

CAPÍTULO 6

La violencia sexual

Antecedentes

La violencia sexual se registra en todos los países. Aunque en la mayoría de ellos el tema ha sido poco investigado, los datos disponibles indican que, en algunos, casi una de cada cuatro mujeres puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja (1–3), y hasta la tercera parte de las adolescentes informa que su primera experiencia sexual fue forzada (4–6).

La violencia sexual tiene efectos muy profundos en la salud física y mental. Además de las lesiones físicas, se asocia con un mayor riesgo de experimentar diversos problemas de salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias pueden ser inmediatas o de largo plazo (4, 7–16). Las secuelas sobre la salud mental pueden ser tan graves como los efectos físicos, y también muy prolongadas (17–24). Las muertes consecutivas a actos de violencia sexual pueden deberse al suicidio, la infección por el VIH (25) o el asesinato (que ocurre como parte de la agresión sexual, o con posterioridad a ella, como los asesinatos por cuestiones de “honor”) (26). La violencia sexual también puede afectar profundamente al bienestar social de las víctimas, ya que pueden ser estigmatizadas y aisladas por su familia y otras personas por esa causa (27, 28).

El coito forzado puede gratificar sexualmente al agresor, aunque muchas veces el objetivo subyacente es una expresión de poder y dominio sobre la persona agredida. A menudo, los hombres que obligan a su cónyuge a tener relaciones sexuales con ellos creen que este acto es legítimo porque se trata de su esposa.

En muchos casos, la violación de mujeres y hombres se usa como un arma de guerra, como una forma de ataque al enemigo que simboliza la conquista y la degradación de las mujeres o de los combatientes varones capturados (29). También puede usarse para castigar a las mujeres por transgredir las normas sociales o morales, como las que prohíben el adulterio o embriagarse en público. Las mujeres y los hombres también pueden sufrir violaciones cuando están detenidos por la policía o encarcelados.

Aunque la violencia sexual puede ejercerse tanto contra los hombres como contra las mujeres, en este capítulo se centrará la atención en las diversas

formas de violencia sexual contra la mujer, así como la que ejercen contra las niñas las personas que no sean quienes están a cargo de su cuidado.

¿Cómo se define la violencia sexual?

La violencia sexual se define como:

todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

La coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza. Además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas, como la de daño físico, la de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente o dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación.

La violencia sexual incluye la *violación*, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto. El intento de realizar algunas de las acciones mencionadas se conoce como *intento de violación*. La violación de una persona llevada a cabo por dos o más agresores se denomina *violación múltiple*.

La violencia sexual puede incluir otras formas de agresión que afecten a un órgano sexual, con inclusión del contacto forzado entre la boca y el pene, la vulva o el ano.

Formas y contextos de la violencia sexual

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Entre ellos, cabe señalar:

- la violación en el matrimonio o en las citas amorosas;

- la violación por parte de desconocidos;
- la violación sistemática durante los conflictos armados;
- las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores;
- el abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- el abuso sexual de menores;
- el matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores;
- la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual;
- el aborto forzado;
- los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad;
- la prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

No existe ninguna definición universalmente aceptada de trata con fines de explotación sexual. El término abarca el movimiento organizado de personas, por lo general mujeres, entre países y en los países, para obligarlas a ejercer la prostitución. Este tipo de tráfico también incluye el acto de obligar a un inmigrante a realizar un acto sexual como condición para permitir o tramitar su inmigración.

Para el tráfico sexual se emplea la coacción física, el engaño y el sometimiento logrado mediante una deuda forzada. En la trata de mujeres y niños, por ejemplo, muchas veces se les promete un empleo en el servicio doméstico u otro tipo de servicios, pero en cambio generalmente se los lleva a burdeles donde se los despoja de su pasaporte u otros documentos de identidad. Puede ocurrir que se los golpee o encierre, y se les prometa la libertad solo después de que ganen, mediante la prostitución, el precio pagado por su compra, así como los costos de viaje y de visado (30–33).

La magnitud del problema

Fuentes de datos

Los datos sobre la violencia sexual generalmente provienen de la policía, los centros clínicos, las organizaciones no gubernamentales y las investigaciones mediante encuestas. La relación entre estas fuentes de información y la magnitud mundial del problema de la violencia sexual puede representarse por un iceberg flotando en el agua (34) (figura 6.1). La pequeña punta visible representa los casos denunciados a la policía. Una sección más grande puede descubrirse a través de las investigaciones mediante encuestas y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales. Pero bajo la superficie queda una parte sustancial aunque no cuantificada del problema.

En general, la violencia sexual ha sido un tema poco explorado en las investigaciones. La informa-

FIGURA 6.1
Magnitud del problema de la violencia sexual



ción es escasa y fragmentaria; por ejemplo, a menudo los datos de la policía son incompletos y limitados. Muchas mujeres no denuncian la violencia sexual a la policía por vergüenza, por temor a que se las culpe de la situación, no se les crea o se las someta a otro tipo de vejaciones. Por otra parte, es posible que los datos de los consultorios de medicina forense reflejen los incidentes de abuso sexual más violentos. La proporción de mujeres que recurren a los servicios médicos para resolver los problemas inmediatos relacionados con la violencia sexual también es relativamente pequeña.

Aunque durante el último decenio se ha avanzado bastante en cuanto a la medición del fenómeno a través de las investigaciones mediante encuestas, las definiciones empleadas en los diversos estudios han sido bastante distintas. También hay diferencias significativas entre las culturas en lo que hace a la decisión de revelar los actos de violencia sexual a los investigadores. Por consiguiente, es preciso ser cuidadoso al realizar comparaciones sobre la prevalencia de la violencia sexual en el mundo.

Estimaciones de la violencia sexual

En muchas ciudades y países se han realizado encuestas a víctimas de delitos, empleando un método común que favorece la comparabilidad, las cuales generalmente incluyen preguntas sobre la violencia sexual. En el cuadro 6.1 se resumen los datos de algunas de estas encuestas sobre la prevalencia de las agresiones sexuales en los 5 años anteriores (35, 36). Según estos estudios, el porcentaje de mujeres que declaran haber sido víctimas de agresiones sexuales es inferior a 2% en lugares como La Paz (Bolivia) (1,4%), Gaborone (Botswana) (0,8%), Beijing (China) (1,6%) y Manila (Filipinas) (0,3%), y 5% o

más en Tirana (Albania) (6,0%), Buenos Aires (Argentina) (5,8%), Rio de Janeiro (Brasil) (8,0%) y Bogotá (Colombia) (5,0%). Es importante señalar que en estas cifras no se ha hecho distinción alguna entre la violación por parte de desconocidos o de la pareja. En las encuestas en que no se logra establecer esta distinción o en las que solo se examina la violación por desconocidos, suele subestimarse considerablemente la prevalencia de la violencia sexual (34).

Aparte de las encuestas sobre delitos, se ha realizado un número pequeño de encuestas, empleando muestras representativas, en las que se ha preguntado a las mujeres sobre la violencia sexual. Por ejemplo, en una encuesta nacional llevada a cabo en los Estados Unidos, 14,8% de las mujeres

CUADRO 6.1

Porcentaje de mujeres de 16 o más años de edad que declararon haber sido agredidas sexualmente en los 5 años anteriores, en distintas ciudades del mundo (1992–1997)

País	Población estudiada	Año	Tamaño de la muestra	Porcentaje de mujeres (16 años o más) agredidas sexualmente en los 5 años anteriores
África				
Botswana	Gaborone	1997	644	0,8
Egipto	El Cairo	1992	1 000	3,1
Sudáfrica	Johannesburgo	1996	1 006	2,3
Túnez	Gran Túnez	1993	1 087	1,9
Uganda	Kampala	1996	1 197	4,5
Zimbabwe	Harare	1996	1 006	2,2
América Latina				
Argentina	Buenos Aires	1996	1 000	5,8
Bolivia	La Paz	1996	999	1,4
Brasil	Rio de Janeiro	1996	1 000	8,0
Colombia	Bogotá	1997	1 000	5,0
Costa Rica	San José	1996	1 000	4,3
Paraguay	Asunción	1996	587	2,7
Asia				
China	Beijing	1994	2 000	1,6
India	Bombay	1996	1 200	1,9
Indonesia	Yakarta y Surabaya	1996	1 400	2,7
Filipinas	Manila	1996	1 500	0,3
Europa oriental				
Albania	Tirana	1996	1 200	6,0
Hungría	Budapest	1996	756	2,0
Lituania	Điauliai, Kaunas, Klaipėda, Panėvžys, Vilnius	1997	1 000	4,8
Mongolia	Ulaanbaatar, Zuunmod	1996	1 201	3,1

Fuente: referencias 35 y 36.

de más de 17 años de edad informaron haber sido violadas alguna vez en su vida (a las que se suma un 2,8% que habían sido víctimas de intentos de violación). Además, 0,3% de la muestra informó que habían sido violadas en el año precedente (37). Mediante una encuesta de una muestra representativa de mujeres de 18 a 49 de años de edad de tres provincias de Sudáfrica, se comprobó que en el año precedente 1,3% de ellas habían sido obligadas, mediante la fuerza física o las amenazas verbales, a tener relaciones sexuales no consensuadas (34). En otra encuesta realizada a una muestra representativa de la población general de más de 15 años de edad en la República Checa (38), 11,6% de las mujeres informaron que alguna vez en su vida habían sido forzadas a tener contactos sexuales y 3,4% dijeron que esto les había ocurrido más de una vez. La forma más común de contacto forzado era mediante las relaciones sexuales por vía vaginal.

Violencia sexual en la pareja

En muchos países, una proporción significativa de las mujeres víctimas de violencia física también sufren abuso sexual. En México y en los Estados Unidos, los estudios efectuados permiten calcular que 40% a 52% de las mujeres cuyo compañero íntimo ejerce violencia física hacia ellas, también han sido obligadas por este a tener relaciones sexuales (39, 40). A veces, la violencia sexual se inflige sin recurrir a la violencia física (1). En el estado de Uttar Pradesh, en la India, 7% de los integrantes de una muestra representativa de más de 6 000 hombres informaron haber maltratado física y sexualmente a sus esposas, 22% manifestaron que habían ejercido violencia sexual sin emplear la violencia física y 17% dijeron que solo habían empleado la violencia física (41).

En el cuadro 6.2 se resumen algunos datos sobre la prevalencia de la coacción sexual por parte de la pareja (1–3, 37, 42–53). Los resultados de estos estudios indican que la agresión sexual por la pareja no es infrecuente ni tampoco privativa de alguna región del mundo en particular. Por ejemplo, 23% de las mujeres del norte de Londres informaron que alguna vez en su vida habían sido víctimas de una violación o un intento de violación por parte

de su pareja. En varias otras ciudades se han obtenido cifras similares: Guadalajara (México) (23,0%), León (Nicaragua) (21,7%), Lima (Perú) (22,5%), y en la provincia de Midlands (Zimbabue) (25,0%). La prevalencia de mujeres víctimas de agresiones sexuales por su pareja alguna vez en su vida (con inclusión de los intentos de agresión) también ha sido calculada en algunas encuestas nacionales. Por ejemplo, en Canadá, 8,0%; Inglaterra, Gales y Escocia (combinadas), 14,2%; Finlandia, 5,9%; Suiza, 11,6%; y Estados Unidos, 7,7%.

Iniciación sexual forzada

Una cantidad creciente de estudios, realizados especialmente en África al sur del Sahara, indican que la primera experiencia sexual de las muchachas a menudo es no deseada y forzada. Por ejemplo, en un estudio de casos y testigos de 191 adolescentes del sexo femenino (con una edad promedio de 16,3 años), que asistían a un consultorio prenatal en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, y 353 adolescentes no embarazadas pareadas según la edad y el vecindario o la escuela, 31,9% de los casos del estudio y 18,1% de las testigos informaron que en su iniciación sexual se había empleado la fuerza. Cuando se les preguntó sobre las consecuencias de rechazar las relaciones sexuales, 77,9% de los casos de estudio y 72,1% de las testigos dijeron que temían ser golpeadas si se negaban (4).

En muchos estudios realizados con mujeres y hombres jóvenes se ha informado sobre la iniciación sexual forzada y la coacción durante la adolescencia (cuadro 6.3 y recuadro 6.1). En los estudios en que se ha incluido tanto a hombres como a mujeres en la muestra, la prevalencia informada de violaciones o coacción sexual ha sido mayor entre las mujeres que entre los varones (5, 6, 54–60). Por ejemplo, casi la mitad de las mujeres adolescentes sexualmente activas que participaron en un estudio que incluyó a varios países del Caribe, declararon que sus primeras relaciones sexuales fueron forzadas, en comparación con un tercio de los varones adolescentes (60). En Lima, el porcentaje de mujeres jóvenes que decían haber sido iniciadas sexualmente por la fuerza fue casi cuatro veces mayor que el de varones jóvenes (40% y 11%, respectivamente) (56).

CUADRO 6.2

Porcentaje de mujeres adultas que declararon haber sido víctimas de agresión sexual por parte de su pareja; algunas encuestas basadas en la población (1989–2000)

País	Población estudiada	Año	Tamaño de la muestra	Porcentaje de mujeres agredidas en los 12 meses anteriores	
				Tentativa o consumación de coito forzado	Tentativa o consumación de coito forzado
Brasil ^a	São Paulo	2000	941 ^a	2,8	10,1
	Pernambuco	2000	1 188 ^a	5,6	14,3
Canadá	Todo el país	1993	12 300		8,0
	Toronto	1991–1992	420		15,3 ^b
Chile	Santiago	1997	310	9,1	
Estados Unidos	Todo el país	1995–1996	8 000	0,2 ^b	7,7 ^b
Finlandia	Todo el país	1997–1998	7 051	2,5	5,9
Indonesia	Java Central	1999–2000	765	13,0	
Japón ^a	Yokohama	2000	1 287 ^a	1,3	6,2
México	Durango	1996	384		42,0
	Guadalajara	1996	650	15,0	23,0
Nicaragua	León	1993	360		21,7
	Managua	1997	378	17,7	
Perú ^a	Cuzco	2000	1 534 ^a	22,9	46,7
	Lima	2000	1 086 ^a	7,1	22,5
Puerto Rico	Todo el país	1993–1996	7 079		5,7 ^b
Reino Unido	Norte de Londres	1993	430	6,0 ^b	23,0 ^b
	Inglaterra, Escocia y Gales	1989	1 007		14,2 ^d
Ribera Occidental y Faja de Gaza	Palestinas	1995	2 410	27,0	
Suecia	Teg, Umeå	1991	251		7,5 ^c
Suiza	Todo el país	1994–1995	1 500		11,6
Tailandia ^a	Bangkok	2000	1 051 ^a	17,1	29,9
	Nakornsawan	2000	1 027 ^a	15,6	28,9
Turquía	Anatolia oriental y sudoriental	1998	599		51,9 ^b
Zimbabue	Provincia de Midlands	1996	966		25,0

Fuente: referencias 1–3, 37 y 42–53.

^a Resultados preliminares del estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (inédito). Para calcular la tasa de prevalencia se emplea como denominador el tamaño de la muestra declarado y no el tamaño total de la muestra del estudio.

^b El grupo de la muestra incluía a mujeres que nunca habían tenido una relación de pareja y, por consiguiente, no estaban en situación de riesgo en cuanto a la agresión sexual en la pareja.

^c Las encuestadas declaran que los agresores eran esposos, novios o conocidos.

