




DETENGAMOS LA VS:

Paquete técnico para prevenir la violencia sexual

National Center for Injury Prevention and Control
Division of Violence Prevention





DETENGAMOS LA VS: Paquete técnico para prevenir la violencia sexual

Preparado por las siguientes personas:

Kathleen C. Basile, PhD

Sarah DeGue, PhD

Kathryn Jones, MSW

Kimberley Freire, PhD

Jenny Dills, MPH

Sharon G. Smith, PhD

Jerris L. Raiford, PhD

2016

División de Prevención de la Violencia
Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Atlanta, Georgia



Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Thomas R. Frieden, MD, MPH, director

Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones

Debra E. Houry, MD, MPH, directora

División de Prevención de la Violencia

James A. Mercy, PhD, director

Citación sugerida:

Basile, K.C., DeGue, S., Jones, K., Freire, K., Dills, J., Smith, S.G., Raiford, J.L. (2016). *DETENGAMOS LA VS: Paquete técnico para prevenir la violencia sexual*. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.



Índice

Agradecimientos	5
Revisores externos	5
Reseña de DETENGAMOS LA VS	7
Promover normas sociales que protejan contra la violencia.....	15
Enseñar destrezas para prevenir la violencia sexual.....	19
Ofrecer oportunidades para empoderar a las niñas y mujeres	23
Creación de ambientes protectores	26
Asistir a las víctimas y los sobrevivientes para aminorar los daños	29
Participación de los sectores.....	33
Monitoreo y evaluación	34
Conclusión	35
Referencias.....	36
Apéndices	42





Agradecimientos

Deseamos agradecer a las siguientes personas, que contribuyeron de maneras específicas a la preparación de este paquete técnico. Agradecemos en particular a Linda Dahlberg por su visión, orientación y apoyo a lo largo de la creación de este paquete. Asimismo, agradecemos a los directivos de la División, el Centro y los CDC y a los integrantes del Grupo de Trabajo sobre Violencia Sexual y en la Pareja Íntima de la División de Prevención de la Violencia de los CDC por su cuidadosa revisión y útiles observaciones sobre las versiones anteriores de este documento. Agradecemos a Alida Knuth por su pericia en formateo y diseño. Y por último, queremos dar las gracias y expresar nuestra gratitud a todos los revisores externos por las útiles observaciones, el apoyo y la motivación que nos dieron para la creación de este documento.

Revisores externos

Mark Bergeron-Naper
Departamento de Salud Pública de Massachusetts

Carrie Bettinger-Lopez
Casa Blanca, Oficina del Vicepresidente

Andrea Bright
Departamento de Salud y Servicios para Personas
Mayores de Misuri

Amalia Corby-Edwards
Asociación Sicológica Estadounidense

Andrea Hamor Edmondson
Departamento de Salud del Estado de Oklahoma

Craig Fisher
Asociación Sicológica Estadounidense

Donna Greco
Centro Nacional de Recursos sobre Violencia Sexual

Jennifer Grove
Centro Nacional de Recursos sobre Violencia Sexual

Sandra Henriquez
Coalición contra la Agresión Sexual de California

Rosie Hidalgo
Casa Blanca, Oficina del Vicepresidente

Darlene Johnson
Departamento de Justicia de los Estados Unidos,
Oficina de Violencia contra las Mujeres

David Lee
Coalición contra la Agresión Sexual de California

Kat Monusky
Coalición de Programas de Agresión Sexual
de Washington

Rebecca K. Odor
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los
EE. UU., Administración de Asuntos de Niños y Familias,
Programa de Prevención de la Violencia Familiar y
Servicios

Lisa Fujie Parks
Prevention Institute

Jen Przewoznik
Coalición contra la Agresión Sexual de Carolina del Norte

Karen Stahl
Centro Nacional de Recursos sobre Violencia Sexual

Kiersten Stewart
Futures Without Violence

Caira M. Woods
Casa Blanca, Oficina del Vicepresidente

Se cita el nombre de los expertos anteriores con la afiliación que tenían al momento de la revisión de este documento.





