

CAPÍTULO 4

La violencia en la pareja

Antecedentes

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infligida por su marido o pareja masculina. Esto contrasta sobremanera con la situación de los hombres, mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo (1–5). El hecho de que las mujeres a menudo tengan vínculos afectivos con el hombre que las maltrata y dependan económicamente de él, ejerce gran influencia sobre la dinámica del maltrato y las estrategias para hacerle frente.

La violencia en la pareja se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural. Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas, y la violencia también se da a veces en las parejas del mismo sexo, la violencia en la pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres (6, 7). Por este motivo, en el presente capítulo se abordará el tema de la violencia infligida por los hombres a sus parejas.

Desde hace mucho tiempo, las organizaciones de mujeres en todo el mundo han venido denunciando la violencia contra la mujer, en particular la infligida por su pareja. Gracias a sus esfuerzos, la violencia contra la mujer en la relación de pareja se ha convertido en un motivo de preocupación internacional. Considerada inicialmente como un tema sobre todo de derechos humanos, la violencia masculina en la pareja se ve cada vez más como un problema importante de salud pública.

La magnitud del problema

La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Este comportamiento incluye:

- Agresiones físicas: por ejemplo, abofetear, golpear con los puños, patear.
- Maltrato psíquico: por ejemplo, mediante intimidación, denigración y humillación constantes.
- Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.
- Diversos comportamientos dominantes: por ejemplo, aislar a una persona de su familia y

amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.

Cuando el maltrato se produce reiteradamente en la misma relación, el fenómeno suele denominarse “maltrato físico”.

En 48 encuestas basadas en la población efectuadas en todo el mundo, entre 10% y 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas (cuadro 4.1). El porcentaje de las mujeres que habían sido atacadas por su pareja en los 12 meses anteriores varió de 3% o menos entre las mujeres de Australia, Canadá y Estados Unidos a 27% entre las mujeres que alguna vez tuvieron una pareja (es decir, mujeres que alguna vez habían mantenido relaciones sexuales con un hombre) en León (Nicaragua), 38% de las mujeres casadas en la República de Corea, y 52% de las mujeres palestinas casadas en la Ribera Occidental y la Faja de Gaza. Para muchas de estas mujeres, la agresión física no era un suceso aislado sino parte de una pauta continua de comportamiento abusivo.

La investigación indica que la violencia física en las relaciones de pareja se acompaña a menudo de maltrato psíquico, y en una tercera parte a más de la mitad de los casos también hay abuso sexual (3, 8–10). En el Japón, por ejemplo, entre 613 mujeres que en un momento dado habían sido maltratadas, 57% habían sufrido los tres tipos de abuso: físico, psíquico y sexual. Menos de 10% de estas mujeres habían experimentado solo maltrato físico (8). De igual manera, en Monterrey (México), 52% de las mujeres agredidas físicamente también habían sido maltratadas sexualmente por su pareja (11). La figura 4.1 ilustra gráficamente la superposición de los tipos de maltrato entre las mujeres que alguna vez tuvieron una relación de pareja con un hombre en León (Nicaragua) (9).

La mayoría de las mujeres que son víctimas de agresión física por lo general se ven sometidas a muchos actos de violencia con el transcurso del tiempo. En el estudio de León, por ejemplo, 60% de las mujeres maltratadas durante el año precedente habían sido agredidas más de una vez, y 20% habían experimentado violencia grave más de seis veces. Entre las mujeres que notificaron una agresión física, 70%

CUADRO 4.1

Agresión física a las mujeres por su pareja masculina, según estudios basados en poblaciones seleccionadas, 1982–1999

País o zona	Año del estudio	Cobertura	Muestra			Proporción de mujeres agredidas físicamente por su pareja (%)		
			Tamaño	Población estudiada ^a	Edad (años)	En los 12 meses anteriores	En la relación actual	Alguna vez
África								
Etiopía	1995	Meskanena Woreda	673	II	≥15	10 ^b		45
Kenia	1984–1987	Distrito Kisii	612	VI	≥15		42	
Nigeria	1993	No declarado	1 000	I	—			31 ^c
Sudáfrica	1998	Eastern Cape	396	III	18–49	11		27
		Mpumalanga	419	III	18–49	12		28
		Northern Province	464	III	18–49	5		19
		Nacional	10 190	III	15–49	6		13
Zimbabue	1996	Midlands Province	966	I	≥18			17 ^d
América del Norte								
Canadá	1991–1992	Toronto	420	I	18–64			27 ^c
	1993	Nacional	12 300	I	≥18	3 ^{d,e}		29 ^{d,e}
Estados Unidos	1995–1996	Nacional	8 000	I	≥18	1,3 ^c		22 ^c
América Latina y el Caribe								
Antigua	1990	Nacional	97	I	29–45			30 ^d
Barbados	1990	Nacional	264	I	20–45			30 ^{c,e}
Bolivia	1998	Tres distritos	289	I	≥20	17 ^c		
Chile	1993	Provincia de Santiago	1 000	II	22–55		26/11 ^f	
	1997	Santiago	310	II	15–49	23		
Colombia	1995	Nacional	6 097	II	15–49		19	
México	1996	Guadalajara	650	III	≥15			27
		Monterrey	1 064	III	≥15			17
Nicaragua	1995	León	360	III	15–49	27/20 ^f		52/37 ^f
	1997	Managua	378	III	15–49	33/28		69
	1998	Nacional	8 507	III	15–49	12/8 ^f		28/21 ^f
Paraguay	1995–1996	Nacional, excepto la región del Chaco	5 940	III	15–49			10
Perú	1997	Lima, zona metropolitana (ingreso mediano y bajo)	359	II	17–55	31		
Puerto Rico	1995–1996	Nacional	4 755	III	15–49			13 ^g
Uruguay	1997	Dos regiones	545	II ^h	22–55	10 ^e		
Asia y Pacífico Occidental								
Australia	1996	Nacional	6 300	I	—	3 ^d	8 ^d	
Bangladesh	1992	Nacional (aldeas)	1 225	II	<50	19		47
	1993	Dos regiones rurales	10 368	II	15–49		42	
Camboya	1996	Seis regiones	1 374	III	—			16
India	1993–1994	Tamil Nadu	859	II	15–39		37	
	1993–1994	Uttar Pradesh	983	II	15–39		45	
	1995–1996	Uttar Pradesh, cinco distritos	6 695	IV	15–65		30	
	1998–1999	Nacional	89 199	III	15–49	11 ⁱ		19 ⁱ
Filipinas	1999	Seis estados	9 938	III	15–49	14		40/26
	1993	Nacional	8 481	V	15–49			10
	1998	Cagayan de Oro City y Bukidnon Province	1 660	II	15–49			26 ^j
Papua Nueva Guinea	1982	Nacional, aldeas rurales	628	III ^h	—			67
	1984	Port Moresby	298	III ^h	—			56
República de Corea	1989	Nacional	707	II	≥20	38/12 ^f		
Tailandia	1994	Bangkok	619	IV	—		20	
Europa								
Noruega	1989	Trondheim	111	III	20–49			18
Países Bajos	1986	Nacional	989	I	20–60			21/11 ^{c,f}

CUADRO 4.1 (continuación)

País o zona	Año del estudio	Cobertura	Muestra			Proporción de mujeres agredidas físicamente por su pareja (%)		
			Tamaño	Población estudiada ^a	Edad (años)	En los 12 meses anteriores	En la relación actual	Alguna vez
Europa (continuación)								
República de Moldova	1997	Nacional	4 790	III	15–44	≥7		≥14
Reino Unido	1993	Norte de Londres	430	I	≥16	12 ^c		30 ^c
Suiza	1994–1996	Nacional	1 500	II	20–60	6 ^e		21 ^e
Turquía	1998	Anatolia oriental y sudoriental	599	I	14–75			58 ^c
Mediterráneo Oriental								
Egipto	1995–1996	Nacional	7 121	III	15–49	16 ⁱ		34 ^g
Israel	1997	Población árabe	1 826	II	19–67	32		
Ribera Occidental y Faja de Gaza	1994	Población palestina	2 410	II	17–65	52/37 ^f		

Fuente: reproducido de la referencia 6 con el permiso de la editorial.

^a Población de estudio: I = todas las mujeres; II = mujeres casadas/unidas; III = mujeres alguna vez casadas/unidas; IV = hombres casados que notifican el uso de la violencia contra la esposa; V = mujeres con un resultado de embarazo; VI = mujeres casadas, la mitad con resultado de embarazo, la mitad sin ese resultado.

^b En los últimos tres meses.

^c El grupo de la muestra incluyó a mujeres que nunca habían estado en relación de pareja y, por consiguiente, no estaban en riesgo de violencia en la pareja.

^d Aunque la muestra incluye a todas las mujeres, se presenta la tasa de maltrato para las mujeres alguna vez casadas/unidas (no se da el número).

^e Maltrato físico o sexual.

^f Cualquier forma de maltrato físico o solo maltrato físico grave.

^g La tasa de maltrato por la pareja en las mujeres algunas vez casadas/unidas se volvió a calcular a partir de los datos del autor.

^h Se usaron técnicas de muestreo no aleatorio.

ⁱ Incluye agresiones por otros.

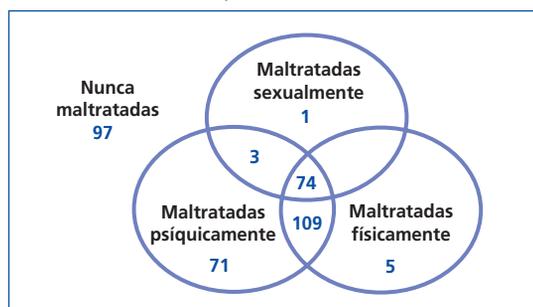
^j El agresor podía ser un miembro de la familia o un amigo cercano.

denunciaron maltrato grave (12). El número promedio de agresiones físicas durante el año precedente entre las mujeres que actualmente sufrían maltrato, según una encuesta efectuada en Londres, Inglaterra, fue de siete (13), mientras que en los Estados

Unidos, según un estudio nacional realizado en 1996, fue de tres (5).

Diversos tipos de maltrato suelen coexistir en la misma relación. Sin embargo, los estudios de prevalencia de la violencia doméstica son un campo nuevo de investigación y en general no se cuenta con datos sobre los diversos tipos de violencia en las relaciones de pareja diferentes de la violencia física. Las cifras del cuadro 4.1, por consiguiente, se refieren en forma exclusiva a la agresión física. Aun así, debido a diferencias metodológicas, los datos de estos estudios bien diseñados no son directamente comparables. Los cálculos publicados del maltrato son sumamente sensibles a las definiciones particulares usadas, la manera en la cual se formulan las preguntas, el grado de privacidad de las entrevistas y la naturaleza de la población examinada (14) (recuadro 4.1). Por consiguiente, las diferencias entre los países —especialmente las muy pequeñas— bien

FIGURA 4.1
Intersecciones de los conjuntos de mujeres maltratadas sexual, física y psíquicamente en León (Nicaragua) (N = 360 mujeres que algunas vez estuvieron en una relación íntima)



Fuente: referencia 9.

RECUADRO 4.1**Para hacer comparables los datos sobre la violencia masculina en la pareja**

Diversos factores influyen en la calidad y comparabilidad de los datos sobre la violencia masculina en la pareja, entre ellos:

- incongruencias en la forma en que se definen la violencia y el maltrato;
- variaciones en los criterios de selección de los participantes en los estudios;
- diferencias atribuibles a las fuentes de los datos;
- la disposición de los entrevistados a hablar abiertamente sobre sus experiencias con la violencia.

Debido a estos factores, la mayor parte de las cifras de prevalencia de violencia en las relaciones de pareja aportadas por distintos estudios no pueden compararse directamente. Por ejemplo, no todos los estudios separan las diferentes clases de violencia, de manera que no siempre es posible distinguir entre actos de violencia física, sexual o psíquica. Algunos estudios examinan solo los actos de violencia en los 12 meses o 5 años precedentes, mientras que otros miden las experiencias a lo largo de toda la vida.

También hay considerable variación en las poblaciones de estudio usadas para la investigación. En muchos estudios sobre la violencia en la pareja se incluye a todas las mujeres dentro de un determinado intervalo de edad, mientras que en otros se entrevista solo a las mujeres que están o han estado casadas. Tanto la edad como el estado civil se asocian con el riesgo de una mujer de sufrir maltrato a manos de su pareja. Por lo tanto, los criterios de selección de los participantes pueden afectar considerablemente a los cálculos de la prevalencia del maltrato en una población.

Asimismo, es probable que dichos cálculos varíen según la fuente de los datos. Varios estudios a escala nacional han producido cálculos de la prevalencia de la violencia en la pareja que generalmente son inferiores a los obtenidos a partir de estudios exhaustivos más acotados de las experiencias de las mujeres con la violencia. Los estudios exhaustivos más pequeños tienden a concentrarse más en la interacción entre los entrevistadores y los entrevistados. También tienden a abordar el asunto con muchos más detalles que la mayoría de las encuestas nacionales. Los cálculos de prevalencia pueden además variar entre los dos tipos de estudios debido a algunos de los factores anteriormente mencionados, en especial las diferencias en las poblaciones estudiadas y en las definiciones de la violencia.

Estimular la denuncia

Todos los estudios sobre temas delicados como la violencia se enfrentan con el problema de cómo lograr que las personas hablen abiertamente acerca de aspectos íntimos de su vida. El éxito dependerá en parte de la forma en que las preguntas se enmarquen y se formulen, así como del grado de comodidad de los entrevistados durante la entrevista. Lo último depende de factores tales como el sexo del entrevistador, la duración de la entrevista, si otras personas están presentes, y el grado de interés y la ausencia de una actitud crítica de parte del entrevistador.

Diversas estrategias pueden ayudar a mejorar la denuncia. Ellos son:

- Dar al entrevistado varias oportunidades durante la entrevista para que pueda explayarse sobre la violencia.
- Usar preguntas sobre comportamientos específicos en vez de preguntas subjetivas tales como "¿Alguna vez ha sido maltratada?"
- Seleccionar cuidadosamente a los entrevistadores y adiestrarlos para que entablen una buena relación con las entrevistadas.
- Apoyar a las entrevistadas para ayudar a evitar represalias por parte de la pareja o de algún miembro de la familia que las maltrata.

RECUADRO 4.1 (continuación)

La seguridad tanto de los entrevistados como de los entrevistadores siempre debe tenerse en cuenta en todas las estrategias para mejorar la investigación sobre la violencia.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado recientemente normas que abordan los temas éticos y de seguridad en la investigación de la violencia contra la mujer (15). También se están preparando normas para definir y cuantificar la violencia infligida por la pareja y la agresión sexual, con el fin de ayudar a mejorar la comparabilidad de los datos. Algunas de esas normas ya se han publicado (16) (véase el apartado “Recursos”).

podrían reflejar variaciones metodológicas y no diferencias reales de las tasas de prevalencia.