^d Estimación ponderada; la tasa de prevalencia no ponderada fue de 13,9%.

Violaciones múltiples

En todo el mundo hay mucha información sobre las violaciones en que participan no menos de dos agresores. Sin embargo, la información sistemática sobre el alcance del problema es escasa. En Johannesburgo (Sudáfrica), los estudios de seguimiento de las mujeres que asisten a los consultorios de medicina forense después de una violación permitieron determinar que un tercio de ellas habían sido

víctimas de violaciones múltiples (61). Los datos nacionales sobre las violaciones y las agresiones sexuales en los Estados Unidos revelan que cerca de una de cada diez agresiones sexuales se produce con la participación de varios autores. La mayoría de estos ataques son cometidos por personas desconocidas por sus víctimas (62). Sin embargo, este modelo difiere del de Sudáfrica, donde los novios muchas veces participan en las violaciones múltiples.

CUADRO 6.3

Porcentaje de adolescentes que declararon haber tenido un iniciación sexual forzada; algunas encuestas basadas en la población, 1993–1999

País o zona	Población estudiada	Año	Muestra		Porcentaje que declaró haber tenido una iniciación sexual forzada	
			Tamaño ^a	Grupo de edad (en años)	Mujeres	Hombres
Camerún	Bamenda	1995	646	12–25	37,3	29,9
Caribe	Nueve países ^b	1997–1998	15 695	10–18	47,6 ^c	31,9 ^c
Estados Unidos	Nacional	1995	2 042	15–24	9,1	—
Ghana	Tres zonas urbanas	1996	750	12–24	21,0	5,0
Mozambique	Maputo	1999	1 659	13–18	18,8	6,7
Nueva Zelanda	Dunedin	1993–1994	935	Cohorte de nacimiento ^d	7,0	0,2
Perú	Lima	1995	611	16–17	40,0	11,0
República Unida de Tanzania	Mwanza	1996	892	12–19	29,1	6,9
Sudáfrica	Transkei	1994–1995	1 975	15–18	28,4	6,4

Fuente: referencias 5, 6 y 54–60.

^a Cantidad de adolescentes que participaron en el estudio. Las tasas se basan en las que habían tenido relaciones sexuales.

^b Antigua, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica y Santa Lucía.

^c Porcentaje de adolescentes que responden que su primera relación sexual fue forzada o “algo” forzada.

^d Estudio longitudinal de una cohorte nacida en los años 1972 y 1973. Los integrantes del estudio fueron encuestados sobre su conducta sexual actual y anterior, a los 18 años y nuevamente a los 21 años.

Tráfico de personas con fines de explotación sexual

Todos los años, cientos de miles de mujeres y niñas de todo el mundo son compradas y vendidas para que ejerzan la prostitución o se conviertan en esclavas sexuales (30–32, 63, 64). Las investigaciones realizadas en Kirguistán han permitido calcular que alrededor de 4 000 personas de ese país habían sido víctimas de ese tipo de tráfico en 1999 y que los principales destinos eran China, Alemania, Kazajstán, la Federación de Rusia, Turquía y los Emiratos Árabes Unidos. De ellas, 62% informaron que se habían visto obligadas a trabajar sin percibir remuneración alguna, en tanto que más de 50% dijeron haber sido víctimas de maltrato físico o torturas por parte de sus empleadores (31). En un informe de la Organización Mundial contra la Tortura se señaló que, entre 1990 y 1997, más de 200 000 mujeres de Bangladesh habían sido víctimas de trata (65). Unas 5 000 a 7 000 mujeres y niñas nepalesas por año habían sido objeto de comercio ilícito a la India. También se ha informado de trata de mujeres tailandesas a Japón (32). La trata de blancas también se lleva a cabo dentro de algunos países, muchas veces de las zonas rurales a las urbanas.

Canadá y Estados Unidos son también un destino importante de la trata internacional de mujeres. En

un estudio realizado con el auspicio de la Agencia Central de Inteligencia de los Estados Unidos, se calculó que entre 45 000 y 50 000 mujeres y niños ingresan anualmente al país en el marco de esa actividad (63). Entre 1996 y 1999, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos elevó a los tribunales más de 150 casos de trata (63). El problema también existe en Europa. En otra investigación realizada por la Organización Internacional para las Migraciones, se calculó que 10% a 15% de 2 000 prostitutas extranjeras conocidas en Bélgica habían sido vendidas por la fuerza desde el exterior (30); y en un estudio realizado en Italia, que abarcó entre 19 000 y 25 000 prostitutas extranjeras, se calculó que unas 2 000 habían sido víctimas de trata (66). La mayoría tenía menos de 25 años de edad, y muchas, entre 15 y 18 años (30, 66). La mayor parte provenía de Europa central y oriental, especialmente de Albania, y también de Colombia, Nigeria y Perú (66).

La violencia sexual contra los profesionales del sexo

Sean o no víctimas de trata, los profesionales del sexo están muy expuestos tanto a la violencia física como sexual, en especial en los lugares donde la prostitución es ilícita (67). Una encuesta realizada a profesionales del sexo en Leeds (Inglaterra) y Glasgow y

RECUADRO 6.1**Violencia sexual contra los hombres y los niños**

La violencia sexual contra los hombres y los niños es un problema grave. Sin embargo, ha sido dejado de lado por las investigaciones, salvo en lo que se refiere al abuso sexual infantil. La violación y otras formas de coacción sexual contra los hombres y los niños se producen en diversos ámbitos, entre ellos el hogar, el lugar de trabajo, las escuelas, la calle, en las fuerzas armadas y durante las guerras, así como en las cárceles y en las comisarías.

En las cárceles, el coito forzado puede darse entre los presidiarios como forma de establecer jerarquías de respeto y disciplina. En muchos países también se informa ampliamente sobre casos de violencia sexual cometida por funcionarios de los servicios penitenciarios, policías y soldados. Este tipo de violencia puede ejercerse obligando a los presidiarios a tener relaciones sexuales entre sí, como una forma de “entretenimiento”, o a prestar servicios sexuales a los funcionarios o directores de la institución penitenciaria. En otros lugares, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres pueden ser violados como “castigo” por su comportamiento, pues se considera que transgreden las normas sociales.

La magnitud del problema

Los estudios realizados principalmente en los países desarrollados indican que entre 5% y 10% de los hombres han declarado haber sido objeto de abuso sexual en la niñez. En varios estudios basados en la población, realizados con adolescentes de algunos países en desarrollo, el porcentaje de varones que declararon haber sido víctimas de una agresión sexual en alguna oportunidad varía entre 3,6% en Namibia, 13,4% en la República Unida de Tanzania y 20,0% en el Perú. Asimismo, los estudios llevados a cabo en los países tanto industrializados como en desarrollo indican que no es infrecuente que la primera relación sexual haya sido forzada. Lamentablemente, hay pocas estadísticas confiables sobre la cantidad de niños y hombres violados en ámbitos tales como las escuelas, las cárceles y los campamentos de refugiados.

La mayoría de los expertos considera que las estadísticas oficiales subestiman considerablemente la cantidad de hombres víctimas de violación. Los datos probatorios disponibles indican que la probabilidad de que los hombres denuncien una agresión sexual a las autoridades es aun menor que en el caso de las mujeres. Existen diversas razones por las cuales se denuncian menos episodios de violación masculina de los que realmente suceden. Entre ellas cabe mencionar la vergüenza, la culpa o el miedo a no ser creído o a ser denunciado por lo ocurrido. Los mitos y la existencia de prejuicios muy arraigados sobre la sexualidad masculina también son un obstáculo para que los hombres presenten una denuncia.

Consecuencias de la violencia sexual

Como sucede con las víctimas femeninas del abuso sexual, las investigaciones indican que es probable que las víctimas masculinas de este tipo de agresiones tengan diversas consecuencias de orden psíquico, tanto inmediatamente después de la agresión como a más largo plazo. Estas incluyen culpa, ira, ansiedad, depresión, estrés postraumático, disfunciones sexuales, afecciones somáticas, alteraciones del sueño, alejamiento de la pareja e intento de suicidio. Además de estas reacciones, en algunos estudios realizados con adolescentes varones también se determinó que existía una relación entre haber sido víctima de una violación y el abuso de sustancias, las conductas violentas, el robo y el ausentismo escolar.

Prevención y respuestas de políticas

Es preciso que la prevención de la violencia sexual contra los hombres y las respuestas de políticas a este tipo de violencia se basen en una comprensión del problema, sus causas y las circunstancias en que se producen. En muchos países, la legislación no aborda el fenómeno como corresponde. Por otra

RECUADRO 6.1 (continuación)

parte, muchas veces la violación masculina no se considera como un delito equivalente a la violación femenina.

Muchas de las consideraciones relacionadas con el apoyo que se brinda a las mujeres violadas, entre ellas la comprensión del proceso de recuperación, las necesidades más urgentes posteriores a una agresión y la eficacia de los servicios de apoyo, también son válidas para los hombres. Algunos países han realizado progresos en cuanto a las respuestas a la violencia sexual contra los hombres, creando líneas especiales de ayuda telefónica, brindando servicios de orientación y organizando grupos de apoyo y otros servicios para las víctimas masculinas. Sin embargo, en muchos lugares este tipo de servicios no existen o son muy limitados, ya que se concentran sobre todo en las mujeres y cuentan con pocos o ningún consejero experimentado en tratar estos problemas con las víctimas de sexo masculino.

En la mayoría de los países, hay mucho por hacer antes de que se pueda reconocer y conversar abiertamente, sin ningún tipo de negación o vergüenza, el tema de la violencia sexual contra los hombres y los niños. Sin embargo, este tipo de evolución es necesario y permitirá aplicar medidas de prevención más integrales y brindar a las víctimas un apoyo más adecuado.

Edimburgo (Escocia) demostró que 30% habían recibido bofetadas, golpes de puño o puntapiés de un cliente mientras trabajaban, 13% habían sido golpeadas, 11% habían sido violadas, y 22% habían sido víctimas de un intento de violación (68). Solo 34% de las que habían sufrido actos de violencia a manos de un cliente lo habían denunciado a la policía. En una encuesta realizada a las profesionales del sexo de Bangladesh se comprobó que 49% de ellas habían sido violadas y 59% golpeadas por la policía en el último año. En el caso de los hombres, los niveles de violencia habían sido mucho menores (69). En Etiopía, en un estudio sobre los profesionales del sexo también se comprobó que las tasas de violencia física y sexual por parte de un cliente eran elevadas, especialmente cuando aquellos eran niños (70).

La violencia sexual en las escuelas, en los centros de atención de salud, durante los conflictos armados y en los campamentos para refugiados

En las escuelas

Para muchas jóvenes, el lugar donde son objeto de coacción o acoso sexual con mayor frecuencia es la escuela. En un caso extremo de violencia ocurrido en 1991, 71 adolescentes fueron violadas por sus

compañeros de clase y otras 19 murieron en un internado en Meru (Kenya) (71). Si bien gran parte de las investigaciones sobre este tema se realiza en África, no resulta claro si esto se debe a que en esa región la prevalencia del problema es particularmente elevada o si, sencillamente, ha tenido mayor visibilidad que en otras partes del mundo.

Lo más probable es que el acoso de las muchachas por los varones sea un problema mundial. En el Canadá, por ejemplo, 23% de las niñas habían sido víctimas de acoso sexual en la escuela (72). Sin embargo, las investigaciones realizadas en África han permitido poner de manifiesto que los docentes desempeñan un papel importante en la facilitación o el ejercicio de la coacción sexual. En un informe de Africa Rights (28) se informó que en Ghana, Nigeria, la República Democrática del Congo, Somalia, Sudáfrica, Sudán, Zambia y Zimbabwe hubo casos de docentes que intentaron tener relaciones sexuales con sus alumnas a cambio de darles buenas calificaciones o no reprobarlas. En una encuesta nacional realizada recientemente en Sudáfrica, que incluía preguntas sobre las experiencias de violación antes de los 15 años de edad, se comprobó que los docentes eran responsables de 32% de las violaciones de niños denunciadas (34). En un estudio retrospectivo de casos denunciados de abuso

sexual a los niños, realizado en Zimbabwe durante un período de ocho años (1990 a 1997), se comprobó que las tasas de abuso sexual cometido por los maestros de las escuelas primarias rurales eran elevadas. Muchas de las víctimas habían sido niñas de 11 a 13 años de edad, y el tipo de abuso sexual más prevalente era la relación sexual con penetración (73).

En los centros de atención de salud

En muchos países se ha informado de violencia sexual contra los pacientes en los establecimientos de salud (74–79). Por ejemplo, en un estudio sobre los médicos sancionados por cometer delitos sexuales en los Estados Unidos, se comprobó que el número de casos había aumentado de 42 en 1989 a 147 en 1996, y que la proporción de medidas disciplinarias relacionadas con este tipo de delitos había aumentado de 2,1% a 4,4% en el mismo período (76). No obstante, este incremento podría ser reflejo de una mayor predisposición a presentar las denuncias correspondientes.

Otras formas documentadas de violencia sexual contra las pacientes incluyen la participación del personal médico en la práctica de la clitoridectomía en Egipto (80), los exámenes ginecológicos forzados y la amenaza de abortos forzados en China (81) y las inspecciones de la virginidad en Turquía (82). La violencia sexual es parte de un problema más amplio de la violencia ejercida contra las pacientes por trabajadores de la salud, que ha sido denunciado en muchos países y al que hasta hace poco se había prestado escasa atención (83–87). También se ha informado de acoso sexual a enfermeras por parte de los médicos varones (88, 89).

Durante los conflictos armados y en los campamentos para refugiados

La violación se ha usado como estrategia en muchos conflictos, por ejemplo en Corea durante la segunda guerra mundial y en Bangladesh durante la guerra de independencia, así como en diversos conflictos armados, como los de Argelia (90), India (Cachemira) (91), Indonesia (92), Liberia (29), Rwanda y Uganda (93). En algunos conflictos de este tipo, como los de

Rwanda y las repúblicas de la Antigua Yugoslavia, la violación se ha usado como una estrategia deliberada, dirigida a socavar los vínculos comunitarios y por ende la percepción del enemigo, y además como herramienta para la “depuración étnica”. En Timor Oriental se denunció que los militares indonesios habían empleado la violencia sexual contra las mujeres en forma generalizada (94).

En un estudio llevado cabo en Monrovia (Liberia), se comprobó que era más probable que quienes denunciaran haber sido víctimas de intento de violación y coacción sexual durante el conflicto fueran las mujeres de menos de 25 años de edad que las de 25 o más (18% y 4%, respectivamente) (29). Las mujeres obligadas a cocinar para alguna de las facciones en guerra corrían un riesgo significativamente mayor.

Otra consecuencia inevitable de los conflictos armados es la desintegración económica y social, que puede obligar a gran número de personas a prostituirse (94), una observación que también vale para los refugiados que huyen de los conflictos armados o de desastres naturales tales como las inundaciones, los terremotos o las tormentas muy destructivas.

Los refugiados que huyen de los conflictos armados y otras situaciones de peligro muchas veces se exponen a ser víctimas de violaciones en su nuevo ámbito. Por ejemplo, los datos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados indicaron que entre los vietnamitas que huyeron de su país en pequeñas embarcaciones a fines de los años setenta y principios de los ochenta, 39% de las mujeres fueron raptadas o violadas por piratas mientras se encontraban en alta mar, aunque esta cifra puede ser una subestimación (27). Del mismo modo, en muchos campamentos de refugiados, con inclusión de los de Kenya y la República Unida de Tanzania, se ha comprobado que las violaciones son un problema grave (95, 96).