Reseña de DETENGAMOS LA VS

Este paquete técnico representa un grupo selecto de estrategias basadas en la mejor evidencia disponible para ayudar a las comunidades y a los estados a centrar su enfoque en las actividades de prevención que tienen el mayor potencial para reducir la violencia sexual (VS) y sus consecuencias. Estas estrategias se concentran en promover normas sociales que protegen contra la violencia; enseñar destrezas para prevenir la VS; ofrecer oportunidades, tanto económicas como sociales, para empoderar y apoyar a las niñas y mujeres; crear ambientes protectores; y asistir a las víctimas y los sobrevivientes a fin de aminorar los daños. En este paquete se incluyen estrategias orientadas a evitar que la VS ocurra en primer lugar, como también enfoques cuyo objetivo es decrecer sus daños inmediatos y a largo plazo. Si bien el campo del estudio y la prevención de la VS aún se está desarrollando y hace falta más investigación, el problema de la violencia sexual es demasiado amplio y costoso, y tiene demasiadas consecuencias urgentes como para esperar hasta obtener las respuestas perfectas. Hay una necesidad imperiosa de prevenir ya y aprender de los esfuerzos emprendidos. El compromiso, la cooperación y el liderazgo de numerosos sectores, incluidos los de salud pública, educación, justicia, atención médica, servicios sociales, comercio, trabajo y gobierno pueden propiciar la implementación exitosa de este paquete.

¿En qué consiste un paquete técnico?

Un paquete técnico es la recopilación de un conjunto básico de estrategias para lograr y mantener reducciones significativas de un factor de riesgo o resultado específicos.¹ Los paquetes técnicos ayudan a las comunidades y a los estados a dar prioridad a las actividades de prevención con base en la mejor evidencia disponible. Este paquete técnico tiene tres componentes. El primer componente es la **estrategia** (o la dirección o medidas preventivas) para lograr la meta de prevenir la VS. El segundo componente es el **enfoque**. El enfoque incluye las formas específicas de promover las estrategias. Esto se puede lograr a través de *programas, políticas y prácticas*. El tercer componente es la **evidencia** que respalda a cada uno de los enfoques para prevenir la VS o los factores de riesgo asociados a ella. El objetivo de este paquete técnico es que sirva como recurso para orientar y fundamentar la toma de decisiones relativas a la prevención, tanto en las comunidades como en los estados.

Prevenir la violencia sexual es una prioridad

La VS es un grave problema de salud pública que afecta a millones de personas cada año. La VS consiste en una variedad de actos que incluyen el intento de penetración o la penetración por la fuerza o facilitada por el alcohol o las drogas (es decir, violación); ser obligado a penetrar a alguien; presión verbal (no física) que dé como resultado la penetración no deseada (es decir, coerción sexual); contacto sexual no deseado (p. ej., acariciar indebidamente); y experiencias sexuales no deseadas sin contacto (por ejemplo, acoso verbal, voyerismo).²

La prevalencia de la VS es alta. Aproximadamente 1 de cada 5 mujeres (el 19.3 %) en los Estados Unidos ha sufrido una violación o un intento de violación en algún momento de su vida, y el 43.9 % ha sufrido otras formas de violencia sexual. Por ejemplo, el 12.5 % ha tenido alguna experiencia de coerción sexual; el 27.3 % ha tenido contacto sexual no deseado; y el 32.1 % ha vivido experiencias sexuales no deseadas sin contacto.³ Si bien los estudios de prevalencia nacional indican que a las mujeres les toca la mayor carga de VS a lo largo de la vida, a los hombres también los afecta. Aproximadamente 1 de cada 15 hombres (el 6.7 %) ha sido obligado a penetrar a alguien en algún momento de su vida; el 5.8 % ha tenido alguna experiencia de coerción sexual; el 10.8 % ha tenido contacto sexual no deseado; y el 13.3 % ha vivido experiencias sexuales no deseadas sin contacto.³

