociales y culturales de los adolescentes varones o los niños más jóvenes mediante programas universales o específicos que se administran por una variedad de mecanismos como las iniciativas en la escuela, la movilización comunitaria y las campañas públicas de sensibilización. Las metas suelen incluir aumentar los conocimientos individuales, modificar las actitudes hacia las normas y la violencia de género, y cambiar las normas sociales acerca de la masculinidad, el poder, el género y la violencia. Algunos programas también procuran promover

¹ www.soulcity.org.za

la capacidad y la confianza de los niños y los hombres jóvenes a decir lo que piensan e intervenir contra la violencia, a fin de modificar el clima social en el cual esta ocurre (Katz, 2006). La incapacidad de vincular a los hombres y los niños en la prevención, puede dar lugar al tipo de efectos negativos observados en algunos entornos, donde las modificaciones culturales y de otra índole han tenido lugar sin incluir iniciativas que busquen su participación (**recuadro 5**).

Un examen de los programas que trabajan con los hombres y los niños en la prevención de la violencia contra la mujer (Barker, Ricardo y Nascimento, 2007) incluyó 13 programas de prevención primaria, cinco de los cuales se ejecutaron en países de medianos y bajos ingresos. Los autores juzgaron que cuatro de estos programas fueron “eficaces”, seis “prometedores” y tres de eficacia “incierto”. Por ejemplo, una campaña de movilización y difusión comunitaria en Nicaragua juzgada eficaz se denominó *Violencia contra las mujeres: un desastre que los hombres sí podemos evitar* (Solórzano, Abaunza y Molina,

RECUADRO 5

El retroceso nicaragüense demuestra la necesidad de lograr también la participación de los hombres

Desde el 2000, se han promovido en Nicaragua varias iniciativas encaminadas a proteger a las mujeres contra la violencia doméstica. Entre ellas se cuentan:

- una red de comisarías policiales para mujeres (*Comisaría de la Mujer*) donde las mujeres que han sufrido maltrato pueden recibir apoyo psicológico, social y jurídico;
- un ministerio de asuntos familiares (*Mi Familia*) encargado, entre otras tareas, de verificar que existan albergues al alcance de las mujeres y los niños que sufren violencia doméstica; y
- la reforma del programa nacional de salud reproductiva que incluye los aspectos relacionados con el género y el abuso sexual.

Durante el mismo período, algunos grupos de la sociedad civil han realizado una campaña con el fin de promover los derechos de la mujer y empoderarlas para oponerse al maltrato doméstico. Como consecuencia de estos esfuerzos, aumentó en forma considerable la frecuencia notificada de violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Entre más intensas eran la promoción de la causa y la sensibilización, mayores posibilidades había de que las mujeres denunciaran la violencia contra ellas. Por ejemplo, el número de denuncias de violencia sexual que recibió la *Comisaría de la Mujer* pasó de 4174 (entre enero y junio del 2003) a 8376 (entre enero y junio del 2004).

Los investigadores en la Universidad Centroamericana y el Instituto para los Estudios de Género afirman que varios factores explican este fenómeno: la sensibilización creciente de las mujeres acerca de la inacceptabilidad de las tradiciones culturales que propician la violencia de acuerdo con el derecho internacional y la ley nicaragüense de violencia doméstica, y una mejor notificación de los casos a medida que las mujeres se sienten estimuladas a decir lo que piensan. Sin embargo, entre más activamente se han opuesto las mujeres nicaragüenses a la hegemonía masculina, más han aumentado los conflictos domésticos y más hombres han recurrido a la violencia contra su pareja.

Estos resultados indican que las respuestas a la violencia infligida por la pareja no se deben dirigir exclusivamente a las mujeres, sino que es importante hacerlas llegar también a los hombres, si se quiere evitar este tipo de retroceso (Schopper, Lormand y Waxweiler, 2006).

2000). Esta iniciativa se dirigió a los hombres entre los 20 años y los 39 años de edad que se vieron afectados por el huracán Mitch. Los principales mensajes de la campaña abordaron la capacidad y la responsabilidad de los hombres en la prevención o disminución de la violencia contra sus compañeras. La campaña *Hacia una masculinidad sin violencia en las relaciones de pareja* fue un programa educativo dirigido a los hombres en distritos periféricos de Managua, Nicaragua (Welsh, 1997). El efecto del programa, no obstante, fue poco claro debido a las deficiencias de la evaluación de los resultados. En efecto, la calidad metodológica de la mayoría de las evaluaciones de resultado fue muy baja y los indicadores de resultados evaluados consistieron principalmente en las modificaciones de las actitudes y las tasas de autonotificaciones de violencia por razón del sexo, a menudo basadas en muestras pequeñas.

Una campaña en Nueva Gales del Sur en Australia: *La violencia contra la mujer: es contra todas las reglas*,¹ se dirigió a los hombres entre los 21 años y los 29 años de edad y procuró influir en sus actitudes. Celebrities de los deportes difundieron el mensaje de que la violencia hacia las mujeres es inadmisible y que un hombre masculino no es un hombre violento. La campaña buscaba también fortalecer la capacidad de la comunidad de afrontar y abordar la violencia contra la mujer. Una encuesta posterior a la campaña indicó que esta había logrado algunos resultados positivos: 83% de los entrevistados declararon que el mensaje de la campaña fue que la violencia contra la mujer “no está a la moda” y 59% de los entrevistados podían recordar el lema de la campaña. Sin embargo, 91% del grupo destinatario afirmó que no era un tema del que ellos hablarían con sus compañeros, por fuera de la campaña.

De manera análoga, en los Estados Unidos la organización *Men can stop rape*² (‘Los hombres pueden poner fin a las violaciones’) difunde una campaña pública de educación dirigida a los hombres y los niños con el mensaje: “*Mi fuerza no es para lastimar*”. Esta campaña se realiza en colaboración con los clubes *Men of Strength* (MOST) (‘Hombres de fortaleza’), que es un programa de prevención primaria que ofrece a los hombres jóvenes en edad liceal un espacio estructurado, propicio para el aprendizaje de una masculinidad sana y para la redefinición de la fuerza masculina.

Los programas que procuran modificar las normas culturales y sociales representan las estrategias más visibles y omnipresentes de prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual, y sin embargo son también de las menos evaluadas. Las evaluaciones realizadas suelen medir las modificaciones de las actitudes y las creencias en lugar de medir la frecuencia de comportamientos violentos, lo cual dificulta la formulación de conclusiones firmes sobre su eficacia en la prevención real de estas formas de violencia. No obstante, pruebas científicas recientes respaldan el uso de los tres tipos de programas examinados anteriormente con el objeto de modificar las normas sociales y culturales relacionadas con el género que propician la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual.

3.8 Mensajes clave

■ A fin de lograr modificaciones a escala de la población es importante abordar los factores de la esfera social en la prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Las estrategias incluyen la promulgación de leyes y la formulación de políticas de apoyo que

¹ http://lawlink.nsw.gov.au/lawlink/vaw/ll_vaw.nsf/vwPrint1/vaw_vaw_iaatrcampaign

² <http://www.mencanstoprape.org>

protejan a las mujeres, aborden la discriminación contra ellas y contribuyan a alejar la cultura de la violencia, y se conviertan así en el fundamento de futuros trabajos de prevención.

- En la actualidad no existe ninguna estrategia de prevención de la violencia sexual cuya eficacia se haya demostrado, fuera de las relaciones de pareja o citas amorosas. Solo se ha demostrado la eficacia de una estrategia de prevención de la violencia de pareja, a saber, los programas escolares que procuran prevenir la violencia en las citas amorosas y se dirigen a los adolescentes en las escuelas, sin embargo, todavía es necesario evaluar su aplicación en entornos de escasos recursos.
 - Aunque es prematuro considerarlas demostradas, se están produciendo datos que respaldan la eficacia de otras estrategias de prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual, como la microfinanciación asociada con la capacitación en materia de igualdad de género y los programas que potencian las habilidades de comunicación y relacionales en las comunidades.
 - La construcción de una base de datos científicos sobre los programas de prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual se encuentra todavía en sus primeras etapas. Existen, no obstante, suficientes razones para pensar que las rigurosas evaluaciones de resultados de los programas existentes y la elaboración de nuevos programas con base en teorías sólidas y factores de riesgo conocidos, llevarán a una ampliación rápida de este campo en los próximos años.
-

CAPÍTULO 4

Mejoramiento de la planificación y la evaluación de los programas

Este capítulo se basa en el marco operativo en seis etapas presentado en la **figura 2**, destinado a poner en práctica las políticas y los programas de prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual.

4.1 Etapa 1: Para empezar

Escoger a los socios clave y definir los planes para el trabajo conjunto

Una asociación vincula diferentes sectores y organismos que trabajan en conjunto con el fin de ejecutar los programas de prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual de una manera coordinada. Es posible que los programas abarquen esferas de actividad de muchos sectores y organizaciones diferentes, pueden ser en gran escala y comportar componentes múltiples y a menudo funcionan durante períodos prolongados. En consecuencia, la prevención eficaz requerirá la planeación conjunta de las acciones y la participación común en el financiamiento y obtención de otros recursos, en función de los puntos fuertes y las capacidades de cada socio.

Es importante comprender las diferentes actividades y los programas de los diversos sectores que trabajan en la prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y definir claramente las funciones y las contribuciones según corresponda. El trabajo conjunto en la prevención de estos tipos de violencia ofrece muchas ventajas y fortalece la comprensión de la forma en que la violencia afecta a los diferentes sectores y de cómo cada uno puede contribuir a su prevención.

Muchas de las soluciones que se reconocen como posibles se basan en la creación de asociaciones de trabajo eficientes, pues la violencia de pareja y la violencia sexual afectan a las personas en todas las etapas de la vida. Definir las prácticas de trabajo conjunto y velar por el establecimiento de los mecanismos de una colaboración continua desde el principio ayudará a aumentar la apropiación y la participación en la problemática y contribuirá a lograr que los enfoques adoptados sean integrales y sostenibles. En consecuencia, **todas las etapas descritas en este capítulo se deben llevar a cabo como parte del trabajo de todos los organismos clave**, entre los cuales se encuentran probablemente:

- el sector de la salud (**recuadro 6**);
- los organismos que trabajan con los niños y los jóvenes, incluido el sector educativo;
- la policía y el sector de la justicia penal;
- el gobierno local;

FIGURA 2

Etapas de la ejecución de las políticas y los programas de prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual



- las comunidades; y
- las organizaciones no gubernamentales.

Los factores que pueden aumentar la probabilidad de éxito en este campo son el desarrollo de un marco conceptual y de objetivos compartidos, el liderazgo claro y la definición de las funciones como parte de la estrategia conjunta y el plan de acción que reúne a estos y otros socios.

Formular un marco conceptual compartido por todos los sectores sobre los efectos de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual

La creación de un clima favorable a la prevención requerirá una visión clara y compartida de los mecanismos mediante los cuales los programas de prevención primaria pueden

RECUADRO 6

La función del sector de la salud en la prevención primaria

El sector de la salud desempeña una función primordial en la creación de un clima favorable a la prevención primaria, mediante:

- la difusión de los conocimientos y la sensibilización acerca de los daños inmediatos y a largo plazo causados a la salud por la violencia de pareja y la violencia sexual;
- la sensibilización a los efectos sanitarios más amplios de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual sobre el desarrollo de los niños y los adultos y el funcionamiento de las familias y las comunidades; y
- la puesta en práctica y el intercambio de las competencias en salud pública, incluidos el conocimiento de las modalidades de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y sus factores de riesgo y de protección; la valoración crítica de los datos científicos; y la necesidad de centrar la atención en la población entera, poseer competencias de evaluación y trabajar en asociación.

evitar que ocurra la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. La prevención primaria vinculará necesariamente diferentes sectores y nuevas maneras de colaborar. En este sentido, la “declaración del marco conceptual” acertado puede influir en los integrantes de los diferentes sectores y estimular su participación, y se debe caracterizar por:

- ser elaborada por un grupo representativo de personas de jerarquía superior en los sectores clave, las organizaciones y los grupos afectados o las poblaciones;
- describir un futuro deseado por todos;
- exponer las ventajas para todos los que participan;
- ser de comunicación y comprensión sencillas;
- ser fácil de recordar por la mayor diversidad de personas;
- ser verificable en cuanto a saber cuándo se ha cumplido; y
- prever un nuevo examen con el fin de verificar su adecuación estratégica con las políticas conexas.

Fortalecer las aptitudes y las capacidades de liderazgo y promoción de la causa

Las aptitudes de liderazgo son esenciales para ofrecer respaldo a las personas que convertirán en una realidad el marco conceptual de la prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual. Un liderazgo satisfactorio también puede ayudar a mantener la apropiación continua del programa por parte de todos los sectores y las organizaciones. Esta característica será crucial cuando sea necesario ejecutar los programas durante un período prolongado, que permita lograr las modificaciones del comportamiento que exige la disminución de la tasa de estas formas de violencia. Entre las aptitudes de liderazgo se cuentan:

- excelentes aptitudes de comunicación y de relaciones interpersonales;
- capacidad de armonizar los puntos de vista múltiples y el trabajo conjunto de todos los sectores, los cuales presentan diferentes necesidades e intereses que en ocasiones pueden entrar en conflicto;

- capacidad de adaptarse a las necesidades que surgen y que pueden cambiar;
- mantener como objetivo el aporte de resultados realistas; y
- ayudar a las personas a buscar y compartir soluciones creativas.