Formas “culturales” de violencia sexual

Matrimonio de niños

El matrimonio se usa muchas veces para legitimar una variedad de formas de violencia sexual contra

la mujer. En muchos lugares del mundo existe la costumbre de casar a los niños pequeños, en especial a las niñas. Esta práctica, legal en muchos países, es una forma de violencia sexual, ya que los niños afectados no pueden dar o negar su consentimiento. En la mayoría de los casos, es poco o nada lo que saben sobre el sexo antes de casarse. Por consiguiente, es muy común que esta situación los atemorice (97) y que los primeros encuentros sexuales sean forzados (98).

El matrimonio precoz es muy común en África y Asia Meridional, aunque también se da en Oriente Medio y en algunos lugares de América Latina y Europa oriental (99, 100). Por ejemplo, en Etiopía y en determinadas zonas de África occidental, el matrimonio a los 7 u 8 años de edad no es infrecuente. En Nigeria, la edad promedio al contraer el primer matrimonio es de 17 años, pero en el estado de Kebbi, en el norte del país, es apenas poco más de 11 años (100). También se ha informado de que en Malí, Níger, la República Democrática del Congo y Uganda las tasas de matrimonios entre menores son elevadas (99, 100).

En Asia meridional, el matrimonio de menores es especialmente común en las zonas rurales, pero también se observa en las zonas urbanas (100–102). En Nepal, la edad al contraer el primer matrimonio es de 19 años. Sin embargo, 7% de las niñas están casadas antes de los 10 años de edad y 40% a los 15 años (100). En la India, la mediana de la edad al contraer el primer matrimonio para las mujeres es de 16,4 años. En una encuesta realizada a 5 000 mujeres en el estado indio de Rajastán, se comprobó que 56% de las mujeres se habían casado antes de los 15 años de edad, y de estas, 17% estaban casadas antes de los 10 años. En otra encuesta realizada en el estado de Madhya Pradesh se determinó que 14% de las niñas ya estaban casadas entre los 10 y los 14 años de edad (100).

En otras regiones, como en América Latina por ejemplo, se ha informado de casos de primeros matrimonios contraídos a edad temprana en Cuba, Guatemala, Honduras, México y Paraguay (99, 100). En Canadá, Estados Unidos y Europa occidental, la proporción de niñas que se casan antes de los 19 años de edad es menor que 5% (por ejemplo: 1%

en Canadá, Suiza y el Reino Unido, 2% en Bélgica y Alemania, 3% en España, y 4% en Estados Unidos) (103).

Otras costumbres que llevan a la violencia

En muchos lugares existen otras costumbres que no son el matrimonio entre menores pero que también suponen el ejercicio de violencia sexual contra las mujeres. Por ejemplo, en Zimbabwe, existe la costumbre denominada *ngozi*, según la cual una niña puede ser entregada a una familia como compensación por la muerte de uno de sus integrantes varones a manos de un miembro de la familia de aquella. Al llegar a la pubertad la niña deberá tener relaciones sexuales con el hermano o el padre del difunto a fin de procrear un hijo que reemplace al muerto. Según otra costumbre, denominada *chimutsa mapfiwa* (“herencia de esposa”), cuando muere una mujer casada, su hermana tiene la obligación de reemplazarla en su matrimonio.

¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia sexual?

Explicar la violencia sexual contra la mujer se complica por la multiplicidad de formas que adopta y la diversidad de circunstancias en que se produce. Se observa una superposición apreciable entre las diversas modalidades de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja. Muchas de las causas son similares a las que se han examinado en el capítulo 4. Hay ciertos factores que aumentan el riesgo de que una persona sea coaccionada con fines sexuales o de que un hombre determinado fuerce sexualmente a otra persona. También hay ciertos factores en el ambiente social, entre los que cabe mencionar a los pares y la familia, que influyen en la probabilidad de que se produzca una violación y determinan la reacción de ese entorno. Las investigaciones indican que los diversos factores tienen un efecto aditivo, de modo que cuantos más sean los que intervengan en una situación determinada, tanto mayor será la probabilidad de que se ejerza violencia sexual. Además, la importancia de un factor determinado puede variar en las distintas etapas de la vida.

Factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres

Una de las formas más comunes de violencia sexual en todo el mundo es la perpetrada por la pareja, lo que lleva a concluir que uno de los factores de riesgo más importantes para las mujeres (en cuanto a su vulnerabilidad ante la agresión sexual) es estar casada o convivir con una pareja. Otros factores que influyen en el riesgo de violencia sexual comprenden:

- ser joven;
- consumir alcohol u otras drogas;
- haber sido violada o abusada sexualmente con anterioridad;
- tener muchos compañeros sexuales;
- ser profesional del sexo;
- mejorar el nivel de instrucción y aumentar la independencia económica, al menos cuando lo que está en juego es la violencia sexual en la pareja;
- la pobreza.

La edad

Las mujeres jóvenes generalmente corren mayor riesgo de violación que las mujeres mayores (24, 62, 104). Según los datos de los sistemas de administración de justicia y los centros de crisis para casos de violación de Chile, Estados Unidos, Malasia, México, Papua Nueva Guinea y Perú, entre la tercera y las dos terceras partes de las víctimas de agresiones sexuales tienen 15 años de edad o menos (62, 104). Por ejemplo, ciertas formas de violencia sexual están muy estrechamente vinculadas con la edad temprana, en especial la violencia que se produce en las escuelas y las universidades y la trata de mujeres con fines de explotación sexual.

El consumo de alcohol y otras drogas

Este también es motivo de mayor vulnerabilidad ante la violencia sexual. El consumo de alcohol o drogas hace más difícil que las mujeres puedan protegerse, interpretando adecuadamente los signos de advertencia y reaccionando como corresponde. El consumo de bebidas alcohólicas también puede colocar a las mujeres en situaciones donde las

posibilidades de toparse con un agresor potencial son mayores (105).

Haber sido violada o víctima de abuso sexual con anterioridad

Existen ciertos datos probatorios que permiten vincular el abuso sexual en la niñez o la adolescencia con los modelos de victimización durante la edad adulta (24, 37, 105–108). En un estudio nacional sobre la violencia contra la mujer en los Estados Unidos, se comprobó que quienes habían sido violadas antes de los 18 años de edad tenían dos veces más probabilidades de ser violadas en la edad adulta que las que no habían sido violadas durante la niñez o la adolescencia (18,3% y 8,7%, respectivamente) (37). Los efectos del abuso sexual temprano también pueden extenderse a otros tipos de victimización y de problemas en la edad adulta. Por ejemplo, en un estudio de casos y testigos llevado a cabo en Australia sobre los efectos de largo plazo del abuso sexual, se determinó que el hecho de haber sido abusada sexualmente durante la niñez estaba asociado significativamente con la posibilidad de ser víctima de una violación, experimentar problemas sexuales, de salud mental, de violencia doméstica y otros problemas en las relaciones íntimas, y que esto era independiente de los diversos tipos de antecedentes familiares (108). Las personas que habían sido víctimas de abusos, con inclusión de relaciones sexuales forzadas, tenían más problemas que las que habían sufrido otros tipos de coacción.

Tener muchos compañeros sexuales

Las mujeres jóvenes que tienen muchos compañeros sexuales corren mayor riesgo de violencia sexual (105, 107, 109). Sin embargo, no está claro si el hecho de tener mayor número de compañeros sexuales es una causa o una consecuencia de los malos tratos (incluido el abuso sexual) durante la niñez. Por ejemplo, en un estudio realizado sobre una muestra representativa de hombres y mujeres de León (Nicaragua) se comprobó que las mujeres que habían sido víctimas de violación o de intentos de violación durante la niñez o la adolescencia era más

probable que tuviera más compañeros sexuales durante la edad adulta que las mujeres no maltratadas o que las mujeres maltratadas moderadamente (110). En estudios longitudinales realizados con mujeres jóvenes en Nueva Zelanda y Noruega se han obtenido resultados similares (107, 109).

El nivel de instrucción

Las mujeres corren mayor riesgo de violencia sexual y de violencia física por parte de su pareja cuanto mayor sea su nivel de instrucción y, por ende, su capacidad de realización social. En una encuesta nacional realizada en Sudáfrica se comprobó que las mujeres sin instrucción tenían mucho menos probabilidades de ser víctimas de la violencia sexual que las que tenían niveles de instrucción más altos (34). En Zimbabwe, la probabilidad de que las mujeres que trabajaban denunciaran haber sido obligadas por su cónyuge a tener relaciones sexuales era mucho mayor de que lo hicieran las que no trabajaban (42). La explicación probable es que una mayor capacidad social de la mujer genera mayor resistencia de estas a las normas patriarcales (111), por lo que los hombres suelen recurrir a la violencia para tratar de recuperar el control. La relación entre la mayor capacidad de realización social y la violencia física tiene la forma de una U invertida: al aumentar aquella, el riesgo es mayor hasta un nivel determinado, más allá del cual comienza a convertirse en factor de protección (105, 112). No obstante, todavía no se sabe si esto también es válido para la violencia sexual.

La pobreza

Las mujeres y las niñas pobres quizá corran mayor riesgo de violación mientras realizan sus tareas cotidianas que las que están en mejor situación económica. La violación puede producirse, por ejemplo, cuando regresan solas del trabajo al hogar a horas avanzadas de la noche, o cuando trabajan en el campo o recogen leña solas. Los hijos de las mujeres pobres suelen tener menos supervisión materna cuando no están en la escuela, ya que la madre puede estar trabajando y no cuenta con los medios necesarios para contratar a alguien para que los cuide. De hecho, es posible que los propios niños

estén trabajando y por lo tanto sean vulnerables a la explotación sexual.

La pobreza obliga a muchas mujeres y niñas a buscar ocupaciones que suponen un riesgo relativamente elevado de violencia sexual (113), en especial la prostitución (114). También les genera enormes presiones para encontrar o mantener un trabajo, realizar actividades comerciales y, si están estudiando, obtener buenas calificaciones, todo lo cual las hace vulnerables a la coacción sexual de quienes pueden prometerles estas cosas (28). Las mujeres más pobres también corren mayor riesgo de violencia por parte de su pareja íntima, de la cual la violencia sexual suele ser una manifestación (41, 115).

Factores que aumentan el riesgo de que los hombres cometan una violación

Los datos sobre los hombres propensos a la violencia sexual son relativamente escasos y corresponden en su mayor parte a los violadores detenidos, salvo en los Estados Unidos, donde también se han realizado investigaciones sobre los estudiantes universitarios varones. Pese a que el volumen de información sobre los hombres proclives a ejercer la violencia sexual es limitado, se tiene la impresión de que se trata de un fenómeno que afecta a casi todos los países (aunque los niveles de prevalencia sean distintos), a todas las clases socioeconómicas y a todos los grupos de edad, de la niñez en adelante. Estos datos también indican que la mayoría de ellos ejercen la violencia contra mujeres que ya conocen (116, 117). Entre los factores que aumentan el riesgo de que un hombre cometa una violación cabe mencionar los que guardan relación con las actitudes y creencias, así como las conductas originadas por determinadas situaciones y condiciones sociales que hacen viable la perpetración de actos de abuso y los sustentan (cuadro 6.4).

Consumo de alcohol y otras drogas

Se ha demostrado que uno de los efectos del alcohol es desinhibir determinado tipo de conductas sexualmente agresivas (118); lo mismo ocurre con algunos estupefacientes, en especial la cocaína (119). El alcohol tiene determinados efectos

CUADRO 6.4

Factores que aumentan el riesgo de que los hombres cometan una violación

Factores individuales	Factores relacionales	Factores comunitarios	Factores sociales
<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de alcohol y drogas • Las fantasías sexuales coercitivas y otras actitudes y creencias que apoyen la violencia sexual • Las tendencias impulsivas y antisociales • La preferencia por las relaciones sexuales impersonales • Los sentimientos de hostilidad hacia las mujeres • Los antecedentes de abuso sexual durante la niñez • El haber presenciado situaciones de violencia doméstica durante la niñez 	<ul style="list-style-type: none"> • Las relaciones con pares delincuentes y sexualmente agresivos • Un ambiente familiar caracterizado por la violencia física y la falta de recursos • Una relación o un ámbito familiar fuertemente patriarcales • Los ámbitos familiares carentes de contención emocional • Un ámbito en que el honor familiar se considera más importante que la salud y la seguridad de la víctima 	<ul style="list-style-type: none"> • La pobreza, mediada por ciertas formas de crisis de identidad masculina • La falta de oportunidades laborales • La falta de apoyo institucional del sistema policial y judicial • La tolerancia general a la agresión sexual en la comunidad • La falta de sanciones comunitarias estrictas contra los perpetradores de la violencia sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • La existencia de normas sociales que favorecen la violencia sexual • La existencia de normas sociales que sustenten la superioridad masculina y el derecho sexual • La falta de leyes y políticas estrictas relacionadas con la violencia sexual • La falta de leyes y políticas estrictas relacionadas con la igualdad de género • El elevado nivel de criminalidad y otras formas de violencia

psicofarmacológicos, como reducir las inhibiciones, nublar el entendimiento y disminuir la capacidad para interpretar las “señales” de los demás (120). No obstante, las relaciones biológicas entre el alcohol y la violencia son complejas (118). Las investigaciones sobre la antropología social del consumo de alcohol parecen indicar que las relaciones entre la violencia, el consumo de bebidas alcohólicas y la embriaguez no son universales, sino que son producto del aprendizaje social (121). Algunos investigadores han señalado que el consumo de alcohol puede servir como “desahogos” violentos basados en pautas culturales, en los que se incurre en conductas antisociales. Por lo tanto, la probabilidad de que los hombres actúen violentamente cuando beben es mayor porque consideran que no se los hará responsables de su comportamiento. También se asocian con la bebida ciertas formas de violencia sexual grupal. En estos entornos, el consumo de alcohol es un acto que fortalece los vínculos grupales, en el que desaparecen las inhibiciones en forma colectiva y el entendimiento individual cede su lugar al del grupo.

Factores psicológicos

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones sobre el papel que desempeñan las variables cognitivas en el conjunto de factores que

pueden llevar a cometer una violación. Se ha demostrado que es más probable que los hombres proclives a ejercer la violencia sexual consideren que sus víctimas son las responsables de la violación y tengan menos conocimiento de sus efectos sobre estas (122). Este tipo de hombres quizá malinterprete las “señales” emitidas por las mujeres en los ámbitos sociales y carezca de las inhibiciones que intervienen en la supresión de las asociaciones entre el sexo y la agresión (122, 123). Tienen fantasías sexuales coercitivas (122, 123), por lo general fomentadas por el acceso a la pornografía (124) y en general suelen sentir mayor hostilidad hacia las mujeres que los hombres que no son proclives a la violencia sexual (106, 125, 126). Además de estos factores, se considera que estos hombres difieren de los otros en cuanto a las tendencias impulsivas y antisociales (105). También suelen tener un sentido exagerado de la masculinidad.

La violencia sexual también se asocia con la preferencia por las relaciones sexuales impersonales (en contraposición con las relaciones en las que existe un vínculo afectivo), con el hecho de tener muchos compañeros sexuales y con la tendencia a refirmar los intereses personales a expensas de los de los demás (125, 127). Otro factor relacionado con estas conductas tiene que ver con las actitudes de enfrentamiento con el sexo opuesto, según las

cuales las mujeres son adversarios a quienes es preciso desafiar y conquistar (128).