Medición de la violencia masculina en la pareja

En las encuestas de violencia en la pareja, a las mujeres por lo general se les pregunta si han experimentado algún maltrato de una lista de actos específicos de agresión, tales como bofetadas, golpes, puñetazos, patadas o amenazas con un arma. Las investigaciones han revelado que preguntas específicamente referidas al comportamiento, como “¿Alguna vez ha sido obligada a tener relaciones sexuales contra su voluntad?”, producen mayores tasas de respuesta positiva que las preguntas que piden a las mujeres indicar si han sido “maltratadas” o “violadas” (17). Tales preguntas específicamente referidas al comportamiento también permiten a los investigadores medir la gravedad y la frecuencia relativa del maltrato sufrido. Los actos físicos que son más graves que abofetear, dar empujones o lanzarle objetos a una persona se definen en general en los estudios como “violencia grave”, aunque algunos observadores se oponen a que la gravedad se defina exclusivamente según el acto (18).

Centrarse exclusivamente en los actos también puede ocultar la atmósfera de terror que a veces impregna las relaciones violentas. En una encuesta nacional de la violencia contra la mujer realizada en el Canadá, por ejemplo, una tercera parte de las mujeres que habían sido agredidas físicamente por su pareja declararon que habían temido por su vida en algún momento de la relación (19). Aunque los estudios internacionales se han concentrado en la

violencia física porque se conceptualiza y se mide más fácilmente, los estudios cualitativos indican que para algunas mujeres el maltrato y la degradación psicológicos resultan aún más intolerables que la violencia física (1, 20, 21).

Violencia y asesinato en la pareja

Los datos de una gama amplia de países indican que la violencia en la pareja es la causa de un número significativo de muertes por asesinato entre las mujeres. Estudios efectuados en Australia, Canadá, los Estados Unidos, Israel y Sudáfrica revelan que en 40% a 70% de los asesinatos de mujeres las víctimas fueron muertas por su esposo o novio, a menudo en el contexto de una relación de maltrato constante (22–25). Esto contrasta notablemente con la situación de las víctimas masculinas de asesinato. En los Estados Unidos, por ejemplo, solo 4% de los hombres asesinados entre 1976 y 1996 fueron muertos por su esposa, ex esposa o novia (26). En Australia, entre 1989 y 1996, la cifra fue de 8,6% (27).

Los factores culturales y la disponibilidad de armas definen los perfiles de los asesinatos cometidos por la pareja en diferentes países. En los Estados Unidos, el número de asesinatos de mujeres con armas de fuego es mayor que el cometido con todos los otros tipos de armas combinados (28). En la India, el uso de armas de fuego es raro, pero las golpizas y la muerte por fuego son comunes. Una treta habitual consiste en rociar a una mujer con queroseno, prenderle fuego y luego afirmar que murió en un “accidente de cocina”. Los funcionarios indios de salud pública sospechan que muchos asesinatos de

mujeres quedan ocultos por las estadísticas oficiales como “quemaduras accidentales”. En un estudio realizado a mediados de los años ochenta se encontró que entre las mujeres de 15 a 44 años de edad en el gran Bombay y otras zonas urbanas del estado de Maharashtra, una de cada cinco defunciones se imputaron a “quemaduras accidentales” (29).

Nociones tradicionales del honor masculino

En muchos lugares, las ideas del honor masculino y la castidad femenina ponen a las mujeres en riesgo (véase también el capítulo 6). Por ejemplo, en partes del Mediterráneo Oriental, el honor de un hombre a menudo está vinculado a la “pureza” sexual percibida de las mujeres de su familia. Si una mujer es “deshonrada” sexualmente —mediante la violación o porque incurre voluntariamente en relaciones sexuales extramatrimoniales— se considera que ha dañado el honor familiar. En algunas sociedades, la única manera de limpiar el honor familiar es matar a la mujer o muchacha acusada del “agravio”. En un estudio de las defunciones femeninas ocurridas por asesinato en Alejandría (Egipto), se encontró que 47% de las mujeres habían sido muertas por un pariente después de que habían sido violadas (30).

La dinámica de la violencia en la pareja

Investigaciones recientes realizadas en los países industrializados indican que las formas de violencia infligida por la pareja que se observan no son las mismas para todas las parejas que experimentan conflictos violentos. Parecería haber al menos dos modalidades (31, 32):

- Una modalidad grave y cada vez más frecuente de violencia es la caracterizada por muchas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y un comportamiento dominante paulatinos por parte del agresor.
- Una forma más moderada de violencia en las relaciones íntimas, en que la frustración y la ira continuas ocasionalmente estallan en forma de agresión física.

Algunos investigadores han postulado la hipótesis de que las encuestas comunitarias son más aptas

para detectar la segunda forma, más moderada, de violencia —también conocida como “violencia común de pareja”— y el tipo grave conocido como maltrato físico. Esto puede ayudar a explicar por qué las encuestas comunitarias de violencia en los países industrializados a menudo encuentran indicios sustanciales de agresión física por las mujeres, a pesar de que la gran mayoría de las víctimas que solicitan atención de los proveedores de servicios (por ejemplo, en albergues) y de la policía o los tribunales son mujeres. Aunque se ha comprobado en los países industrializados que las mujeres llevan a cabo la violencia común de pareja, hay pocos indicios de que sometan a los hombres al mismo tipo de violencia grave y paulatina que se observa con frecuencia en grupos clínicos de mujeres golpeadas (32, 33).

De igual manera, la investigación indica que las consecuencias de la violencia en la relación de pareja difieren entre los hombres y las mujeres, lo mismo que los motivos para perpetrarla. Estudios realizados en el Canadá y los Estados Unidos han revelado que las mujeres tienen muchas más probabilidades de resultar lastimadas durante las agresiones de la pareja y sufren formas más graves de violencia (5, 34–36). En el Canadá, las víctimas femeninas de la violencia conyugal tienen tres veces más probabilidades de resultar lastimadas, cinco veces más de recibir atención médica y cinco veces más de temer por sus vidas, por comparación con las víctimas masculinas (36). En los casos de violencia perpetrada por las mujeres, lo más probable es que sea en defensa propia (32, 37, 38).

En las sociedades más tradicionales, golpear a la esposa se considera en gran medida como una consecuencia del derecho del hombre a castigar físicamente a su mujer, tal como lo indican estudios realizados en países tan diversos como Bangladesh, Camboya, India, México, Nigeria, Pakistán, Papua Nueva Guinea, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe (39–47). Las justificaciones culturales de la violencia generalmente se desprenden de las ideas tradicionales de los roles que corresponden a los hombres y a las mujeres. En muchas situaciones, se espera que las mujeres cuiden del hogar, se ocupen de los hijos y muestren obediencia y respeto al

esposo. Si un hombre siente que su esposa no ha cumplido sus funciones o se ha propasado —incluso, por ejemplo, al pedirle dinero para los gastos de la casa o al señalarle las necesidades de los hijos—, puede responder en forma violenta. El autor del estudio de Pakistán observa: “Pegarle a la esposa para castigarla o disciplinarla se considera cultural y religiosamente justificado. [...] Como se piensa que el hombre es el ‘dueño’ de la mujer, es necesario mostrarle a esta quién manda para desalentar futuras transgresiones”.

Gran variedad de estudios de países tanto industrializados como en desarrollo han producido una lista notablemente uniforme de sucesos que desencadenan la violencia masculina en la pareja (39–44), a saber:

- no obedecer al hombre;
- contestarle mal;
- no tener la comida preparada a tiempo;
- no atender adecuadamente a los hijos o el hogar;
- preguntarle al hombre por cuestiones de dinero o de sus enamoradas;
- salir sin el permiso del hombre;
- negarse a mantener relaciones sexuales con el hombre;
- sospechas, por parte del hombre, de infidelidad de la mujer.

En muchos países en desarrollo, las mujeres a menudo están de acuerdo con la idea de que los hombres tienen el derecho de disciplinar a sus esposas, si es necesario por la fuerza (cuadro 4.2). En Egipto, más de 80% de las mujeres de zonas rurales comparten la opinión de que pegarle a la mujer se justifica en ciertas circunstancias (48). Significativamente, una de las razones que las mujeres citan con mayor frecuencia como causa justa de las golpizas es negarse a tener relaciones sexuales con el hombre (48–51). Como era de esperar, esta es también una de las causas que las mujeres citan con mayor frecuencia como un factor desencadenante de las golpizas (40, 52–54). Esto tiene claras consecuencias en cuanto a la capacidad de las mujeres de protegerse del embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Las sociedades a menudo distinguen entre las razones “justas” e “injustas” del maltrato, y entre

niveles “admisibles” e “inadmisibles” de violencia. Así, se concede a ciertos individuos —por lo general el marido o algún miembro mayor de la familia— el derecho de castigar físicamente a una mujer, dentro de determinados límites, por haber cometido ciertas transgresiones. Solo si un hombre transgrede estos límites —por ejemplo, poniéndose demasiado violento o golpeando a una mujer sin que haya una causa aceptada— pueden los demás intervenir (39, 43, 55, 56).

Esta idea de la “causa justa” se encuentra en muchos datos cualitativos sobre la violencia procedentes del mundo en desarrollo. Una mujer indígena de México observaba: “Pienso que si la esposa tiene la culpa, el esposo tiene el derecho de pegarle. [...] Si yo hice algo mal [...], nadie debe defenderme. Pero si no hice algo malo, tengo derecho a que me defiendan (43)”. Los participantes en grupos de discusión llevados a cabo en el norte y en el sur de la India, expresan sentimientos similares. “Si se trata de una falta grave —observó una mujer en Tamil Nadu—, el esposo tiene razón en pegarle a la esposa. ¿Por qué no? Una vaca no obedece si no es a golpes” (47).

Aun si la propia cultura les concede a los hombres un control sustancial del comportamiento femenino, los hombres violentos por lo común se pasan de la raya (49, 57, 58). Las estadísticas de la encuesta nicaragüense de demografía y salud, por ejemplo, muestran que entre las mujeres que habían sido maltratadas físicamente, 32% tenían esposos que sacaban alta puntuación en una escala de rigurosidad del “control marital”, por comparación con solo 2% entre las mujeres que no habían sido maltratadas físicamente. La escala incluía diversos comportamientos por parte del esposo, entre ellos acusarla continuamente de ser infiel y limitar su contacto con la familia y los amigos (49).

¿Cómo responden las mujeres al maltrato?

Algunos estudios cualitativos han confirmado que la mayoría de las mujeres maltratadas no son víctimas pasivas, sino que adoptan estrategias activas para aumentar al máximo su seguridad y la de sus hijos. Algunas mujeres resisten, otras huyen y algunas más intentan llevar la fiesta en paz cediendo a

CUADRO 4.2

Porcentaje de entrevistados que aprueban el uso de la violencia física contra la cónyuge, según la justificación, en estudios seleccionados, 1995–1999

País o zona	Año	Entrevistado	Justificación del maltrato físico			
			Ella descuida a los niños o el hogar	Ella se niega a tener relaciones sexuales con él	Él sospecha que ella comete adulterio	Ella le replica o desobedece
Brasil (Salvador, Bahía)	1999	H	—	—	19 ^a	—
		M	—	—	11 ^a	—
Chile (Santiago)	1999	H	—	—	12 ^a	—
		M	—	—	14 ^a	—
Colombia (Cali)	1999	H	—	—	14 ^a	—
		M	—	—	13 ^a	—
Egipto	1996	M urbana	40	57	—	59
		M rural	61	81	—	78
El Salvador (San Salvador)	1999	H	—	—	5 ^a	—
		M	—	—	9 ^a	—
Ghana ^b	1999	H	—	43	—	—
		M	—	33	—	—
India (Uttar Pradesh)	1996	H	—	—	—	10–50
Nueva Zelanda	1995	H	1	1	5 ^c	1 ^d
Nicaragua ^e	1999	M urbana	15	5	22	—
		M rural	25	10	32	—
Singapur	1996	H	—	5	33 ^f	4
Venezuela (Caracas)	1999	H	—	—	8 ^a	—
		M	—	—	8 ^a	—
Ribera Occidental y Faja de Gaza ^g	1996	H ^h	—	28	71	57

Fuente: reproducido de la referencia 6 con el permiso de la editorial.

H = hombre; M = mujer; — indica que la pregunta no se formuló.

^a “Una mujer infiel merece ser golpeada.”

^b Además, 51% de los hombres y 43% de las mujeres estuvieron de acuerdo: “El esposo tiene razón en pegarle a su mujer si esta usa la planificación familiar sin el conocimiento de él”.

^c “La sorprende en la cama con otro hombre.”

^d “No hace lo que se le dice.”

^e Además, 11% de las mujeres urbanas y 23% de las mujeres rurales estuvieron de acuerdo en que “el marido tiene razón en pegarle a su mujer si ella sale sin su permiso”.

^f “Ella tiene relaciones sexuales con otro hombre.”

^g Además, 23% de los hombres estuvieron de acuerdo en que “pegarle a la mujer está justificado” si ella no respeta a los familiares de su marido.

^h Población palestina.

las exigencias del marido (3, 59–61). Lo que a un observador externo le puede parecer una falta de respuesta positiva por parte de la mujer, en realidad puede ser un cálculo meditado de esta, que opta por lo que se necesita para sobrevivir en el matrimonio y protegerse a sí misma y a sus hijos.

La respuesta de una mujer al maltrato suele estar limitada por las opciones de que dispone (60). Estudios cualitativos integrales de mujeres en Estados Unidos y África, América Latina, Asia y Europa, revelan que diversos factores pueden determinar que las mujeres continúen en una relación en la que son maltratadas. Entre ellos sobresalen comúnmente: el temor al castigo, la falta de medios alternativos de

apoyo económico, la preocupación por los hijos, la dependencia emocional, la falta de apoyo de la familia y los amigos, y la esperanza constante de que el hombre cambie (9, 40, 42, 62, 63). En los países en desarrollo, las mujeres también citan la estigmatización que trae aparejada el hecho de no estar casadas como una barrera adicional que les impide dejar una relación violenta (40, 56, 64).

A menudo, la negación y el temor de aislarse socialmente impiden a las mujeres buscar ayuda. Se ha comprobado que alrededor de 20% a 70% de las mujeres maltratadas nunca mencionan el maltrato a otras personas hasta que son entrevistadas para el estudio (cuadro 4.3). Las que buscan ayuda

CUADRO 4.3

Proporción de mujeres agredidas físicamente que buscaron ayuda en diferentes lugares, varios estudios basados en poblaciones seleccionadas

País o zona	Muestra (N)	Proporción de mujeres agredidas físicamente que:			
		Nunca dijeron nada (%)	Contactaron a la policía (%)	Le contaron a amigos (%)	Le contaron a la familia (%)
Australia ^a	6 300	18	19	58	53
Bangladesh	10 368	68	—	—	30
Canadá	12 300	22	26	45	44
Camboya	1 374	34	1	33	22
Chile	1 000	30	16	14	32 ^b /21 ^c
Egipto	7 121	47	—	3	44
Irlanda	679	—	20	50	37
Nicaragua	8 507	37	17	28	34
República de Moldova	4 790	—	6	30	31
Reino Unido	430	38	22	46	31

Fuente: reproducido de la referencia 6 con el permiso de la editorial.