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual afectan a menudo en forma desproporcionada a las personas desfavorecidas y vulnerables, quienes debido a la naturaleza de la violencia y a su relativa carencia de poder en la sociedad, pueden tener dificultades en expresar sus opiniones. **La promoción de la causa** lleva consigo el trabajar con quienes sufren la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y en su nombre, a fin de desafiar la aceptabilidad social y cultural de estas formas de violencia y favorecer su prevención.

La promoción de la causa se puede definir como despertar la sensibilidad acerca de un problema a fin de influir sobre las políticas, los programas y los recursos dedicados al mismo. Representa un componente fundamental de los esfuerzos de prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual, y a menudo se necesita cuando el liderazgo es insuficiente o escaso o no se está tomando ninguna medida preventiva. La promoción de la causa puede estar a cargo de una amplia variedad de personas y sectores, incluidos los grupos voluntarios de la comunidad y las organizaciones no gubernamentales y gubernamentales.

Las campañas de promoción de la causa patrocinadas por el gobierno pueden informar a las personas acerca de la magnitud, los factores determinantes y las consecuencias de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual en su país y la manera de prevenirlas. También pueden corregir las percepciones erróneas del público sobre las causas y el carácter prevenible de estas formas de violencia. Las campañas de información pueden acompañar los esfuerzos de prevención, destacando por ejemplo la inaceptabilidad de la violencia contra la mujer o la importancia de las leyes encaminadas a disminuir el consumo perjudicial de alcohol o la necesidad de velar por el derecho de las mujeres a la propiedad y la herencia. El lanzamiento de nuevas políticas, programas o publicaciones y la comunicación de los resultados de la investigación sobre la violencia de pareja y la violencia sexual suelen brindar una buena oportunidad a los gobiernos de llevar al terreno iniciativas de promoción de la causa. Los resultados de la investigación se pueden expresar en figuras sencillas y gráficos circulares y usarlos luego en la elaboración de mensajes de promoción de la causa dirigidos a diferentes audiencias. Las asociaciones de investigadores y promotores de la causa pueden ser útiles a este respecto.

Las campañas de promoción de la causa también pueden tener lugar en torno a acontecimientos destacados en el calendario mundial, como el *día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer* (el 25 de noviembre) y la campaña anual *16 días de activismo contra la violencia de género*¹ (del 25 de noviembre al 10 de diciembre). La participación de personalidades públicas prominentes y de los medios de comunicación locales y nacionales en las campañas en torno a estos eventos puede reforzar su repercusión. La promoción de la causa se puede fortalecer con el uso de los datos locales en conjunto con acuerdos internacionales como las resoluciones de las Naciones Unidas sobre la erradicación de la violencia contra la mujer, las convenciones de derechos humanos y las resoluciones de los comités regionales de la Asamblea Mundial de la Salud y la OMS sobre la prevención de la violencia.

¹ <http://www.cwgl.rutgers.edu/16days/home.html>

Otro mecanismo de ampliación del espectro de los esfuerzos de prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual es escoger un personaje destacado en el ámbito de los negocios, la política o la comunidad, que haya demostrado un interés decidido y auténtico en la promoción de la prevención de esta violencia, y cultivar su participación. Para ser eficaz, este adalid debe:

- explicar claramente las ventajas de la prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual y estimular la participación de los demás con este fin;
- gozar de credibilidad o autoridad en los diversos sectores y grupos a escala nacional, regional y local;
- mantener buenas relaciones con las personas de las diferentes organizaciones, sectores y esferas de influencia; y
- colaborar con todos los sectores que comparten la meta de prevenir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual.

Las organizaciones no gubernamentales también desempeñan una importante función de promoción de la causa al contribuir a prevenir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Sus centros de interés pueden ser diversos, como por ejemplo lograr ejercer presión política sobre el gobierno a fin de que adopte nuevas leyes y políticas. Muchas organizaciones no gubernamentales buscan también la sensibilización a escala de la comunidad y pueden ejecutar programas de educación que respalden este trabajo.

4.2 Etapa 2: Definir y describir la naturaleza del problema

Definir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y describir la magnitud y la naturaleza de cada problema

En muchas partes del mundo se carece de información sobre la violencia de pareja y la violencia sexual. En consecuencia, las políticas y los planes destinados a abordar este problema a menudo se elaboran con base en una información muy limitada. Por ejemplo, en ocasiones las políticas se formulan en respuesta a casos únicos que despiertan gran interés público y político o se basan en aspectos que reciben mucha atención de los medios de comunicación. Sin embargo, las políticas definidas sobre estas bases pueden dar lugar a planes mal dirigidos, que se centran en los síntomas en lugar de las causas subyacentes y, como consecuencia, no tienen repercusión alguna sobre el problema. También pueden existir mitos y concepciones erróneas acerca de los factores de riesgo, las características de las víctimas y los agresores, y sobre los efectos probables de esta violencia. La única manera de disipar estas ideas falsas es la obtención de información exacta y el reemplazo de las conjeturas por hechos. El estudio de la frecuencia y las razones por las cuales un problema de salud ocurre en grupos específicos de personas se conoce como “epidemiología” y la información epidemiológica es fundamental en la planificación y la evaluación de las estrategias de prevención de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual (**recuadro 7**).

En condiciones ideales, la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual se definirán por conducto de informes epidemiológicos autorizados y de otra índole, basados en estadísticas actualizadas periódicamente sobre la naturaleza, la magnitud y las consecuencias de los problemas, sus causas subyacentes y los factores de riesgo. Estos informes aportarán los fundamentos del diseño de los esfuerzos de prevención y una línea basal con respecto a la cual se medirá la eficacia de la prevención. La recopilación

RECUADRO 7

¿Cuál es la utilidad de una información epidemiológica fidedigna?

La información epidemiológica exacta sobre la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, y sobre sus causas y consecuencias, puede contribuir directamente a prevenir estas formas de violencia mediante los siguientes mecanismos:

- dar visibilidad al problema y proporcionar una descripción cuantitativa del mismo, que de otra manera y por diversas razones culturales y sociales podría permanecer oculto;
- aportar datos actualizados y sistemáticos sobre la incidencia, las causas y las consecuencias de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual a escala local, regional y nacional;
- indicar las estrategias prioritarias de prevención con base en los factores de riesgo de cometer actos de violencia de pareja y violencia sexual o de ser víctima de los mismos, según los han definido los estudios epidemiológicos;
- facilitar la detección temprana de las nuevas tendencias y los problemas particulares de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, a fin de facilitar el establecimiento de programas apropiados de prevención;
- aportar un panorama de la distribución geográfica de esta forma de violencia, que contribuya a definir la orientación de los programas tendentes a disminuir el número de casos nuevos y a planificar la provisión de futuros servicios de apoyo a las víctimas;
- suministrar una línea basal que permita la medición de la repercusión de los esfuerzos de prevención; y
- supervisar, en el transcurso del tiempo, los cambios de la prevalencia y las características de la violencia de pareja y la violencia sexual, y de los factores de riesgo asociados.

de los datos debe contar con la contribución de expertos, incluidos los epidemiólogos, los estadísticos y los profesionales de las ciencias sociales.

El establecimiento de la naturaleza y la magnitud precisa de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual en un entorno específico, exigirá complementar las definiciones conceptuales suministradas en el **capítulo 1** de este documento con las definiciones operativas. Una definición operativa es una especificación clara, concisa y detallada del concepto en cuestión, que facilita su medición. Gracias a estas definiciones, diferentes personas en entornos diversos y en momentos separados estarán midiendo el mismo fenómeno definido con precisión. En el **anexo A** se ofrece mayor información sobre la formulación y el uso de las definiciones operativas.

La generación de información con propósitos diversos, exige diferentes tipos de datos, entre ellos: la descripción de la magnitud y la repercusión de la violencia de pareja y la violencia sexual, la comprensión de los factores de riesgo pertinentes y la determinación de la eficacia de los programas de prevención. En el **cuadro 7** se enumeran varias categorías de datos junto con sus posibles fuentes y el tipo de información que se suele recopilar en cada categoría.

Según se muestra en el **cuadro 7**, las posibles fuentes de datos son variadas y pueden consistir en los registros individuales, de organismos o instituciones, los registros locales

CUADRO 7

Las posibles fuentes de datos y la información por categoría de datos

Categoría de datos	Posibles fuentes de datos	Ejemplos de información recopilada
Mortalidad	Los certificados de defunción, los registros de estadísticas vitales y los informes de la morgue, los médicos forenses o los funcionarios forenses	Las características individuales, la causa de muerte y el momento, el lugar y la localidad de la muerte
Morbilidad y datos relacionados con la salud	Los registros hospitalarios, los expedientes clínicos y los registros médicos	La información sobre las enfermedades, las lesiones y la salud física o mental y sobre las circunstancias y la gravedad de la lesión
Autonotificación de actitudes, creencias y prácticas	Las encuestas, los grupos de discusión y los medios de comunicación	La información sobre las actitudes, las creencias y las prácticas, el ejercicio de la violencia o el padecimiento de la misma, la exposición a la violencia en la comunidad y el hogar y los comportamientos de riesgo
Comunitario	Los registros demográficos y los registros del gobierno local	Los censos de población, los niveles de ingresos, los grados de instrucción y las tasas de desempleo
Datos sobre la delincuencia	Los registros de policía, los registros judiciales, los registros de prisiones y de laboratorios de criminología	El tipo de delito, las características de los agresores y las víctimas y las circunstancias del hecho
Socioeconómicos	Los registros institucionales o de los organismos y los estudios especiales	Los gastos sanitarios, el uso de los servicios, el acceso a la atención de salud, los costos de los tratamientos, los ingresos personales y domésticos y la distribución de los ingresos
Políticos o legislativos	Los registros gubernamentales y legislativos	La información sobre las leyes y decretos y sobre las normas y los procedimientos institucionales

Adaptado de: Dahlberg y Krug (2002)

del programa, la comunidad y del gobierno, las encuestas poblacionales o de otra índole y los estudios especiales. Casi todas estas fuentes comportan las características demográficas básicas (como la edad y el sexo). Algunas fuentes (como los expedientes médicos, los registros de policía, los certificados de defunción y los informes de la morgue) incluyen información específica sobre las lesiones o los hechos violentos. Los datos de los servicios de urgencias, por ejemplo, pueden suministrar información sobre la naturaleza de una lesión, el mecanismo que la produjo, el lugar y el momento en que ocurrió el hecho (aunque a menudo no hay información sobre el agresor). Los datos recogidos por la policía pueden contener información sobre la relación entre la víctima y el agresor, la presencia de un arma y otras circunstancias relacionadas con el hecho. Las encuestas y los estudios especiales pueden suministrar información detallada acerca de la víctima o el agresor y sus antecedentes, actitudes, comportamientos y su eventual participación previa en actos de violencia. Estas fuentes también pueden aportar un cálculo más real de la prevalencia de violencia, que los registros de lo que se notifica a la policía u otros organismos.

La mayoría de las víctimas de violencia de pareja y violencia sexual no busca ayuda. Las lesiones y otros problemas físicos y mentales que resultan como consecuencia de estos tipos de violencia reciben autotratamiento o los tratan proveedores de atención primaria o de otros servicios de salud como los farmacéuticos, que no conocen forzosamente la

causa subyacente. Por consiguiente, las encuestas poblacionales en gran escala son otra fuente particularmente importante de datos, pues ofrecen una imagen más completa de la aparición y las consecuencias de los actos de violencia de pareja y violencia sexual. En algunos medios, la estrategia ha consistido en forjar asociaciones internacionales con instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales, a fin de obtener el financiamiento de una encuesta o estudio en el país, pero también están en curso esfuerzos que buscan la participación de los gobiernos en encuestas nacionales o de menor escala. En muchos países, sin embargo, la descripción exacta de la naturaleza del problema sigue planteando dificultades mayores, sobre todo cuando existen pocos datos sistemáticos o estudios anteriores que sirvan de base. Las limitaciones de tiempo en algunos ámbitos también pueden exigir la adopción de mecanismos de “atajo”. En estas situaciones, se puede usar la información de estudios internacionales en entornos similares. Por ejemplo, se pueden utilizar los resultados obtenidos en países comparables en el *Estudio multipaís de la OMS y la violencia doméstica contra la mujer* (García-Moreno et al., 2005), las Encuestas de Demografía y Salud o en otros estudios presentados en el **capítulo 2** de este documento.

Fomentar la capacidad de evaluación de las necesidades de salud y las consecuencias en la salud

La mayoría de los países carece de información sistemática sobre la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Cuando esto ocurre, existen varias formas de obtener datos:

- **Las encuestas especializadas** sobre la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual proporcionan los datos más exhaustivos y científicos, pues pueden recopilar información sobre la prevalencia y la frecuencia, la repercusión sobre la salud, los factores contextuales y los factores de riesgo y de protección. Sin embargo, estos estudios son costosos y su repetición no siempre es sencilla. Una alternativa útil es integrar un módulo sobre la violencia de pareja y la violencia sexual en los sistemas de recopilación de datos y las encuestas vigentes, con el fin de favorecer el acopio sostenible y repetido de datos, pero es necesario prestar atención al respeto de las normas éticas y de seguridad (Ellsberg y Heise, 2005). Es necesario ser cuidadoso, pues la integración de estos módulos en encuestas de salud muy amplias puede dar lugar a una subestimación del problema. No se recomienda agregar solo un pequeño número de preguntas sobre la violencia, pues se ha demostrado que esto puede dar lugar a subestimaciones y otros resultados engañosos. Cuando se está diseñando una nueva investigación, es importante obtener asesoramiento especializado y considerar integralmente los aspectos de seguridad, confidencialidad, éticos y de otra índole. La OMS ha elaborado unas directrices sobre las consideraciones éticas y de seguridad en la investigación de la violencia de pareja (OMS, 2001). Existe también un manual dirigido a los investigadores y activistas que investigan la violencia contra la mujer, el cual ofrece asesoramiento práctico sobre la realización de las encuestas y otros estudios sobre este tipo de violencia (OMS/PATH, 2005).
- **Los datos de los registros** que dependen de la declaración profesional o los registros públicos (por ejemplo, datos de hospitales o de policía) pueden constituir una fuente continua de información y se han usado en la vigilancia de las tendencias del maltrato infantil en los Estados Unidos. Sin embargo, la interpretación de los datos exige cuidado, pues están supeditados a las modificaciones de las políticas de notificación y tienden a ofrecer una representación incompleta de un problema, cuando se comparan con los resultados de encuestas representativas de la población.