Factores vinculados a la relación con los pares y la familia

Violación múltiple por una pandilla

Algunas formas de violencia sexual, como la violación múltiple, son cometidas principalmente por hombres jóvenes (129). La agresión sexual se considera muchas veces como una característica que define la virilidad en el grupo que, a su vez, guarda íntima relación con el deseo de ser admirado por los demás (130). Las conductas sexualmente agresivas de los hombres jóvenes se han vinculado con el hecho de ser miembros de una pandilla y tener pares que cometen delitos (126, 131). Las investigaciones también indican que la probabilidad de que los hombres cuyos pares son sexualmente agresivos declaren haber tenido relaciones sexuales coercitivas o forzadas fuera del ámbito de la pandilla, es mucho más elevada que la de quienes carecen de pares sexualmente agresivos (132).

Muchas veces la violación múltiple es considerada legítima por los hombres que participan en ella, y a veces por otros también, pues se supone que desalienta o castiga lo que se percibe como conductas “inmorales” de las mujeres, como el uso de faldas cortas o la concurrencia a los bares. Por este motivo, los que cometen la violación no la pueden equiparar con la imagen de un delito. En varias zonas de Papua Nueva Guinea, las mujeres pueden ser castigadas mediante la violación pública realizada por una pandilla, muchas veces con la anuencia de los ancianos de la comunidad (133).

El entorno en la primera infancia

Hay datos probatorios de que, en algunos hombres, la violencia sexual también es una conducta aprendida, en especial en lo que se refiere al abuso sexual de los niños. Los estudios sobre los niños víctimas de abuso sexual han demostrado que alrededor de uno de cada cinco se convierte, en alguna etapa posterior de su vida, en victimario de otros niños (134). Estas experiencias pueden generar un modelo de conducta por la cual el hombre justifica sistemáticamente el hecho de ser violento, niega

que esté haciendo algo malo y tiene ideas falsas y malsanas sobre la sexualidad.

Los entornos de la niñez que son físicamente violentos, que carecen de apoyo emocional y que se caracterizan por la competencia para obtener los escasos recursos disponibles, han sido asociados con la violencia sexual (105, 126, 131, 135). Por ejemplo, el comportamiento sexualmente agresivo de los hombres jóvenes se ha vinculado con el hecho de haber presenciado situaciones de violencia en el hogar y haber tenido padres emocionalmente distantes e indiferentes (126, 131). Asimismo, si se comparan los varones criados en familias con estructuras fuertemente patriarcales con los que han crecido en hogares más igualitarios, se comprueba que los primeros son más propensos a ejercer la violencia, cometer violaciones y emplear la coacción sexual con las mujeres, así como de maltratar a su pareja (105).

El honor de la familia y la pureza sexual

Otro factor asociado con las relaciones sociales es la respuesta familiar a la violencia sexual, que culpa a las mujeres sin castigar a los hombres, haciendo hincapié, en cambio, en reparar la “pérdida” del honor familiar. Esta respuesta genera un entorno social en el que la violación puede quedar impune.

Si bien muchas familias tratan de proteger de la violación a sus miembros femeninos y también pueden hacer que las hijas empleen métodos anti-conceptivos para evitar los signos visibles si fueran violadas (136), no es frecuente que se ejerzan presiones sociales significativas para controlar a los hombres jóvenes o persuadirlos de que está mal obligar a una mujer a tener relaciones sexuales. En cambio, en algunos países es común que la familia apoye a sus miembros para que hagan todo lo necesario, incluso recurrir al asesinato, para mitigar la “vergüenza” asociada con una violación u otra transgresión sexual. En un examen de todos los delitos de honor que se cometieron en Jordania en 1995 (137), los investigadores encontraron que en más de 60% de los casos la víctima había muerto como consecuencia de las múltiples heridas producidas por un arma de fuego, principalmente a manos de un hermano. Cuando la víctima era una mujer soltera

embarazada, el autor había sido absuelto o condenado a una pena leve.

Aunque muchas veces es la pobreza lo que impulsa al matrimonio de menores, ciertos factores como el deseo de mantener la pureza sexual de una niña joven y protegerla de las relaciones sexuales prenupciales, la infección por el VIH y las insinuaciones sexuales no deseadas, también son algunas de las razones que esgrimen las familias para justificar esos matrimonios (100).

Factores comunitarios

La pobreza

La pobreza está vinculada tanto con el ejercicio de la violencia sexual como con el riesgo de ser víctima de ella. Varios autores han alegado que la relación entre la pobreza y la perpetración de actos de violencia sexual está mediada por ciertas formas de crisis de identidad masculina (95, 112, 138–140). En sus artículos sobre la vida en el este del barrio de Harlem, en Nueva York (138), Bourgois describió cómo los hombres jóvenes se sentían presionados por los modelos de masculinidad “exitosa” y de estructura familiar transmitida por las generaciones de sus padres y sus abuelos, así como por los modelos actuales de virilidad, en los que también se hace hincapié en el consumo de bienes materiales. Prisioneros de la pobreza del barrio, con escasa o ninguna posibilidad de empleo, es improbable que logren cumplir con estos modelos o expectativas de “éxito” masculino. En tales circunstancias, se reconfiguran los ideales de masculinidad, haciendo hincapié en la misoginia, el abuso de sustancias psicotrópicas y la participación en actividades delictivas (138), y muchas veces también en la xenofobia y el racismo. Así, la violación múltiple y la conquista sexual se convierten en norma, en la medida en que los hombres vuelcan su agresión contra las mujeres que ya no pueden controlar mediante una estructura patriarcal o sostener económicamente.

El entorno físico y social

Si bien el temor a la violación generalmente está asociado con la ausencia del hogar (141, 142), en realidad la gran mayoría de los hechos de violencia sexual se producen en el hogar de la víctima o del

victimario. No obstante, el hecho de que una mujer sea secuestrada por un desconocido muchas veces es el preludio de una violación y las posibilidades de secuestro dependen en parte del entorno físico.

Sin embargo, el entorno social prevaleciente en una comunidad suele ser más importante que el físico. La profundidad con que están arraigadas en la comunidad las creencias sobre la superioridad masculina y el derecho de los hombres a tener relaciones sexuales afectará enormemente a las probabilidades de que se produzcan actos de violencia sexual. También incidirá el grado de tolerancia de la comunidad hacia las agresiones sexuales y la gravedad de las sanciones contra los agresores, si las hubiera (116, 143). Por ejemplo, en algunos lugares puede incluso ocurrir que la violación se realice en público y los transeúntes se nieguen a intervenir (133). También puede pasar que las denuncias de violación sean tratadas a la ligera por la policía, sobre todo si la agresión es cometida por el esposo o durante una cita amorosa. Cuando se realiza una investigación policial y el caso se presenta ante un tribunal, los procedimientos suelen ser muy poco estrictos, cuando no venales. Por ejemplo, algunas pruebas de la investigación pueden “perderse” a cambio de un soborno.

Factores sociales

Los factores que operan a nivel social e influyen en la violencia sexual comprenden las leyes y las políticas adoptadas por el país en relación con la igualdad de género en general y con la violencia sexual en particular. También inciden las normas relativas al uso de la violencia. Si bien los diversos factores operan en gran parte en el plano local, en las familias, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades también influyen las leyes y las normas nacionales vigentes e incluso las internacionales.

Leyes y políticas

Los enfoques de los diversos países sobre la violencia sexual son muy distintos. Algunos cuentan con leyes y procedimientos jurídicos de gran alcance, con una definición amplia de la violación que incluye la violación en el matrimonio. La legislación establece sanciones graves para quienes sean declarados

culpables y un fuerte apoyo a las víctimas. El compromiso con la prevención o el control de la violencia sexual también se refleja en el énfasis que se da al tema en el adiestramiento de la policía y en la asignación de los recursos policiales, en la prioridad otorgada a las investigaciones de los casos de agresión sexual y en los recursos proporcionados para apoyar a las víctimas y prestar servicios médicos y jurídicos. En el otro extremo de la escala, están los países que abordan el tema con excesiva condescendencia, y en los que no se permite la condena de un presunto agresor exclusivamente sobre la base de las pruebas aportadas por la mujer, se excluyen de manera específica de la definición jurídica ciertas formas o ámbitos de la violencia sexual, y las víctimas de la violación son muy reacias a llevar la cuestión ante un tribunal por temor al castigo que supone presentar una demanda por violación “no probada”.

Normas sociales

La violencia sexual cometida por los hombres está arraigada en gran medida en la ideología de los derechos de los hombres en materia sexual. Estos sistemas de creencias dejan a las mujeres muy pocas alternativas legítimas para negarse a las insinuaciones sexuales (139, 144, 145). Así, muchos hombres simplemente no consideran que exista la posibilidad de que sus insinuaciones sexuales a una mujer sean rechazadas o que esta tenga el derecho de tomar una decisión autónoma sobre su participación en la relación sexual. En muchas culturas, tanto las mujeres como los hombres consideran que el matrimonio significa que prácticamente no existen límites al grado de disponibilidad de la mujer para las relaciones sexuales (34, 146), aunque desde un punto de vista cultural, estas puedan estar prohibidas en determinados momentos, como después del parto o durante la menstruación (147).

Las normas sociales sobre el uso de la violencia como medio para lograr un objetivo han sido asociadas estrechamente con la prevalencia de la violación. En las sociedades donde la ideología de la superioridad masculina está muy arraigada, y se hace hincapié en el predominio, la fuerza física y el honor de los hombres, la violación es más habitual (148). En los países donde existe una cultura

de la violencia o que se encuentran inmersos en un conflicto violento, casi todas las formas de violencia aumentan, entre ellas la sexual (148–151).

Tendencias y factores económicos mundiales

Muchos de los factores que inciden en el plano nacional tienen una dimensión internacional. Por ejemplo, las tendencias mundiales al libre comercio han venido acompañadas de un aumento de los desplazamientos de las mujeres y las niñas por todo el mundo en busca de trabajo, incluida la prostitución (152). Los programas económicos de ajuste estructural propuestos por los organismos internacionales han agravado la pobreza y el desempleo en varios países, incrementando las posibilidades de trata de mujeres y de violencia sexual (153), un fenómeno observado especialmente en Centroamérica, el Caribe (114) y en ciertas zonas de África (113).

Consecuencias de la agresión sexual

En las violaciones no siempre se emplea la fuerza física, y las lesiones corporales no son una consecuencia inevitable. Se sabe que suelen producirse defunciones asociadas con la violación, aunque su prevalencia varía considerablemente de un lugar a otro. Entre las consecuencias más comunes de la violencia sexual cabe mencionar las relacionadas con la salud reproductiva y mental y el bienestar social.

El embarazo y las complicaciones ginecológicas

Una violación puede resultar en un embarazo, aunque la tasa varía según los contextos y depende especialmente de la medida en que esté difundido el uso de anticonceptivos que no sean de barrera. En un estudio sobre las adolescentes realizado en Etiopía, se comprobó que 17% de las que habían denunciado haber sido violadas quedaron embarazadas (154). Esta cifra es similar a la de 15% a 18% obtenida en los centros de crisis para casos de violación de México (155, 156). En un estudio longitudinal llevado a cabo en los Estados Unidos, en el que participaron más de 4 000 mujeres a las que se les realizó un seguimiento de tres años, se comprobó que para las víctimas de 12 a 45 años de edad, la

tasa nacional de embarazos asociados con una violación era de 5% por cada violación, lo que significa que todos los años más de 32 000 mujeres quedan embarazadas como resultado de una violación en todo el país (7). En muchos países, las mujeres violadas se ven obligadas a tener el niño para no poner en riesgo sus vidas por realizar un aborto en condiciones inadecuadas.

Una experiencia de relaciones sexuales forzadas a temprana edad reduce la capacidad de la mujer para considerar que puede ejercer control sobre su sexualidad. Así, es menos probable que una adolescente que se ha visto obligada a tener relaciones sexuales use condones u otras formas de anticoncepción, y esto aumentará sus probabilidades de quedar embarazada (4, 16, 157, 158). En un estudio sobre los factores asociados con el embarazo de adolescentes en Ciudad del Cabo, se determinó que la iniciación sexual forzada era el factor que ocupaba el tercer lugar en cuanto al grado de correlación, después de la frecuencia de las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos modernos (4). El coito forzado también puede conducir a un embarazo no intencional en las mujeres adultas. En la India, un estudio llevado a cabo con hombres casados permitió comprobar que los que admitieron obligar a sus esposas a tener relaciones sexuales tenían 2,6 veces más probabilidades de haber provocado un embarazo no intencional que quienes no reconocieron haber incurrido en ese tipo de conducta (41).

Se ha determinado que existe una relación sistemática entre las complicaciones ginecológicas y el coito forzado. Estas comprenden las hemorragias o infecciones vaginales, los fibromas, la disminución del deseo sexual, la irritación de la zona genital, el dolor durante el coito, los dolores crónicos de la pelvis y las infecciones de las vías urinarias (8–15). Las mujeres víctimas de abuso tanto físico como sexual por parte de su pareja corren mayor riesgo de experimentar problemas de salud en general que las víctimas de violencia física solamente (8, 14).

Enfermedades de transmisión sexual

La infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual son algunas de las consecuencias

reconocidas de la violación (159). Las investigaciones sobre mujeres que llegan a los refugios indican que las que fueron víctimas de abuso tanto sexual como físico por parte de su pareja tienen una probabilidad significativamente mayor de haber contraído enfermedades de transmisión sexual (160). En el caso de las mujeres víctimas de trata y obligadas a prostituirse, es probable que los riesgos de contraer la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual sean especialmente elevados. Las relaciones entre la infección por el VIH y la violencia sexual y las estrategias de prevención pertinentes se abordan en el recuadro 6.2.

La salud mental

La violencia sexual se ha asociado con diversos problemas de salud mental y de conducta en la adolescencia y la edad adulta (17–20, 22, 23, 161). En un estudio basado en la población, la prevalencia de síntomas o signos que hacen pensar en trastornos psiquiátricos fue de 33% para las mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la edad adulta, 15% para las que tenían antecedentes de violencia física por parte de su pareja y 6% para las que no habían sufrido malos tratos (162). La violencia sexual perpetrada por la pareja agrava los efectos de la violencia física sobre la salud mental.

Las mujeres víctimas de maltrato que informan de experiencias de coito forzado corren un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión y trastorno postraumático por estrés que las mujeres no maltratadas (14, 18, 22, 23). El trastorno postraumático por estrés posterior a la violación es más probable si en el transcurso de esta se producen lesiones, o si existen antecedentes de depresión o de abuso de alcohol (24). En un estudio realizado con adolescentes en Francia también se comprobó que existe una relación entre haber sido víctima de una violación y las dificultades actuales para dormir, síntomas de depresión, afecciones somáticas, consumo de tabaco y problemas conductuales (como las conductas agresivas, el robo y el ausentismo escolar) (163). Si la víctima no recibe orientación postraumática, se ha observado que los efectos psíquicos negativos pueden persistir por lo menos un año después de la violación, aunque

RECUADRO 6.2**La violencia sexual y la infección por el VIH/SIDA**

El coito violento o forzado puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH. En la penetración vaginal forzada es muy común que se produzcan abrasiones y cortes que facilitan el ingreso del virus (cuando está presente) a través de la mucosa vaginal. Las adolescentes son especialmente susceptibles a la infección por el VIH en los casos de coito forzado, y también cuando no lo es, porque la mucosa vaginal aún no ha adquirido la densidad celular necesaria para constituir una barrera eficaz, ya que esta se desarrolla más avanzada la adolescencia. Las víctimas de una violación por vía anal (niños y hombres, así como niñas y mujeres) también son considerablemente más susceptibles a la infección por el VIH que cuando el coito no es forzado, pues es más probable que se produzcan daños en los tejidos del ano que faciliten el ingreso del virus al organismo.