Como ocurre con otras formas de violencia, algunos grupos de minorías raciales o étnicas y de minorías sexuales se ven afectados por la VS de manera desproporcionada. Según las estimaciones, los porcentajes de violación o intentos de violación de mujeres a lo largo de la vida varían entre el 32.3 % entre las mujeres multirraciales, el 27.5 % entre las mujeres indoamericanas o nativas de Alaska, el 21.2 % entre las mujeres de raza negra, el 20.5 % entre las mujeres de raza blanca no hispanas, y el 13.6 % entre las mujeres hispanas. Entre los hombres, el 39.5 % de los hombres multirraciales, el 26.6 % de los hombres hispanos, un cuarto de los hombres indoamericanos o nativos de Alaska (el 24.5 %) y de los hombres de raza negra (24.4 %), y el 22.2 % de los hombres de raza blanca no hispanos también han vivido alguna forma de VS a lo largo de la vida.³ Además, entre las minorías sexuales, el 46.1 % y el 13.1 % de las mujeres bisexuales y lesbianas, respectivamente, han sido violadas, y el 74.9 % y el 46.4 %, respectivamente, han vivido otras formas de VS en el transcurso de su vida. Entre los hombres, el 47.2 % de los hombres bisexuales y el 40.2 % de los hombres gays han sufrido alguna forma de VS, sin contar la violación, a lo largo de la vida.⁴



La VS empieza en las primeras etapas de la vida. Entre las mujeres que reportaron antecedentes de violación, el 40 % fue violada por primera vez antes de los 18 años de edad, y más del 28 % entre los 11 y los 17; entre los hombres obligados a penetrar a alguien, el 71 % tuvo esa experiencia por primera vez antes de los 25 años, y el 21.3 % antes de cumplir los 18.³ Si bien la adolescencia parece ser un periodo de alto riesgo, la universidad también podría ser una etapa particularmente vulnerable. En una amplia encuesta transversal sobre agresión sexual en campus universitarios, el 20 % de las estudiantes indicaron que fueron víctimas de VS después de comenzar la universidad.⁵

La VS está asociada a varios factores de riesgo y de protección. El riesgo de perpetración de VS está influenciado por varios factores, como las características de la persona y su entorno social y físico. La interacción de estos factores aumenta o disminuye el riesgo de VS a lo largo del tiempo y dentro de contextos específicos. Entre los ejemplos de factores clave de riesgo de perpetración de VS se incluyen los antecedentes de maltrato físico infantil, la exposición a la violencia parental, la participación en actos delictivos, la aceptación de la violencia, la hipermasculinidad, las normas basadas en los roles de género tradicionales, el consumo excesivo de alcohol, la iniciación sexual temprana y los comportamientos sexuales de riesgo (p. ej., tener relaciones sexuales sin usar un condón), y la asociación con grupos de pares sexualmente agresivos.⁶ La pobreza o un bajo nivel socioeconómico,⁷ la desigualdad de género,⁸ la exposición a delitos y violencia en la comunidad, las normas sociales que apoyan la VS y la creencia en los hombres de que el sexo es algo que se les debe, junto con las leyes y políticas débiles relacionadas con este tipo de violencia también son factores de riesgo de perpetración de VS.^{6,9} Es menos lo que se sabe de los factores de protección: es decir, los factores que reducen o amortiguan los riesgos de VS. No obstante, las pruebas apuntan a que el riesgo de perpetración de VS es menor cuando existe un mayor nivel de empatía, de salud y conexión emocionales, de logros académicos, y se tiene padres que usan el razonamiento para resolver los conflictos familiares.⁶

La VS está relacionada con otras formas de violencia. Los trabajos de investigación han demostrado que las experiencias con VS se relacionan con el hecho de haber tenido experiencias con otros tipos de violencia. Por ejemplo, las niñas que han sido abusadas sexualmente tienen más probabilidades de sufrir violencia física y de volver a ser víctimas de violencia sexual, como también de ser víctimas de violencia en la pareja íntima más adelante en la vida.¹⁰ Asimismo, la perpetración de acoso escolar (*bullying*) a principios de la escuela secundaria media está asociada a la perpetración posterior de acoso sexual.¹¹ Los adolescentes que han tenido relaciones sexuales forzadas en algún momento de su vida son más propensos a pensar en el suicidio que aquellos que no tuvieron este tipo de experiencia.¹² La superposición y el acaecimiento simultáneo de VS y otros tipos de violencia podría reflejar la presencia de factores de riesgo compartidos entre las múltiples conductas y experiencias violentas. Así, los enfoques que abordan las múltiples formas de violencia o factores de riesgo que los diferentes tipos de violencia tienen en común podrían ser una forma eficaz y eficiente de prevenir la violencia.