- **Las técnicas de evaluación rápida**¹ son métodos de bajo costo que describen la naturaleza de un problema y se pueden poner en práctica en forma rápida en un entorno local. Estas técnicas suelen comportar una combinación de métodos, por ejemplo, las entrevistas con interesados directos, los grupos de discusión, los ejercicios de mapeo y la recopilación y el análisis de los datos existentes en los establecimientos de salud, las organizaciones no gubernamentales y las autoridades locales (Palmer, 1999). Toda la estrategia se puede completar en dos o tres meses y se comunican los resultados a la comunidad con el objeto de estimular acción local y documentar la planificación de las organizaciones estatutarias.

Con el objeto de preconizar la inversión en la prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual, documentar la formulación de las políticas y los programas de prevención y supervisar los efectos de estos programas, es de gran utilidad producir información en los siguientes campos:

- **La prevalencia y la incidencia** de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, la frecuencia con que afectan a la población y sus tendencias con el transcurso del tiempo.
- **La distribución** de esta forma de violencia, por ejemplo, en función de la edad, el sexo, la situación socioeconómica, el entorno y la ubicación.
- **Las consecuencias sobre la salud: la mortalidad:** el número de defunciones causadas por la violencia de pareja o por la violencia sexual. Los datos se pueden usar con el fin de vigilar los cambios de la violencia mortal con el transcurso del tiempo; detectar a las personas y los grupos en alto riesgo de muerte por este tipo de violencia; y establecer comparaciones entre los países y dentro de cada país. **Los indicadores de salud y morbilidad:** datos sobre las enfermedades, las lesiones y otros trastornos de salud que aparecen por ser víctima de violencia de pareja o violencia sexual y sobre la repercusión de estos en la capacidad de trabajar y llevar a cabo las actividades básicas de la vida.
- **Los factores de riesgo:** en la esfera *individual*, por ejemplo, el sexo, la edad temprana, los antecedentes de maltrato, el consumo perjudicial de alcohol y la conducta o los comportamientos antisociales; en la esfera *relacional*, por ejemplo, las parejas múltiples y la infidelidad, la satisfacción o el desacuerdo conyugal; en la esfera *comunitaria*, por ejemplo, los relacionados con las características de la población y los niveles de los ingresos, la educación y desempleo; y en la esfera *social*, por ejemplo, las normas sociales que rigen las relaciones entre los sexos y la aceptabilidad de la violencia y las leyes y las políticas que guardan relación con la violencia.
- **Los factores de protección:** por ejemplo, la asistencia a la escuela, el voluntariado, las iniciativas comunitarias y la participación en actividades de grupo. Esto también puede incluir un mapeo de los servicios y las políticas existentes que son eficaces en la prevención.
- **Los datos de la delincuencia:** datos sobre las características y las circunstancias de los hechos violentos y los delincuentes violentos que llegan a la atención de la policía, sobre el progreso de los casos en los tribunales y la proporción de hechos que concluyen en condenas.

¹ Se puede obtener información complementaria, como los recursos gratuitos y ejemplos de las técnicas de evaluación rápida, en: *The Managers Electronic Resource Centre*, en la sección de *Management Services for Health* en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.1b.htm&module=chs&language=English>

- **Los datos económicos:** relacionados con los costos del tratamiento y los servicios sociales, la carga económica en los sistemas de atención de salud; y los ahorros que pueden aportar los programas de prevención.
- **Las políticas y las leyes:** comprenden la introducción de políticas y la promulgación y el cumplimiento de las leyes que responden a la experiencia de una población sobre los factores de riesgo (como el consumo perjudicial de alcohol).

Los datos existentes serán primordiales en la documentación de los pasos siguientes. Dada la limitación de los recursos, los datos pueden ayudar a definir los grupos prioritarios (por ejemplo, al mostrar quién presenta el mayor número de factores de riesgo de cometer un acto de violencia) y los posibles puntos de acción de una intervención. Esta información documentará la etapa siguiente de selección de las intervenciones.

4.3 Etapa 3: Escoger los programas que pueden ser eficaces

Escoger los programas que pueden ser eficaces teniendo en cuenta la base de datos científicos

En el **capítulo 3**, se presentó un resumen de los datos científicos de eficacia y una amplia gama de programas. Como se ha señalado, la mayor parte de estos datos proviene de países de altos ingresos y por consiguiente es importante que quienes formulan las políticas y llevan a cabo la planificación decidan lo que puede ser más pertinente y eficaz en su propio contexto local, con base en los datos existentes. Las pruebas científicas de eficacia en un entorno de ingresos altos, por ejemplo, pueden suponer el acceso a recursos e infraestructuras con los que no se cuenta en un entorno de bajos ingresos, de manera que todos los programas se deberán adaptar al contexto local. Además, se ha demostrado que algunos programas que se aplican con frecuencia (como los programas de educación sobre la violación) son ineficaces.

Habida cuenta de los escasos recursos que se pueden asignar para abordar la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, es primordial planificar cuidadosamente los programas. Además, la ejecución debe ser progresiva, cuidadosamente supervisada, de una escala suficiente y por un período lo suficientemente largo que permita la documentación y evaluación de los cambios. Será necesario fomentar la capacidad de planificar, vigilar y evaluar los programas a fin de favorecer su ejecución.

Antes de la selección y la puesta en práctica de los programas específicos, será muy útil emprender un proceso de “evaluación formativa”. Este proceso ayudará a conocer más a fondo las necesidades y los recursos existentes en un entorno particular y a documentar el mejor enfoque que ha de adoptarse. Junto con la comprensión de los factores de riesgo, la evaluación formativa ayudará a orientar la selección y planeación de las actividades de prevención (como decidir el empleo de una campaña en los medios de comunicación, una iniciativa política u otra estrategia de prevención).

Una vez que se ha escogido un programa, los aspectos más generales que usualmente se deben abordar incluyen:

- ¿ Las necesidades percibidas en la comunidad serán satisfechas?
- ¿El idioma y los enfoques culturales escogidos son respetuosos de la audiencia prevista?
- ¿Se están usando los recursos de la manera más eficaz a fin de apoyar actividades que alcancen las metas de prevención?
- ¿Se puede mejorar el programa?

- ¿Cómo se puede aumentar la eficacia del programa?
- ¿Cuál es la posible respuesta de las personas a las iniciativas de prevención?
- ¿Qué cambios se pueden presentar y qué ventajas pueden obtener las personas con estas iniciativas?
- ¿Cuál es el posible efecto real del programa sobre la prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual?

Las fuentes de la información consistirán en las estadísticas locales o nacionales, las encuestas o los cuestionarios, los grupos de discusión, las entrevistas o los informes rendidos y la ejecución de ensayos preliminares o puestas a prueba. Las respuestas a las preguntas anteriores pueden documentar luego la teoría que fundamenta el programa, sus metas y sus actividades y la puesta en práctica del programa mismo. Realizar la evaluación formativa y la evaluación de procesos puede ser una manera rentable y sumamente práctica de velar por la calidad, la factibilidad y la pertinencia de un enfoque o un mensaje de prevención, antes de destinar los recursos a una amplia escala.

En adelante, los diferentes sectores pueden trabajar en conjunto a fin de escoger los programas que sean más apropiados en su entorno y los enfoques que podrían desarrollarse aun más, con el objeto de potenciar al máximo sus efectos en la prevención. Tomando los sectores enumerados al final de la **sección 4.1**, una distribución característica de las esferas de actividad podría ser:

- **el sector de la salud:** la salud mental materna, la crianza de los(as) hijos(as), el tratamiento del consumo perjudicial de alcohol;
- **los organismos que trabajan con la niñez y la juventud, incluido el sector educativo:** las aptitudes de prevención de la violencia y los abusos de las(os) niñas(os) y las(os) jóvenes, el desarrollo de aptitudes sociales y emocionales, la intervención temprana en los trastornos de conducta y afectivos;
- **la policía y el sector de la justicia penal:** la elaboración y el cumplimiento de la ley;
- **el gobierno local:** los programas de restricción del acceso al alcohol y de reducción de la pobreza; y
- **las comunidades y las organizaciones no gubernamentales:** la modificación de las normas culturales, los proyectos de microfinanciación y los programas de educación.

4.4 Etapa 4: Formular las políticas y las estrategias

Acordar un marco de formulación conjunta de las estrategias y las políticas y dar prioridad a los programas eficaces

El trabajo en asociación precisa dedicar esfuerzos a la integración de los resultados de las tres etapas anteriores del marco operativo a las políticas y las estrategias de prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual. La formulación de estas políticas y estrategias será más sencilla donde existe un liderazgo claro que impulsa el proceso y donde se han definido las disposiciones de trabajo en una asociación satisfactoria con todos los interesados directos clave según se describió en la **etapa 1**. La formulación de una política y una estrategia conjuntas comportará luego los siguientes pasos sucesivos (véase también: Schopper, Lormand y Waxweiler, 2006):

- Acordar un marco conceptual compartido y un marco general de prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, por ejemplo, fomentar relaciones equitativas y sanas.

- Plantear claramente la naturaleza y la magnitud del problema, por ejemplo, definir cuántas personas se ven afectadas, la edad, el sexo, los factores de riesgo y el impacto sobre las personas (incluidas las sanitarias y las educativas), las familias, las comunidades y la economía.
- Dar preferencia a un pequeño conjunto de programas prioritarios para intensificar su acción, con base en su adecuación a un entorno particular.
- Procurar que la política lleve a la acción, al obtener la aprobación de los diferentes socios, fijar prioridades claras y lograr un acuerdo de alto nivel sobre los pasos a seguir.

Este procedimiento sucesivo en la elaboración de una política y una estrategia específicas de prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual contribuirá también a obtener la participación de los diferentes sectores y sensibilizar a las instancias decisorias y al público general sobre estos temas. Además, es posible que las iniciativas tengan mucha más fuerza cuando las esferas de actividad pertinentes se integran en políticas y estrategias más amplias (por ejemplo, en la salud materna o mental, el consumo de alcohol, la educación, la justicia, el desarrollo económico y la planificación urbana). El grado en que un programa se puede incorporar factiblemente en estas actividades establecidas es uno de los principios orientadores que se deben considerar y con el cual deben estar de acuerdo los socios clave, como parte del mecanismo de fijación de prioridades (**recuadro 8**).

RECUADRO 8

Factores que se deben considerar al priorizar los programas

- ¿Cuál es el tamaño de la población que se beneficiaría con el programa?
- ¿Qué nivel de ventajas sanitarias se calcula que tendría esta población después del programa a corto, mediano y largo plazo?
- ¿Cuáles serían los beneficios más generales de la intervención, como mejoras educativas, sociales o económicas?
- ¿Qué tan factible es integrar el programa dentro de los servicios ya establecidos (por ejemplo, la detección y el tratamiento de la depresión materna como parte de los servicios de atención prenatal)?
- ¿Cuáles son los costos aproximados de la ejecución del programa con base en la capacidad y los recursos actuales?
- ¿Existe alguna posibilidad de causar un daño al ejecutar el programa?
- ¿El organismo ejecutor cuenta con las capacidades necesarias? En caso negativo, ¿se pueden alcanzar?
- ¿La comunidad está preparada para el programa o se precisan determinados pasos a fin de mejorar su buena disposición?
- ¿Existen obstáculos económicos, culturales o de otra índole para la ejecución del programa y qué tan sencillo sería superarlos?
- ¿Existen algunas oportunidades que facilitarían la ejecución de un programa específico? Por ejemplo, nuevas políticas, financiamientos o recursos al alcance en determinada esfera de actividad.