Diversas conductas de riesgo son comunes al hecho de haber sido víctima de violencia sexual y ser susceptible a la infección por el VIH. Por ejemplo, es más probable que una víctima de coito forzado en la niñez o la adolescencia tenga relaciones sexuales sin protección, sea promiscua, se prostituya o abuse de sustancias psicotrópicas. Quienes han sido víctimas de un coito forzado por parte de su pareja suelen tener dificultades para conversar con este sobre la posibilidad de usar preservativos, ya sea porque se podría interpretar como una falta de confianza en él o como un reconocimiento de conductas promiscuas, o por temor a una reacción violenta. La coacción sexual entre los adolescentes y los adultos también está asociada con disminución de la autoestima y depresión, es decir, con factores vinculados con muchas de las conductas de riesgo de infección por el VIH.

Estar infectado por el VIH o tener un familiar seropositivo también puede agravar el riesgo de ser víctima de violencia sexual, especialmente en el caso de las mujeres. Como resultado del estigma asociado con la infección por el VIH y con el SIDA, en muchos países una mujer infectada puede ser desalojada de su casa. Además, el hecho de que un integrante de un hogar pobre enferme o muera de SIDA puede hacer que la situación económica se haga apremiante. Las mujeres pueden verse obligadas a prostituirse, lo que aumenta el riesgo de violencia sexual y de contraer la infección por el VIH y el SIDA. Los niños que han quedado huérfanos a causa de esta enfermedad, empobrecidos y sin nadie que se ocupe de ellos, pueden no tener otra alternativa que vivir en la calle y corren grave riesgo de ser víctimas de abuso sexual.

Hay varias maneras de reducir la incidencia de la violencia sexual y de la infección por el VIH, pero la educación quizá sea la más importante. Sobre todo en el caso de los jóvenes, es preciso implantar intervenciones integrales en las escuelas y otras instituciones educativas, los grupos de jóvenes y los lugares de trabajo. Los programas escolares deben abarcar los aspectos pertinentes de la salud sexual y reproductiva, las relaciones y la violencia. También deben contemplar la adquisición de aptitudes para la vida, como la forma de evitar situaciones riesgosas o amenazantes relacionadas con la violencia, las relaciones sexuales o el consumo de drogas, y de exigir conductas sexuales seguras.

Para la población adulta general debe haber información completa y accesible sobre la salud sexual y las consecuencias de determinadas prácticas sexuales. Además, es preciso implantar intervenciones dirigidas a abandonar los modelos de comportamiento perjudiciales y las normas sociales que impiden la comunicación sobre los temas sexuales.

Es importante brindar a los trabajadores de la salud y otros proveedores de servicios una capacitación integrada sobre el género y la salud reproductiva, así como sobre la violencia por motivos de género y las enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH.

RECUADRO 6.2 (continuación)

En cuanto a las víctimas de violación, debe realizarse la detección de la infección por el VIH y las derivaciones correspondientes. Asimismo, puede considerarse la conveniencia de iniciar un tratamiento de orientación y de profilaxis posterior a la exposición al VIH, al poco tiempo de ocurrida la agresión. Del mismo modo, las mujeres infectadas por el VIH deben someterse a tamizaje para determinar si tienen antecedentes de violencia sexual. También es preciso considerar la posibilidad de incorporar estrategias de prevención de la violencia a los programas de asesoramiento voluntario sobre la infección por el VIH.

los problemas de salud y los síntomas físicos suelen disminuir durante ese período (164). Aunque reciban orientación, hasta 50% de las mujeres conservan ciertos síntomas de estrés (165–167).

Conductas suicidas

Las mujeres víctimas de agresiones sexuales durante la niñez o la edad adulta tienen mayores probabilidades de suicidarse o de intentar suicidarse que otras mujeres (21, 168–173). La correlación se mantiene aun después de efectuar ajustes por edad, nivel de instrucción, síntomas de trastorno post-traumático por estrés y presencia de alteraciones psiquiátricas (168, 174). La experiencia de la violación o de la agresión sexual puede derivar en conductas suicidas incluso en la adolescencia. En Etiopía, 6% de las alumnas violadas declararon haber intentado suicidarse (154). En un estudio realizado con adolescentes en el Brasil se comprobó que el abuso sexual previo era uno de los principales factores que permitían predecir varias conductas de riesgo para la salud, con inclusión de las ideas suicidas y los intentos de suicidio (161).

Las experiencias de acoso sexual grave también pueden provocar trastornos emocionales y conductas suicidas. En un estudio de adolescentes mujeres llevado a cabo en el Canadá, se encontró que 15% de las jóvenes que tenían contactos sexuales frecuentes y no deseados habían exhibido conductas suicidas en los seis meses anteriores, en comparación con 2% de las que no habían vivido ese tipo de situaciones (72).

Ostracismo social

En muchos ámbitos culturales se sostiene que los hombres no pueden controlar sus impulsos sexuales y que las mujeres son las responsables de provocar esos deseos (144). La forma en que las familias y las comunidades reaccionan ante los actos de violación en esos ámbitos se rige por las ideas predominantes sobre la sexualidad y la situación jurídica de las mujeres.

En algunas sociedades, la “solución” cultural a la violación es que la mujer debe casarse con el violador, preservando así la virtud de la mujer y su familia al legitimar la unión (175). Dicha “solución” está reflejada en las leyes de algunos países, que permiten perdonar el delito a un violador si se casa con la víctima (100). Además de obligarla a casarse, la familia puede presionar a la mujer para que no haga la denuncia o inicie juicio, o bien para que se concentre en lograr que la familia del violador pague una “indemnización” (42, 176). Los hombres pueden rechazar a sus esposas si han sido violadas (27) y, como se ha señalado, en algunos países la mujer puede ser expulsada de la comunidad o, en casos extremos, asesinada, a fin de recobrar el honor perdido (26).

¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia sexual?

El número de iniciativas que abordan la violencia sexual es limitado y pocas han sido evaluadas. La mayoría de las intervenciones se han elaborado y ejecutado en los países industrializados; no es mu-

cho lo que se sabe sobre su aplicabilidad en otros entornos. Las intervenciones que ya han sido aplicadas pueden clasificarse del siguiente modo.

Enfoques individuales

Atención y apoyo psicológicos

Se ha comprobado que la orientación, la terapia y las iniciativas de grupos de apoyo son útiles después de las agresiones sexuales, sobre todo cuando determinados factores relacionados con la violencia propiamente dicha o el proceso de recuperación pueden complicar la situación. Existen algunos indicios de que un tratamiento breve, cognitivo-conductual, realizado al poco tiempo de producida la agresión, puede acelerar la reparación del daño psíquico provocado por el trauma (177, 178). Como ya se ha dicho, a veces las víctimas de la violencia sexual se sienten culpables del incidente y también se ha comprobado que abordar esto en la psicoterapia es importante para la recuperación (179). Sin embargo, es preciso realizar evaluaciones más exhaustivas de los programas breves de orientación y tratamiento utilizados tras los actos de violencia sexual.

La mayor parte del apoyo psicológico formal a las víctimas de la violencia sexual ha estado a cargo del sector no gubernamental, especialmente los centros de crisis para casos de violación y diversas organizaciones de mujeres. Resulta inevitable que el número de víctimas de la violencia sexual que tienen acceso a esos servicios sea muy reducido. Una solución para ampliarlos es a través de la creación de líneas telefónicas de ayuda, preferiblemente gratuitas. Por ejemplo, una de estas líneas de ayuda de Sudáfrica, denominada “Stop Woman Abuse” [Basta de maltrato a la mujer], recibió 150 000 llamadas en los cinco primeros meses de funcionamiento (180).

Programas para los agresores

Los pocos programas destinados a los perpetradores de la violencia sexual por lo general han estado dirigidos a los hombres condenados por violación. La mayoría se llevan a cabo en los países industrializados y solo han comenzado a evaluarse

recientemente (para un examen de estos programas, véase el capítulo 4). Una reacción frecuente de los hombres que cometen actos de violencia sexual es negar que ellos sean los responsables del incidente y que este constituya un hecho de violencia (146, 181). Para ser eficaces, los programas dirigidos a los agresores deben tener por objeto lograr que estos admitan su responsabilidad y que la sociedad los considere responsables de sus actos (182). Una forma de hacerlo es establecer mecanismos de colaboración entre estos programas y los servicios de apoyo a las víctimas y las campañas contra la violencia sexual.

Aptitudes para la vida y otros programas de educación

En los últimos años, varios programas de promoción de la salud sexual y reproductiva, en especial los que promueven la prevención de la infección por el VIH, han comenzado a incluir cuestiones de género y abordar el problema de la violencia sexual y física contra la mujer. Dos ejemplos notables, elaborados para África pero aplicados en muchas partes del mundo en desarrollo, son los programas “Stepping Stone” [Peldaños] y “Men As Partners” [Los hombres como compañeros] (183, 184), los cuales han sido ideados para grupos de pares, integrados por hombres y mujeres, y constan de varias sesiones de trabajo en las que se utilizan métodos de aprendizaje participativo. Su enfoque integral ayuda a los hombres, que de otro modo podrían ser reticentes a asistir a programas dirigidos en forma exclusiva a tratar el tema de la violencia contra la mujer, a participar y abordar una gama de temas relativos a la violencia. Además, aunque los hombres sean los perpetradores de la violencia sexual, en los programas se tiene sumo cuidado de no calificarlos de tales.

Un examen de los resultados del programa “Stepping Stones” en África y Asia permitió comprobar que los talleres ayudaban a los participantes varones a asumir mayor responsabilidad por sus actos, relacionarse mejor con los demás, tener mayor respeto por las mujeres y comunicarse mejor. Se ha informado de que, como resultado del programa, la violencia contra las mujeres en ciertas comunidades

de Camboya, Gambia, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica y Uganda se había reducido. Sin embargo, las evaluaciones realizadas hasta la fecha por lo general han utilizado métodos cualitativos y es necesario llevar a cabo otras investigaciones para probar de manera adecuada la eficacia de este programa (185).

Enfoques de desarrollo

Las investigaciones han permitido comprender la importancia de alentar sistemas de crianza de los hijos que permitan mejorar la paternidad y lograr que sea más equilibrada con respecto al género, con el objeto de prevenir la violencia sexual (124, 125). Al mismo tiempo, Schwartz (186) ha elaborado un modelo de prevención en el que se adopta un enfoque de desarrollo, con intervenciones antes del nacimiento, durante la niñez, en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta. En este modelo, el elemento prenatal incluiría conversaciones sobre las aptitudes parentales, el uso de estereotipos sobre las funciones que corresponden a cada género, el estrés, los conflictos y la violencia. En los primeros años de la niñez, los proveedores de atención de salud tratarán estos temas e incluirán el abuso sexual de los niños y la exposición a la violencia en los medios en la lista de los temas de discusión. Asimismo, promoverán el uso de materiales didácticos no sexistas. En el período posterior de la niñez, las actividades de promoción de la salud deberán estar dirigidas a modelar las conductas y las actitudes que eviten los estereotipos, enseñando a los niños a distinguir el contacto físico “bueno” del “malo” y fortaleciendo su capacidad y confianza para lograr el control de su propio cuerpo. Esta intervención permitirá crear el espacio necesario para hablar de la agresión sexual. Durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, las conversaciones se referirán a los mitos sobre la violación, a la forma de establecer límites a la actividad sexual y a quebrar los vínculos entre las relaciones sexuales, la violencia y la coacción. Si bien el modelo de Schwartz se concibió para emplearlo en los países industrializados, algunos de sus principios podrían ser válidos para los países en desarrollo.

Respuestas del sistema de atención de salud

Servicios médico-legales

En muchos países donde se denuncian los actos de violencia sexual, el sector de la salud tiene la obligación de obtener datos probatorios de carácter médico y jurídico que corroboren los relatos de las víctimas o contribuyan a identificar al agresor. Las investigaciones realizadas en el Canadá indican que la documentación médico-legal puede mejorar las probabilidades de arrestar a un agresor, imputarlo y condenarlo (187, 188). Por ejemplo, en un estudio se comprobó que las lesiones físicas documentadas, especialmente las de tipo moderado o grave, estaban asociadas con la iniciación de una querrela, y que esto era independiente del nivel de ingreso de la paciente o de que esta tuviera alguna relación con el agresor, ya sea en calidad de conocido o de compañero íntimo (188). Sin embargo, un estudio llevado a cabo con las mujeres que concurrían a un hospital de Nairobi (Kenya) después de una violación ha permitido determinar que en muchos países las víctimas de violación no son examinadas por un ginecólogo o un investigador experimentado de la policía, y que no existen protocolos o normas estandarizados a este respecto (189).

El uso de estos protocolos y normas puede contribuir a mejorar significativamente la calidad del tratamiento de las víctimas y el apoyo psicológico proporcionado, y lo mismo puede decirse de la reunión de datos probatorios (190). Los protocolos y las normas integrales correspondientes a las víctimas de agresión de sexo femenino deben incluir lo siguiente:

- la elaboración de un registro que incluya la descripción detallada del incidente y la enumeración del conjunto de pruebas reunidas;
- una descripción de los antecedentes ginecológicos de la víctima y de su uso de métodos anticonceptivos;
- una documentación estandarizada de los resultados del examen físico completo;
- la evaluación del riesgo de embarazo;
- la realización de pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y el tratamiento

correspondiente, y, cuando proceda, la prueba de la infección por el VIH;

- la adopción de medidas anticonceptivas de urgencia y, en los países donde sea legal, el suministro de orientación sobre el aborto;
- el apoyo psicológico y la derivación a otros servicios de este tipo.

En algunos países, los protocolos forman parte del procedimiento de un “estuche para la obtención de pruebas sobre agresiones sexuales”, que incluye instrucciones y envases para recoger las pruebas, los formularios legales y los documentos necesarios para registrar los antecedentes (191). Los exámenes de las víctimas de violación son, por su propio carácter, sumamente estresantes. Se ha comprobado que el uso de un video para explicar el procedimiento antes de realizar el examen reduce significativamente el estrés (192).

Capacitación de los profesionales de asistencia sanitaria

Los temas relacionados con la violencia sexual deben abordarse en la capacitación de todo el personal de servicios de salud, entre ellos los psiquiatras y los consejeros, tanto durante la capacitación básica como en los cursos especializados de posgrado. En primer lugar, esto debería permitir a los trabajadores de salud adquirir mayores conocimientos sobre la violencia sexual y tomar mayor conciencia sobre el tema. De esta manera, estarán mejor preparados para detectar y tratar los casos de abuso con sensibilidad y eficacia. La capacitación también debería contribuir a reducir los casos de abuso sexual en el sector de la salud, un problema que puede ser significativo, aunque generalmente no se lo reconoce como tal.

En Filipinas, el Grupo de Trabajo sobre Ciencias Sociales y Salud Reproductiva, un órgano integrado por médicos, enfermeras y profesionales de las ciencias sociales, y que cuenta con el apoyo del Departamento de Salud, ha elaborado módulos de capacitación para los estudiantes de enfermería y medicina sobre la violencia basada en el género. Los objetivos de este programa son (193):

- Comprender las raíces de la violencia en el contexto de la cultura, el género y otros aspectos sociales.