^a Mujeres que fueron agredidas físicamente en los últimos 12 meses.

^b Se refiere a la proporción de mujeres que le contaron a la familia.

^c Se refiere a la proporción de mujeres que le contaron a la familia de su pareja.

lo hacen principalmente con miembros de la familia y amigos, en vez de recurrir a las instituciones. Son una minoría las que alguna vez establecen contacto con la policía.

A pesar de los obstáculos, muchas mujeres maltratadas acaban por dejar al compañero violento, a veces al cabo de muchos años, una vez que han crecido los hijos. En el estudio de León (Nicaragua), por ejemplo, 70% de las mujeres con el tiempo dejaron a la pareja que las había maltratado (65). La duración media de tales relaciones fue de seis años, aunque las más jóvenes tendieron a liberarse antes (9). Algunos estudios indican que hay un conjunto uniforme de factores que llevan a las mujeres a separarse en forma permanente de la pareja que las maltrata. Por lo general, esto ocurre cuando la violencia llega a ser lo bastante grave como para que exista el convencimiento de que el compañero no va a cambiar, o cuando la situación comienza a afectar notablemente a los hijos. Las mujeres también han mencionado que el apoyo emocional y logístico de la familia o los amigos desempeña una función crucial en su decisión de dar por terminada la relación (61, 63, 66–68).

Según las investigaciones, dejar una relación de maltrato es un proceso, no un acto aislado. La mayoría de las mujeres se separan y regresan varias veces, antes de tomar la decisión de concluir

definitivamente la relación. El proceso incluye períodos de negación, culpa y sufrimiento antes de que terminen por reconocer la situación de maltrato y se identifiquen con otras mujeres en situaciones similares. A estas alturas, sobreviene la ruptura y empieza la recuperación con respecto a la relación de maltrato (69). Reconocer que este proceso existe puede ayudar a las personas a ser más comprensivas y criticar menos a las mujeres que regresan a una situación de maltrato.

Lamentablemente, dejar una relación de maltrato no siempre garantiza la seguridad de la mujer. La violencia a veces puede seguir,

e incluso aumentar mucho, después de que la mujer deja a su pareja (70). De hecho, en Australia, Canadá y Estados Unidos, una proporción significativa de los asesinatos de mujeres se cometen cuando la mujer está tratando de dejar al hombre que la maltrata (22, 27, 71, 72).

¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia infligida por la pareja?

Solo en fecha reciente los investigadores han empezado a buscar los factores individuales y comunitarios que podrían determinar la tasa de violencia en la pareja. Aunque la violencia contra la mujer existe en casi todas partes, se encuentran ejemplos de sociedades preindustriales en las cuales la violencia en la pareja prácticamente no existe (73, 74). Estas sociedades son un testimonio de que las relaciones sociales pueden organizarse de tal manera que se reduzca al mínimo la violencia contra la mujer.

En muchos países, la prevalencia de la violencia doméstica varía sustancialmente entre zonas vecinas. Estas diferencias locales a menudo son mayores que las diferencias nacionales. Por ejemplo, en el estado de Uttar Pradesh (India), el porcentaje de los hombres que admitieron que golpeaban a su esposa varió de 18% en el distrito de Naintal a

45% en el distrito de Banda. La proporción de los que obligaban físicamente a la esposa a que aceptara las relaciones sexuales varió de 14% a 36% entre los distritos (cuadro 4.4). Tales variaciones plantean una pregunta interesante e imperiosa: ¿qué hay en esos ámbitos que pueda explicar las grandes diferencias en las agresiones físicas y sexuales?

Recientemente, los investigadores se han interesado más en explorar tales preguntas, aunque los datos recabados hasta ahora resultan insuficientes para acometer la tarea. Lo que sabemos actualmente de los factores que determinan la prevalencia de la violencia en la pareja se basa en gran parte en estudios realizados en los Estados Unidos y el Canadá, por lo cual quizá no sea forzosamente aplicable a otros ámbitos. Se conocen varios estudios basados en la población realizados en países en desarrollo, pero su utilidad para investigar los factores de riesgo y los factores protectores está limitada por su diseño transversal y por la escasa cantidad de factores predictivos que exploran. En general, los datos científicos actuales se inclinan demasiado a investigar los aspectos individuales en lugar de los elementos comunitarios o sociales que pueden determinar la probabilidad del maltrato.

En efecto, si bien empieza a formarse el consenso de que una acción recíproca de los factores personales, coyunturales, sociales y culturales se combina para causar el maltrato (55, 75), aún es limitada la información acerca de los factores más importantes. En el cuadro 4.5 se resumen los factores que se consideran relacionados con el riesgo de

que un hombre cometa actos de violencia contra su pareja. Con todo, esta información debe considerarse incompleta y sumamente tentativa. Pueden faltar varios factores importantes porque ningún estudio ha examinado su importancia, mientras que otros quizá solo sean elementos correlacionados de la agresión de la compañera y no sean factores causales verdaderos.

Factores individuales

Hace poco, Black et al. examinaron la bibliografía de ciencias sociales de los Estados Unidos y el Canadá acerca de los factores de riesgo de agredir físicamente a la pareja (76). Solo examinaron los estudios que consideraron metodológicamente sólidos y que se basaban ya fuese en una muestra representativa de la comunidad o en una muestra clínica con un grupo testigo apropiado. De este análisis surgieron varios factores demográficos, de antecedentes personales y de personalidad vinculados de manera uniforme con la probabilidad de que un hombre agrediera físicamente a su pareja. Entre ellos, se encontró sistemáticamente que la edad joven y los ingresos bajos eran factores vinculados con la probabilidad de que un hombre fuese violento con su compañera.

Algunos estudios han encontrado una relación entre la agresión física y la combinación de mediciones sobre el nivel socioeconómico y educativo, aunque los datos no son del todo coherentes. El Estudio de Salud y Desarrollo de Dunedin (Nueva Zelanda) —uno de los pocos estudios longitudinales de cohorte de nacimiento para explorar la violencia de pareja— comprobó que la pobreza familiar en la niñez y la adolescencia, el bajo nivel de instrucción y la delincuencia agresiva a la edad de 15 años servían para predecir en gran medida el maltrato físico de la compañera por los hombres a la edad de 21 años (77). Este estudio ha sido uno de los pocos que han evaluado si los mismos factores de riesgo predicen la agresión por parte de las mujeres y los hombres contra su pareja.

CUADRO 4.4

Variaciones en las actitudes masculinas y uso notificado de la violencia, distritos seleccionados de Uttar Pradesh, India, 1995–1996

Distrito	Tamaño de la muestra (N)	Proporción de hombres que:			
		Admitieron obligar a la esposa a tener relaciones sexuales (%)	Estuvieron de acuerdo en que, si la esposa desobedece, hay que pegarle (%)	Admitieron haber pegado a la esposa (%)	Le pegaron a su esposa en el último año (%)
Aligarh	323	31	15	29	17
Banda	765	17	50	45	33
Gonda	369	36	27	31	20
Kanpur Nagar	256	14	11	22	10
Naintal	277	21	10	18	11

Fuente: reproducido de la referencia 6 con el permiso de la editorial.

CUADRO 4.5

Factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a su pareja

Factores individuales	Factores de la relación	Factores comunitarios	Factores sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Edad joven • Beber en exceso • Depresión • Trastornos de la personalidad • Poca instrucción • Ingresos bajos • Haber presenciado o sufrido violencia cuando niño 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflicto matrimonial • Inestabilidad del matrimonio • Dominio masculino en la familia • Presiones económicas • Mal funcionamiento familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanciones débiles de la comunidad contra la violencia doméstica • Pobreza • Poco capital social 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas tradicionales de género • Normas sociales que apoyan la violencia

Antecedentes de violencia en la familia

Entre los antecedentes personales, la violencia en la familia de origen ha surgido como un factor de riesgo especialmente poderoso de agresión masculina en la pareja. Estudios efectuados en Brasil, Camboya, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España, Estados Unidos, Indonesia, Nicaragua y Venezuela encontraron que las tasas de maltrato eran mayores entre las mujeres cuyo esposo había sido golpeado de niño o había presenciado cuando su madre era golpeada (12, 57, 76, 78–81). Aunque los hombres que maltratan físicamente a su esposa suelen tener antecedentes de violencia, no todos los niños que presencian malos tratos o son objeto de ellos se convierten en adultos que maltratan a otros (82). Una pregunta teórica importante aquí es la siguiente: ¿qué distingue a los hombres capaces de establecer relaciones sanas y sin violencia, a pesar de las adversidades afrontadas en la niñez, de los que maltratan a su compañera íntima?

Consumo de alcohol por los hombres

Otro marcador de riesgo de la violencia en la pareja que aparece de manera especialmente uniforme en diferentes circunstancias es el consumo de bebidas alcohólicas por los hombres (81, 83–85). En el metaanálisis de Black et al. mencionado antes, cada estudio que examinó el consumo de alcohol o la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas como un factor de riesgo de violencia en la pareja encontró una asociación significativa; los coeficientes de correlación variaron de $r = 0,21$ a $r = 0,57$. Las encuestas basadas en la población realizadas en Brasil, Camboya, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica,

El Salvador, España, India, Indonesia, Nicaragua, Sudáfrica y Venezuela también hallaron una relación entre el riesgo de una mujer de ser víctima de la violencia y los hábitos de su pareja relacionados con el alcohol (9, 19, 79–81, 86, 87).

Sin embargo, hay considerable debate acerca de la naturaleza de la relación entre el consumo de alcohol y la violencia, y si este es verdaderamente causal. Muchos investigadores creen que el alcohol opera como un factor coyuntural, que aumenta las probabilidades de que se produzca la violencia al reducir las inhibiciones, nublar el juicio y deteriorar la capacidad del individuo para interpretar indicios (88). Beber en exceso también puede aumentar la violencia del compañero al dar pábulo a discusiones entre las parejas. Otros autores alegan que el nexo entre la violencia y el alcohol está determinado culturalmente y solo existe en circunstancias en que la expectativa colectiva es que el beber causa o excusa ciertos comportamientos (89, 90). En Sudáfrica, por ejemplo, los hombres hablan de consumir alcohol de manera premeditada para hacerse de valor y propinar a su compañera la golpiza que, según les parece, se espera socialmente de ellos (91).

A pesar de que hay opiniones contradictorias acerca del papel causal desempeñado por el abuso del alcohol, se ha comprobado que las mujeres que viven con bebedores empedernidos corren un riesgo mucho mayor de que este las agrede físicamente, y que los hombres que han estado bebiendo infligen una violencia más grave en el momento de una agresión (57). Según la encuesta de violencia contra la mujer realizada en el Canadá, por ejemplo, las mujeres que vivían con bebedores empedernidos presentaban cinco veces más probabilidades de

ser agredidas por su compañero que las que vivían con hombres que no bebían (19).

Trastornos de la personalidad

Varios estudios han intentado identificar si ciertos factores o trastornos de la personalidad están vinculados sistemáticamente con la violencia contra la pareja. Estudios efectuados en el Canadá y los Estados Unidos revelan que los hombres que agreden a sus esposas es más probable que sean emocionalmente dependientes e inseguros y tengan poca autoestima, y es más probable que tengan dificultades para controlar sus impulsos (33). Comparados con sus pares no violentos, también tienden a manifestar más ira y hostilidad, a deprimirse y a sacar puntuaciones altas en ciertas escalas de trastornos de la personalidad, incluidos los trastornos de personalidad antisocial, agresiva y limítrofe (76). Aunque las tasas de trastornos psicopatológicos por lo general son mayores en los hombres que maltratan a sus esposas, no todos los hombres que infligen malos tratos físicos presentan tales trastornos psicológicos. La proporción de las agresiones por la pareja vinculadas con trastornos psicopatológicos suele ser relativamente baja en entornos donde este tipo de violencia es común.

Factores de la relación

En el plano interpersonal, el marcador más uniforme que ha surgido respecto de la violencia en la pareja son los conflictos o desavenencias matrimoniales. En todos y cada uno de los estudios examinados por Black et al., los conflictos matrimoniales se relacionaron desde moderada hasta firmemente con la violencia masculina contra la pareja (76). También se encontró que tales conflictos precedían a la violencia en la pareja en un estudio basado en la población de mujeres y hombres realizado en Sudáfrica (87) y en una muestra representativa de hombres casados en Bangkok (Tailandia) (92). En este último estudio, el conflicto verbal de los cónyuges tuvo una relación significativa con la agresión física a la esposa, incluso después de controlar el estado socioeconómico, el nivel de estrés del esposo y otros aspectos relacionados con el matrimonio, como el compañerismo y la estabilidad (92).

Factores comunitarios

Se ha encontrado en general que un nivel socioeconómico alto ofrece cierta protección contra el riesgo de violencia física hacia la pareja íntima, si bien hay excepciones (39). Los estudios de una gama amplia de ámbitos revelan que, aunque este tipo de violencia física contra la pareja afecta a todos los grupos socioeconómicos, las mujeres que viven en la pobreza la padecen en forma desproporcionada (12, 19, 49, 78, 79, 81, 92–96).

Aún no está claro por qué la pobreza aumenta el riesgo de violencia: si es debido a los ingresos bajos en sí o a otros factores acompañantes, como el hacinamiento o la desesperanza. Para algunos hombres, vivir en la pobreza con toda probabilidad genera estrés, frustración y un sentido de ineficacia por no haber logrado cumplir con su papel culturalmente esperado de proveedores de sus familias. También puede aportar motivos para las desavenencias matrimoniales o hacer más difícil que las mujeres den por terminada una relación violenta o insatisfactoria por otras razones. Sean cuales fueren los mecanismos precisos, es probable que la pobreza actúe como un “marcador” de diversas condiciones sociales que se combinan y aumentan el riesgo con que se enfrentan las mujeres (55).

La forma en que una comunidad responde a la violencia en la pareja puede influir en los niveles generales del maltrato en esa comunidad. En un estudio comparativo de 16 sociedades con tasas altas y bajas de violencia en la pareja, Counts, Brown y Campbell encontraron que las sociedades con los niveles más bajos de violencia en la pareja eran las que proveían sanciones de la comunidad contra esta y aquellas donde las mujeres maltratadas tenían acceso al amparo, en forma de albergues o apoyo familiar (73). Las sanciones o prohibiciones de la comunidad podían adoptar la forma de sanciones legales formales o de presiones morales para que los vecinos intervinieran si una mujer era golpeada. Este contexto de “sanciones y amparo” permite proponer la hipótesis de que la violencia infligida por la pareja alcanzará su nivel más alto en las sociedades donde la situación de las mujeres se halla en un estado de transición. En los lugares donde las mujeres tienen una categoría socioeconómica muy

baja, la violencia no es “necesaria” para hacer cumplir la autoridad masculina. Al contrario, en los sitios donde las mujeres tienen mejor situación socioeconómica, probablemente habrán logrado suficiente poder conjunto para cambiar los roles tradicionales de género. La violencia en la pareja, por lo tanto, suele alcanzar el punto más alto cuando las mujeres empiezan a desempeñar papeles no tradicionales o entran a formar parte de la fuerza de trabajo.