4.5 Etapa 5: Elaborar un plan de acción que facilite la ejecución

Acordar el mecanismo y el calendario de la ejecución

Después de la formulación de las políticas y la definición de una estrategia acordada será necesario formular un plan de acción, una vez más, idealmente en forma conjunta con los demás sectores. Un plan de acción ofrece los detalles de la ejecución de los programas escogidos en la estrategia. Algunas estrategias contienen un plan de acción al final del informe escrito. La adaptación de los elementos esquemáticos propuestos a continuación podría ser útil en la formulación del plan de acción, en función del contexto y el entorno locales:

- **Definir el calendario:** con el fin de organizar las diversas etapas necesarias para lograr los objetivos del programa (por ejemplo, capacitar a los miembros del personal antes de que impartan la orientación sobre la crianza de los hijos a las madres).
- **Coordinar las funciones y definir las responsabilidades, localizar los recursos y fortalecer las aptitudes necesarias:** nombrar un líder en cada sector que tenga a su cargo velar por la ejecución de cada programa recomendado y procurar que posea la capacidad y aptitudes para hacerlo. Cada socio contará con diversos recursos y capacidades que se podrían necesitar en puntos diferentes del proyecto. Es importante acordar quién proveerá cuál aportación y en qué momento. Por ejemplo, el personal del sector de la salud puede capacitar al personal del sector de la educación en la enseñanza de las aptitudes de prevención de la violencia y los trabajadores locales de desarrollo comunitario podrían tener a su cargo conseguir que los niños vulnerables asistan a las actividades.
- **Planificar las comunicaciones:** es importante acordar un plan de comunicaciones sobre el progreso y las ventajas previstas del programa. Esto se puede lograr mediante el uso de los medios de comunicación, las reuniones comunitarias o los encuentros con las personas clave (por ejemplo, líderes comunitarios).
- **Involucrar a las comunidades:** la participación comunitaria destaca la importancia de las personas y las comunidades como agentes del cambio y no como beneficiarios pasivos del programa. También atribuye carácter prioritario al logro de la apropiación del proceso de cambio por parte de la comunidad y su influencia sobre el mismo. Todos los programas pueden obtener un beneficio considerable del mayor apoyo y receptividad al cambio que se genera con una participación exitosa de las comunidades.

Coordinar las funciones y definir las responsabilidades de los socios

Designar claramente la persona que asumirá el liderazgo, coordinar las funciones y definir las responsabilidades específicas de cada uno de los sectores y las organizaciones participantes, facilitará sobremanera la aplicación de las estrategias y los programas acordados. Cada sector debe aportar su parte a la coordinación de los esfuerzos, con el fin de alcanzar sinergias y evitar menoscabar involuntariamente los esfuerzos de otros socios. Este aspecto precisa también localizar los recursos y las aptitudes necesarias a fin de lograr una ejecución eficaz.

Fortalecer las aptitudes profesionales, emprender nuevas capacitaciones y establecer redes eficaces

El fortalecimiento de las aptitudes y la capacitación requeridas es uno de los elementos que quizá sea necesario poner en práctica. Con frecuencia hay necesidad de fortalecer

las capacidades en materia de prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, por ejemplo, mediante la inclusión de estos temas en los planes de estudios de enfermería, medicina y salud pública, y la capacitación del personal de salud ya en servicio. Puede además existir la necesidad de competencias técnicas a fin de llevar a cabo una investigación y establecer sistemas de vigilancia o de promoción de la causa y trabajo de liderazgo, o aptitudes en la recaudación de fondos, el contacto con los medios informativos y en las comunicaciones.

También es probable que se precise capacitación específica en la ejecución de alguna de las estrategias tratadas en el **capítulo 3** que se escoja para la prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual. Siempre que sea factible, las organizaciones deben apoyar la capacitación con otros socios, por ejemplo, mediante las visitas recíprocas, la tutoría y la colaboración con otras instituciones. Estos intercambios técnicos pueden acelerar la aceptación de las mejores prácticas, ayudar a formular el programa de políticas y establecer redes eficaces. Asimismo, estas interacciones pueden vincular a profesionales con posibles fuentes de recursos técnicos y otras formas de asistencia.

4.6 Etapa 6: Evaluar y compartir el aprendizaje

Planear la evaluación apropiada y ponerla en práctica

El monitoreo y la evaluación, además de la difusión de los resultados, son componentes centrales de la estrategia de salud pública de prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual que se describió en la **introducción** de este documento. Estos elementos son necesarios a fin de propiciar la planificación y la ejecución de los programas con base en evidencia científica, y la evaluación del programa es fundamental para el perfeccionamiento de los programas. Las evaluaciones de un programa se pueden diseñar de manera que respondan a diferentes tipos de preguntas, las cuales pueden variar en función del enfoque adoptado y la etapa alcanzada. La incorporación de la evaluación como parte integrante de un programa facilita el monitoreo y el ajuste constante según sea necesario, pero algunos tipos de evaluación quizá sean más apropiados en diferentes etapas, a medida que surgen nuevas preguntas. Es posible agregar luego componentes de evaluación o modificarlos según evolucione el programa. Estos componentes de evaluación se pueden dividir en las siguientes tres categorías principales:

- **La evaluación de procesos** que informa si un programa se puede ejecutar (o se está ejecutando) según lo previsto.
- **La evaluación de resultados** que determina si un programa tiene el efecto previsto sobre la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual (o sobre sus factores de riesgo y de protección).
- **La evaluación económica** que define los recursos necesarios a fin de llevar a cabo, repetir o ampliar los programas y evalúa los costos y los beneficios, que determinarán si es rentable.

La evaluación de procesos valora elementos específicos de un programa (como el plan de actividades, las actividades de capacitación o el apoyo práctico) a fin de determinar si se está aplicando según lo previsto y detectar las lagunas entre la ejecución propuesta y la ejecución real. Esta evaluación puede, por ejemplo, definir si el programa está llegando al público escogido, describir lo que el programa provee (y cuán bien) y evaluar las percepciones de los públicos destinatarios y los participantes, y su grado de satisfacción con el programa. La evaluación de procesos también puede documentar los logros de programa.

Se obtiene información sobre lo que está funcionando adecuadamente y los aspectos que pueden necesitar perfeccionamiento. Asimismo, se pueden detectar las dificultades y los obstáculos a medida que surjan y facilitar las mejoras en las respuestas futuras o documentar las barreras que no se pueden superar. Cuando un programa se considera exitoso en la prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, documentar exactamente lo que ocurre permite continuar el enfoque de la misma manera. La documentación del éxito también aumenta la probabilidad de que otros grupos logren un éxito similar cuando apliquen el programa en otro sitio. Cuando solo ha habido un éxito limitado o ningún efecto, la evaluación de procesos ayudará a determinar si esto se puede atribuir a problemas en la forma como se ejecutó el programa. Esta evaluación disminuirá considerablemente el riesgo de descartar un programa que puede ser eficaz, tan solo por aspectos relacionados con la ejecución.

Con programas más nuevos, en una evaluación de procesos puede ser útil que las preguntas se centren en los aspectos de la introducción y la ejecución de los componentes del programa. Con los programas más establecidos, la evaluación podría ocuparse en averiguar si los procesos actuales están funcionando en condiciones óptimas. Con los programas en curso, la evaluación de procesos se puede incorporar como parte corriente de las actividades diarias, de manera que se pueda monitorear y evaluar el programa continuamente. La frecuencia del monitoreo también se puede ajustar en la medida en que se modifiquen las necesidades o los recursos.

Independientemente de lo bien establecido que esté un programa, el primer paso cuando se evalúa si se está ejecutando en la forma prevista es detectar los componentes clave (por ejemplo, las esferas temáticas fundamentales o las actividades necesarias con el fin de ejecutar un plan de actividades de prevención, introducir cambios en las políticas o realizar una campaña en los medios de comunicación). El segundo paso es formular los criterios con los cuales se puede juzgar el grado de ejecución de estos componentes. En muchos casos, estos criterios ya se habrán tratado como parte del mecanismo de fijación de prioridades, como se describió anteriormente en la [sección 4.5](#). Por último, será necesario recopilar información a fin de monitorear y documentar cada componente y determinar en qué medida la ejecución real corresponde al plan previsto.

En el [anexo B](#) se ofrecen ejemplos de los elementos que se pueden analizar durante la evaluación de procesos en diferentes tipos de actividades de prevención y se enumeran algunas posibles fuentes de esta información. En último término, se deberán informar los métodos de evaluación de procesos escogidos según el tipo de programa, las preguntas que deben responderse, y el grado de confianza necesario en los resultados, también se informarán los recursos existentes y el grado de pericia necesario con los diferentes métodos de evaluación.

La evaluación de resultados: el resultado último que trata de alcanzar la prevención de la violencia de pareja y de la violencia sexual es disminuir la perpetración de estos tipos de violencia o disminuir las lesiones, los efectos sanitarios diferentes de las lesiones y las defunciones que causan. Sin embargo, la valoración de estos cambios a largo plazo puede ser difícil y costosa. A menudo toma tiempo observar los cambios y es necesario acopiar datos durante períodos largos. Esto es particularmente cierto cuando el comportamiento o el resultado de interés ocurren con una frecuencia relativamente baja. Por consiguiente, un objetivo más realista en muchos programas de prevención puede ser modificar los factores de riesgo que contribuyen a la violencia (véase [capítulo 2](#)), con la meta última de prevenir el comportamiento violento. Cualesquiera que sean los resultados escogidos, la selección se debe basar en la teoría que fundamenta el enfoque de

prevención, los objetivos del programa, la medida en que el programa y sus actividades están plenamente establecidos y los recursos al alcance para la evaluación.

La evaluación de resultados procura específicamente determinar si un programa fue exitoso en propiciar los cambios previstos (por ejemplo, en los factores de riesgo, los comportamientos o la intensidad de las lesiones, las enfermedades y las defunciones). La principal preocupación cuando se diseña una evaluación de resultados es verificar que sea posible descartar cualquier otra explicación de los cambios observados y así brindar confianza en que estos cambios son consecuencia del programa y no de factores externos a él. De esta manera se tendrá la seguridad de que no se desperdician los recursos en programas menos eficaces o ineficaces.

Una manera de abordar esta evaluación es acopiar los datos sobre el resultado o los resultados de interés con intervalos múltiples, antes de la ejecución y después de ella (y a veces durante la misma), con el objeto de definir el momento en que ocurren los cambios (“diseño de serie cronológica”). A menudo se usa este enfoque en la evaluación de los programas comunitarios amplios como los cambios de políticas. Los datos recopilados suelen provenir de fuentes a nivel de la comunidad, como las encuestas comunitarias, o de registros comunitarios como la información recogida sistemáticamente en los sistemas de monitoreo o seguimiento (véase un análisis más completo de las posibles fuentes de datos en la [sección 4.2](#)).

Otra estrategia consiste en usar grupos “experimentales” y grupos de “referencia” como parte de un “ensayo comparativo” en el cual el grupo experimental recibe el programa y el grupo testigo no lo recibe. Aunque las diferencias con el transcurso del tiempo entre ambos grupos todavía podrían ser resultado de otros eventos que sucedieron en forma simultánea (como otras actividades de prevención, cambios de políticas o acontecimientos en la comunidad) el recurso a grupos de referencia ayudará a descartar esta posibilidad. Sin embargo, su validez dependerá de que los grupos hayan estado expuestos por igual a los acontecimientos externos y demás actividades, por lo cual es necesario vigilar el grado de exposición de cada grupo a las influencias externas.

Es también posible que el programa “se filtre” en el grupo de referencia y distorsione los resultados. Por ejemplo, los estudiantes que participan en un programa quizá intercambien la información que recibieron con los estudiantes del grupo testigo. También, una comunidad de referencia puede estar expuesta a una campaña en los medios de comunicación o a una ley. Estos efectos se pueden reducir al mínimo escogiendo un grupo de referencia que esté geográficamente distante del grupo experimental (o cuya interacción sea improbable). Por ejemplo, tal vez es menos probable que los estudiantes interactúen con los estudiantes de una escuela distante que con los estudiantes de una clase diferente en la misma escuela o en una escuela diferente en el mismo vecindario.

Recoger los datos tan pronto como un programa concluya o muy poco tiempo después. suministrará información sobre sus efectos inmediatos. La recogida de los datos “de seguimiento” con algún intervalo (o intervalos) después de los datos inmediatamente posteriores al programa, puede ayudar a determinar si los cambios persisten o disminuyen una vez que el programa ha terminado. Los datos de seguimiento también pueden aportar información sobre cambios posteriores que no fueron evidentes inmediatamente (a veces denominados “efectos retardados”). La decisión de recoger datos de seguimiento será definida por las preguntas que han de responderse. La capacidad del programa de recopilar más información de los participantes y la disponibilidad de recursos de evaluación se deben abordar desde el principio.

Debido a la extrema limitación de la base de datos científicos sobre programas eficaces o prometedores en la prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, la inclusión de una evaluación de resultados en la planificación de las evaluaciones puede suministrar una información valiosa y muy necesaria. Las evaluaciones del programa destinadas a su mejoramiento exigen cierta capacidad técnica, pero se pueden realizar usando las fuentes de información existentes que se analizaron anteriormente. Sin embargo, una evaluación de resultados rigurosa que sirva a la construcción de una base de datos sobre la prevención requiere pericia científica desde el mismo comienzo de la etapa de planificación, a fin de garantizar:

- la selección apropiada de los objetivos de prevención;
- la elaboración de un modelo lógico;¹ y
- la elección correcta del diseño de la investigación, la población o poblaciones estudiadas, los resultados, las fuentes de datos y los métodos de análisis.

Por consiguiente, es necesario establecer una asociación con una institución académica o de investigación que cuente con la pericia apropiada. En el **recuadro 9** se describe la

RECUADRO 9

Mejoramiento de la base de datos científicos mediante una mejor evaluación

Con la preocupación por el retraso entre el descubrimiento de programas eficaces y su adopción generalizada, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos decidieron recurrir a los programas de prevención de la violencia sexual con una factibilidad real demostrada, a fin de construir una base de pruebas científicas de las intervenciones usadas. Primero, se localizaron los programas existentes con base en los documentos publicados e inéditos, búsquedas de los sitios web y entrevistas con expertos, profesionales y organismos a cargo de los programas. La información públicamente accesible sobre cada programa se complementó con entrevistas telefónicas estructuradas a fin de recopilar las descripciones esquemáticas de cada programa localizado.