- Identificar las situaciones, en las familias o los hogares, que suponen un riesgo de violencia elevado y en las que sería apropiado realizar:
 - intervenciones primarias, en especial en colaboración con otros profesionales;
 - intervenciones secundarias, que incluyan la identificación de las víctimas de la violencia, la comprensión de los procedimientos legales básicos y de presentación de pruebas, la derivación y el seguimiento de los pacientes y la ayuda a las víctimas para reintegrarse a la sociedad.

Estos módulos de capacitación se incorporan a los programas de estudios de los estudiantes de enfermería y de medicina. Para los primeros, los once módulos se distribuyen durante los cuatro años de instrucción formal, y para los segundos, durante los últimos tres años de capacitación práctica.

Profilaxis de la infección por el VIH

La posibilidad de transmisión del VIH durante la violación es un motivo especial de preocupación, sobre todo en los países donde la prevalencia de la infección es elevada (194). En determinados contextos, se sabe que el uso de drogas antirretrovíricas después de la exposición al VIH puede ser bastante eficaz. Por ejemplo, se ha demostrado que la administración del medicamento antirretrovírico zidovudina (AZT) a los trabajadores de la salud que, en virtud de su actividad profesional, se han expuesto al virus por un pinchazo accidental con una aguja contaminada, reduce el riesgo de contraer la infección por el VIH en un 81% (195).

El riesgo promedio de infección por el VIH después de un solo acto de penetración vaginal sin protección, con una pareja infectada, es relativamente bajo (aproximadamente 1‰ a 2‰, si es el hombre el que está infectado, y alrededor de 0,5‰ a 1‰ si la que está infectada es la mujer). En realidad, este nivel de riesgo es de un orden similar al de una lesión producida por pinchazo de aguja (alrededor de 3‰), para la cual la profilaxis en caso de exposición hoy día es un tratamiento corriente (196). El riesgo promedio de infección por el VIH en el caso de coito anal sin protección es considerablemente mayor (alrededor de 5‰ a 30‰). Sin

embargo, durante una violación, en razón de la fuerza usada, es mucho más probable que se produzcan desgarramientos macroscópicos o microscópicos de la mucosa vaginal, lo que aumenta enormemente la probabilidad de transmisión del VIH (194).

No se cuenta con información sobre la viabilidad o la eficacia en función del costo de ofrecer regularmente a las víctimas de violación pertenecientes a ámbitos de escasos recursos un tratamiento para la profilaxis de la infección por el VIH. Las pruebas de detección del VIH después de la violación son difíciles en todos los casos. Inmediatamente después de un incidente, pocas mujeres están en condiciones de comprender íntegramente la información, de por sí compleja, sobre las pruebas de detección del virus y los riesgos de la infección por el VIH. También es difícil efectuar un seguimiento adecuado, pues muchas víctimas no asistirán a las entrevistas programadas por motivos que probablemente guarden relación con el esfuerzo psíquico necesario para sobrellevar el trauma de la agresión. Asimismo, es posible que los efectos colaterales del tratamiento antirretrovírico sean considerables e impulsen a las víctimas a abandonar el plan de tratamiento (195, 197), aunque es muy probable que quienes sienten que su situación es de alto riesgo lo cumplan rigurosamente (197).

Pese a la falta de conocimientos sobre la eficacia de la profilaxis de la infección por el VIH después de una violación, muchas organizaciones la han recomendado. Por ejemplo, los planes de asistencia médica de los países de ingreso alto los están incluyendo cada vez más en sus conjuntos de prestaciones de atención de salud. Urge realizar investigaciones en los países de ingreso bajo y mediano sobre la eficacia del tratamiento antirretrovírico después de una violación y cómo podría incorporarse a la asistencia de pacientes.

Centros de atención integral a las víctimas de agresiones sexuales

Debido a la escasez de médicos en muchos países, en algunos lugares se han empleado enfermeras especialmente adiestradas para ayudar a las víctimas de agresiones sexuales (187). En el Canadá, ciertas

enfermeras, conocidas como “enfermeras encargadas de examinar a las víctimas de agresiones sexuales”, reciben adiestramiento para prestar atención integral a las víctimas de la violencia sexual. Estas profesionales derivan a las pacientes a un médico cuando consideran necesaria su intervención. En la provincia de Ontario, el primer centro de atención a las víctimas de agresiones sexuales abrió sus puertas en 1984 y desde entonces se han creado otros 26. Estos centros proporcionan o coordinan una amplia gama de servicios, tales como la atención de urgencias médicas y el seguimiento médico, actividades de orientación, reunión de pruebas forenses sobre la agresión, apoyo jurídico y consultas con las comunidades y actividades de educación (198). En muchos países se están desarrollando centros que brindan una variedad de servicios para las víctimas de agresiones sexuales, que muchas veces se ubican en lugares como un hospital o una comisaría (recuadro 6.3). Este tipo de centros especializados tienen la ventaja de contar con personal debidamente capacitado y experimentado. En cambio, en algunos lugares existen centros integrados que prestan servicios a las víctimas de distintas formas de violencia.

Actividades comunitarias

Campañas de prevención

Los intentos por modificar las actitudes de la gente con respecto a la violencia sexual a través de los medios de comunicación han incluido la colocación de anuncios en carteleras y en el transporte público y su emisión a través de la radio y la televisión. Esta última se ha usado con eficacia en Sudáfrica y Zimbabwe. La serie de televisión sudafricana *Soul City*, transmitida en el horario de mayor sintonía, se describe en el recuadro 9.1 del capítulo 9. En Zimbabwe, la organización no gubernamental Musasa ha desarrollado iniciativas de sensibilización a través del teatro, reuniones y debates públicos, y también en una serie de televisión en la que los sobrevivientes de las agresiones describían sus experiencias (199).

Además de las campañas en los medios de comunicación, en muchos países se han realizado otras

RECUADRO 6.3**Creación de servicios integrales para las víctimas de violación en los hospitales de Malasia**

En 1993 se creó el primer Centro Integral de Crisis para mujeres maltratadas en el departamento de accidentes y urgencias del Hospital Kuala Lumpur, en Malasia. El centro tenía por objeto dar una respuesta interinstitucional y coordinada a la violencia contra la mujer, para que las víctimas de una agresión pudieran abordar sus problemas médicos, legales, psicológicos y sociales en un mismo lugar. Al principio, el centro se ocupaba exclusivamente de la violencia doméstica, pero luego amplió sus actividades y comenzó a ocuparse de los casos de violación utilizando procedimientos específicos para las víctimas de este tipo de agresión.

En el Hospital Kuala Lumpur, un equipo de intervención para situaciones de crisis se ocupa de unos 30 casos de violación y 70 casos de violencia doméstica por mes. La competencia del equipo proviene de su labor en el propio hospital y de varios grupos de mujeres, la policía, el departamento de trabajadores de medicina social, la oficina de asistencia legal y la Oficina Religiosa Islámica.

En 1996, el Ministerio de Salud de Malasia decidió ampliar esta innovadora estrategia de atención sanitaria y establecer centros similares en todos los hospitales públicos del país. En un lapso de tres años se habían establecido 34 centros de estas características. En ellos, psiquiatras, consejeros y trabajadores de medicina social brindan orientación sobre el tema de la violación y algunas personas atendidas por el centro pasan a ser pacientes ambulatorios del departamento de psiquiatría del hospital. Los centros deben tener asistentes sociales capacitados en guardia pasiva las 24 horas del día.

Durante el desarrollo del programa de los Centros Integrales de Crisis salieron a la luz varios problemas. Uno de ellos era la necesidad de que el personal del hospital estuviera mejor entrenado para manejar los temas de la violencia sexual con la sensibilidad necesaria. Se pudo comprobar que algunos trabajadores del hospital culpaban a las víctimas de las violaciones por la violencia de la que habían sido objeto, mientras que otros miraban a las víctimas con la curiosidad de un *voyeur* en lugar de concentrarse en su función de apoyo. También se observó que no había suficientes médicos forenses o instalaciones para brindar refugio a las víctimas de violación. La identificación de estos problemas fue un primer paso importante para mejorar el programa y prestar un servicio de mejor calidad a las víctimas de violación.

iniciativas. Por ejemplo, el Sisterhood Is Global Institute de Montreal ha preparado un manual adecuado para las comunidades musulmanas, cuyo objeto es sensibilizar a sus integrantes y fomentar el debate sobre los temas relacionados con la igualdad de género y la violencia contra la mujer y las niñas (200). Se han realizado pruebas piloto con el manual en Egipto, Jordania y Líbano, y en Zimbabue se utilizó una adaptación para contextos no musulmanes.

En 16 países de América Latina y el Caribe se está llevando a cabo una iniciativa interinstitucional de las Naciones Unidas para luchar contra la violencia de género (201). Los objetivos de la campaña son:

- sensibilizar a la opinión pública sobre los costos individuales, sociales y económicos de la violencia contra la mujer y las niñas;
- fortalecer la capacidad de los gobiernos para elaborar y aplicar leyes contra la violencia de género;
- reforzar las redes de organizaciones públicas y privadas y llevar a cabo programas para prevenir la violencia contra la mujer y las niñas.

Activismo comunitario de los hombres

Un elemento importante de la prevención de la violencia sexual y física contra la mujer es lograr que los hombres protagonicen iniciativas colectivas. En África, América Latina y el Caribe, Asia y Australia, así

como en muchos lugares de Canadá, Estados Unidos y Europa existen grupos de hombres que luchan contra la violencia doméstica y las violaciones. El concepto que subyace a este tipo de iniciativa es que los hombres pueden individualmente tomar medidas para reducir su propensión a la violencia (202). Las actividades más comunes son las discusiones en grupos, las campañas de educación y las reuniones populares, el trabajo con los hombres violentos y la realización de talleres en las escuelas, las cárceles y los lugares de trabajo. Muchas veces, estas actividades se realizan en conjunto con las organizaciones de mujeres dedicadas a prevenir la violencia y prestar servicios a las mujeres maltratadas.

Solo en los Estados Unidos hay más de 100 grupos de este tipo, muchos de los cuales hacen especial hincapié en la violencia sexual. Por ejemplo, el grupo “Men Can Stop Rape” [Los hombres pueden parar las violaciones] de Washington, D.C., trata de promover expresiones alternativas de la masculinidad, que fomenten la no violencia y la igualdad de género. Entre sus actividades más recientes cabe mencionar la realización de presentaciones en las escuelas secundarias, el diseño de carteles, la producción de un manual para docentes y la publicación de una revista para jóvenes (202).

Programas en las escuelas

Es esencial actuar en las escuelas para reducir la violencia sexual y otras formas de violencia. En muchos países, el hecho de que un docente tenga relaciones sexuales con un alumno no se considera una falta disciplinaria grave. Además, en las escuelas no existen políticas estrictas con respecto al acoso sexual, o si existen no se aplican. No obstante, en los últimos años algunos países han promulgado leyes en las que se prohíben las relaciones sexuales entre los docentes y los alumnos. Estas medidas son importantes para contribuir a erradicar el acoso sexual en las escuelas. Sin embargo, también es necesario adoptar muchas otras medidas, como la introducción de cambios en la capacitación y la contratación de los docentes y la reforma de los programas de estudios con vistas a modificar las relaciones de género en las escuelas.

Respuestas jurídicas y de políticas

Denuncia y manejo de los casos de violencia sexual

En muchos países existen sistemas destinados a alentar a las personas a denunciar los incidentes de violencia sexual a la policía y a lograr que los tribunales sean más expeditivos y sensibles en el procesamiento de los inculpados. Entre los mecanismos concretos pueden mencionarse la creación de unidades especializadas en problemas de violencia doméstica y de unidades especializadas en delitos sexuales, el adiestramiento de género de los policías y los funcionarios de los tribunales, la creación de comisarías integradas exclusivamente por personal femenino y de tribunales cuya jurisdicción se limite a los delitos de violación. En el capítulo 4 se examinan algunos de estos mecanismos.

Uno de los problemas radica en la renuencia de los médicos a concurrir a los tribunales en calidad de peritos. Muchas veces, esto se debe a que los calendarios de los tribunales son impredecibles, ya que a menudo las audiencias se aplazan con muy poco preaviso y a veces los testigos tienen que esperar mucho tiempo para prestar declaraciones breves. Para resolver estas dificultades, en Sudáfrica, la Dirección de la Fiscalía Pública ha comenzado a inculcar a los magistrados la necesidad de interrumpir las audiencias de los casos de violencia sexual cuando llega el perito médico para que este pueda prestar testimonio y se pueda interrogar a los testigos sin demora.

Reforma legislativa

Las intervenciones legislativas realizadas en muchos lugares han:

- ampliado la definición de violación;
- reformado las normas sobre los procedimientos empleados para dictar las sentencias y sobre la admisibilidad de las pruebas, y
- eliminado los requisitos de corroboración de las declaraciones de las víctimas.

En 1983, se reformaron las leyes canadienses sobre la violación, especialmente en lo que se refiere a la eliminación del requisito de corroborar la declaración de la víctima. Sin embargo, una evaluación

ha permitido comprobar que los fiscales generalmente pasan por alto la flexibilización del requisito de corroboración y muy pocas veces se omiten las pruebas forenses (203).

En los últimos tiempos, varios países de Asia, con inclusión de las Filipinas, han sancionado leyes en las que se introducen definiciones totalmente nuevas de violación y se establece la obligación del Estado de prestar asistencia a las víctimas. El resultado ha sido un aumento significativo del número de denuncias. Para que las nuevas leyes sean realmente efectivas, también es preciso organizar campañas para informar al público general sobre sus derechos.

A fin de evitar que en los juicios se admita la presentación de información irrelevante, el Tribunal Penal Internacional para la exYugoslavia elaboró determinadas reglas que podrían servir de modelo para asegurar la eficacia de las leyes y los procedimientos empleados en otros contextos. En el artículo 96 del Estatuto del Tribunal se especifica que, en los casos de agresión sexual, no es necesaria corroboración alguna del testimonio de la víctima y que sus antecedentes sexuales no podrán presentarse como prueba. El artículo también hace referencia a la eventual reclamación del acusado de que la víctima había dado su consentimiento al acto, estableciendo que el consentimiento no podrá ser aceptado como argumento de la defensa si la víctima hubiera sido sometida o amenazada con violencia física o psíquica o con la detención, o si hubiera tenido temor de dicha violencia o detención. Además, con arreglo al mismo artículo, tampoco se admite el argumento del consentimiento si la víctima hubiera tenido motivos fundados para temer que, si él o ella no se hubieran sometido, otra persona podría ser sometida de ese modo, amenazada o atemorizada. Aunque la alegación de consentimiento se permita, el acusado debe convencer al tribunal de que las pruebas son pertinentes y creíbles antes de que puedan presentarse.

En muchos países, los jueces dictan penas especialmente leves para los casos de violencia sexual (204, 205). Una manera de superar esta dificultad ha sido fijar una pena mínima para las condenas

por violación, a menos que existieran circunstancias atenuantes.

Tratados internacionales

Los tratados internacionales son importantes porque establecen normas para las leyes nacionales y brindan argumentos a los grupos locales en las campañas en pro de las reformas legislativas. Entre los tratados que contienen disposiciones sobre la violencia sexual y su prevención cabe mencionar:

- la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979);
- la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y el Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de menores, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (2000);
- la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000) y el Protocolo complementario para prevenir, reprimir y sancionar el tráfico de personas, especialmente de mujeres y niños (2000), y
- la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984).