Se ha propuesto que varios otros factores de la comunidad posiblemente influyan en la incidencia general de la violencia por la pareja, pero pocos de ellos se han sometido a pruebas empíricas. Un estudio múltiple en curso patrocinado por la Organización Mundial de la Salud en ocho países (Bangladesh, Brasil, Japón, Namibia, Perú, la República Unida de Tanzania, Samoa y Tailandia) está recopilando datos sobre varios factores a nivel de la comunidad para examinar su relación posible con la violencia por la pareja. Esos factores son los siguientes:

- Las tasas de otros delitos violentos.
- El capital social (véase el capítulo 2).
- Las normas sociales relacionadas con la vida íntima familiar.
- Las normas de la comunidad relacionadas con la autoridad masculina sobre las mujeres.

El estudio arrojará luz sobre la contribución relativa de los factores individuales y a nivel comunitario a las tasas de violencia en la pareja.

Factores sociales

En estudios de investigación realizados en distintas culturas se han encontrado varios factores sociales y culturales que podrían dar lugar a mayores grados de violencia. Levinson, por ejemplo, analizó estadísticamente los datos etnográficos codificados de 90 sociedades para examinar las modalidades culturales de maltrato físico de la esposa, explorando los factores que distinguen sistemáticamente las sociedades donde golpear a la esposa es común de aquellas donde la práctica es rara o no existe (74). El análisis de Levinson indica que el maltrato físico de la esposa ocurre más a menudo en las sociedades en las cuales los hombres tienen poder económico y de toma de decisiones en el hogar, donde las mujeres no tienen acceso fácil al divorcio y donde los adultos

recurren habitualmente a la violencia para resolver sus conflictos. El segundo factor predictivo de importancia en este estudio de la frecuencia del maltrato físico de la esposa fue la ausencia de grupos de trabajo formados exclusivamente por mujeres. Levinson postula la hipótesis de que la presencia de grupos de trabajo femeninos brinda protección contra el maltrato físico de la esposa porque proporciona a las mujeres una fuente estable de apoyo social, así como la independencia económica respecto de su esposo y de la familia.

Diversos investigadores han propuesto varios otros factores que quizá contribuyan a que haya tasas mayores de violencia de pareja. Se ha argumentado, por ejemplo, que esta forma de violencia es más común en los lugares donde hay o ha habido recientemente guerra u otros conflictos o alteraciones sociales. En los lugares donde la violencia se ha vuelto común y los individuos tienen acceso fácil a las armas, las relaciones sociales —incluidos los roles del hombre y la mujer— se alteran con frecuencia. Durante esas épocas de trastorno económico y social, las mujeres son a menudo más independientes y asumen mayores responsabilidades económicas, mientras que los hombres quizá sean menos capaces de cumplir sus funciones culturalmente esperadas de protectores y proveedores. Tales factores bien pueden aumentar la violencia en la pareja, pero esto no pasa de ser algo anecdótico y aún no se ha comprobado.

Otros autores han señalado que las desigualdades estructurales entre los hombres y las mujeres, los roles de género rígidos y las ideas de hombría vinculada al dominio, el honor masculino y la agresión, aumentan en conjunto el riesgo de violencia en la pareja (55). Aunque estas hipótesis parecen razonables, hay que demostrarlas con pruebas sólidas.

Las consecuencias de la violencia en la pareja

Las consecuencias del maltrato son profundas, y van más allá de la salud y la felicidad de los individuos para afectar al bienestar de toda la comunidad. Vivir en una relación violenta afecta al sentido de autoestima de una mujer y a su capacidad de participar en el mundo. Diversos estudios han revelado que las

mujeres maltratadas suelen tener restricciones en cuanto al acceso a la información y los servicios, la participación en la vida pública y la consecución de apoyo emocional por parte de amigos y familiares. No es de sorprender que tales mujeres sean a menudo incapaces de cuidar debidamente de sí mismas y de sus hijos o de tener un trabajo o seguir una carrera.

Repercusiones sobre la salud

Un acervo cada vez mayor de datos de investigación está revelando que compartir la vida con un hombre que la somete a malos tratos puede tener una repercusión profunda sobre la salud de una mujer. La violencia se ha vinculado con un sinnúmero de resultados de salud diferentes, tanto inmediatos como a largo plazo. En el cuadro 4.6, basado en datos de la bibliografía científica, se resumen las consecuencias que se han asociado con la violencia masculina en la pareja. Aunque la violencia puede tener consecuencias directas sobre la salud, como sufrir una lesión, ser víctima de la violencia también aumenta el riesgo de que una mujer tenga mala salud en el futuro. Del mismo modo que las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol, ser víctima de la violencia puede considerarse un factor de riesgo de una variedad de enfermedades y afecciones.

Ciertos estudios revelan que las mujeres que han sufrido maltrato físico o sexual en la niñez o la vida adulta experimentan mala salud con mayor frecuencia que otras mujeres en lo que respecta al funcionamiento físico, el bienestar psíquico y la adopción de otros comportamientos de riesgo, como son el tabaquismo, la inactividad física y el abuso de alcohol y otras drogas (85, 97–103). El antecedente de haber sido víctimas de la violencia pone a las mujeres en mayor riesgo de:

- depresión;
- intentos de suicidio;
- síndromes de dolor crónico;
- trastornos psicósomáticos;
- lesiones físicas;
- trastornos del aparato digestivo;
- síndrome del colon irritable;
- diversas consecuencias para la salud reproductiva (véase más adelante).

CUADRO 4.6

Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja

Físicas

Lesiones abdominales y torácicas
Moretones e hinchazón
Síndromes de dolor crónico
Discapacidad
Fibromialgia
Fracturas
Trastornos del aparato digestivo
Síndrome del colon irritable
Desgarros y abrasiones
Lesiones oculares
Mengua de las funciones físicas

Sexuales y reproductivas

Trastornos del aparato genital
Esterilidad
Enfermedad inflamatoria de la pelvis
Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo
Disfunción sexual
Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA
Aborto practicado en condiciones peligrosas
Embarazo no deseado

Psíquicas y del comportamiento

Abuso de alcohol y otras drogas
Depresión y ansiedad
Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño
Sentimientos de vergüenza y culpabilidad
Fobias y trastorno por pánico
Inactividad física
Poca autoestima
Trastorno por estrés postraumático
Trastornos psicósomáticos
Hábito de fumar
Comportamiento suicida y daño autoinfligido
Comportamiento sexual riesgoso

Consecuencias mortales

Mortalidad relacionada con el SIDA
Mortalidad materna
Homicidio
Suicidio

Se enumeran a continuación las conclusiones derivadas de las investigaciones actuales acerca de las consecuencias generales del maltrato sobre la salud:

- La influencia del maltrato puede persistir mucho tiempo después que este ha cesado (103, 104).
- Cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus efectos sobre la salud física y mental de una mujer (98).
- Los efectos con el transcurso del tiempo de diferentes tipos de maltrato y de episodios múltiples de maltrato parecen ser acumulativos (85, 99, 100, 103, 105).

Salud reproductiva

Las mujeres que viven con un compañero violento tienen dificultades para protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades. La violencia mediante relaciones sexuales forzadas puede desembocar directamente en un embarazo no deseado o en infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH; también, indirectamente puede dificultar la capacidad de la mujer de usar anticonceptivos, en especial condones (6, 106). Los estudios revelan sistemáticamente que la violencia doméstica es más común en las familias numerosas (5, 47, 49, 50, 78, 93, 107). Por consiguiente, los investigadores han supuesto por mucho tiempo que el estrés de tener muchos hijos aumenta el riesgo de la violencia; pero datos recientes obtenidos en Nicaragua indican que, en realidad, la relación quizá sea la inversa. En efecto, en ese país centroamericano el inicio de la violencia precede en gran medida al nacimiento de muchos hijos (80% de la violencia comienza en los cuatro primeros años del matrimonio), lo cual indica que la violencia quizá sea un factor de riesgo de tener muchos hijos (9).

La violencia también ocurre durante el embarazo, con consecuencias no solo para la mujer sino también para el feto en desarrollo. Estudios basados en la población realizados en Canadá, Chile, Egipto y Nicaragua han encontrado que entre 6% y 15% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han sido maltratadas física o sexualmente durante el embarazo, generalmente por su pareja (9, 48, 49, 57, 78). En los Estados Unidos, los cálculos de maltrato durante el embarazo varían entre 3% y 11% de las mujeres adultas y hasta 38% de las madres adolescentes de bajos ingresos (108–112).

La violencia durante el embarazo se ha acompañado de (6, 110, 113–117):

- aborto espontáneo;
- inicio tardío de la atención prenatal;
- mortinatalidad;
- parto y nacimiento prematuros;
- lesiones fetales;
- bajo peso al nacer, causa destacada de mortalidad infantil en el mundo en desarrollo.

La violencia masculina hacia la pareja representa una proporción sustancial, pero en gran parte

inadvertida, de la mortalidad materna. En un estudio reciente que abarcó 400 pueblos y siete hospitales en Pune (India), se encontró que 16% de las defunciones durante el embarazo eran el resultado de este tipo de violencia (118). El estudio también reveló que 70% de las defunciones maternas en esta región por lo general no se registraron, y que se clasificaron mal 41% de las defunciones registradas. La muerte de la mujer embarazada a manos de su pareja también se ha identificado como una causa importante de defunciones maternas en Bangladesh (119) y en los Estados Unidos (120, 121).

La violencia en la relación de pareja también tiene muchos vínculos con la epidemia creciente de SIDA. En seis países de África, por ejemplo, el temor al ostracismo y la violencia doméstica consiguiente fue una razón importante de que las mujeres embarazadas se negaran a hacerse la prueba del VIH o no regresaran para conocer el resultado (122). De manera análoga, en un estudio reciente de transmisión del VIH entre heterosexuales de la región rural de Uganda, las mujeres que informaron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales contra su voluntad en el año precedente presentaban un riesgo ocho veces mayor de contraer la infección por el VIH (123).

Salud física

Obviamente, la violencia puede producir lesiones que varían desde cortes y equimosis hasta la discapacidad permanente y la muerte. Ciertos estudios basados en la población muestran que entre 40% y 72% de las mujeres que han sido maltratadas físicamente por su pareja han sufrido lesiones en algún momento de sus vidas (5, 9, 19, 62, 79, 124). En el Canadá, 43% de las mujeres lesionadas de esta manera recibieron atención médica y 50% de las lesionadas tuvieron que ausentarse del trabajo (19).

La lesión, sin embargo, no es el resultado físico más común del maltrato por la pareja. Son más comunes los “trastornos funcionales”, una gran cantidad de dolencias que a menudo no tienen causa médica discernible, como el síndrome del colon irritable, la fibromialgia, los trastornos del aparato digestivo y diversos síndromes de dolor crónico. Hay estudios que vinculan sistemáticamente tales trastornos con

el antecedente de maltrato físico o sexual (98, 125–127). Las mujeres que han sido maltratadas también experimentan una mengua del funcionamiento físico, más síntomas físicos y permanecen mayor número de días en cama por comparación con las no maltratadas (97, 98, 101, 124, 125, 128).

Salud mental

Las mujeres maltratadas por su pareja padecen más depresión, ansiedad y fobias que las no maltratadas, según estudios realizados en Australia, Estados Unidos, Nicaragua y Pakistán (129–132). De modo parecido, las investigaciones indican que las mujeres maltratadas por su pareja presentan mayor riesgo de suicidio e intentos de suicidio (25, 49, 133–136).

Uso de los servicios de salud

Dados los efectos a largo plazo de la violencia en la salud de las mujeres, aquellas que han sido maltratadas tienen mayores probabilidades de ser usuarias a largo plazo de los servicios de salud, lo que acrecienta los costos de la asistencia sanitaria. Estudios realizados en los Estados Unidos, Nicaragua y Zimbabue indican que las mujeres que han sufrido agresión física o sexual, ya sea en la niñez o en la edad adulta, usan los servicios de salud con más frecuencia que las mujeres no maltratadas (98, 100, 137–140). Por término medio, las víctimas de maltrato presentan más operaciones quirúrgicas, visitas médicas, estancias hospitalarias, visitas a farmacias y consultas de salud mental a lo largo de sus vidas que las no maltratadas, aun después de tener en cuenta los posibles factores de confusión.

Repercusiones económicas de la violencia

Además de sus costos humanos, la violencia impone una carga económica enorme a las sociedades desde el punto de vista de la productividad perdida y el mayor uso de los servicios sociales. Entre las mujeres que tomaron parte en una encuesta en Nagpur (India), por ejemplo, 13% tuvieron que renunciar al trabajo remunerado debido al maltrato, luego de perder un promedio de siete días laborales por incidente, y 11% no habían podido realizar las tareas domésticas debido a un incidente de violencia (141).

Aunque la violencia masculina en la pareja no afecta uniformemente a la probabilidad general de que una mujer esté empleada, sí parece influir en sus ingresos y en su capacidad de conservar un trabajo (139, 142, 143). En un estudio efectuado en Chicago (Estados Unidos), se encontró que las mujeres con antecedentes de haber sido víctimas de la violencia en la pareja solían haber experimentado períodos de desempleo, haber cambiado con mayor frecuencia de trabajo y haber sufrido más problemas de salud físicos y mentales que podían afectar a su desempeño laboral. También percibían ingresos inferiores y mostraban una tendencia significativamente mayor a recibir asistencia social del Estado que las mujeres que no informaron el antecedente de violencia por la pareja (143). De igual manera, en un estudio realizado en Managua (Nicaragua) las mujeres maltratadas ganaban 46% menos que las mujeres que no informaron sufrir maltrato, incluso después de controlar otros factores que podrían influir en los ingresos (139).

Repercusiones en los hijos

Los hijos a menudo están presentes durante los altercados domésticos. En un estudio hecho en Irlanda (62), 64% de las mujeres maltratadas dijeron que sus hijos presenciaban habitualmente la violencia; lo mismo declararon 50% de las mujeres maltratadas en Monterrey (México) (11).

Los hijos que presencian la violencia matrimonial presentan mayor riesgo de sufrir una amplia gama de problemas emocionales y de conducta, entre ellos ansiedad, depresión, mal rendimiento escolar, poca autoestima, desobediencia, pesadillas y quejas sobre la salud física (9, 144–146). En efecto, estudios realizados en los Estados Unidos y el Canadá indican que los hijos que presencian episodios violentos entre sus padres presentan con frecuencia muchos de los mismos trastornos conductuales y psicológicos de los niños que son maltratados directamente (145, 147).