Después de un concurso abierto para captar fondos, se escogieron cuatro programas, cada uno ejecutado en un formato de sesiones múltiples, con base en su interés central en un acto violento cometido por primera vez por un hombre, la experiencia previa con mecanismos de evaluación, su compromiso de usar la evaluación en el mejoramiento del programa y su capacidad de lograr la participación del personal en el proceso de evaluación. Un evaluador externo actuó luego como facilitador, instructor y tutor, a fin de ayudar a los interesados directos del programa a diseñar y realizar sus propias evaluaciones. En este procedimiento se aplicaron principios de empoderamiento, con el propósito de fortalecer la capacidad de evaluación de los programas y generar información acerca de las actividades del mismo. Los programas participantes informaron posteriormente un fortalecimiento apreciable de su capacidad de evaluar, del alcance y la complejidad de sus prácticas de evaluación y una mayor asignación de recursos a la evaluación. Luego suministraron numerosos ejemplos de la aplicación exitosa de los resultados de la evaluación en los esfuerzos de mejoramiento del programa.

Para más información, véase:

www.cdc.gov/ncipc/delta/

www.cdc.gov/ncipc/DELTA/DELTA_AAG.pdf

¹ Véase: CDC Evaluation Working Group en: www.cdc.gov/eval/resources.htm#logic%20model y Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR): A Results-Based Logic Model for Primary Health Care en: www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf

manera como un organismo de salud pública recurrió a una organización comunitaria con el fin de mejorar la base de evidencia científica de un programa particular de prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual.

Por último, la elección del tipo de evaluación de resultados dependerá de las preguntas que han de responderse y del grado de confianza necesario para atribuir los efectos observados al programa. Las ventajas de cada enfoque se deben ponderar con las limitaciones prácticas y económicas del programa. Además, en cada etapa puede ser útil un tipo diferente de evaluación de resultados. Sin embargo, con toda estrategia usada es necesario incorporar en forma sistemática el acopio continuo de indicadores de resultado, con el objeto de vigilar la eficacia constante del programa. Por ejemplo, al comienzo de una nueva estrategia de prevención, recoger datos de los participantes antes de la puesta en práctica del programa y después del mismo, puede contribuir a determinar si el enfoque parece prometedor. Entre los indicadores positivos estaría que los cambios parezcan ocurrir en la dirección correcta, que sean de magnitud suficiente y equivalentes o mejores que los resultados obtenidos con otros programas que buscaban resultados similares. Luego, los resultados se pueden usar en el perfeccionamiento del programa. Más adelante, se puede aplicar un estudio comparativo (o comparativo y aleatorizado) con el objeto de aportar más pruebas de que el programa estaba realmente contribuyendo a lograr los cambios deseados y establecer así la base de datos científicos de la prevención primaria.

La evaluación económica es un método sistemático de evaluación de la repercusión de las estrategias, las políticas y los programas sobre los resultados y los costos (Haddix, Teustch y Corso, 2003). La evaluación económica puede ayudar a localizar los recursos y comprender el uso de los mismos por un programa, determinar lo que se puede realizar en función de los recursos existentes, procurar el uso más eficaz de los recursos y planificar o priorizar las actividades en el caso de una disminución o supresión de los recursos. Además, los administradores, los organismos de financiamiento y el público se preocupan cada vez más por la relación entre los costos y los beneficios de un programa. La evaluación económica puede ayudar a demostrar que un programa justifica la inversión. Por ejemplo, los profesionales en el campo de la violencia juvenil han podido decir a sus instancias normativas que un programa basado en las visitas a los hogares por parte del personal de enfermería cuesta \$ 6142 dólares estadounidenses por familia. Sin embargo, al reducir 16% el riesgo de participación de los jóvenes en la violencia y la delincuencia, el programa genera cerca de \$ 4600 dólares de ahorro al contribuyente por programa participante y \$ 8100 dólares a las víctimas potenciales (Aos, Miller y Drake, 2006). Estos análisis de rendimiento exigen que la eficacia de un programa se haya determinado de antemano. La evaluación económica suele estar a cargo de investigadores y requiere pericia metodológica.

Conocer los datos científicos obtenidos y las prácticas que parecen prometedoras, y luego compartirlos

En las etapas preparatorias se deben definir los socios de la estrategia de prevención que están interesados en recibir los resultados de la evaluación. Durante la ejecución y la evaluación del programa, otras partes pueden haber tenido conocimiento del mismo y demostrado su interés. La presentación de los resultados de la evaluación a diversos públicos puede recabar un mayor apoyo de las instancias decisorias y de la comunidad al programa y a la meta más amplia de prevención de la violencia. Al compartir la evidencia científica que respalda la aplicación de un programa particular con otros socios de la prevención se pueden fortalecer la capacidad local de acción y mejorar las prácticas. La amplitud de la notificación de los resultados de la evaluación, su nivel de detalle y el método variarán en función del interés y las necesidades de diversos públicos.

Los públicos internos como el personal, los voluntarios, la junta directiva y otros interesados directos involucrados estrechamente en el programa conocerán los objetivos y las expectativas de la evaluación, pero quizá prefieran una información detallada. En este caso, puede ser de gran utilidad una presentación oral (con medios visuales que destaquen los puntos clave o resuman los datos) que permita exponer los resultados y las interpretaciones y aplicaciones posibles de los mismos. Compartir y analizar los resultados con un público interno estimula la inversión en el programa y en el proceso de evaluación. Con el propósito de evitar el uso indebido de los resultados de la evaluación, es útil recordar a los interesados directos los acuerdos previos sobre la finalidad de la evaluación y la forma como se deben usar y comunicar los resultados y las recomendaciones con el propósito de mejorar el programa.

Las comunicaciones verbales también pueden ser apropiadas con diferentes públicos externos, como los legisladores y los organismos de financiamiento. Sin embargo, estas audiencias suelen exigir un informe escrito con una descripción del objetivo o los objetivos, los fundamentos, las actividades, el diseño de la evaluación y los resultados del programa, tal vez complementados con anécdotas, casos individuales o gráficos. Es más probable que se lean los informes cuando son sucintos y claros. Con algunas audiencias, un resumen o una nota descriptiva breve pueden ser suficientes y se remite a las personas interesadas a un informe más largo y detallado.

La comunicación de los resultados a los medios de información, y por su conducto al público general, puede requerir un enfoque algo diferente. El trabajo con los medios de comunicación no es complejo, pero exige planificación. En primer lugar, es necesario buscar el contacto con los medios de información de la comunidad con el fin de crear vínculos y establecer el grupo como una fuente autorizada de información sobre la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Las informaciones nuevas que son útiles, oportunas y exactas captarán la atención de un periodista. Por ejemplo, ofrecer estadísticas locales cuando sea posible o mostrar la forma como los nuevos servicios están ayudando a disminuir la violencia de pareja y la violencia sexual en beneficio de la comunidad. Se debe elaborar una lista de contactos en los medios informativos (en Internet o con una guía telefónica) y luego determinar el mejor método de llegar a los periodistas con la información existente. Los siguientes son ejemplos de productos de difusión a los medios de información:

- **Los comunicados de prensa:** con la información nueva y oportuna; los resultados clave se presentan al comienzo, seguidos por la información descriptiva que los respalda; debe ser fácil de formatear para envíos electrónicos.
- **Las notas para los medios informativos:** se usan con el fin de sugerir a los periodistas la oportunidad de asistir a una sesión de fotos u otro acontecimiento.
- **Las cartas al director:** en ellas los expertos comparten un punto de vista específico; cada periódico y otros medios de información comunican en su sitio web sus propias directrices sobre el mecanismo de presentación de los comunicados y su extensión.
- **Los artículos de opinión y de fondo:** algunos periódicos aceptan columnistas invitados en sus los artículos de fondo y de nuevo, en los sitios web del medio se pueden consultar los detalles.
- **Las carpetas de prensa:** siempre deben ser sencillas e incluir notas descriptivas de una página, folletos y gráficos; se debe considerar la posibilidad de publicar en línea la carpeta de prensa.

Las innovaciones recientes en las comunicaciones como los blogs y Twitter también pueden ser útiles para la difusión de los mensajes de prevención de la violencia infligida

por la pareja y de la violencia sexual. Internet, se ha convertido cada vez más en una fuente de información actualizada. Se pueden colgar avisos breves en un programa o en el sitio web de un organismo pertinente, con enlaces que lleven al informe o los informes completos. Una opción que puede ser útil es colaborar con colegas compartiendo los enlaces a diversos programas e informes.

El intercambio de los resultados del programa y los resultados de la evaluación entre los países y dentro de cada uno es un elemento importante en la formulación y la difusión del conocimiento y las aptitudes necesarias en la prevención de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual. Las redes exigen una buena coordinación, con el fin de conectar a las personas cuyas actividades de prevención se pueden distribuir en una variedad de sectores públicos y privados. Las redes se pueden establecer con el objeto de satisfacer las necesidades locales y además pueden crear vínculos entre los diversos sectores a fin de lograr un intercambio más eficaz de la información sobre la planificación y la acción. La forma de compartir los resultados de la evaluación y sus destinatarios dependerá del centro de interés de un programa y del contexto de la comunidad o del país. Un punto primordial en todos los casos es contar con informes sucintos y claros, y adaptar la comunicación a cada audiencia.

4.7 Mensajes clave

Las siguientes etapas son esenciales en la ejecución de las políticas y los programas de prevención:

Etapas 1: Para empezar

- Escoger a los socios clave y establecer alianzas
- Formular un marco conceptual compartido
- Fortalecer las aptitudes y las capacidades de liderazgo y promoción de la causa

Etapas 2: Definir y describir la naturaleza del problema

- Definir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual
- Describir la magnitud y la naturaleza de cada problema
- Fortalecer la capacidad de evaluación de las necesidades de salud y el impacto en la salud

Etapas 3: Escoger los programas que pueden ser eficaces teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los datos científicos que respaldan su eficacia en la prevención

Etapas 4: Formular las políticas y las estrategias

- Acordar un marco de formulación conjunta de las estrategias y las políticas
- Dar prioridad a los programas eficaces

Etapas 5: Elaborar un plan de acción que facilite la ejecución

- Acordar el mecanismo y el calendario de ejecución.
- Coordinar las funciones y definir las responsabilidades de los socios
- Fortalecer las aptitudes profesionales, emprender nuevas capacitaciones y establecer redes eficaces

Etapas 6: Evaluar y compartir el aprendizaje

- Planificar y poner en práctica la evaluación apropiada
 - Conocer los datos científicos obtenidos y las prácticas que parecen prometedoras, y luego compartirlos.
-

Prioridades para futuras investigaciones y conclusiones

Prioridades para futuras investigaciones

Se necesitan con urgencia investigaciones que completen la base de datos científicos y solucionen la actual carencia de información sobre los programas eficaces de prevención primaria. Las principales limitaciones de la investigación en este campo son los prolongados tiempos de ejecución y los costos elevados de la producción de resultados. Sin embargo, sin esta investigación será difícil elaborar nuevas políticas que sean eficaces y rentables. Recoger los datos sobre la prevalencia y los impactos en la salud de la violencia de pareja y la violencia sexual será importante en los entornos donde hasta ahora no existen. Esto puede contribuir a la concienciación acerca de la existencia de estos problemas relativamente ocultos y su repercusión, y ofrecerá una línea basal con información que se pueda usar en la vigilancia. El fortalecimiento de la base de datos científicos y la elaboración de directrices y recomendaciones que se precisan con urgencia, exigen abordar las siguientes esferas de actividad de manera prioritaria:

- Evaluar los programas prometedores y progresar en el desarrollo y la puesta a prueba de los programas que exhiben un potencial de eficacia, sobre todo en los países de medianos y bajos ingresos, donde suelen ser altas las tasas de violencia infligida por la pareja.
- Dar prioridad a los programas y las evaluaciones que se centran en los grupos de edad más tempranos, ya que los datos científicos indican claramente que esta puede ser la estrategia más eficaz de prevención primaria.
- Considerar la posibilidad de aplicar los programas de prevención primaria en nuevos entornos. En la actualidad, existe un número desproporcionado de intervenciones en las escuelas, las facultades y las universidades. Sin embargo, las personas que se encuentran en mayor riesgo de cometer actos de violencia de pareja y violencia sexual o de ser víctima de los mismos, tal vez ya no acuden a la escuela o pueden encontrar obstáculos para participar en las actividades escolares. Se debe acordar mucho más interés al uso de otros puntos de reunión y otros ámbitos como el hogar, los centros de atención de salud y los establecimientos abiertos a las organizaciones comunitarias (incluidas las religiosas) y otros lugares.
- Una vez que se ha determinado la eficacia de un programa, se debe obtener más información sobre la rentabilidad relativa y las ventajas sociales y psíquicas más amplias de programas específicos en diversos entornos. La información que estos estudios pueden aportar es fundamental a fin de convencer a las instancias formuladoras de políticas de la importancia de invertir en los programas de prevención primaria. En condiciones ideales, estas evaluaciones también deben examinar la rentabilidad y las ventajas relativas de los programas en la prevención primaria de la violencia de pareja

y de la violencia sexual en cada una de las principales etapas de vida. Los datos de rentabilidad relativa ayudarán a las instancias formuladoras de políticas a escoger los programas que serán prioritarios, en función de sus efectos favorables en las diferentes edades y los diversos entornos.