Varios otros convenios internacionales establecen normas y límites que han de regir la conducta de los beligerantes, que deben incorporarse a las disposiciones de las leyes nacionales. Por ejemplo, el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998) abarca una amplia gama de delitos relacionados específicamente con el género, entre ellos la violación, la esclavitud sexual y la prostitución, el embarazo y la esterilización forzadas. También comprende ciertas formas de violencia sexual que constituyen una violación o transgresión grave de los Convenios de Ginebra de 1949, así como otras formas de violencia sexual cuya gravedad sea comparable a la de los crímenes de lesa humanidad. La inclusión de los crímenes de género en las disposiciones del estatuto es un acontecimiento importante en la historia del derecho internacional (206).

Medidas para prevenir otras formas de violencia sexual

Tráfico de personas

En general, las iniciativas para prevenir el tráfico de personas con fines sexuales han tenido por objeto:

- desarrollar programas económicos en ciertos países para las mujeres en situación de riesgo de ser víctimas del tráfico de personas;
- proporcionar información y promover la sensibilización de las mujeres en situación de riesgo potencial para que tomen conciencia del peligro del tráfico de personas.

Además, varios programas gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales están desarrollando servicios para las víctimas del tráfico de personas (207). En Chipre, el Departamento de Extranjería e Inmigración toma contacto con las mujeres que ingresan al país para trabajar en los sectores del esparcimiento y el servicio doméstico. El departamento informa a las mujeres sobre sus derechos y obligaciones y sobre las formas de protección contra el maltrato, la explotación y el proxenetismo. En la Unión Europea y los Estados Unidos, las víctimas del tráfico de personas que están dispuestas a cooperar con el sistema judicial para imputar a los traficantes pueden hacerse acreedoras de permisos temporales de residencia. En Bélgica e Italia se crearon refugios para las víctimas del tráfico de personas. En Mumbai (India), se estableció un centro contra el tráfico de personas para facilitar la detención e imputación de los agresores y dar asistencia e información a las víctimas.

Mutilación genital femenina

Para abordar las prácticas culturales que entrañan violencia sexual es preciso comprender su contexto social, cultural y económico. Khafagi ha aducido (208) que estas prácticas, entre las que cabe mencionar la mutilación genital femenina, deben entenderse desde el punto de vista de quienes las utilizan y que este entendimiento puede emplearse para diseñar intervenciones culturalmente apropiadas para prevenirlas. En el distrito de Kapchorwa (Uganda), el Programa de Salud Reproductiva, Educación y Salud de la Comunidad (REACH) ha logrado reducir las

tasas de mutilación genital femenina. El programa, dirigido por la Sabiny Elders' Association, trató de obtener el apoyo de los ancianos de la comunidad con el objeto de desvincular la práctica de la mutilación genital femenina de los valores culturales que se desea salvaguardar. Estas prácticas se sustituyeron por otras que permitían conservar la tradición cultural original (209). En el recuadro 6.4 se describe otro programa que se lleva a cabo en Egipto para prevenir la mutilación genital femenina.

Matrimonio de menores

El matrimonio de menores tiene una base cultural y en muchos lugares es legal, de modo que modificar esta tradición exigirá enormes esfuerzos. El expediente de declararlo ilegal no será suficiente, por sí mismo, para evitar esta práctica. En muchos países, el registro de los nacimientos es tan irregular que puede resultar difícil determinar la edad al contraer el primer matrimonio (100). Es más fácil lograr los resultados buscados mediante estrategias dirigidas a abordar el problema de la pobreza (un factor importante en el que se basan muchos de estos matrimonios) y centradas en la educación, las consecuencias para la salud de los partos a edad temprana y los derechos de los niños.

Las violaciones durante los conflictos armados

En los últimos tiempos, el tema de la violencia sexual en los conflictos armados ha vuelto al primer plano por la acción de organizaciones como la Asociación de Viudas del Genocidio (AVEGA) y el Foro de Mujeres Africanas para la Educación (FAWE). La primera ha prestado asistencia a las viudas de guerra y a las víctimas de violación en Rwanda, y el segundo ha proporcionado atención médica y orientación a las víctimas de Sierra Leona (210).

En 1995, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados dio a conocer las normas para la prevención de la violencia sexual en las poblaciones de refugiados y la respuesta a esta (211). En ellas se incluyen disposiciones para:

- el diseño y la organización de los campamentos, a fin de reducir las posibilidades de violencia;
- la documentación de los casos;

RECUADRO 6.4**Cómo poner fin a la mutilación genital femenina: el caso de Egipto**

La mutilación genital de las mujeres casadas es una práctica muy común en Egipto. En la encuesta demográfica y de salud de 1995 se encontró que era más frecuente en el grupo de edad de 9 a 13 años. Cerca de la mitad de quienes realizaban las circuncisiones femeninas eran médicos, y 32% eran parteras o enfermeras. Las investigaciones sociológicas permitieron determinar que los principales argumentos utilizados para justificar esta práctica eran mantener las tradiciones, reducir el deseo sexual de las mujeres, lograr que fueran “castas y puras” y, por sobre todas las cosas, que fueran aptas para contraer matrimonio.

El proceso de sensibilización de la opinión pública surgido a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, fue en gran parte responsable del desarrollo de un movimiento contra la mutilación genital femenina, que abarcó una amplia gama de sectores.

En cuanto a la respuesta de las autoridades sanitarias y de los profesionales de la salud, cabe señalar una declaración conjunta formulada por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Egipto y la Sociedad Egipcia de Atención de la Fecundidad en 1998, en la que se afirmaba que la mutilación genital femenina era inútil y perjudicial y suponía una falta de ética para los médicos. El Ministro de Salud y Población de Egipto también promulgó un decreto que prohibía la mutilación genital femenina.

Los líderes religiosos del mundo musulmán también manifestaron su oposición. El Gran Mufti emitió una declaración donde señalaba que en el Corán no se hacía mención alguna a la circuncisión femenina y que no se habían comprobado categóricamente los dichos (*hadith*) atribuidos al profeta Mahoma sobre el tema. Por otra parte, en 1998 la Conferencia sobre Población y Salud Reproductiva en el Mundo Islámico aprobó una recomendación que exhortaba a los países islámicos a adoptar medidas para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres, recordando además que, según la ley islámica (*sharia*), no era obligatorio circuncidar a las niñas.

Varias organizaciones no gubernamentales egipcias se han movilizado con respecto a este tema, difundiendo información sobre la mutilación genital femenina e incluyéndola en los programas de desarrollo comunitario y de conocimientos sanitarios, entre otros. Se creó un grupo de trabajo integrado por unas 60 organizaciones no gubernamentales para luchar contra esta práctica.

En la actualidad, varias organizaciones no gubernamentales, que muchas veces trabajan en forma conjunta con líderes comunitarios de varones, están haciendo participar activamente a los hombres para que aprendan sobre los riesgos de la mutilación genital femenina. Como parte de estas actividades, se alienta a los hombres jóvenes a declarar que están dispuestos a casarse con mujeres no circuncisas.

En el alto Egipto existe un programa destinado a varios grupos sociales, entre ellos los líderes comunitarios y religiosos y los profesionales, que consiste en capacitarlos para que realicen campañas contra la mutilación genital femenina. También se ofrece orientación a las familias que están considerando la posibilidad de no circuncidar a sus hijas y se organizan debates con trabajadores de la salud para convencerlas de que no realicen la práctica.

- la educación y la capacitación del personal para que pueda identificar y prevenir la violencia sexual y responder a ella;
- la atención médica y otros servicios de apoyo, entre ellos los procedimientos necesarios para evitar traumas aun mayores a las víctimas.

Las normas también hacen referencia a las campañas de sensibilización de la opinión pública, las actividades educativas y la creación de grupos de mujeres que denuncien los actos de violencia y respondan a ella.

Tomando como base el trabajo realizado en Guinea (212) y la República Unida de Tanzania (96), el Comité Internacional de Rescate ha elaborado un programa para luchar contra la violencia sexual en las comunidades de refugiados. Este incluye el empleo de métodos participativos para evaluar la prevalencia de la violencia sexual y de género en las poblaciones de refugiados; la capacitación y redistribución de trabajadores comunitarios con el objeto de identificar los casos y poner en marcha sistemas apropiados de prevención, y una serie de medidas para que los líderes comunitarios y otros funcionarios puedan procesar a los agresores. El programa se ha utilizado en muchos lugares para luchar contra la violencia sexual y de género, como por ejemplo en Bosnia y Herzegovina, la República Democrática del Congo, Timor Oriental, Kenya, Sierra Leona y la Antigua República Yugoslava de Macedonia.

Recomendaciones

En general, la violencia sexual ha sido un tema poco explorado en las investigaciones en buena parte del mundo. Sin embargo, la información indica que es un problema de salud pública de gran magnitud. Es preciso hacer mucho más, tanto para comprender el fenómeno como para prevenirlo.

Necesidad de ampliar las investigaciones

La falta de una definición aceptada de violencia sexual y la escasez de datos sobre las características y el alcance del problema en todo el mundo han contribuido a que este no figure en la agenda de los responsables políticos y los donantes. Hace falta ampliar significativamente las investigaciones sobre casi todos los aspectos de la violencia sexual, como son:

- la incidencia y prevalencia de la violencia sexual en una variedad de ámbitos, empleando un procedimiento de investigación normalizado para medir la coacción sexual;

- los factores de riesgo de la violencia sexual, tanto para la víctima como para el agresor;
- las consecuencias sanitarias y sociales de las distintas formas de violencia sexual;
- los factores que influyen en la recuperación de la salud tras una agresión sexual;
- los contextos sociales de las distintas formas de violencia sexual, entre ellas la trata de blancas, y las relaciones entre la violencia sexual y otras formas de violencia.

Cómo desarrollar respuestas eficaces

También deben estudiarse las intervenciones para comprender mejor qué medidas son eficaces en distintos contextos para prevenir la violencia sexual y para tratar a las víctimas y prestarles asistencia. Debe darse prioridad a lo siguiente:

- Documentar y evaluar los servicios y las intervenciones de apoyo a los sobrevivientes o el trabajo con los perpetradores de la violencia sexual.
- Determinar las respuestas más apropiadas del sector de la salud a la violencia sexual, tales como la función de la profilaxis con antirretrovíricos para la prevención de la infección por el VIH después de la violación, recomendando distintos conjuntos de servicios básicos para los diversos ámbitos, según el nivel de recursos disponibles.
- Determinar lo que constituye un apoyo psicológico apropiado para distintos ámbitos y circunstancias.
- Evaluar los programas orientados a prevenir la violencia sexual, con inclusión de las intervenciones comunitarias (en particular, las dirigidas al sexo masculino), y los programas escolares.
- Estudiar el efecto de las reformas jurídicas y las penas.

Necesidad de prestar mayor atención a la prevención primaria

Muchas veces se deja de lado la prevención primaria de la violencia sexual en favor de la prestación de servicios a los sobrevivientes. Por consiguiente, los responsables políticos, los investigadores, los

donantes y las organizaciones no gubernamentales deben prestar mucha mayor atención a esta área tan importante.

Debe darse prioridad a lo siguiente:

- la prevención primaria de todas las formas de violencia sexual, mediante programas dirigidos a los ámbitos comunitarios, escolares y de refugiados;
- el apoyo a los enfoques dirigidos a modificar las actitudes y las conductas, que tengan en cuenta los aspectos culturales y participativos;
- el respaldo a los programas que aborden el tema de la prevención de la violencia sexual en el contexto más amplio de la promoción de la igualdad de género;
- los programas que aborden algunas de las causas socioeconómicas que subyacen a la violencia, como la pobreza y la falta de instrucción, por ejemplo, proporcionando oportunidades de trabajo a los jóvenes;
- los programas para mejorar la crianza de niños, reducir la vulnerabilidad de las mujeres y promover ideas de masculinidad más equitativas en relación con el género.

Cómo abordar el problema del abuso sexual en el sector de la salud

La violencia sexual contra los pacientes se ejerce en muchos ámbitos del sector de la salud, pero generalmente no se reconoce que este sea un problema. Es preciso adoptar diversas medidas para superar esta negación y enfrentar el problema. Entre ellas cabe mencionar las siguientes (83, 85):

- incorporar los temas de género y violencia sexual, tales como las consideraciones éticas relativas a la profesión médica, a los programas de estudios básicos y de posgrado de médicos, personal de enfermería y otros trabajadores de la salud;
- tratar por todos los medios de identificar e investigar los casos posibles de abuso de pacientes en las instituciones de salud;
- recurrir a las organismos internacionales de médicos y enfermeras y a las organizaciones no gubernamentales (incluidas las organizaciones de mujeres) para realizar un seguimiento de

los casos de abuso y compilar las pruebas pertinentes, y realizar campañas para que los gobiernos y los servicios de salud adopten las medidas pertinentes;

- establecer códigos de prácticas y procedimientos de denuncias adecuados, así como medidas disciplinarias estrictas para los trabajadores de la salud que sometan a abusos a los pacientes en los centros de asistencia sanitaria.

Conclusiones

La violencia sexual es un problema de salud pública frecuente y grave, que todos los años afecta a millones de personas en todo el mundo. Los factores desencadenantes son muy diversos y dependen del contexto social, cultural y económico. Las causas fundamentales de la violencia sexual contra las mujeres son las desigualdades de género.

Numerosos países carecen de datos sobre la mayoría de los aspectos de la violencia sexual y en todos lados es preciso realizar investigaciones sobre la totalidad de estos aspectos. Igual importancia revisten las intervenciones, que pueden ser de diversos tipos, pero las más importantes guardan relación con la prevención primaria de la violencia sexual, dirigida tanto a las mujeres como a los hombres; las intervenciones de asistencia a las víctimas de agresiones sexuales; la adopción de medidas que hagan más probable la detención y la sanción de los agresores; y las estrategias para cambiar las normas sociales y mejorar la situación jurídica de las mujeres. Es fundamental elaborar intervenciones para los ámbitos de escasos recursos y evaluar rigurosamente los programas, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo.

Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel importante en el apoyo a las víctimas de agresiones sexuales, tanto en sus aspectos médicos como psicológicos, así como en la reunión de las pruebas necesarias para los juicios. El sector de la salud es considerablemente más eficaz en los países donde existen protocolos y normas para manejar los casos y reunir las pruebas, donde el personal está bien adiestrado y donde la colaboración con el sistema judicial es adecuada. En última instancia,

para poner fin a la violencia sexual se requiere un compromiso y una participación enérgicos de los gobiernos y la sociedad civil y una respuesta coordinada de una variedad de sectores.

Referencias

- Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in central Java*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
- Ellsberg MC. *Candies in hell: domestic violence against women in Nicaragua*. Umeå, Umeå University, 1997.
- Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. Londres, Middlesex University, 1993.
- Jewkes R et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 2001, 5:733-744.
- Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571-582.
- Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523-527.
- Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320-324.
- Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563-576.
- Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28:417-425.
- McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737-746.
- Coker AL et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:451-457.
- Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115-120.
- Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women less than 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:903-907.
- Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017-1035.
- Collett BJ et al. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:87-92.
- Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1992, 24:4-11.
- Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:575-582.
- Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 2001, 31:1237-1247.
- Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198-201.
- Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1997, 71:59-65.
- 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.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1365-1374.
- Levitan RD et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship of neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:1746-1752.
- Acierno R et al. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:541-563.
- Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 1999, 11:3-20.
- Mercy JA et al. Intentional injuries. En: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. El Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65-84.
- Mollica RF, Son L. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12:363-379.

28. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).
29. Swiss S et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:625–629.
30. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 1995.
31. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 20 de enero de 2001 (suelos de prensa).
32. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. Nueva York, NY, Human Rights Watch, 2000.
33. *The economics of sex*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1998 (World of Work, No. 26).
34. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (en prensa).
35. *The international crime victim survey in countries in transition: national reports*. Roma, Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia, 1998.
36. *Victims of crime in the developing world*. Roma, Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia, 1998.
37. 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).
38. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic. *Archives of Sexual Behavior*, 1999, 28:265–269.
39. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
40. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Colegio de México, 1996.
41. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1967–1972.
42. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
43. Gillioz L, DePuy J, Ducret V. *Domination et violences envers la femme dans le couple*. Lausana, Payot-Éditions, 1997.
44. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
45. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6–31.
46. Morrison A et al. *The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
47. Painter K, Farrington DP. Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and non-marital rape. *International Review of Victimology*, 1998, 5:257–276.
48. *Puerto Rico: encuesta de salud reproductiva 1995–1996*. San Juan, Universidad de Puerto Rico y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1998.
49. Risberg G, Lundgren E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women: a population-based study in a primary healthcare district. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:247–253.
50. Heiskanen M, Piispa M. Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland. Helsinki, Statistics Finland, 1998.
51. Haj Yahia MM. *The incidence of wife abuse and battering and some demographic correlates revealed in two national surveys in Palestinian society*. Ramallah, Besir Centre for Research and Development, 1998.
52. Ilkkaracan P et al. Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:66–75.
53. 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).
54. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26:118–123.
55. *Estudo CAP nas escolas: conhecimento, atitudes, práticas e comportamento em saúde sexual e reproductiva em uma era de SIDA*. Maputo, Geração Biz y Ministerio de la Juventud y el Deporte, 1999.
56. Caceres CF, Vanoss M, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:361–367.
57. Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30:12–18.

58. Dickson N et al. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal*, 1998, 316:29–33.
59. *Adolescents*. (Orientación de programa acerca de los resultados de la investigación operativa y la asistencia técnica, Proyecto África II.) Nairobi, Consejo de Población, 1998.
60. Halcón L, Beuhring T, Blum R. *A portrait of adolescent health in the Caribbean, 2000*. Minneapolis, MN, Universidad de Minnesota y Organización Panamericana de la Salud, 2000.
61. Swart L et al. Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996–1998: evaluation and prevention implications. *South African Journal of Psychology*, 2000, 30:1–10.
62. Greenfeld LA. *Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault*. Washington, D.C., United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
63. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, D.C., Center for the Study of Intelligence, 1999.
64. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia*. Londres, Virago Press, 2001.
65. Benninger-Budel C et al. *Violence against women: a report*. Ginebra, Organización Mundial contra la Tortura, 1999.
66. Migration Information Programme. *Trafficking in women to Italy for sexual exploitation*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 1996.
67. Barnard M. Violence and vulnerability: conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness*, 1993, 15:683–705.
68. Church S et al. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 2001, 322:524–525.
69. Jenkins C. Street sex workers in Dhaka: their clients and enemies. En: *The Proceedings of the International Conference on Violence Against Women and Children, Dhaka, Bangladesh, June 1998*. Dhaka, 1998.
70. Ayalew T, Berhane Y. Child prostitution: magnitude and related problems. *Ethiopian Medical Journal*, 2000, 38:153–163.
71. Perlez J. For the oppressed sex: brave words to live by. *New York Times*, 6 June 1990.
72. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
73. Nhundu TJ, Shumba A. The nature and frequency of reported cases of teacher perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1517–1534.
74. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú*. Lima, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer y el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, 1998.
75. McPhedran M. Sexual abuse in the health professions: who's counting? *World Health Statistics Quarterly*, 1996, 49:154–157.
76. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
77. Thomasson GO. Educating physicians to prevent sex-related contact with patients. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:419–420.
78. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433–1439.
79. Fary T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients: almost always harmful. *British Medical Journal*, 1992, 304:1519–1520.
80. Fayad M. *Female genital mutilation (female circumcision)*. El Cairo, Star Press, 2000.
81. *Human rights are women's rights*. Londres, Amnistía Internacional, 1999.
82. Frank MW et al. Virginity examinations in Turkey: role for forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:485–490.
83. D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 2002, 359:1681–1685.
84. Sargent C, Rawlins J. Transformations in maternity services in Jamaica. *Social Science and Medicine*, 1992, 35:1225–1232.
85. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine*, 1998, 47:1781–1795.
86. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:767–780.
87. Jaffre Y, Prual AM. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science and Medicine*, 1994, 38:1069–1073.
88. Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50:130–131.
89. Kisa A, Dziegielewski SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Services Management Research*, 1996, 9:243–253.

90. Chelala C. Algerian abortion controversy highlights rape of war victims. *Lancet*, 1998, 351:1413.
91. Asia Watch. *Rape in Kashmir: a crime of war*. Nueva York, NY, Human Rights Watch, 1993.
92. Xiau W. Silent consent: Indonesian abuse of women. *Harvard International Review*, 1999, 21:16–17.
93. Swiss S, Giller JE. Rape as a crime of war: a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:612–615.
94. Pacific Women Against Violence. Violence against East Timor women. *Pacific Women's Network Against Violence Against Women*, 2000, 5:1–3.
95. Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
96. Nduna S, Goodyear L. Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania. Kibondo, International Rescue Committee, 1997.
97. George A. Sexual behavior and sexual negotiation among poor women and men in Mumbai: an exploratory study. Baroda, Sahaj Society for Health Alternatives, 1997.
98. Sharma V, Sujay R, Sharma A. Can married women say no to sex? Repercussions of the denial of the sexual act. *Journal of Family Welfare*, 1998, 44:1–8.
99. Early marriage: whose right to choose? Londres, Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, 2000.
100. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
101. Kumari R, Singh R, Dubey A. *Growing up in rural India: problems and needs of adolescent girls*. Nueva Delhi, Radiant Publishers, 1990.
102. Ahmed EM. *Violence against women: the legal system and institutional responses*. Lahore, AGHS Legal Aid Cell, 1998.
103. Indicators on marriage and marital status. En: 1997 *Demographic yearbook*, 49th ed. Nueva York, NY, División de Estadísticas de las Naciones Unidas, 1999.
104. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1994 (Discussion Paper No. 255).
105. Crowell NA, Burgess AW, eds. *Understanding violence against women*. Washington, D.C., National Academy Press, 1996.
106. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:242–250.
107. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:789–803.
108. Fleming J et al. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:145–159.
109. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
110. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
111. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine* (en prensa).
112. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 2002, 359:1423–1429.
113. Omorodion FI, Olusanya O. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2:37–43.
114. Faune MA. Centroamérica: los costos de la guerra y la paz. *Perspectivas*, 1997, 8:14–15.
115. International Clinical Epidemiologists Network. *Domestic violence in India: a summary report of a multi-site household survey*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 2000.
116. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. Nueva York, NY, Consejo de Población, 1995.
117. *Violence against women: a priority health issue*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento WHO/FRH/WHO/97.8).
118. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. En: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence*. Vol. 3. Social influences. Washington, D.C., National Academy Press, 1993:377–570.
119. Grisso JA et al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341:1899–1905.
120. Abby A, Ross LT, McDuffie D. Alcohol's role in sexual assault. En: Watson RR, ed. *Drug and alcohol reviews*. Vol. 5. Addictive behaviors in women. Totowa, NJ, Humana Press, 1995.
121. McDonald M, ed. *Gender, drink and drugs*. Oxford, Berg Publishers, 1994.
122. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57–77.
123. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449–455.
124. Malamuth NM, Addison T, Koss MP. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and how can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11:26–91.

125. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528:113–146.
126. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117–130.
127. Malamuth NM et al. The characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59:670–681.
128. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55:584–589.
129. Bourgois P. *In search of respect: selling crack in El Barrio*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
130. Petty GM, Dawson B. Sexual aggression in normal men: incidence, beliefs and personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 1989, 10:355–362.
131. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
132. Gwartney-Gibbs PA, Stockard J, Bohmer S. Learning courtship aggression: the influence of parents, peers and personal experiences. *Family Relations*, 1983, 35:276–282.
133. Jenkins C. Sexual behaviour in Papua New Guinea. En: *Report of the Third Annual Meeting of the International Network on Violence Against Women, January 1998*. Washington, D.C., International Network on Violence Against Women, 1998.
134. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33:197–248.
135. Dobash E, Dobash R. *Women, violence and social change*. Londres, Routledge, 1992.
136. Wood K, Maepa J, Jewkes R. *Adolescent sex and contraceptive experiences: perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province*. Pretoria, Medical Research Council, 1997 (Technical Report).
137. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114:357–359.
138. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412–427.
139. Wood K, Jewkes R. “Dangerous” love: reflections on violence among Xhosa township youth. En: Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
140. Silberschmidt M. Disempowerment of men in rural and urban East Africa: implications for male identity and sexual behavior. *World Development*, 2001, 29:657–671.
141. Madge C. Public parks and the geography of fear. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 1997, 88:237–250.
142. Pain RH. Social geographies of women’s fear of crime. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 1997, 22:231–244.
143. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499–514.
144. Ariffin RE. *Shame, secrecy and silence: study of rape in Penang*. Penang, Women’s Crisis Centre, 1997.
145. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne, University of Melbourne, 2000.
146. Sen P. *Ending the presumption of consent: non-consensual sex in marriage*. Londres, Centre for Health and Gender Equity, 1999.
147. Buckley T, Gottlieb A. *Blood magic: the anthropology of menstruation*. Berkeley, CA, University of California, 1998.
148. Sanday P. The socio-cultural context of rape: a cross-cultural study. *Journal of Social Issues*, 1981, 37:5–27.
149. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
150. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
151. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. En: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud*. San Salvador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1998:151–187.
152. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359:1232–1237.
153. Antrobus P. Reversing the impact of structural adjustment on women’s health. En: Antrobus P et al., eds. *We speak for ourselves: population and development*. Washington, D.C., Panos Institute, 1994:6–8.
154. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Medical Journal*, 1998, 36:167–174.
155. *Evaluación de proyecto para educación, capacitación y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual, enero a diciembre 1990*. México, D.F., Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, 1990.
156. *Carpeta de información básica para la atención solidaria y feminista a mujeres violadas*. México, D.F., Centro de Apoyo a Mujeres Violadas, 1985.

157. Roosa MW et al. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:119–130.
158. Stock JL et al. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 1997, 29:200–227.
159. Jenny C et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine*, 1990, 322:713–716.
160. Wingood G, DiClemente R, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:270–275.
161. Anteghini M et al. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:295–302.
162. Mullen PE et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1988, i:841–845.
163. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823–832.
164. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62:333–340.
165. Foa EB et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:194–200.
166. Tarrier N et al. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder: twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:571–575.
167. Kilpatrick DG, Edmonds CN, Seymour AK. *Rape in America: a report to the nation*. Arlington, VA, National Victim Center, 1992.
168. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:550–555.
169. Luster T, Small SA. Sexual abuse history and problems in adolescence: exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:131–142.
170. 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.
171. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 1994, 93:570–575.
172. Romans SE et al. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:1336–1342.
173. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3–9.
174. Statham DJ et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 1998, 28:839–855.
175. Heise L. Violence against women: the missing agenda. En: Koblinsky M, Timyan J, Gay J, eds. *The health of women: a global perspective*. Boulder, CO, Westview Press, 1993.
176. Ahmad K. Public protests after rape in Pakistani hospital. *Lancet*, 1999, 354:659.
177. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63:948–955.
178. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (Suppl. 17):29–34.
179. Meyer CB, Taylor SE. Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50:1226–1234.
180. Christofides N. *Evaluation of Soul City in partnership with the National Network on Violence Against Women (NNVAW): some initial findings*. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 2000.
181. Kelly L, Radford J. Sexual violence against women and girls: an approach to an international overview. En: Dobash E, Dobash R, eds. *Rethinking violence against women*. Londres, Sage, 1998.
182. Kaufman M. *Building a movement of men working to end violence against women*. *Development*, 2001, 44:9–14.
183. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford, Strategies for Hope, 1995.
184. *Men as partners*. Nueva York, NY, AVSC International, 1998.
185. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, D.C., Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
186. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 1991, 7:363–373.
187. Du Mont J, Parnis D. Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 2000, 19:779–792.
188. McGregor MJ et al. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury as-

- sociated with the laying of charges? *Journal of the Canadian Medical Association*, 1999, 160:1565–1569.
189. Chaudhry S et al. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, 1995, 72:200–202.
 190. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 1999, 10:283–289.
 191. Parnis D, Du Mont J. An exploratory study of post-sexual assault professional practices: examining the standardised application of rape kits. *Health Care for Women International* (en prensa).
 192. Resnick H et al. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:359–370.
 193. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Social Development Research Center and De La Salle University, 1996.
 194. *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (documento WHO/FCH/GWH/01.08).
 195. Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood: France, United Kingdom, and United States, January 1988 to August 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995, 44:929–933.
 196. Ippolito G et al. The risk of occupational HIV in health care workers. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1451–1458.
 197. Wiebe ER et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:641–645.
 198. Du Mont J, MacDonald S, Badgley R. *An overview of the sexual assault care and treatment centres of Ontario*. Toronto, The Ontario Network of Sexual Assault Care and Treatment Centres, 1997.
 199. Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive Health Matters*, 1996, 7:46–54.
 200. *Safe and secure: eliminating violence against women and girls in Muslim societies*. Montreal, Sisterhood Is Global Institute, 1998.
 201. 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.
 202. Flood M. Men's collective anti-violence activism and the struggle for gender justice. *Development*, 2001, 44:42–47.
 203. Du Mont J, Myhr TL. So few convictions: the role of client-related characteristics in the legal processing of sexual assaults. *Violence Against Women*, 2000, 6:1109–1136.
 204. *Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and Platform for Action*. Nueva York, NY, Mujer, Paz y Desarrollo, Naciones Unidas, 2000. (Documento de resultados, período especial de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Mujeres 2000: Beijing plus Cinco.)
 205. *Reproductive rights 2000: moving forward*. Nueva York, NY, Center for Reproductive Law and Policy, 2000.
 206. Bedont B, Martinez KH. Ending impunity for gender crimes under the International Criminal Court. *The Brown Journal of World Affairs*, 1999, 6:65–85.
 207. Coomaraswamy R. *Integration of the human rights of women and the gender perspective*. Nueva York, NY, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, 2000. (Informe del Relator Especial sobre la violencia contra la mujer.)
 208. Khafagi F. Breaking cultural and social taboos: the fight against female genital mutilation in Egypt. *Development*, 2001, 44:74–78.
 209. *Los efectos en la salud reproductiva de la violencia por motivos de género*. Nueva York, NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998 (se puede consultar por Internet en: <http://www.unfpa.org/about/report/report98/ppgenderbased.htm>). (Informe anual 1998: prioridades de los programas.)
 210. *Sierra Leone: rape and other forms of sexual violence against girls and women*. Londres, Amnistía Internacional, 2000.
 211. *Sexual violence against refugees: guidelines on prevention and response*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 1995.
 212. *Sexual and gender-based violence programme in Guinea*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2001.