Las consecuencias de la VS en la economía y la salud son considerables. La victimización de VS podría provocar daños corporales (p. ej., hematomas, traumatismo genital) o psicológicos (p. ej., depresión, ansiedad, pensamientos suicidas).¹³ Las consecuencias de la VS también podrían ser crónicas; algunas víctimas presentan reiteradamente problemas ginecológicos, gastrointestinales y relacionados con la salud sexual.¹³ Las víctimas, asimismo, podrían padecer trastorno por estrés posttraumático.¹³ La VS también está asociada a comportamientos de riesgo (p. ej., tabaquismo, consumo excesivo de alcohol), enfermedades y afecciones crónicas (p. ej., colesterol alto, mayor riesgo de ataque cardíaco).¹⁴ Además, el abuso sexual en la infancia y la iniciación sexual forzada en la adolescencia se asocian a un aumento en los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH y las ETS, como tener relaciones sexuales con varias parejas, con parejas desconocidas, con parejas de más edad, relaciones sexuales riesgosas asociadas al consumo de alcohol, relaciones sexuales anales, y tasas bajas de uso de condones,^{9, 15-17} así como infecciones por el VIH en mujeres adultas.¹⁸ Otras consecuencias negativas de la victimización de VS incluyen la disminución de la autoestima y alteración de la rutina diaria.¹⁹ La readaptación después de la victimización puede ser dificultosa y afecta el tiempo de recuperación. Las víctimas podrían tener dificultades en sus relaciones personales, para regresar al trabajo o a la escuela y para recuperar la sensación de normalidad.¹³



Para tener el mayor impacto en la prevención de la VS, debemos aprovechar la mejor evidencia disponible y concentrarnos en las estrategias y enfoques que tienen más probabilidades de afectarla.

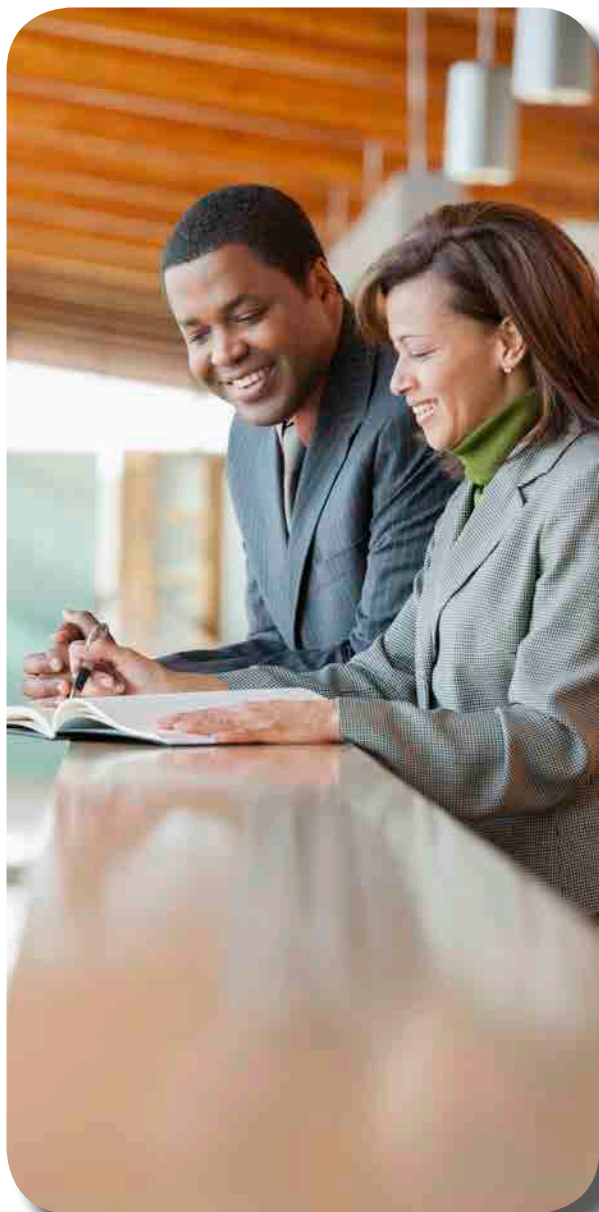
Las consecuencias a largo plazo para la salud física y mental provocadas por la victimización sexual generan costos significativos para la sociedad.²⁰⁻²² La cantidad y el costo promedio de las visitas de atención médica de las víctimas de VS son mucho mayores que las de quienes no han sido víctimas de este tipo de violencia.²³ Más allá de los costos médicos, hay costos de productividad y de otra índole a largo plazo para las víctimas y sus familias, como dolor y sufrimiento, trauma, discapacidad y riesgo de muerte. Por ejemplo, hallazgos provenientes de un estado mostraron que el costo total estimado de la VS en el 2009 fue de 40 700 millones de dólares, o alrededor de 1580 dólares por residente.²⁴ Este cálculo incluye los costos relacionados con la calidad de vida, la pérdida de trabajo, los gastos médicos (incluidos los de salud mental) y los del sistema de justicia penal. En un estudio cualitativo de sobrevivientes de VS, Loya²⁵ observó que la VS y el trauma resultante pueden afectar el trabajo del sobreviviente en lo que respecta a ausencias del trabajo, menor rendimiento, pérdida del empleo o no poder trabajar. Este tipo de impacto altera la capacidad de generar ingresos y tiene un efecto a largo plazo en el bienestar económico de los sobrevivientes de VS.