- Evaluar las diferentes estrategias, por ejemplo las que combinan una variedad de programas, en cuanto a su factibilidad, costo y resultados acelerará enormemente su desarrollo y ejecución en otros entornos.
- Aunque existen ahora algunos datos científicos en la mayoría de las regiones sobre la prevalencia, las consecuencias y los factores de riesgo asociados con la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, es necesario obtener más datos. En particular, se necesitan muchas más pruebas sobre los factores de riesgo de la esfera comunitaria y social, como las normas de género y la desigualdad de género, la repercusión de estas formas de violencia en el desarrollo del niño y su salud y otros desenlaces asociados usando estudios longitudinales, sobre todo en los países de medianos y bajos ingresos y sobre las consecuencias educativas y económicas de estas formas de violencia.

Los aspectos metodológicos

- Se debe estimular a quienes elaboran los programas a que los basen en marcos teóricos claramente articulados que favorezcan la comprensión de los mecanismos subyacentes y faciliten su reproducción.
- Existe una necesidad urgente de determinar si las modificaciones en los conocimientos, las actitudes, las creencias y los comportamientos disminuyen efectivamente los niveles de violencia de pareja y violencia sexual. Con demasiada frecuencia, las evaluaciones de resultados se han fundado en la medición de estas modificaciones, en lugar de medir los efectos de un programa sobre los niveles reales de violencia.
- Los períodos de seguimiento deben ser más prolongados a fin de verificar que los efectos favorables de los programas no se atenúan.
- Se deben invertir esfuerzos en el fortalecimiento de la capacidad de investigación y de trabajo conjunto, incluidos los organismos nacionales e internacionales, con el objeto de respaldar la investigación local y definir las prioridades de investigación en diferentes tipos de entornos.

Conclusiones

La prevención basada en datos científicos sobre la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual se encuentra todavía en sus etapas iniciales y queda mucho por hacer. Hasta la fecha, solo una estrategia cuenta con evidencia científica que respalda su eficacia y se refiere únicamente a la violencia infligida por la pareja. Este enfoque consiste en la ejecución de programas escolares de prevención de la violencia en las citas amorosas. Sin embargo, comienzan a publicarse datos científicos sobre la eficacia de un cierto número de métodos de prevención de la violencia de pareja y de la violencia sexual, entre ellos los proyectos de microfinanciación dirigidos a las mujeres, asociados con educación sobre la igualdad de género; las iniciativas de restricción del acceso al alcohol (y su abuso); y la modificación de las normas sociales y culturales relacionadas con el género. Muchos otros enfoques parecen tener potencial en este sentido, ya sea desde el punto de vista teórico o porque se interesan en los factores de riesgo conocidos, pero en su mayoría nunca han sido ejecutados sistemáticamente ni mucho menos evaluados.

En los Estados Unidos, las disminuciones significativas de la violencia de pareja observadas desde mediados de los años setenta se han atribuido a los efectos acumulativos de las intervenciones de prevención dirigidas no solo a la violencia infligida por la pareja, sino también al maltrato infantil (Smithey y Straus, 2004). Sin embargo, esta tesis no cuenta con pruebas directas sólidas y la reducción podría ser consecuencia de otros cambios económicos, culturales y sociales. Esta situación destaca la urgente necesidad de generar datos con una base de evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones de prevención primaria de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual. La posibilidad de generar un retroceso con la ejecución de ciertos programas, como se observó con los proyectos de microfinanciación dirigidos a las mujeres, sin impartir una educación sobre la igualdad de género, destaca todavía más la complejidad de estos fenómenos, que es necesario comprender y abordar si se quieren evitar los efectos perjudiciales involuntarios de estrategias bien intencionadas.

La mayor parte de la base actual de datos científicos sobre la prevalencia, los factores de riesgo y de protección, los impactos en la salud y las pruebas de eficacia provienen de los países de altos ingresos, especialmente de los Estados Unidos. Si se espera que la investigación futura documente las prácticas y las políticas de una manera apreciable, es necesario tener un mejor conocimiento actual acerca de la eficacia de la prevención en otros entornos, en particular en los países de medianos y bajos ingresos. Además, es preciso construir una mejor base de datos con respecto a las variaciones encontradas en diferentes entornos culturales y religiosos y en los entornos rurales y urbanos. Los centros de investigación de los países de altos ingresos pueden colaborar con los países de ingresos medianos y bajos en programas conjuntos de investigación que contribuyan a distribuir los costos y los beneficios de la investigación.

La investigación es necesaria sobre todo con el fin de detectar y desarrollar los enfoques que son más factibles y rentables y que reduzcan en forma significativa los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual, la gravedad de sus consecuencias y la frecuencia con que ocurren. Esta investigación debe abarcar una variedad de entornos y tener diversos grados de integración en otros servicios. La mayoría de los programas que se han evaluado hasta el presente se han ejecutado de manera relativamente estrecha, pero en la práctica, quizá sea más sencillo incorporar las iniciativas de prevención en estructuras de ejecución ya existentes, por ejemplo, incorporar los programas de salud mental y de crianza de los hijos en los programas existentes de salud materna. Además, tal vez sería mejor vincular los programas escolares de desarrollo de aptitudes a programas más amplios de promoción de la salud, por ejemplo, en materia de salud sexual y reproductiva, salud mental o consumo perjudicial de alcohol y de drogas, dirigidos especialmente a los adolescentes.

Si bien apremia la necesidad de evidencia científica y de investigación adicional en todas estas esferas, de ninguna manera se excluye la adopción actual de medidas que tiendan a prevenir la violencia de pareja y la violencia sexual en todos los países. Los programas que cuentan con datos científicos que respaldan su eficacia se deben ejecutar, adaptándolos según sea necesario. Los programas que parecen prometedores o que muestran un potencial de eficacia también pueden desempeñar una misión inmediata, siempre y cuando se inviertan desde un principio esfuerzos decididos en la incorporación de rigurosas evaluaciones de resultado. Es solo con la adopción de medidas y la generación de datos científicos que se logrará prevenir la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y se logrará con éxito el perfeccionamiento del campo de la prevención primaria de estas formas de violencia basada en datos científicos.

Referencias

Abbey A et al. (2004). Sexual assault and alcohol consumption: What do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggression and Violent Behavior*, 9(3):271-303.

Abrahams N et al. (2004). Sexual violence against intimate partners in Cape Town: Prevalence and risk factors reported by men. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(5):330-337.

Ackerson LK et al. (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.

Adegoke TG, Oladeji D (2008). Community Norms and Cultural Attitudes and Beliefs Factors Influencing Violence Against Women of Reproductive Age in Nigeria. *European Journal of Scientific Research*, 20:265-273.

Adi Y et al. (2007). Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education. Report 1: universal approaches (non-violence related outcomes). Londres, National Institute for Health and Clinical Excellence.

Ahmed SM (2005). Intimate partner violence against women: experiences from a woman-focused development programme in Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 23(1):95-101.

Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R (2006). Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *American Journal of Public Health*, 96(8):1423-1428.

doi:10.2105/AJPH.2005.066316 PMID:16809594

Ali PA, Bustamante-Gavino MI (2008). Violence against Women in Pakistan: A Framework for Analysis. *Journal Pakistan Medical Association*, 58(4):198-203.

Amoakohene MI (2004). Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Social Science and Medicine*, 59:2373-2385.

Anda RF et al. (2001). Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics*, 107(2):e19.

Anderson KL (2005). Theorizing Gender in Intimate Partner Violence Research, *Sex Roles*, 52(11/12):853-865.

Anderson, LA, Whiston SC (2005). Sexual assault education programs: A meta-analytic examination of their effectiveness. *Psychology of Women Quarterly*, 29:374-388.

Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682):2234-2246.

Andrews G et al. (2004). Child sexual abuse. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Volumen 2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Aos S, Miller M, Drake E (2006). *Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*. Se puede consultar en: www.wsipp.wa.gov/rptfiles/06-10-1201.pdf

Archer J (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126:651-680.

Archer J (2006). Cross cultural differences in physical aggression between partners: A social role analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2):133-153.

Arias I, Corso P (2005). Average cost per person victimized by an intimate partner of the opposite gender: a comparison of men and women. *Violence and Victims*, 20(4):379-391.

Asling-Monemi K, Tabassum NR, Persson LA (2008). Violence against women and the risk of under-five mortality: analysis of community-based data from rural Bangladesh. *Acta Paediatrica*, 97:226-232.

doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00597.x PMID:18254912

Babor TF et al. (2001). *AUDIT, the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*, 2.^a edición. Organización Mundial de la Salud.

Baldry AC, Farrington DP (2007). Effectiveness of programs to prevent school bullying. *Victims and Offenders*, 2(2):183-204.

Bair-Merritt MH et al. (2010). Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: A randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(1):16-23.

Barker G, Ricardo C, Nascimento M (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Basile KC, Hertz MF, Back SE (2007). *Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings: Versión 1*. National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta (GA), Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos.

Bilukha O et al. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 28:11-39.

Black DA et al. (1999). *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health. Se puede consultar en: www.nnh.org/risk

Boy A, Kulczycki A (2008). What we know about intimate partner violence in the Middle East and North Africa. *Violence Against Women*, 14(1):53-70.

- Boy A, Salihu HM (2004). Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49:159-164.
- Boyle MH et al. (2009). Community influences on intimate partner violence in India: Women's education, attitudes towards mistreatment and standards of living. *Social Science and Medicine*, 69(5):691-697.
- Breitenbecher KH, Gidycz CA (1998). Empirical evaluation of a program designed to reduce the risk of multiple sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 13:472-488.
- Breitenbecher KH, Scarce M (2001). An evaluation of the effectiveness of a sexual assault education program focusing on psychological barriers to resistance. *Journal of Interpersonal Violence*, 16:387-407.
- Brown L et al. (2006). Sexual violence in Lesotho. *Studies in Family Planning*, 37(4):269-280.
- Brown DW et al. (2009). Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviours in African children: results from the Global School-based Student Health Survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(6):447-455.
- Bruce S (2002). *The "A Man" campaign: marketing social norms to men to prevent sexual assault. The report on social norms.* Working paper number 5, July 2002. Little Falls (NJ), PaperClip Communications.
- Campbell JC (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359:1331-1336.
doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8 PMID:11965295
- Campbell JC et al. (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 5:221-231.
doi:10.1080/17457300802423224 PMID:19051085
- CDC (2004). *Sexual violence prevention: beginning the dialogue.* Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.
- Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26(I):22-34.
- Champion HL, Durant RH (2001). Exposure to violence and victimization and the use of violence by adolescents in the United States. *Minerva Pediatrics*, 53:189-197.
- Chan KL (2009). Sexual violence against women and children in Chinese societies. *Trauma Violence & Abuse*, 10(1):69-85.
- CIETafrica (2002). *Sexual violence and HIV/AIDS: executive report on the 2002 survey.* Project report PR-ZA-hn2-02. Se puede consultar en: www.ciet.org/en/documents/projects_library_docs/2006316174822.pdf (consultado el 11 de noviembre del 2009).
- Counts DA, Brown J, Campbell J (1992). *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives.* Boulder (CO), Westview Press.
- Currie DH (1998). Violent men or violent women: Whose definition counts? In RK Bergen, ed. *Issues in intimate violence*, pp. 97-111. Thousand Oaks (CA), Sage.

- Dahlberg LL, Butchart A (2005). State of the science: violence prevention efforts in developing and developed countries. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 12(2):93-104.
- Dahlberg LL, Krug EG (2002). Violence—a global public health problem. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*, pp. 3-21. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Dalal K, Rahman F, Jansson B (2009). Wife abuse in rural Bangladesh. *Journal of Bio-social Science* 41(5):561-573.
- Davey Smith G (2000). Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position and health in Britain and the United States. *American Journal of Public Health*, 90:1694-1698.
- Decker MR et al. (2009). Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women's HIV infection: findings from Indian husband—wife dyads. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 51:593-600.
- Douglas M (1998). Restriction of the hours of sale of alcohol in a small community: a beneficial impact. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22:714-719.
- Du Mont J, Parnis D (2000). Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 19:779-792.
- Duailibi S et al. (2007). The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*, 97:2276-2280.
- Dube SR et al. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 17(1):3-17.
- Dunkle KL et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*, 363:1415-1421.
doi:10.1016/S0140-6736(04)16098-4 PMID:15121402
- Dusenbury L et al. (1997). Nine critical elements of promising violence prevention programs. *Journal of School Health*, 67:409-414.
- Eckenrode J (2000). What works in nurse home visiting programs. En: Alexander G, Curtis PA, Kluger MP, eds. *What works in child welfare*, pp. 35-43. Washington DC, Child Welfare League of America.
- Edleson J (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14:839-870.
- Ellsberg M, Heise L (2005). *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*. Washington DC, Estados Unidos; y Organización Mundial de la Salud, PATH. Se puede consultar en: www.path.org/files/GBV_rvaw_front.pdf
- Ellsberg M et al. (1999). Domestic violence and emotional distress: Results from a population based study. *American Psychologist*, 54:30-36.
- Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A (1997). The Nicaraguan network of women against violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 5(10):82-92.