Datos recientes indican que la violencia también puede afectar directa o indirectamente a la mortalidad en la niñez (148, 149). Un grupo de investigadores de León (Nicaragua) encontró que, después de controlar otros factores de confusión

posibles, los hijos de mujeres que habían sido maltratadas física y sexualmente por su pareja presentaban seis veces más probabilidades de morir antes de los 5 años de edad que los hijos de mujeres que no habían sido maltratadas. El maltrato infligido por la pareja representó hasta un tercio de las muertes entre los niños de esa región (149). En otro estudio que se hizo en los estados indios de Tamil Nadu y Uttar Pradesh, se encontró que las mujeres que habían sido golpeadas mostraban una tendencia significativamente mayor que las mujeres no maltratadas a haber presentado mortalidad infantil o pérdida del embarazo (aborto provocado, aborto espontáneo o mortinato), aun después de controlar factores predictivos bien establecidos de mortalidad en la niñez, como la edad de la mujer, el nivel educativo y el número de embarazos anteriores que acabaron en un nacido vivo (148).

¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia en la relación de pareja?

La mayor parte de las investigaciones efectuadas hasta la fecha sobre la violencia por la pareja han sido encabezadas por organizaciones de mujeres, con financiamiento y asistencia ocasional de los gobiernos. En los sitios donde los gobiernos han tomado parte —como en Australia, América Latina, Estados Unidos, Canadá y partes de Europa—, ha sido en general como respuesta a exigencias de la sociedad civil en favor de una acción constructiva. La primera ola de actividad generalmente ha incluido elementos de reforma jurídica, adiestramiento policial y establecimiento de servicios especializados para las víctimas. Docenas de países han promulgado leyes sobre la violencia doméstica, aunque muchos funcionarios aún no conocen las nuevas leyes o son renuentes a aplicarlas. Las personas que forman parte del sistema (en la policía o el aparato judicial, por ejemplo) comparten con frecuencia los mismos prejuicios que predominan en la sociedad en su conjunto. La experiencia ha demostrado reiteradamente que, si no se despliegan esfuerzos incesantes para cambiar la cultura y las prácticas institucionales, la mayoría de las reformas legales y normativas surten poco efecto.

A pesar de más de 20 años de activismo en el campo de la violencia contra la mujer, es notable que tan pocas intervenciones se hayan evaluado rigurosamente. En efecto, el examen reciente de los programas para la prevención de la violencia familiar en los Estados Unidos efectuado por el Consejo Nacional de Investigación encontró solo 34 estudios que habían intentado evaluar las intervenciones relacionadas con el maltrato infligido por la pareja. De ellos, 19 centraron su atención en la aplicación de la ley, lo cual refleja la marcada inclinación de los funcionarios gubernamentales por recurrir al sistema penal para hacer frente a la violencia (150). La investigación sobre intervenciones en los países en desarrollo es aún más limitada. Solo hay un puñado de estudios que hayan intentado examinar críticamente las intervenciones actuales. Entre ellos cabe mencionar un examen de los programas sobre la violencia contra la mujer en cuatro estados de la India. Además, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer examinó siete proyectos puestos en práctica en cinco regiones con el financiamiento del fondo fiduciario en apoyo de las medidas para eliminar la violencia contra la mujer, con la intención de difundir las enseñanzas extraídas de esos proyectos (151).

Apoyo a las víctimas

En el mundo desarrollado, los centros para ayuda de mujeres en crisis y los albergues para mujeres golpeadas han sido la piedra angular de los programas de ayuda a las víctimas de la violencia doméstica. En 1995, había alrededor de 1 800 programas de esta clase en los Estados Unidos, 1 200 de los cuales proporcionaban albergue de urgencia además de apoyo emocional, legal y material a las mujeres y sus hijos (152). Estos centros generalmente facilitaban el contacto con grupos de apoyo y orientación psicosocial individual, capacitación laboral, programas para los niños, ayuda para tratar con los servicios sociales y con los asuntos legales, y remisiones para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol. La mayoría de los albergues y centros de crisis en Europa y los Estados Unidos fueron establecidos originalmente por activistas defensores de los derechos de las mujeres, aunque en la actualidad

muchos son administrados por profesionales y reciben financiamiento del gobierno.

Desde principios de los años ochenta, en muchos países en desarrollo también han surgido albergues y centros de crisis para las mujeres. En la mayoría de los países hay al menos algunas organizaciones no gubernamentales que ofrecen servicios especializados a las víctimas del maltrato y hacen campaña en su nombre. Algunos países cuentan con centenares de organizaciones de este tipo. Sin embargo, el mantenimiento de los albergues es costoso, y muchos países en desarrollo han evitado este modelo estableciendo en su lugar líneas telefónicas de asistencia urgente o centros de crisis no residenciales que proporcionan algunos de los mismos servicios ofrecidos por los residenciales.

Donde no es posible organizar un albergue formal, las mujeres suelen encontrar otras maneras de tratar las urgencias relacionadas con el maltrato doméstico. Un método consiste en establecer una red informal de “hogares seguros”, por medio de la cual las mujeres en dificultades pueden encontrar albergue temporal en la casa de algún vecino. Algunas comunidades han designado sus lugares de culto —templos o iglesias, por ejemplo— como refugio donde las mujeres pueden pasar la noche con sus hijos para escapar de un compañero borracho o violento.

Recursos jurídicos y reformas legislativas

Penalización del maltrato

En los años ochenta y noventa se produjo una verdadera oleada de reformas legales en relación con el maltrato físico y sexual infligido por la pareja (153, 154). En los 10 últimos años, por ejemplo, 24 países de América Latina y el Caribe han promulgado leyes específicas sobre la violencia doméstica (154). Las reformas más comunes incluyen la penalización del maltrato físico, sexual y psíquico por parte de la pareja, ya sea mediante leyes nuevas sobre violencia doméstica o por la modificación de los códigos penales existentes.

El mensaje que transmite tal legislación es que la violencia por la pareja es un delito y no será tolerada por la sociedad. Sacarla a relucir públicamente es también una manera de echar por tierra la idea de

que la violencia es un asunto privado, familiar. Además de introducir leyes nuevas o ampliar las existentes, en algunos países desarrollados se han realizado experimentos para respaldar la legislación creando tribunales especiales de violencia doméstica, capacitando a la policía, los funcionarios del tribunal y los abogados litigantes, y proporcionando asesores especiales que ayuden a las mujeres a tratar con el sistema penal. Aunque la evaluación rigurosa de estas medidas ha sido escasa hasta hoy, la revisión reciente de las intervenciones contra la violencia familiar realizada por la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos concluye: “Las pruebas anecdóticas indican que las unidades especializadas y las reformas integrales en los departamentos de policía, las fiscalías y los tribunales especializados han mejorado la experiencia de los niños y mujeres maltratados” (150).

Se están llevando a cabo experimentos similares en otros sitios. En la India, por ejemplo, los gobiernos estatales han establecido células de ayuda legal, tribunales familiares, *lok adalat* (tribunales del pueblo) y *mahilla lok adalat* (tribunales de mujeres). En una evaluación reciente se señala que estos órganos son sobre todo mecanismos conciliatorios, que dependen en forma exclusiva de la mediación y orientación para promover la reconciliación familiar. Sin embargo, se ha señalado que estas instituciones no son satisfactorias ni siquiera como mecanismos conciliatorios y que los mediadores tienden a colocar el bienestar de las mujeres por debajo del interés del Estado por mantener unidas a las familias (155).

Leyes y normas sobre el arresto

Después de los servicios de apoyo a las víctimas, las iniciativas para reformar la práctica policial son el tipo más común de intervención contra la violencia doméstica. En un principio, lo que se pretendía era adiestrar a la policía, pero cuando esta sola medida resultó en gran parte ineficaz para cambiar el comportamiento policial, los esfuerzos se encaminaron a buscar leyes que prescribieran el arresto obligatorio en los casos de violencia doméstica y normas que obligaran a los oficiales de policía a intervenir de manera más activa.

El apoyo al arresto como medio de reducir la violencia doméstica recibió impulso a partir de un experimento de investigación realizado en 1984 en Minneapolis (Estados Unidos), en el cual la detención del agresor reducía a la mitad el riesgo de futuras agresiones durante un período de seis meses, por comparación con las estrategias de separar a las parejas o asesorarlas para que buscaran ayuda (156). Estos resultados se divulgaron ampliamente y dieron por resultado un notable cambio en las políticas policiales hacia la violencia doméstica en todo Estados Unidos.

Los esfuerzos para reproducir los resultados de Minneapolis en otras cinco zonas del país, sin embargo, no lograron confirmar el valor disuasivo del arresto. En los estudios nuevos se comprobó que, por término medio, el arresto no era más eficaz para disminuir la violencia que otras respuestas policiales, tales como expedir advertencias o citaciones, proporcionar orientación a las parejas o separarlas (157, 158). El análisis detallado de esos estudios también arrojó algunos otros resultados interesantes. Cuando el agresor estaba casado o tenía empleo, el arresto disminuía las agresiones; pero si estaba desempleado y no se había casado, el arresto en realidad conducía al aumento del maltrato en algunas ciudades. La repercusión del arresto también varió según la comunidad. El arresto resultaba disuasivo para los hombres que vivían en comunidades con poco desempleo, independientemente de su situación laboral individual; los sospechosos que vivían en zonas con gran desempleo, sin embargo, eran más violentos después del arresto que cuando solo habían recibido una advertencia (159). Estos resultados han llevado a algunos a poner en tela de juicio la idoneidad de las leyes de arresto obligatorio en zonas de pobreza concentrada (160).

Sanciones alternativas

Como opciones frente al arresto, algunas comunidades están experimentando con otras formas de desarraigar el comportamiento violento. Un método basado en el derecho civil consiste en expedir órdenes judiciales que prohíben a un hombre entrar en contacto con su compañera o maltratarla, le ordenan dejar el domicilio conyugal, le imponen

el pago de pensión de alimentos o lo obligan a buscar orientación psicosocial o tratamiento para el abuso de sustancias.

Los investigadores han encontrado que, si bien a las víctimas estas órdenes de protección les parecen en general útiles, las pruebas de su eficacia disuasiva son contradictorias (161, 162). En un estudio realizado en las ciudades de Denver y Boulder (Colorado), en los Estados Unidos, Harrell y Smith (163) comprobaron que las órdenes de protección eran eficaces por al menos un año para prevenir la reaparición de la violencia doméstica, por comparación con situaciones similares donde no se emitía ninguna orden de protección. Sin embargo, hay estudios que revelan que los arrestos por violación de una orden de protección son raros, lo cual tiende a minar la eficacia de esas órdenes para prevenir la violencia (164). Otra investigación indica que dichas órdenes pueden mejorar la autoestima de la mujer, pero surten poco efecto sobre los hombres con antecedentes penales graves (165, 166).

En otros sitios, las comunidades han explorado técnicas como el avergonzamiento público, la organización de piquetes frente a la casa o el lugar de trabajo del agresor o la imposición de servicio comunitario como castigo por el comportamiento abusivo. En la India, los activistas con frecuencia organizan *dhama*, una especie de avergonzamiento público y protesta, delante de la casa o el lugar de trabajo de los hombres que maltratan a su mujer (155).

Comisarias atendidas solo por mujeres policías

Algunos países han experimentado con las comisarías de policía atendidas solo por mujeres, una innovación que comenzó en el Brasil y ahora se ha difundido en toda América Latina y partes de Asia (167, 168). Aunque es una iniciativa encomiable en teoría, las evaluaciones muestran que ha tropezado hasta la fecha con muchos problemas (155, 168–172). Si bien la existencia de una comisaría atendida exclusivamente por mujeres policías aumenta el número de mujeres maltratadas que concurren a ella, es frecuente que en esos lugares no se cuente con los servicios que estas necesitan, como son la orientación y el asesoramiento legales. Además,

la suposición de que las mujeres policías son más solidarias con las víctimas no siempre ha resultado verdad, y en algunos lugares la creación de unidades policiales especializadas en los delitos cometidos contra las mujeres ha facilitado que el resto de la fuerza policial se desentienda de las quejas de estas últimas. En un examen que se llevó a cabo de las comisarías de policía atendidas exclusivamente por mujeres en la India, se observó que “las mujeres víctimas se ven obligadas a viajar grandes distancias para presentar su denuncia en dichas comisarías, y no se les puede asegurar protección policial rápida en su vecindario”. Para que esta estrategia sea viable se debe acompañar de programas de capacitación para aumentar la sensibilidad de las mujeres policías, incentivos para promover ese tipo de trabajo y prestación de una variedad mayor de servicios (155, 168, 170).

Tratamiento de los hombres que maltratan a su pareja

Los programas de tratamiento para los hombres que maltratan a su pareja son una innovación que se ha difundido de los Estados Unidos a Australia, Canadá, Europa y varios países en desarrollo (173–175). En la mayoría de los programas se usa el método de grupos para tratar los roles de género y enseñar aptitudes, entre ellas cómo hacer frente al estrés y la ira, cómo asumir la responsabilidad de sus propios actos y cómo expresar los sentimientos a los demás.

En años recientes, las tentativas para evaluar estos programas han tropezado con obstáculos a causa de las dificultades metodológicas que siguen planteando problemas a la hora de interpretar los resultados. Investigaciones realizadas en los Estados Unidos indican que la mayoría de los hombres (entre 53% y 85%) que finalizan programas de tratamiento dejan de ser físicamente violentos hasta por dos años, y las tasas son menores conforme aumenta el período de seguimiento (176, 177). Estas tasas de éxito, sin embargo, deben examinarse teniendo en cuenta la elevada proporción de deserciones que se producen en tales programas; en términos generales, entre un tercio y la mitad de los hombres que se inscriben en estos programas no los finalizan (176), y muchos de los que son remitidos

a ellos, nunca se anotan (178). Una evaluación del Programa de Prevención de la Violencia en el Reino Unido, por ejemplo, indicó que 65% de los hombres no se presentaron a la primera sesión, 33% asistieron a menos de seis sesiones y solo 33% continuaron en la segunda etapa (179).

Una evaluación reciente de los programas realizados en cuatro ciudades estadounidenses reveló que la mayoría de las mujeres maltratadas se sintieron “mejor” y “seguras” después de que su compañero se había sometido a tratamiento (177). No obstante, en este estudio se encontró que al cabo de 30 meses casi la mitad de los hombres habían recurrido a la violencia una vez y 23% habían sido reiteradamente violentos y siguieron provocando graves lesiones; por el contrario, 21% de los hombres no infligieron maltrato físico ni verbal. En total, 60% de las parejas se separaron y 24% ya no estaban en contacto.

Según un examen internacional efectuado recientemente por investigadores de la Universidad del Norte de Londres (179), las evaluaciones indican conjuntamente que los programas de tratamiento funcionan mejor si:

- se aplican por períodos más bien largos y no cortos;
- cambian las actitudes de los hombres en grado suficiente como para que hablen de su comportamiento;
- sostienen la participación en el programa;
- trabajan en combinación con el sistema penal, que interviene estrictamente cuando no se cumple con las condiciones del programa.

En Pittsburgh, Pensilvania, la tasa de inasistencia descendió de 36% a 6% entre 1994 y 1997, cuando el sistema de justicia empezó a expedir órdenes de arresto en contra de los hombres que no comparecían a la entrevista inicial del programa (179).