La VS se puede prevenir. El sector de salud pública subraya la importancia de la prevención primaria, es decir, prevenir la VS antes de que ocurra.^{26,27} Para que haya un impacto a nivel de población, es fundamental aplicar un enfoque integral con intervenciones preventivas en varios niveles del modelo ecológico social (es decir, a nivel de individuo, relación, comunidad y sociedad). La base de evidencia para la prevención de la VS está menos desarrollada, en comparación con otros tipos de violencia (p. ej., la violencia juvenil) y otros temas de salud pública (p. ej., la prevención del VIH). Debemos seguir desarrollando la base de evidencia de lo que funciona para prevenir la VS, invirtiendo en la evaluación rigurosa de los enfoques de prevención prometedores. Mientras tanto, tenemos la obligación de actuar de acuerdo con la evidencia que sí existe. Hay evidencia de que algunos enfoques, como los programas educativos que constan de una sesión breve y tienen como meta aumentar la conciencia y los conocimientos sobre la VS, no funcionan para prevenir la perpetración de este tipo de violencia.²⁸ Para tener el mayor impacto en la prevención de la VS, debemos aprovechar la mejor evidencia disponible y concentrarnos en las estrategias y enfoques que tienen más probabilidades de afectarla.



Evaluación de la evidencia

DETENGAMOS LA VS incluye programas, prácticas y políticas que cuentan con pruebas de su efecto en la victimización, perpetración o factores de riesgo de la VS. Para que se considerara su inclusión en el paquete técnico, los programas, prácticas o políticas debían cumplir al menos uno de los siguientes criterios: a) metanálisis o revisiones sistemáticas que demuestren el efecto en la victimización o perpetración de VS; b) evidencia proveniente de al menos un estudio de evaluación riguroso (p. ej., un estudio de diseño aleatorizado controlado o cuasiexperimental) que halló efectos preventivos significativos en la victimización o perpetración de VS; c) metanálisis o revisiones sistemáticas que muestren el efecto en los factores de riesgo de victimización o perpetración de VS; o d) evidencia proveniente de al menos un estudio de evaluación riguroso (p. ej., un estudio de diseño aleatorizado controlado o cuasiexperimental) que halló efectos significativos en los factores de riesgo de victimización o perpetración de VS. Por último, también se tomó en cuenta la probabilidad de que se logran efectos beneficiosos en varias formas de violencia; que no hubiera evidencia de efectos dañinos en resultados específicos ni con subgrupos determinados; y que la implementación fuera viable en el contexto de los Estados Unidos si los programas, políticas o prácticas habían sido evaluados en otro país.



Algunos de los enfoques incluidos en este paquete técnico todavía no cuentan con evidencia aportada por la investigación que demuestre un efecto en las tasas de victimización o perpetración de VS, pero a cambio están respaldados por pruebas que indican que tienen efecto en los factores de riesgo (p. ej., que la violación sea aceptada por su grupo de pares, conductas sexuales de riesgo, etc.). En términos de la solidez de las pruebas, los programas que han demostrado influenciar los resultados relacionados con la VS (reducciones en la perpetración o en la victimización) proporcionan un más alto nivel de pruebas; no obstante, la base de evidencia no tiene igual solidez en todas las áreas. Por ejemplo, se han hecho menos evaluaciones de los enfoques a nivel comunitario y social relacionados con los resultados de la VS. Por lo tanto, los enfoques que se incluyen en este paquete, que tienen efecto en los factores de riesgo, reflejan la naturaleza evolutiva de la base de evidencia y el uso de la mejor evidencia disponible en un momento dado.