- Fabiano P et al. (2003). Engaging men as social justice allies in ending violence against women: evidence for a social norms approach. *Journal of American College Health*, 52:105-112.
- Fagan J, Browne A (1994). Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. En: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and Preventing Violence: Panel on the Understanding and Control of Violent Behavior*. Volumen 3: Social Influences, pp. 115-292. Washington DC, National Academy Press.
- Farrington DP, Ttofi MM (2009). *School-based programs to reduce bullying and victimization*. Campbell Systematic Reviews. Oslo: Campbell Collaboration.
- Fehringer JA, Hindin MJ (2009). Like parent, like child: Intergenerational transmission of partner violence in Cebu, the Philippines. *Journal of Adolescent Health*, 44(4):363-371.
- Finkelhor D (2009). The Prevention of Childhood Sexual Abuse. *The Future of Children*, 19(2):169-194.
- Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J (1995). The effectiveness of victimization prevention instruction: an evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child Abuse & Neglect*, 19:141-153.
- Fisher GJ (1986). College student attitudes toward forcible date rape: changes after taking a human sexuality course. *Journal of Sex Education and Therapy*, 12:42-46.
- Flake DF (2005). Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women*, 11(3):353-373.
- Flay BR et al. (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6:151-175.
- Foshee VA et al. (1996). The Safe Dates Project: theoretical basis, evaluation design, and selected baseline findings. *American Journal of Preventive Medicine* 12(5):39-47.
- Foshee VA et al. (1998). An evaluation of Safe Dates, an adolescent dating violence prevention program. *American Journal of Public Health*, 88(1):45-50.
- Foshee VA et al. (2000). The Safe Dates program: 1-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 90(10):1619-1622.
- Foshee VA et al. (2004). Assessing the long-term effects of the Safe Dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *American Journal of Public Health*, 94(4):619-624.
- Foshee VA et al. (2005). Assessing the effects of the dating violence prevention program "Safe Dates" using random coefficient regression modeling. *Prevention Science*, 6: 245-258.
- Foshee VA et al. (2008). What accounts for demographic differences in trajectories of adolescent dating violence? An examination of intrapersonal and contextual mediators. *Journal of Adolescent Health*, 42(6):596-604.
- Foshee VA, Reyes ML, Wyckoff S (2009). Approaches to preventing psychological, physical, and sexual partner abuse. In O'Leary D, Woodin E, eds. *Psychological and Physical Aggression in Couples: Causes and Interventions*, pp. 165-190. Washington DC, American Psychological Association.

Fox AM et al. (2007). In their own voices: a qualitative study of women's risk for intimate partner violence and HIV in South Africa. *Violence Against Women*, 13:583-602.

FPH (2008). *Alcohol and Public Health*. Faculty of Public Health Position Statement, UK Faculty of Public Health. Se puede consultar en: www.fph.org.uk

Gage AJ (2005). Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Social Science and Medicine*, 61(2):343-364.

García-Moreno C et al. (2005). *WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Garner J, Fagan J, Maxwell C (1995). Published findings from the spouse assault replication program: a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 11:3-28.

Gibson LE, Leitemberg H (2000). Child sexual abuse prevention programs: do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24:1115-1125.

Gil-González D et al. (2006). Alcohol and intimate partner violence: Do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 16(3):278-284.

Gil-González D et al. (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.

Glass N et al. (2003). Adolescent dating violence: prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(2):227-238.

Go VF et al. (2003). Crossing the threshold: engendered definitions of socially acceptable domestic violence in Chennai, India. *Culture, Health and Sexuality*, 5:393-408.

Graham K et al., eds. (2008). *Unhappy hours: alcohol and partner aggression in the Americas*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.

Gutierrez SE, Van Puymbroeck C (2006). Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5):497-513.

Haddix AC, Teutsch SM, Corso PS (2003). *Prevention Effectiveness: A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*. New York, Oxford University Press.

Hahn RA et al. (2007). Effectiveness of Universal School-Based Programs to Prevent Violent and Aggressive Behavior: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine* 33(2):S114-S129.

Harwell TS, Spence MR (2000). Population surveillance for physical violence among adult men and women, Montana 1998. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4):321-324.

Heise L (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*, 4:262-490.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Ending violence against women* (Population Reports, Series L, No. 11). Baltimore (MD), Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs.

Heise L, García-Moreno C (2002). Violence by intimate partners. En: Krug EG et al., eds. *World Report on Violence and Health*, pp. 87-121. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

- Hickman LJ, Jaycox LH, Aronoff J (2004). Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma Violence & Abuse*, 5(2):123-142.
- Holt S, Buckley H, Whelan S (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people. *Child Abuse & Neglect*, 32:797-810.
- Hussain R, Khan A (2008). Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health. *Health Care for Women International*, 29:468-483.
- Ilika AL (2005). Women's perception of partner violence in a rural Igbo community. *African Journal of Reproductive Health*, 9:77-88.
- Jespersen AF, Lalumière ML, Seto MC (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3):179-192.
- Jewkes R (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359 (9315):1423-1429.
- Jewkes R, Morrell R (2010). Gender and sexuality: emerging perspectives from the heterosexual epidemic in South Africa and implications for HIV risk and prevention. *Journal of the International AIDS Society*, 13:6.
- Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C (2002). Sexual violence. En: Krug EG et al., eds. *World Report on Violence and Health*, pp. 149-181. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Jewkes R et al. (1999). *He must give me money he mustn't beat me. Violence against women in three South African Provinces*. Medical Research Council Technical Report, Medical Research Council, Pretoria.
- Jewkes R et al. (2001). Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 52 (5):733-744.
- Jewkes R et al. (2006). Rape perpetration by young, rural South African men: Prevalence, patterns and risk factors. *Social Science and Medicine*, 63(11):2949-2961.
- Jewkes R et al. (2008). Impact of stepping stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 337:383-387.
- Jewkes R et al. (2009). *Understanding men's health and use of violence: interface of rape and HIV in South Africa*. Medical Research Council Technical Report, Medical Research Council, Pretoria.
- Jeyaseelan L et al. (2004). World studies of abuse in the family environment—risk factors for physical intimate partner violence. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 11(2):117-124.
- Johnson KB, Das MB (2009). Spousal violence in Bangladesh as reported by men: Prevalence and risk factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(6):977-995.
- Kabeer N (2001). Conflicts over credit: Re-evaluating the empowerment potential of loans to women in rural Bangladesh. *World Development*, 29(1):63-84.
- Katz J (2006). *The Macho paradox: why some men hurt women and how all men can help*. Napierville (IL), Sourcebooks.

- Kim J et al. (2009). Assessing the incremental effects of combining economic and health interventions: the IMAGE study in South Africa. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*.
- Kitzmann KM et al. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consultative Clinical Psychology*, 71(2):339–352.
- Knox KL et al. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327:1376–1381.
- Koenig MA, Saifuddin A, Mian Bazle H, Khorshed Alam Mozumder ABM. (2003). Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community-level effects. *Demography*, 40(2):269–288.
- Koenig MA et al. (2004). Coercive sex in rural Uganda: prevalence and associated risk factors. *Social Science and Medicine*, 58(4):787–798.
- Koenig MA et al. (2006). Individual and contextual determinants of domestic violence in north India. *American Journal of Public Health*, 96(1):132–138.
- Krug EG et al. (2002). Eds. *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Lankester T (1992). *Setting up community health programmes: a practical manual for use in developing countries*. Londres, Macmillan Press.
- Laranjeira R, Hinkly D (2002). Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. *Revista de Saúde Pública*, 36(4):455–461.
- Last JM (2001). *A dictionary of epidemiology*, 4th Edition, International Epidemiological Association. Nueva York, Oxford University Press.
- Levinson D (1989). *Family violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks (CA), Sage.
- Liu M, Chan C (1999). Enduring violence and staying in marriage. Stories of battered women in rural China. *Violence Against Women*, 5:1469–1492.
- Lösel F, Beelmann A. (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behaviour: a systematic review of randomized evaluations. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587:84–109.
- Maman S et al. (2000). The intersection of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 50(4):459–478.
- Mangiolo R (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7):647–657.
- Markowitz S (2000). The price of alcohol, wife abuse, and husband abuse. *Southern Economic Journal*, 67:279–303.
- Marshall AD, Panuzio J, Taft CT (2005). Intimate partner violence among military veterans and active duty servicemen. *Clinical Psychology Review*, 25(7):862–876.
- Martin EK, Taft CT, Resick PA (2007). A review of marital rape. *Aggression and Violent Behavior*, 12(3):329–347.
- McGuigan WM, Pratt CC (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25:869–883.

- Meltzer H et al. (2003). *Persistence, onset, risk factors and outcomes of childhood mental disorders*. Office for National Statistics. HMSO, Londres.
- Mercy JA et al. (2002). Youth violence. En: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*, pp. 23–56. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Mikton C, Butchart A (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5):353–361.
- Mirrlees-Black C (1999). *Domestic violence: findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire*. Home Office Research Study 191. Londres, Home Office. Se puede consultar en: www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors191.pdf
- Mitra A, Singh P (2007). Human capital attainment and gender empowerment: the Kerala paradox. *Social Science Quarterly*, 88:1227–1242.
- Morrison A, Ellsberg M, Bott S (2007). Addressing gender-based violence: a critical review of interventions. *The World Bank Observer*, 22(1):25–51.
- Morrison S et al. (2004). *An evidence-based review of sexual assault preventive intervention programs*. Department of Justice. Se puede consultar en: www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/207262.pdf
- National Collaborating Centre for Mental Health (2007). *Antenatal and postnatal mental health*. NICE Clinical Guideline no 45. NICE, Londres.
- DL, Sadler L, Kitzman H (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:355–391.
- Paine K et al. (2002). Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. *African Journal of AIDS Research*, 1(1):39–40.
- Palmer CA (1999). Rapid appraisal of needs in reproductive health care in southern Sudan: qualitative study. *British Medical Journal*, 319:743–748.
- Petersen I, Bhana A, McKay M (2005). Sexual violence and youth in South Africa: the need for community based prevention interventions. *Child Abuse & Neglect*, 29:1233–1248.
- Philpart et al. (2009). Prevalence and risk factors of gender-based violence committed by male college students in Awassa, Ethiopia. *Violence and Victims*, 24(1):122–136.
- Plichta SB, Falik M (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 11:244–258.
doi:10.1016/S1049-3867(01)00085-8 PMID:11336864
- Rahman A (1999). *Women and microcredit in rural Bangladesh: anthropological study of the rhetoric and realities of Grameen Bank lending*. Boulder (CO), Westview Press.
- Ramiro LS, Hassan F, Peedicayil A (2004). Risk markers of severe psychological violence against women: a WorldSAFE multi-country study. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 11(2):131–137.
- Reza A et al. (2009). Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *The Lancet*, 373(9679):1966–1972.
- Rhyne E (2001). *Mainstreaming microfinance: how lending to the poor began, grew, and came of age in Bolivia*. Green Haven (CT), Kumarian Press.

Romans S et al. (2007). Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22:1495–1514.

Room R et al. (2003). *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki y Ginebra, Finnish Foundation for Alcohol Studies y Organización Mundial de la Salud.

Russo NF, Pirlott A (2006). Gender-based violence: concepts, methods, and findings. *Annals of the New York Academy of Science*, 1087:178–205.

Schewe PA (2007). Interventions to prevent sexual violence. En: Doll L et al., eds. *Handbook of injury and violence prevention*, pp.183–201. Nueva York (NY), Springer.

Schopper D, Lormand J-D, Waxweiler R (2006). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Se puede consultar en: www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf

Schuler SR et al. (1996). Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 43(12):1729–1742.

Schwartz JP et al. (2006). Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 7(3):206–221.

Sheehan D (2008). *Alcohol, health and wider social impact*. SE Regional Public Health Group Information Series. Department of Health, Inglaterra.

Shipway L (2004). *Domestic violence: a handbook for health professionals*. Londres, Routledge.

Silverman JG, Raj A, Clements K (2004). Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. *Pediatrics*, 114(2):e220–e225.

Silverman JG et al. (2009). Maternal experiences of intimate partner violence and child morbidity in Bangladesh: evidence from a national Bangladeshi sample. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(8):768–770.

Skowron EA, Reinemann DHS (2005). Psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 42:52–71.

Slap GB et al. (2003). Sexual behaviour of adolescents in Nigeria: cross sectional survey of secondary school students. *British Medical Journal*, 326(7379):15.

Smith JD et al. (2004). The effectiveness of whole-school antibullying programs: a synthesis of evaluation research. *School Psychology Review*, 33:548–561.

Smith PH, White JW, Holland LJ (2003). A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *American Journal of Public Health*, 93(7):1104–1109.

Smith Fawzi MC et al. (2005). Factors associated with forced sex among women accessing health services in rural Haiti: implications for the prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases. *Social Science and Medicine*, 60:679–689.

Smithey M, Straus MA (2004). Primary prevention of intimate partner violence. En: Kury H, Oberfell-Fuchs J, eds. *Crime prevention – new approaches*, pp. 239–276. Mainz, Weisser Ring Gemeinnützige Verlags-GmbH.

- Söchting I, Fairbrother N, Koch WJ (2004). Sexual assault of women: Prevention efforts and risk factors. *Violence Against Women*, 10(1):73–93.
- Solórzano I, Abaunza H, Molina C (2000). Evaluación de impacto de la campaña contra las mujeres un desastre que los hombres sí podemos evitar [Impact evaluation of the campaign *Violence Against Women: a disaster we can prevent as men*]. Managua, CANTERA.
- Stith SM et al. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1):65–98.
- Straus MA (1999). The controversy over domestic violence by women: a methodological, theoretical, and sociology of science analysis. En: Arriaga X, Oskamp S, eds. *Violence in intimate relationships*, pp. 17–44. Thousand Oaks (CA), Sage.
- Straus MA (2009). Gender symmetry in partner violence: the evidence and the implications for primary prevention and treatment. En: Lutzker JR, Whitaker DJ, eds. *Prevention of partner violence*. Washington DC, American Psychological Association.
- Stuart GL et al. (2003). Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18:1113–1131.
- Swart LA et al. (2002). Violence in adolescents' romantic relationships: findings from a survey amongst school-going youth in a South African community. *Journal of Adolescence*, 25(4):385–395.
- Taft CT et al. (2009). Intimate partner violence against African American women: an examination of the socio-cultural context. *Aggression and Violent Behavior*, 14:50–58.
- Tang CS, Lai BP (2008). A review of empirical literature on the prevalence and risk markers of male-on-female intimate partner violence in contemporary China, 1987–2006. *Aggression and Violent Behavior*, 13(1):10–28.
- Testa M (2004). The role of substance use in male-to-female physical and sexual violence: a brief review and recommendations for future research. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(12):1494–1505.
- Tjaden P, Thoennes N (2006). Extent, nature, and consequences of rape victimization: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington DC, US Department of Justice. Se puede consultar en: www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/210346.htm
- Usdin S et al. (2005). Achieving social change on gender-based violence: a report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. *Social Science and Medicine*, 61(11):2434–2445.
- Uthman OA, Lawoko S, Moradi T (2009). Factors associated with attitudes towards intimate partner violence against women: a comparative analysis of 17 sub-Saharan countries. *BMC International Health and Human Rights*, 9:14.
- Vest JR et al. (2002). Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3):156–164.
- Vos T et al. (2006). Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(9):739–744.
- Vung ND, Krantz G (2009). Childhood experiences of interparental violence as a risk factor for intimate partner violence: a population-based study from northern Vietnam. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63:708–714.