Intervenciones de los servicios de salud

En años recientes, la atención se ha dirigido hacia la reforma de la respuesta de los prestadores de asistencia sanitaria a las víctimas del maltrato. La mayoría de las mujeres establecen contacto con el sistema de salud en algún momento de sus vidas: por ejemplo, cuando solicitan métodos anticonceptivos, dan

a luz o buscan atención para sus hijos. Por esta razón, los centros de atención de salud son un lugar importante para detectar a las mujeres maltratadas, brindarles apoyo y enviarlas, si fuera necesario, a los servicios especializados. Lamentablemente, los estudios revelan que en la mayor parte de los países los médicos y las enfermeras rara vez preguntan a las mujeres si han sido maltratadas y ni siquiera buscan signos obvios de violencia (180–186).

Las intervenciones existentes se han concentrado en sensibilizar a los prestadores de asistencia sanitaria, alentar la detección sistemática del maltrato y establecer protocolos para el tratamiento adecuado. Una cantidad cada vez mayor de países —entre ellos Brasil, Filipinas, Irlanda, Malasia, México, Nicaragua y Sudáfrica— han iniciado proyectos piloto para capacitar a los trabajadores de la salud para que puedan identificar el maltrato y darle respuesta (187–189). Varios países latinoamericanos también han incorporado normas para abordar la violencia doméstica en las políticas del sector de la salud (190).

Las investigaciones indican que la introducción de cambios en los procedimientos asistenciales —tales como estampar un recordatorio para el personal de salud en el expediente de la paciente o incorporar preguntas sobre el maltrato en los formularios corrientes de ingreso— surte el máximo efecto sobre el comportamiento del personal sanitario (191, 192).

También es importante hacer frente a creencias y actitudes muy arraigadas. En Sudáfrica, el Proyecto Agisanang para la Prevención y Capacitación en materia de Maltrato y su asociado, el Departamento de Desarrollo de Sistemas de Salud de la Universidad de Witwatersrand, han preparado un curso de salud reproductiva y género para las enfermeras, que incluye un componente importante sobre la violencia doméstica. En las clases, se emplean dichos populares, canciones de boda y la representación de papeles para analizar las ideas que se tienen comúnmente acerca de la violencia y los roles que se espera que cumplan los hombres y las mujeres. Después del ejercicio, hay una discusión sobre la responsabilidad de las enfermeras como profesionales de la salud. En el análisis de una encuesta completada después

de uno de estos cursos, se encontró que las participantes ya no pensaban que golpear a una mujer estaba justificado y que la mayoría admitieron que una mujer podía ser violada por su esposo.

La detección activa del maltrato —preguntar a las pacientes sobre posibles antecedentes de agresión por parte de la pareja o compañero— en general se considera una práctica adecuada en este campo. Sin embargo, mientras que varios estudios revelan reiteradamente que las mujeres aceptan de buen grado que se les pregunte sobre la violencia desde una posición moralmente neutra (181, 182, 193), no se ha evaluado de manera muy sistemática si la detección del abuso puede mejorar la seguridad de las mujeres o su comportamiento de búsqueda de servicios de salud y, si lo hace, en qué condiciones (194).

Iniciativas comunitarias

Trabajo de extensión

El trabajo de extensión ha sido parte destacada de la respuesta de las organizaciones no gubernamentales a la violencia de la pareja. Los agentes de extensión —que a menudo son educadores de sus pares— visitan a las víctimas de la violencia en sus hogares y comunidades. Las organizaciones no gubernamentales con frecuencia reclutan y adiestran a mujeres que anteriormente han sido agredidas por sus parejas para que brinden apoyo a sus pares.

Ha habido proyectos, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que han empleado a “defensores”, es decir, personas que proporcionan información y asesoramiento a las mujeres maltratadas, particularmente para ayudarlas a negociar los aspectos complejos del sistema legal y las prestaciones de bienestar familiar y otras semejantes a que tienen derecho. Estas personas centran su atención en los derechos que asisten a las víctimas de la violencia y llevan a cabo su trabajo en instituciones tan diversas como comisarías de policía, fiscalías y hospitales.

Se han evaluado varios programas de extensión. En el proyecto Domestic Violence Matters [Cuestiones de violencia doméstica] del distrito Islington (Londres), se colocaron defensores civiles en las comisarías locales de policía, con el cometido

de entrar en contacto con todas las víctimas de la violencia doméstica en el plazo de las 24 horas siguientes a su llamada a la policía. Otra iniciativa realizada en Londres, el proyecto Domestic Violence Intervention [Intervención en Violencia Doméstica], en Hammersmith y Fulham, combinó un programa de educación para los hombres violentos con intervenciones apropiadas para sus compañeras. Una revisión reciente de estos programas encontró que el proyecto de Islington había reducido el número de llamadas repetidas a la policía y, se infiere, había reducido la reaparición de la violencia doméstica. Al mismo tiempo, aumentó el uso de los nuevos servicios por las mujeres, incluidos los albergues, el asesoramiento legal y los grupos de apoyo. El segundo proyecto logró alcanzar a mayor cantidad de mujeres de minorías étnicas y profesionales que otros servicios para víctimas de la violencia doméstica (195).

Intervenciones comunitarias coordinadas

Los consejos o foros interinstitucionales de coordinación son un medio cada vez más popular de vigilar y mejorar las respuestas a la violencia masculina en la pareja en el ámbito de la comunidad (166). Sus objetivos son:

- intercambiar información;
- identificar y abordar los problemas en la prestación de los servicios;
- promover las prácticas adecuadas mediante la capacitación y la elaboración de normas;
- rastrear los casos y llevar a cabo auditorías institucionales para evaluar la práctica de diversos organismos;
- promover la sensibilización de la comunidad y el trabajo de prevención.

Este tipo de intervenciones, adaptado de programas piloto originales realizados en California, Massachusetts y Minnesota, se ha difundido ampliamente al resto de los Estados Unidos, así como a Canadá, el Reino Unido y partes de América Latina.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), por ejemplo, ha establecido proyectos piloto en 16 países latinoamericanos para someter a prueba esta estrategia en zonas urbanas y rurales. En el ámbito rural, los consejos coordinadores incluyen a

personas tales como el párroco local, el alcalde, los promotores de salud comunitaria, los magistrados y los representantes de los grupos de mujeres. El proyecto de la OPS empezó con un estudio de investigación cualitativa —conocido como la ruta crítica— para examinar lo que sucede a las mujeres en las comunidades rurales cuando buscan ayuda, cuyos resultados se resumen en el recuadro 4.2.

Rara vez se han evaluado este tipo de intervenciones comunitarias. Un estudio encontró un aumento estadísticamente significativo de la proporción de las llamadas a la policía que daban lugar a arrestos, así como de la proporción de los hombres arrestados que se llevaban a los tribunales, después de la implantación de un proyecto de intervención comunitaria (196). El estudio también encontró un aumento significativo de la proporción de los hombres que eran remitidos a orientación obligatoria en cada una de las comunidades, aunque no está claro qué repercusión, si la hubo, tuvieron estas medidas en las tasas de maltrato.

Las evaluaciones cualitativas han señalado que muchas de estas intervenciones se centran principalmente en la coordinación de los refugios y el sistema penal, con lo que se descuida la mayor participación de las comunidades religiosas, las escuelas, el sistema de salud u otros organismos de servicio social. Un examen reciente de los foros interinstitucionales en el Reino Unido llegó a la conclusión de que aunque los consejos coordinadores pueden mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a las mujeres y los niños, el trabajo interinstitucional puede actuar como una pantalla de humo que oculta el hecho de que es muy poco lo que en realidad cambia. El examen indicó que las organizaciones deben determinar criterios firmes para la autoevaluación que aborden la satisfacción de las usuarias y los cambios reales en las normas y procedimientos (197).

Campañas de prevención

Las organizaciones de mujeres han usado por mucho tiempo las campañas de comunicación, los mensajes a pequeña escala en los medios informativos y otras actividades con el fin de aumentar la conciencia sobre la violencia por la pareja y el cambio

RECUADRO 4.2**La ruta crítica: un estudio de las respuestas a la violencia en el hogar**

En 1995, la Organización Panamericana de la Salud emprendió un estudio comunitario en 10 países de América Latina (Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú). Su finalidad fue registrar el proceso por el que pasa una mujer que ha sufrido la violencia doméstica después que decide romper el silencio y buscar ayuda. El nombre que se dio a este proceso, la ruta crítica, ilustra gráficamente la serie de decisiones y actos que lleva a cabo la mujer a medida que reconoce la situación violenta y las respuestas que recibe de otras personas en su búsqueda de ayuda. Cada acto y decisión que despliega la mujer a lo largo de esa ruta influye en los actos de otros, incluidos los prestadores de servicios y los miembros de la comunidad, y lo que estos hacen, a su vez, influye en el siguiente paso que la mujer da.

Por este motivo, las preguntas investigadas por el estudio estuvieron relacionadas con las consecuencias de la decisión de una mujer de buscar ayuda, las fuentes a las que acudió en busca de asistencia, sus motivaciones, así como las actitudes y respuestas de los prestadores de servicios institucionales e individuales. El estudio cualitativo incluyó más de 500 entrevistas exhaustivas con mujeres que habían sido maltratadas y más de 1 000 entrevistas con prestadores de servicios, así como unas 50 sesiones de grupos de discusión.

Las mujeres que habían sido víctimas de la violencia identificaron varios factores que pueden desencadenar la búsqueda de ayuda. Entre ellos sobresalió el aumento de la gravedad o frecuencia de las agresiones violentas, lo que llevaba a la mujer a darse cuenta de que su pareja no iba a cambiar. Otro factor importante que motivaba la acción de la mujer era darse cuenta de que su vida o la de sus hijos estaban en peligro. Del mismo modo que los factores que precipitaban la acción, los factores que inhibían a una mujer de buscar ayuda fueron múltiples y estaban interconectados.

El estudio encontró que las consideraciones económicas parecían tener más peso que las emocionales. Muchas mujeres, por ejemplo, expresaron preocupación acerca de su capacidad de mantenerse y mantener a sus hijos. Asimismo, las mujeres entrevistadas expresaron a menudo sentimientos de culpa o se consideraban anormales. También se mencionaron la corrupción y los estereotipos por razón de género del sistema judicial y la policía. El principal factor inhibitorio, sin embargo, fue el miedo de que las consecuencias de revelar el problema a alguien o de separarse resultaran peores que prolongar la relación.

Del estudio de la ruta crítica se desprende claramente que hay muchos factores, tanto internos como externos, relacionados con la decisión de una mujer maltratada de actuar para detener la violencia. El proceso suele ser largo—de muchos años en algunos casos— e incluye varias tentativas de buscar ayuda en muchos lugares distintos. Rara vez es un solo episodio el que precipita la acción. Las pruebas indican que, a pesar de enfrentarse con obstáculos formidables, las mujeres maltratadas suelen ser hábiles para buscar ayuda y encontrar maneras de mitigar la violencia dirigida contra ellas.

de comportamiento. Hay indicios de que tales campañas llegan a gran cantidad de personas, aunque solo unas pocas se han evaluado en cuanto a su eficacia para cambiar las actitudes o el comportamiento. En los años noventa, por ejemplo, una red de grupos de mujeres en Nicaragua montó una campaña anual en los medios de comunicación para

augmentar la conciencia sobre la repercusión de la violencia en las mujeres (198). Valiéndose de lemas como “Quiero vivir sin violencia”, las campañas movilizaron a las comunidades contra el maltrato. De igual manera, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, junto con varios otros organismos de las Naciones Unidas, ha estado

patrocinando una serie de campañas regionales contra la violencia por razón de género bajo el lema: “Una vida libre de violencia: es nuestro derecho” (199). Un proyecto de comunicación que se ha evaluado es el proyecto de salud de medios múltiples conocido como *Soul City*, en Sudáfrica, que combina escenificaciones televisivas y radiofónicas emitidas en horario estelar con otras actividades educativas; un componente está dedicado en forma específica a la violencia doméstica (recuadro 9.1, capítulo 9). La evaluación encontró un mayor conocimiento y conciencia sobre la violencia doméstica, cambios en las actitudes y normas, y mayor disposición por parte de la audiencia del proyecto a tomar medidas apropiadas.

Programas escolares

A pesar de la cantidad cada vez mayor de iniciativas de prevención de la violencia dirigidas a los jóvenes, son pocas las que abordan específicamente el problema de la violencia en las relaciones íntimas. Hay un margen considerable, sin embargo, para integrar el material didáctico que trata de las relaciones, los roles de género y la coacción y el control en los programas existentes para reducir la violencia escolar, la intimidación, la delincuencia y otros problemas de conducta, así como en los programas de salud reproductiva y sexual.

Los programas para los jóvenes que abordan explícitamente el maltrato en las relaciones íntimas tienden a ser iniciativas independientes patrocinadas por organizaciones que combaten la violencia contra la mujer (recuadro 4.3). Solo un puñado de estos programas se ha evaluado, entre ellos uno en el Canadá (200) y dos en los Estados Unidos (201, 202). Mediante diseños experimentales, estas evaluaciones encontraron cambios positivos en el conocimiento y las actitudes hacia la violencia en la relación de pareja (véase también la referencia 203). Uno de los programas estadounidenses demostró que la frecuencia de los actos de violencia disminuyó a un episodio por mes. Aunque su repercusión sobre el comportamiento había desaparecido al cabo de un año, se preservaron sus efectos con respecto a las normas de la violencia en la relación íntima, a las aptitudes para resolver conflictos y al conocimiento (201).

Principios en que se apoyan las prácticas adecuadas

Un acervo creciente de conocimientos acerca de la violencia por la pareja, acumulado a lo largo de muchos años por gran número de proveedores de servicios, activistas e investigadores, ha dado origen a un conjunto de principios para ayudar a guiar las “prácticas adecuadas” en este campo. Estos principios son los siguientes:

- Las medidas para afrontar la violencia deben aplicarse a nivel nacional y local.
- La participación femenina en la elaboración y la ejecución de los proyectos y la seguridad de las mujeres deben guiar todas las decisiones relativas a las intervenciones.
- Las tentativas por reformar la respuesta de las instituciones —entre ellas la policía, el sector sanitario y el sistema judicial— deben ir más allá de la capacitación y cambiar la cultura institucional correspondiente.
- Las intervenciones deben abarcar de manera coordinada una variedad de sectores diferentes.

Acción en todos los niveles

Una enseñanza importante que se ha extraído de las iniciativas para prevenir la violencia es que las medidas se deben adoptar a nivel tanto nacional como local. En el plano nacional, las prioridades son mejorar la situación de las mujeres, establecer normas, políticas y leyes apropiadas sobre el maltrato, y crear un ambiente social que propicie las relaciones no violentas.

A muchos países, tanto industrializados como en desarrollo, les ha resultado útil establecer un mecanismo formal para preparar y ejecutar los planes de acción nacionales. Estos planes deben incluir objetivos, líneas de responsabilidad y cronogramas claros, y deben estar respaldados por recursos suficientes.