Asimismo, es importante notar que a menudo la naturaleza y calidad de las pruebas disponibles son significativamente heterogéneas entre los programas, políticas y prácticas que corresponden a un enfoque o área estratégica. No todos los programas, políticas o prácticas que usan el mismo enfoque (p. ej., capacitación para las personas que presencian una situación de violencia; capacitación basada en el empoderamiento) tienen la misma eficacia, e incluso aquellos que sí son eficaces podrían no funcionar con todas las poblaciones. Muy pocas evaluaciones se han concentrado en poblaciones diversas (p. ej., minorías raciales o étnicas, o minorías sexuales). Es importante notar, a su vez, que pocos programas han sido diseñados para estas poblaciones; por lo tanto, quizás sea necesario adaptar los programas y realizar más evaluaciones para abordar a los diferentes grupos poblacionales. Los ejemplos provistos no constituyen una lista exhaustiva de los programas, las políticas o las prácticas que se basan en evidencia para cada enfoque, sino, más bien, ilustran modelos que han demostrado influir en la perpetración o victimización de VS, o tienen efectos beneficiosos en los factores de riesgo de VS. En la realidad, la eficacia de los programas, las políticas y las prácticas identificados en este paquete dependerá en gran medida de la calidad de su implementación y de las comunidades en las cuales se apliquen. Las directrices para asistir a los médicos, las organizaciones y las comunidades en la implementación se elaborarán por separado.

Temas contextuales y transversales

Las estrategias y los enfoques de este paquete técnico representan los diferentes niveles de la ecología social, con iniciativas destinadas a influir no solo en los comportamientos individuales, sino también en las relaciones interpersonales, familias, escuelas, comunidades y estructuras sociales que afectan los factores de riesgo y de protección relativos a la VS y, en última instancia, los comportamientos relacionados con este tipo de violencia (ver el recuadro a continuación). Las estrategias y los enfoques incluidos en ellas tienen el objetivo de funcionar en forma combinada y de reforzarse entre sí para repercutir en los factores relacionados con la VS, tanto individuales como ambientales. Si bien las destrezas individuales son importantes y las investigaciones han mostrado que algunos programas basados en el desarrollo de habilidades son útiles para reducir la VS, los enfoques que se concentran en las relaciones interpersonales, escuelas, comunidades y fuerzas sociales de mayor dimensión son igualmente esenciales para que un enfoque integral tenga el mayor impacto en la comunidad.

Los programas, las políticas y las prácticas que se dan como ejemplo han sido implementados dentro de estos contextos específicos. Cada comunidad y organización que trabaja en la prevención de la VS en todo el país conlleva un contexto social y cultural propio que influye en la selección de las estrategias y los enfoques que son más relevantes para sus poblaciones y entornos. Los profesionales en el campo podrían estar mejor posicionados para evaluar las necesidades y fortalezas de sus comunidades y trabajar con los miembros de la comunidad para tomar decisiones sobre la combinación de los enfoques incluidos en este documento que mejor se ajuste a su contexto.

DETENGAMOS LA VS	
Estrategia	Enfoque
Promover normas sociales que protejan contra la violencia	<ul style="list-style-type: none"> Enfoques que se concentran en las personas que presencian una situación Movilizar a hombres y niños como aliados
Enseñar destrezas para prevenir la violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> Aprendizaje de aptitudes socio-emocionales Enseñarles a los adolescentes cómo tener relaciones románticas e íntimas que sean sanas y seguras Promover la sexualidad sana Capacitación basada en el empoderamiento
Ofrecer oportunidades para empoderar y apoyar a las niñas y mujeres	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los recursos de apoyo económico para las mujeres y familias Fortalecer el liderazgo y las oportunidades para las niñas
Crear ambientes protectores	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la seguridad y el monitoreo en las escuelas Establecer y aplicar sistemáticamente políticas a nivel de empresa Abordar los riesgos a nivel comunitario mediante enfoques ambientales
Apoyar a víctimas y sobrevivientes para aminorar los daños	<ul style="list-style-type: none"> Servicios centrados en la víctima Tratamiento para las víctimas de VS Tratamiento para los niños y las familias en riesgo para prevenir los comportamientos problemáticos, incluso las agresiones sexuales