Walby S (2004). The cost of domestic violence. Women and Equality Unit, DTI. London. Se puede consultar en: www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/walby-costdomesticviolence.pdf

Welbourn A (2009). Stepping Stones – list of surveys and reports to 2006 and some quotes from Stepping Stones users around the world. Some brief notes prepared for the UNAIDS pre-Think Tank Meeting on Evaluation Strategies for Prevention Interventions, Geneva. Se puede consultar en: www.stepsstonesfeedback.org/resources/22/Welbourn_Quotes_UNAIDS_Presentation_2009.pdf

Welsh P (1997). Hacia una masculinidad sin violencia en las relaciones de pareja. Managua, CANTERA.

Whitaker DJ et al. (2006). A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 11:151–166.

Whitaker DJ, Baker CK, Arias I (2007). Interventions to prevent intimate partner violence. En: Doll L et al., eds. *Handbook of injury and violence prevention*, pp. 203–223. Nueva York (NY), Springer.

Winslow CEA (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306):23–33.

WHO-ISPCAN (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Se puede consultar en: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/index.html

WHO (2001). Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Se puede consultar en: www.who.int/gender/violence/en/womenfirtseng.pdf

WHO/UNAIDS (2010). Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works? Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Se puede consultar en: www.who.int.reproductivehealth/topics/violence.

Williams JR et al. (2008). Female perpetration of violence in heterosexual intimate relationships: adolescence through adulthood. *Trauma Violence & Abuse*, 9(4):227–249.

Wolfe DA et al. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3):171–187.

Wolfe DA et al. (2003). Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2):279–291.

Wolfe DA et al. (2009). A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. *Archives of Paediatrics & Adolescent Medicine*, 163(8):692–699.

Xu X et al. (2005). Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *American Journal of Public Health*, 95:78–85.

ANEXO A

Definiciones operativas

En la medición de la magnitud de la violencia infligida por la pareja y de la violencia sexual es importante contar con definiciones operativas basadas en comportamientos específicos. Esto contribuye a evitar las interpretaciones subjetivas y facilita la comparación de los datos entre los diversos centros. Las definiciones operativas son necesarias en las encuestas epidemiológicas de poblaciones y también en la vigilancia de los casos que acuden a los establecimientos de salud, de policía o a otros servicios.

Las encuestas poblacionales

En las encuestas de poblaciones sobre la violencia de pareja y la violencia sexual se suele preguntar a los participantes si han sufrido algún tipo de maltrato a partir de una lista de actos específicos. Las investigaciones han demostrado que las preguntas específicas de comportamiento como: ¿ha sido forzado alguna vez a tener relaciones sexuales contra su voluntad? suscitan tasas más altas de respuestas positivas que preguntar a las personas si las han “maltratado” o “violado”. Estas preguntas facilitan además una evaluación de la gravedad relativa. Las preguntas siguientes sobre la frecuencia con que tienen lugar estos comportamientos y su duración permiten a los investigadores una mejor apreciación de la frecuencia del maltrato. Los actos físicos que son más graves que las bofetadas, los empujones o el lanzamiento de objetos a una persona se suelen definir en los estudios como “violencia grave”, aunque algunos observadores rehúsan definir la gravedad con el solo criterio del acto. Se han elaborado una serie de herramientas prácticas (Basile, Hertz y Back, 2007) que ayudan a cuantificar la experiencia de la víctima del abuso y también el comportamiento del agresor, con cuestionarios normalizados y validados diseñados para las encuestas transversales. En el **recuadro 10** se presentan las definiciones operativas utilizadas en el *Estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica* (García-Moreno et al., 2005). En el instrumento de la OMS se estableció un conjunto de preguntas fundamentales que se ha utilizado en muchos países de manera comparable, al cual algunos de ellos introdujeron variaciones en función de las necesidades locales. El conjunto de preguntas fundamentales y sus variaciones en materia de violencia doméstica se puede consultar en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf. Es posible formular preguntas sobre comportamiento específico en materia de maltrato físico y sexual cometido por personas distintas de la pareja. Estos datos cuantitativos se deben completar con datos cualitativos que ayuden a poner en contexto la violencia y a comprenderla mejor.

RECUADRO 10

Definiciones operativas usadas en la medición de la violencia física y sexual, el maltrato psíquico y los comportamientos dominantes infligidos por la pareja*La violencia física infligida por la pareja***La violencia moderada:**

- Ser abofeteada o haberle arrojado algún objeto que pudiera herirla.
- Haber sufrido empujones o empellones (en dos centros) o haberle tirado el cabello

La violencia grave:

- Haber sido golpeada con el puño u otra cosa que pudiera herirla.
- Haber sido golpeada con el pie, arrastrada o haber recibido alguna vez una paliza.
- Haber sido estrangulada o quemada a propósito.
- Un agresor la ha amenazado con una pistola, un cuchillo u otra arma o ha usado cualquiera de ellas en su contra.

La violencia sexual infligida por una pareja

- Haber sido obligada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.
- Haber tenido relaciones sexuales por temor a lo que pudiera hacer su pareja.
- Haber sido obligada a realizar algún acto sexual que consideraba degradante o humillante.

Los actos de maltrato psíquico infligidos por una pareja

- Haber sido insultada o haberla hecho sentir mal sobre sí misma.
- Haber sido denigrada o humillada delante de los demás.
- Un agresor la ha asustado o intimidado a propósito, por ejemplo con la forma como la mira, gritando o rompiendo cosas.
- Un agresor ha amenazado con herir a alguien importante para ella.

Los comportamientos dominantes infligidos por una pareja

- Haber tratado de impedirle que vea a sus amigos.
- Haber limitado el contacto con su familia carnal.
- Haber insistido en saber dónde está en todo momento.
- Haberla ignorado o tratado con indiferencia.
- Haberse enojado si habla con otros hombres.
- Haberla acusado con frecuencia de ser infiel.
- Esperar que pida permiso antes de buscar atención de salud para ella misma.

Fuente: García-Moreno et al. (2005).

La vigilancia basada en los servicios y los códigos de la CIE-10

La definición normalizada de casos es necesaria con el fin de vigilar y supervisar la utilización de los servicios. La clasificación internacional normalizada que se usa con todos los fines epidemiológicos generales y muchos fines de gestión sanitaria es la décima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10, la decimoprimer revisión está en curso).

La mayoría de los países han elaborado directrices oficiales de codificación y notificación, con base en la novena o la décima revisión de la CIE. Sin embargo, solo un número limitado de establecimientos usan estas directrices en materia de violencia infligida por la pareja o de violencia sexual e incluso de manera muy selectiva, con lo cual esta codificación puede no ser fiable. En estos casos, quizá sea útil establecer un grupo de trabajo que perfeccione la clasificación y formule un conjunto convenido de directrices sobre la manera de asignar los códigos CIE a los casos conocidos o presuntos de violencia de pareja y violencia sexual.

La asignación de códigos CIE a un caso se lleva a cabo solo después que las profesionales de salud han prestado atención sanitaria y han hecho el máximo esfuerzo con el fin de alcanzar una conclusión definitiva sobre las causas externas de la afección actual. La clasificación de las causas de defunción se suele basar en los informes del médico forense y los resultados de la investigación penal. En los casos que no son mortales, la clasificación de la causa de la lesión a menudo se basa en la información contenida en los archivos que consignan los registros hospitalarios de egreso de los pacientes y de las consultas a los servicios de urgencias.

Dos componentes principales de la CIE hacen referencia a la *naturaleza* de la afección que ocasiona la consulta (por ejemplo, hemorragia subdural traumática) y a su *causa externa*. La información sobre la relación del agresor con la víctima no se suele consignar en el informe, lo cual plantea una dificultad especial a la documentación, por ejemplo, de las lesiones infligidas por la pareja.

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual pueden ocasionar una amplia variedad de consecuencias sobre la salud (véase el **capítulo 1**). Si bien es posible definir algunas afecciones que motivan la consulta actual como más indicativas de violencia infligida por la pareja o violencia sexual que otras, es mediante la atribución de una causa externa o código E que un caso individual se clasifica como violencia de pareja o violencia sexual presunta o confirmada.

Los códigos CIE-10 de agresión van del X85 al Y09 e incluyen:

- **Y05:** Agresión sexual con fuerza corporal, incluye la violación (o intento de violación) y la sodomía (o intento de sodomía).
- **Y06:** Negligencia y abandono por parte del(de la) cónyuge o la pareja, el padre o la madre, una persona conocida o un amigo o amiga, o por otra persona especificada o no especificada.
- **Y07:** Otros síndromes de maltrato, que incluyen la crueldad mental, el maltrato físico, el maltrato sexual, la tortura infligida por el(la) cónyuge o la pareja, el padre o la madre, una persona conocida o un amigo o amiga, por autoridades oficiales o por otra persona especificada o no especificada, a la exclusión de la negligencia y el abandono y el maltrato sexual con fuerza corporal.

Se debe instar a las personas encargadas de asignar los códigos CIE y de completar los certificados de defunción a que informen, cuando se conoce, la relación entre el agresor y la víctima.

ANEXO B

Las actividades de prevención que se pueden usar en la evaluación de procesos y sus posibles fuentes de información

La actividad	Las posibles fuentes de información
LA PROMOCIÓN DE LA FORMULACIÓN O EL PERFECCIONAMIENTO DE LEYES SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA Y LA VIOLENCIA SEXUAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de cartas enviadas ▪ El número de personas contactadas ▪ Las reuniones públicas de información celebradas y el número de asistentes ▪ Los comunicados de prensa preparados o transmitidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los archivos de cartas ▪ Registros de los contactos telefónicos y en persona ▪ Las agendas ▪ Los registros y los archivos
LAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN PÚBLICA	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los mensajes elaborados y ensayados ▪ Los suscriptores, la audiencia o espectadores cuando se presentó cada mensaje ▪ El número de veces que se transmitió el mensaje ▪ Los comunicados de prensa distribuidos y aceptados por la prensa ▪ Las entrevistas y las charlas solicitadas ▪ Las personas que tuvieron contacto con la información y que la recuerdan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los archivos y los resultados de los grupos de discusión ▪ Los informes de las instituciones ▪ Los informes de las instituciones ▪ Las bitácoras y las búsquedas en los medios de comunicación ▪ Las bitácoras ▪ Las encuestas comunitarias
LA CREACIÓN DE ALIANZAS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los grupos, los organismos, las comunidades y las personas contactadas ▪ Las reuniones celebradas y los miembros que participaron ▪ El número y el tipo de medidas generadas y ejecutadas ▪ Las interacciones entre los miembros de la alianza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las bitácoras ▪ Las agendas y las minutas de las reuniones ▪ Las minutas de las reuniones ▪ Las encuestas y las entrevistas
EL PROGRAMA DE MICROFINANCIACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de solicitudes ▪ El número, el tamaño, la ubicación y el tipo de negocios de los préstamos acordados ▪ El número de préstamos reembolsados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los formularios prediseñados de recogida de datos
EL PLAN DE ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los títulos y la capacitación del personal ▪ Las actividades de contratación y su cobertura ▪ Las solicitudes recibidas y cómo los solicitantes tuvieron conocimiento de la actividad ▪ El número de los contratados y las características demográficas de los que participan y de los que los abandonan ▪ Las diferencias entre los que no participan, los que participan, los que abandonan la actividad y la población destinataria ▪ Los obstáculos a la participación ▪ El número de sesiones y de módulos ejecutados ▪ La cobertura y el tiempo adjudicado a las esferas temáticas fundamentales en cada sesión ▪ La calidad de la ejecución ▪ La satisfacción de los participantes y sus recomendaciones de mejoramiento ▪ La memoria que tienen los participantes de los mensajes ▪ La satisfacción del personal con el programa y el resto del personal y sus recomendaciones para mejorarlo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los archivos y los registros de contratación ▪ La observación ▪ Las bitácoras y las encuestas de sensibilización del público ▪ El registro de comunicaciones telefónicas ▪ Los formularios de contratación, solicitud y asistencia ▪ Encuestas de seguimiento de los participantes que abandonaron o que no asistieron ▪ Cuadernos y registros de asistencia del personal ▪ La observación ▪ La encuesta ▪ La observación o la encuesta ▪ La encuesta o la entrevista ▪ La encuesta o la entrevista ▪ La encuesta o la entrevista



Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
www.paho.org

ISBN 9 789275 316351



9 789275 316351