No obstante, la experiencia indica que las iniciativas nacionales por sí solas no bastan para transformar el panorama de la violencia en la relación íntima. Incluso en los países industrializados donde los movimientos nacionales contra este tipo de violencia han existido por más de 25 años, las opciones de ayuda con que cuenta una mujer que ha

RECUADRO 4.3**Promoción de la no violencia: algunos ejemplos de programas de prevención primaria**

Se describen a continuación algunos ejemplos de los numerosos programas innovadores que se aplican en todo el mundo para prevenir la violencia en por la pareja.

En Calabar (Nigeria), la Girl's Power Initiative [Iniciativa Poder para las Niñas] está dirigida a las niñas menores. Las niñas se reúnen semanalmente durante tres años para tratar con franqueza una variedad de temas relacionados con la sexualidad, la salud y los derechos de la mujer, las relaciones y la violencia doméstica. Algunos temas específicos del programa, concebido para crear autoestima y enseñar aptitudes para defenderse, han sido las actitudes sociales que ponen a las mujeres en riesgo de ser violadas, y cómo distinguir entre el amor y el enamoramiento.

En Toronto (Canadá), el programa Education Wife Assault [Educación sobre la Violencia contra la Esposa] trabaja con mujeres inmigrantes y refugiadas, ayudándolas a desarrollar campañas de prevención de la violencia que son culturalmente apropiadas para sus comunidades por medio de talleres especiales para aprender ciertas aptitudes. También proporciona asistencia técnica para que las mujeres puedan realizar sus propias campañas. Al mismo tiempo, ofrece apoyo emocional a las organizadoras para ayudarlas a superar la discriminación a menudo dirigida contra las mujeres que hacen campaña contra la violencia doméstica por considerar que ponen en peligro la cohesión de la comunidad.

En México, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, una organización no gubernamental, ha creado un taller para adolescentes que se propone ayudarlos a prevenir la violencia en las relaciones de amistad y noviazgo. El proyecto, llamado "Rostros y máscaras de la violencia", utiliza técnicas participativas para ayudar a los jóvenes a explorar sus expectativas y sentimientos acerca del amor, el deseo y el sexo, y a comprender la manera en que los papeles tradicionales asignados a cada género pueden inhibir el comportamiento, tanto en los hombres como en las mujeres.

En Trinidad y Tabago, la organización no gubernamental SERVOL [Servicio Voluntario para Todos] realiza talleres de 14 semanas para ayudar a los adolescentes a desarrollar relaciones sanas y aprender aptitudes de crianza de los hijos. El proyecto ayuda a estos jóvenes a comprender cómo su propia crianza contribuyó a determinar lo que son y les enseña a no repetir los errores que sus padres y otros parientes pueden haber cometido al criar a sus hijos. Como resultado, los estudiantes descubren cómo reconocer y manejar sus emociones, y se vuelven más sensibles a la manera como los traumatismos físicos y psíquicos en etapas tempranas de la vida pueden conducir a un comportamiento destructivo en etapas posteriores.

sufrido maltrato, y las reacciones que probablemente deba afrontar de instituciones como la policía, todavía varían enormemente en cada localidad. En los lugares donde se han llevado a cabo iniciativas de la comunidad para prevenir la violencia y donde hay grupos establecidos que se ocupan de la capacitación y vigilan las actividades de las instituciones formales, a las víctimas de maltrato les va considerablemente mejor que en los lugares donde eso falta (204).

La participación de las mujeres

Las intervenciones deben estar concebidas para trabajar con mujeres —que suelen ser los mejores jueces de su situación— y respetar sus decisiones. Las revisiones recientes de una variedad de programas de violencia doméstica en los estados indios de Gujarat, Karnataka, Madhya Pradesh y Maharashtra, por ejemplo, han indicado sistemáticamente que el éxito o fracaso de los proyectos estuvo determinado en gran parte por las actitudes de los organizadores

hacia la violencia masculina en la pareja y sus prioridades en cuanto a tener en cuenta los intereses de las mujeres durante la planificación y la ejecución de las intervenciones (205).

La seguridad de las mujeres se debe considerar cuidadosamente al planificar y llevar a la práctica las intervenciones. Las que ponen en primer lugar la seguridad y la autonomía de las mujeres han resultado en general más fructíferas. Por ejemplo, se han planteado inquietudes acerca de las leyes que exigen al personal sanitario que notifique a la policía los presuntos casos de maltrato. Este tipo de intervenciones despojan a las mujeres del control y por lo general han resultado contraproducentes. Puede ocurrir que pongan la seguridad de una mujer en riesgo, con lo cual disminuyen las probabilidades de que esta busque atención (206–208). Tales leyes también transforman al personal sanitario en un brazo del sistema judicial, lo que va en contra de la protección emocional que el ambiente del consultorio debe proporcionar (150).

Cambio de las culturas institucionales

Por lo común son pocos los cambios duraderos que se logran mediante actividades a corto plazo para sensibilizar a los actores institucionales, a menos que se acompañen de tentativas reales para comprometer a toda la institución. La naturaleza del liderazgo de la organización, la manera en que se evalúa y se premia el rendimiento, y los sesgos culturales y las creencias arraigadas revisten importancia primordial en este sentido (209, 210). Cuando se pretende reformar la práctica de la atención de salud, la capacitación por sí sola rara vez ha sido suficiente para cambiar el comportamiento institucional hacia las víctimas de la violencia (211, 212). Aunque la capacitación puede mejorar el conocimiento y la práctica a corto plazo, su efecto va menguando rápidamente a menos que se acompañe de cambios institucionales en las políticas y el desempeño (211, 213).

Un enfoque multisectorial

Diversos sectores, tales como el sistema policial y el de servicios de salud, así como los servicios de apoyo judicial y social, deben colaborar para afrontar los problemas de la violencia masculina en la pareja.

Históricamente, la tendencia de los programas ha sido concentrarse en un solo sector, pero la experiencia ha demostrado que a menudo ello produce malos resultados (155).

Recomendaciones

Se ha demostrado que la violencia contra la mujer por su pareja es un problema grave y generalizado en todo el mundo. Asimismo, cada vez se acopia más documentación de los efectos perjudiciales de la violencia en la salud física y mental de las mujeres y su bienestar general. Las principales recomendaciones para la acción son las siguientes:

- Los gobiernos y otros donantes deben ser alentados a invertir mucho más en investigaciones sobre la violencia contra la mujer en la relación de pareja durante el próximo decenio.
- Los programas deben hacer más hincapié en habilitar a las familias, los círculos de amigos y los grupos de la comunidad, incluidas las comunidades religiosas, para que puedan hacer frente a los problemas de la violencia en la relación de pareja.
- Los programas sobre la violencia en la pareja deben integrarse con otros programas, como los que combaten la violencia juvenil, el embarazo en las adolescentes, el abuso de sustancias psicoactivas y otras formas de violencia familiar.
- Los programas deben prestar más atención a la prevención primaria de la violencia en la relación de pareja.

Investigación sobre la violencia en la relación de pareja

La falta de una comprensión teórica clara de las causas de la violencia en la pareja y su relación con otras formas de violencia interpersonal ha frustrado las tentativas de montar una respuesta mundial eficaz. Se necesitan estudios para adelantar el conocimiento de la violencia en diversos frentes, entre ellos:

- Estudios que examinen la prevalencia, las consecuencias, los factores de riesgo y los factores protectores de la violencia en la pareja en distintos ámbitos culturales, aplicando métodos normalizados.

- Investigaciones longitudinales sobre la trayectoria del comportamiento violento del hombre hacia su pareja a lo largo del tiempo, examinando si difiere, y cómo lo hace, del desarrollo de otros comportamientos violentos.
- Estudios que exploren los efectos de la violencia en el curso de la vida de una persona, investigando la repercusión relativa de diferentes tipos de violencia en la salud y el bienestar, y si los efectos son acumulativos.
- Estudios que examinen la historia de vida de los adultos que mantienen relaciones íntimas sanas y sin violencia a pesar de haber tenido experiencias que, según se sabe, aumentan el riesgo de violencia en la pareja.

Además, se necesita mucha más investigación sobre las intervenciones, tanto para presionar a los responsables políticos para que se destinen más inversiones, como para mejorar el diseño y la ejecución de los programas. En el próximo decenio, debe asignarse prioridad a lo siguiente:

- Documentación de las diversas estrategias e intervenciones en todo el mundo para combatir la violencia en la pareja.
- Estudios que evalúen los costos económicos de la violencia en la relación de pareja.
- Evaluación de los efectos a corto y a largo plazo de los programas para prevenir y responder a la violencia en la pareja, con inclusión de programas de educación escolar, cambios jurídicos y de política, servicios para las víctimas de la violencia, programas que se concentren en los perpetradores de la violencia y campañas para cambiar las actitudes sociales y el comportamiento.

Fortalecimiento de las fuentes informales de apoyo

Muchas mujeres no buscan la ayuda de los servicios o sistemas oficiales que tienen a su disposición. Por consiguiente, es vital ampliar las fuentes informales de apoyo mediante redes de vecinos y de amigos, grupos religiosos y otros sectores de la comunidad, y lugares de trabajo (6, 61, 183, 214). La manera en que estos grupos informales e individuos respondan determinará si una víctima de la

violencia en la pareja adopta medidas o se refugia en el aislamiento y la culpa (214).

Hay mucho margen para los programas que pueden crear respuestas constructivas por parte de la familia y los amigos. Un programa innovador en Iztacalco (México), por ejemplo, aprovechó los acontecimientos de la comunidad, los medios de información en pequeña escala (por ejemplo, carteles, folletos y casetes de audio) y los talleres para ayudar a las víctimas de la violencia a hablar del maltrato que habían experimentado y a demostrar a los amigos y a otros miembros de la familia cómo afrontar tales situaciones de la mejor manera posible (215).

Hacer causa común con otros programas sociales

Hay una considerable superposición entre los factores que aumentan el riesgo de diversos problemas de conducta (216). Asimismo, parece haber una continuidad significativa entre el comportamiento agresivo en la niñez y diversos problemas de conducta en la adolescencia y la juventud temprana (véase el capítulo 2). Los conocimientos adquiridos a partir de la investigación sobre estos tipos de violencia también se superponen. Hay una necesidad evidente de detectar tempranamente a las familias en alto riesgo y de brindarles apoyo y prestarles otros servicios antes de que las pautas de comportamiento disfuncional se establezcan dentro del conjunto familiar, lo cual sienta las bases para conductas abusivas en la adolescencia o la edad adulta.

Por desgracia, actualmente existe poca coordinación entre los programas o los temarios de investigación sobre la violencia juvenil, el maltrato de los menores, el abuso de sustancias psicoactivas y la violencia en la relación de pareja, a pesar de que todos estos problemas coexisten regularmente en las familias. Para lograr adelantos verdaderos, se debe prestar atención al surgimiento de pautas de conducta agresiva, las cuales suelen comenzar en la niñez. Las respuestas integradas de prevención que abordan los vínculos entre diferentes tipos de violencia podrían reducir algunas de estas formas de violencia.

Inversión en prevención primaria

La importancia de la prevención primaria de la violencia masculina en la relación de pareja a menudo se ve eclipsada por la importancia del gran número de programas que, naturalmente, pretenden tratar las consecuencias inmediatas y numerosas de la violencia.

Tanto los responsables políticos como los activistas en este campo deben asignar mayor prioridad a la tarea ciertamente inmensa de crear un ambiente social que permita y promueva las relaciones personales equitativas y sin violencia. Los cimientos de un ambiente así debe formarlos la nueva generación de niños, que deben alcanzar la mayoría de edad con mejores aptitudes que las que sus padres tenían en general para conducir sus relaciones y resolver sus conflictos interiores, con mayores oportunidades para su futuro y con nociones más apropiadas sobre la forma en que hombres y mujeres pueden relacionarse entre sí y compartir el poder.

Conclusiones

La violencia en la pareja es un problema importante de salud pública. Para resolverlo se necesita la participación de muchos sectores que colaboren en los ámbitos comunitario, nacional e internacional. En cada ámbito, las respuestas deben incluir la potenciación de las mujeres y las niñas, los servicios de extensión a los hombres, la atención de las necesidades de las víctimas y el aumento de las sanciones para los agresores. Es vital que en las respuestas se involucre a los niños y jóvenes, y que la atención se centre en cambiar las normas comunitarias y sociales. Los adelantos logrados en cada una de estas áreas serán la clave para lograr reducciones de la violencia en la pareja en todo el mundo.

Referencias

1. Crowell N, Burgess AW. *Understanding violence against women*. Washington, D.C., National Academy Press, 1996.
2. Heise L, Pitangy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1994 (Discussion Paper No. 255).
3. Koss MP et al. *No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, D.C., American Psychological Association, 1994.
4. Butchart A, Brown D. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: incidence, determinants and consequences. *Forensic Science International*, 1991, 52:35–51.
5. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, D.C., National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
6. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
7. *Violence against women: a priority health issue*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento WHO/FRH/WHO/97.8).
8. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63–77.
9. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
10. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. *Hitting home: men speak about domestic abuse of women partners*. Wellington, New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995.
11. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
12. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241–244.
13. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. Londres, Middlesex University, 1993.
14. Ellsberg M et al. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*, 2001, 32:1–16.
15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (documento WHO/FCH/GWH/01.01).
16. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0*. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
17. Ellsberg M, Heise L, Shrader E. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates*. Washington, D.C., Center for Health and Gender Equity, 1999.

18. Smith PH, Smith JB, Earp JAL. Beyond the measurement trap: a reconstructed conceptualization and measurement of battering. *Psychology of Women Quarterly*, 1999, 23:177–193.
19. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
20. Cabaraban M, Morales B. *Social and economic consequences for family planning use in southern Philippines*. Cagayan de Oro, Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University, 1998.
21. Cabrejos MEB et al. *Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio: un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar*. Lima, Proyecto Violencia Contra las Mujeres y las Niñas y Organización Mundial de la Salud, 1998.
22. Mouzos J. *Femicide: the killing of women in Australia 1989–1998*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1999.
23. *Juristat. Homicide in Canada*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
24. Gilbert L. Urban violence and health: South Africa 1995. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:873–886.
25. Bailey JE et al. Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 1997, 157:777–782.
26. Fox JA, Zawitz MW. *Homicide trends in the United States*. Washington, D.C., Bureau of Justice Statistics, United States Department of Justice, 1999.
27. Carcach C, James M. *Homicide between intimate partners in Australia*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1998.
28. *When men murder women: an analysis of 1996 homicide data*. Washington, D.C., Violence Policy Center, 2000.
29. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.
30. Mercy JA et al. Intentional injuries. En: Mashaly AY, Graitcer PL, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. El Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993.
31. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 1995, 57:283–294.
32. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62:948–963.
33. Kantor GK, Jasinski JL. Dynamics and risk factors in partner violence. En: Jasinski JL, Williams LM, eds. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
34. Morse BJ. Beyond the conflict tactics scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence and Victims*, 1995, 10:251–272.
35. Brush LD. Violent acts and injurious outcomes in married couples: methodological issues in the national survey of family and households. *Gender and Society*, 1990, 4:56–67.
36. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 2000.
37. Saunders DG. When battered women use violence: husband-abuse or self-defense? *Violence and Victims*, 1986, 1:47–60.
38. DeKeseredy WS et al. The meanings and motives for women's use of violence in Canadian college dating relationships: results from a national survey. *Sociological Spectrum*, 1997, 17:199–222.
39. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729–1742.
40. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia. A summary*. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
41. Michau L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. En: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, D.C., 9–11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:4–9.
42. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
43. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. En: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, D.C., 9–11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36–41.
44. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. En: Petchesky R, Judd K, eds. *Negotiating reproductive rights*. Londres, Zed Books, 1998:180–216.
45. Hassan Y. *The haven becomes hell: a study of domestic violence in Pakistan*. Lahore, Shirkat Gah Women's Resource Centre, 1995.
46. Bradley CS. Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain. En: *Domestic violence in Papua New Guinea*. Boroko, Papua New Guinea Law Reform Commission, 1985:32–71.
47. Jejeebhoy SJ. Wife-beating in rural India: a husband's right? *Economic and Political Weekly*, 1998, 33:855–862.
48. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey 1995*. Calverton, MD, Macro International, 1996.
49. Rosales J et al. *Encuesta nicaragüense de demografía y salud, 1998*. Managua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1999.
50. David F, Chin F. *Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas*.

- Iloilo City, Central Philippines University and Family Health International, 1998.
51. Bawah AA et al. Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 1999, 30:54-66.
 52. Wood K, Jewkes R. Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township. *Gender and Development*, 1997, 5:41-46.
 53. Khan ME et al. Sexual violence within marriage. *Seminar (New Delhi)*, 1996:32-35.
 54. Jenkins C for the National Sex and Reproduction Research Team. *National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea*. Goroka, Papua New Guinea Institute of Medical Research, 1994.
 55. Heise L. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262-290.
 56. Rao V. Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1169-1179.
 57. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
 58. Romero M. *Violencia sexual y doméstica: informe de la fase cuantitativa realizada en el Centro de Atención a Adolescentes de San Miguel de Allende*. México, D.F., Consejo de Población, 1994.
 59. Campbell J et al. Voices of strength and resistance: a contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 13:743-762.
 60. Dutton MA. Battered women's strategic response to violence: the role of context. En: Edelson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Londres, Sage, 1996:105-124.
 61. Sagot M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2000.
 62. O'Conner M. *Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men*. Dublín, Women's Aid, 1995.
 63. Short L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. En: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, D.C., 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:27-31.
 64. George A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India, on sexual relations and negotiations within marriage. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:87-95.
 65. Ellsberg M et al. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:547-555.
 66. Bunge VP, Levett A. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
 67. Campbell JC, Soeken KL. Women's responses to battering: a test of the model. *Research in Nursing and Health*, 1999, 22:49-58.
 68. Campbell JC. Abuse during pregnancy: progress, policy, and potential. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:185-187.
 69. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1998, 27:700-706.
 70. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371-392.
 71. Campbell J. *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.
 72. Wilson M, Daly M. Spousal homicide. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1-15.
 73. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO, Westview Press, 1992.
 74. Levinson D. *Family violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.
 75. Dutton DG. *The domestic assault of women: psychological and criminal justice perspectives*. Vancouver, University of British Columbia Press, 1995.
 76. Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (se puede consultar por Internet en: <http://www.nnh.org/risk>).
 77. Moffitt TE, Caspi A. *Findings about partner violence from the Dunedin multi-disciplinary health and development study*, New Zealand. Washington, D.C., National Institutes of Justice, 1999.
 78. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada*. Santiago, Editorial Universitaria, 1994.
 79. Nelson E, Zimmerman C. *Household survey on domestic violence in Cambodia*. Phnom Penh, Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence, 1996.
 80. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
 81. Moreno Martín F. La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1999, 5:245-258.
 82. Caesar P. Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims*, 1998, 3:49-63.

83. Parry C et al. Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa. *Curationis*, 1996, 19:2–5.
84. Kyriacou DN et al. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Annals of Emergency Medicine*, 1998, 31:502–506.
85. McCauley J et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
86. International Clinical Epidemiologists Network (INCLEN). *Domestic violence in India*. Washington, D.C., International Center for Research on Women and Centre for Development and Population Activities, 2000.
87. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421–428.
88. Flanzer JP. Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. En: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:171–181.
89. Gelles R. Alcohol and other drugs are associated with violence – they are not its cause. En: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:182–196.
90. MacAndrew D, Edgerton RB. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, IL, Aldine, 1969.
91. Abrahams N, Jewkes R, Laubshier R. *I do not believe in democracy in the home: men’s relationships with and abuse of women*. Tyberberg, Centre for Epidemiological Research in South Africa, Medical Research Council, 1999.
92. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131–146.
93. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150:417–426.
94. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:35–49.
95. Straus M et al. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48:465–479.
96. Byrne CA et al. The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:362–366.
97. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*, 1996, 19:33–44.
98. Leserman J et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58:4–15.
99. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women’s health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342–347.
100. Walker E et al. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 1999, 107:332–339.
101. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362–1368.
102. Dickinson LM et al. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:35–43.
103. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
104. Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Science and Law*, 1991, 9:85–96.
105. Follette V et al. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9:25–35.
106. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women’s reproductive health: a focus on research*. Nueva York, NY, Consejo de Población, 1995.
107. Najera TP, Gutierrez M, Bailey P. *Bolivia: follow-up to the 1994 Demographic and Health Survey, and women’s economic activities, fertility and contraceptive use*. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 1998.
108. Ballard TJ et al. Violence during pregnancy: measurement issues. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:274–276.
109. Campbell JC. Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology*, 1995, 19:301–306.
110. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, 92:530–534.
111. Gazmararian JA et al. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275:1915–1920.
112. Newberger EH et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:2370–2372.

113. Bullock LF, McFarlane J. The birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 1989, 89:1153–1155.
114. Murphy C et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164:1567–1572.
115. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 1994, 84:323–328.
116. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Pública de México*, 1996, 38:352–362.
117. Valladares E et al. Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight [tesis doctoral]. Umeå, Department of Epidemiology and Public Health, Umeå University, 1999.
118. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76:591–598.
119. Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–85. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:643–651.
120. Dannenberg AL et al. Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995, 172:1557–1564.
121. Harper M, Parsons L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992–1994. *Obstetrics and Gynecology*, 1997, 90:920–923.
122. Brown D. In Africa, fear makes HIV an inheritance. *Washington Post*, 30 June 1998, Section A:28.
123. Quigley M et al. Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 5:418–425.
124. Romkens R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:99–125.
125. Walker EA et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 1997, 59:572–577.
126. Walker EA et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150:1502–1506.
127. Delvaux M, Denis P, Allemand H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls: results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1997, 9:345–352.
128. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41–70.
129. Roberts GL et al. How does domestic violence affect women's mental health? *Women's Health*, 1998, 28:117–129.
130. Ellsberg M et al. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 1999, 54:30–36.
131. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1999, 65:195–201.
132. Danielson KK et al. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:131–133.
133. Bergman B et al. Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83:380–384.
134. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533–540.
135. Abbott J et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1763–1767.
136. Amaro H et al. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 1990, 80:575–579.
137. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, 1991, 84:328–331.
138. Koss M. The impact of crime victimization on women's medical use. *Journal of Women's Health*, 1993, 2:67–72.
139. Morrison AR, Orlando MB. Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:51–80.
140. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1997, 12:165–172.
141. IndiaSAFE Steering Committee. *IndiaSAFE final report*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1999.
142. Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women*, 1999, 5:393–426.
143. Lloyd S, Taluc N. The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, 1999, 5:370–392.

144. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 1995, 66:1239–1261.
145. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14:839–870.
146. Jouriles EN, Murphy CM, O'Leary KD. Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:453–455.
147. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
148. Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning*, 1998, 29:300–308.
149. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, en prensa.
150. Chalk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, D.C., National Academy Press, 1998.
151. Spindel C, Levy E, Connor M. *With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women*. Nueva York, NY, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 2000.
152. Plichta SB. Identifying characteristics of programs for battered women. En: Leinman JM et al., eds. *Addressing domestic violence and its consequences: a policy report of the Commonwealth Fund Commission on Women's Health*. Nueva York, NY, The Commonwealth Fund, 1998:45.
153. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center, and De La Salle University, 1996.
154. Mehrotra A. *Gender and legislation in Latin America and the Caribbean*. Nueva York, Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1998.
155. Mitra N. *Best practices among response to domestic violence: a study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra [borrador]*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1998.
156. Sherman LW, Berk RA. The specific deterrent effects of arrest for domestic assault. *American Sociological Review*, 1984, 49:261–272.
157. Garner J, Fagan J, Maxwell C. Published findings from the spouse assault replication program: a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 1995, 11:3–28.
158. Fagan J, Browne A. 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*. Vol. 3. *Social influences*. Washington, D.C., National Academy Press, 1994:115–292.
159. Marciniak E. *Community policing of domestic violence: neighborhood differences in the effect of arrest*. College Park, MD, University of Maryland, 1994.
160. Sherman LW. The influence of criminology on criminal law: evaluating arrests for misdemeanor domestic violence. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1992, 83:1–45.
161. National Institute of Justice and American Bar Association. *Legal interventions in family violence: research findings and policy implications*. Washington, D.C., United States Department of Justice, 1998.
162. Grau J, Fagan J, Wexler S. Restraining orders for battered women: issues of access and efficacy. *Women and Politics*, 1984, 4:13–28.
163. Harrell A, Smith B. Effects of restraining orders on domestic violence victims. En: Buzawa ES, Buzawa CG, eds. *Do arrests and restraining orders work?* Thousand Oaks, CA, Sage, 1996.
164. Buzawa ES, Buzawa CG. *Domestic violence: the criminal justice response*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
165. Keilitz S et al. *Civil protection orders: victims' views on effectiveness*. Washington, D.C., National Institute of Justice, 1998.
166. Littel K et al. *Assessing the justice system response to violence against women: a tool for communities to develop coordinated responses*. Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1998 (se puede consultar por Internet en: <http://www.vaw.umn.edu/Promise/PP3.htm>).
167. Larrain S. *Curbing domestic violence: two decades of activism*. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:105–130.
168. Poonacha V, Pandey D. *Response to domestic violence in Karnataka and Gujarat*. En: Duvvury N, ed. *Domestic violence in India*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1999:28–41.
169. Estremadoyro J. *Violencia en la pareja: comisarías de mujeres en el Perú*. Lima, Ediciones Flora Tristán, 1993.
170. Hautzinger S. *Machos and policewomen, battered women and anti-victims: combatting violence against women in Brazil*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1998.
171. Mesquita da Rocha M. *Dealing with crimes against women in Brazil*. En: Morrison AR, Biehl L, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:151–154.
172. Thomas DQ. *In search of solutions: women's police stations in Brazil*. En: Davies M, ed. *Women and*

- violence: realities and responses worldwide. Londres, Zed Books, 1994:32–43.
173. Corsi J. Treatment for men who batter women in Latin America. *American Psychologist*, 1999, 54:64.
 174. Cervantes Islas F. Helping men overcome violent behavior toward women. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:143–147.
 175. Axelson BL. Violence against women: a male issue. *Choices*, 1997, 26:9–14.
 176. Edleson JL. Intervention for men who batter: a review of research. En: Stith SR, Staus MA, eds. *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, MN, National Council on Family Relations, 1995:262–273.
 177. Gondolf E. A 30-month follow-up of court-mandated batterers in four cities. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (se puede consultar por Internet en: <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm>).
 178. Gondolf EW. Batterer programs: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:83–98.
 179. Mullender A, Burton S. *Reducing domestic violence: what works? Perpetrator programmes*. Londres, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
 180. Sugg NK et al. Domestic violence and primary care: attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:301–306.
 181. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 1997, 90:1075–1080.
 182. Friedman LS et al. Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine*, 1992, 152:1186–1190.
 183. *Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: análisis y resultados de investigación*. Ciudad de Panamá, Organización Panamericana de la Salud, 1998.
 184. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Academic Medicine*, 1997, 72(1 Suppl.):S19–S25.
 185. Fawcett G et al. *Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud*. México, D.F., Consejo de Población, 1998.
 186. Watts C, Ndlovu M. Addressing violence in Zimbabwe: strengthening the health sector response. En: *Violence against women in Zimbabwe: strategies for action*. Harare, Musasa Project, 1997:31–35.
 187. D'Oliviera AFL, Schraiber L. Violence against women: a physician's concern? En: *Fifteenth FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Copenhagen, Denmark, 3–8 August 1997*. Londres, International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 1997:157–163.
 188. Leye E, Githaniga A, Temmerman M. *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Gante, International Centre for Reproductive Health, 1999.
 189. *Cómo atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica. Orientaciones básicas para el personal de salud*. Managua, Red de Mujeres Contra la Violencia, 1999.
 190. Achievements of project "Toward a comprehensive model approach to domestic violence: expansion and consolidation of interventions coordinated by the state and civil society". Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1999.
 191. Olson L et al. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 27:741–746.
 192. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:44–46.
 193. Kim J. Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa. En: *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Gante, International Centre for Reproductive Health, 1999:101–107.
 194. Davison L et al. *Reducing domestic violence: what works? Health services*. Londres, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
 195. Kelly L, Humphreys C. *Reducing domestic violence: what works? Outreach and advocacy approaches*. Londres, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
 196. Gamache DJ, Edleson JS, Schock MD. Coordinated police, judicial, and social service response to woman battering: a multiple baseline evaluation across three communities. En: Hotaling GT et al., eds. *Coping with family violence: research and policy perspectives*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988:193–209.
 197. Hague G. *Reducing domestic violence: what works? Multi-agency fora*. Londres, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
 198. Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A. The Nicaraguan Network of Women Against Violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 1997, 10:82–92.
 199. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. Nueva York, NY, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 2000.
 200. Jaffe PG et al. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, 1992, 7:129–146.
 201. Foshee VA et al. The Safe Dates program: one-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1619–1622.

202. Krajewski SS et al. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *Journal of Family Violence*, 1996, 11:93–112.
203. Lavoie F et al. Evaluation of a prevention program for violence in teen dating relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 1995, 10:516–524.
204. Heise L. Violence against women: global organizing for change. En: Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:7–33.
205. *Domestic violence in India*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1999.
206. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion: mandatory reporting of domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1998, 62:93–95.
207. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781–1787.
208. Jezierski MB, Eickholt T, McGee J. Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence. *Journal of Emergency Nursing*, 1999, 25:79–80.
209. Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training*. Nueva York, NY, AVSC International, 1998.
210. Cole TB. Case management for domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:513–514.
211. McLeer SV et al. Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 1989, 18:651–653.
212. Tilden VP, Shepherd P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: use of a nursing protocol. *Research in Nursing Health*, 1987, 10:209–215.
213. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235–242.
214. Kelly L. Tensions and possibilities: enhancing informal responses to domestic violence. En: Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:67–86.
215. Fawcett GM et al. Changing community responses to wife abuse: a research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *American Psychologist*, 1999, 54:41–49.
216. Carter J. *Domestic violence, child abuse, and youth violence: strategies for prevention and early intervention*. San Francisco, CA, Family Violence Prevention Fund, 2000.