Una importante característica del paquete DETENGAMOS LA VS es el efecto complementario, aunque potencialmente sinérgico, de las estrategias y los enfoques incluidos. Las estrategias y los enfoques delinean las iniciativas de prevención que influyen en varios resultados relacionados con la VS. Las *estrategias* no son mutuamente excluyentes, sino que cada una tiene un área de concentración inmediata. Por ejemplo, la estrategia *Crear ambientes protectores* podría, en última instancia, influir en las normas sociales relativas a la VS, pero su objetivo inmediato es cambiar los factores ambientales en la escuela, en el lugar de trabajo y en la comunidad. Del mismo modo, los *enfoques* dentro de una estrategia en particular a veces tienen componentes que coinciden en otras estrategias. Por ejemplo, *Movilizar a hombres y niños como aliados*, un enfoque que es parte de la estrategia *Promover normas sociales que protejan contra la violencia*, incluye fomentar las relaciones románticas sanas, lo cual también se encuentra en algunos de los enfoques bajo la estrategia *Enseñar destrezas para prevenir la violencia sexual*.

Las estrategias y los enfoques de este paquete podrían influenciar otras formas de violencia,²⁹ lo cual refleja la interrelación y superposición entre los factores de riesgo y de protección de la VS y los de las otras formas de violencia. Por ejemplo, un programa incluido en los *Enfoques que se concentran en las personas que presencian una situación* no solo ha demostrado que reduce la VS, sino también la violencia en las relaciones románticas y el acecho (*stalking*).³⁰ Asimismo, el enfoque *Enseñarles a los adolescentes cómo tener relaciones románticas e íntimas que sean sanas y seguras* incluye un programa de ejemplo que ha demostrado reducciones en la VS y también en la victimización de pares y la portación de armas.³¹ Más aún, algunos enfoques de este paquete abordan las exposiciones tempranas a la violencia, lo cual es un factor de riesgo de perpetración de VS en el futuro. Por ejemplo, el enfoque *Tratamiento para los niños y las familias en riesgo con el fin de prevenir los comportamientos problemáticos* refleja la fuerte conexión entre el hecho de presenciar o vivir situaciones de violencia a una edad temprana (p. ej., maltrato o abandono infantil) y la VS.⁶ Los programas descritos bajo este enfoque tienen el objeto de promover la capacitación, terapia y otros tipos de apoyo en las primeras etapas de la vida que pueden incidir en el riesgo de VS en la adolescencia y adultez.

La prevención de la VS siempre se ha centrado en temas relacionados con el género, y la igualdad de género tiene un rol central en la prevención de la VS. En el contexto de la salud y de la prevención de la VS, la igualdad de género se refiere a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades que les permiten a todas las personas lograr alcanzar todos sus derechos y potencial para estar sanas, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse con los resultados.^{33,34} Si bien la mayoría de las estrategias basadas en el género están definidas por las identidades masculina y femenina, es importante reconocer y afirmar las identidades que no se ajustan necesariamente a las categorías binarias de sexo masculino o femenino.³³ Muchos en este campo, especialmente en el contexto global, hacen referencia a la VS como una forma de *violencia de género*. En este paquete técnico, la estrategia *Ofrecer oportunidades para empoderar y apoyar a las niñas y mujeres* aborda en forma directa la igualdad de género mediante enfoques específicos que tienen como objetivo, por ejemplo, mejorar la situación económica de las niñas y mujeres. El género, sin embargo, es parte de todas las estrategias incluidas en el paquete técnico y está representado por enfoques que influyen en las normas de género tanto femenino como masculino, y otros factores de riesgo y de protección. Por ejemplo, el enfoque *Movilizar a hombres y niños como aliados* para prevenir la perpetración de VS está dirigido a fomentar normas positivas y saludables sobre la masculinidad, el género y la violencia. Asimismo, los enfoques incluidos bajo otras estrategias se concentran en factores ambientales que tienen influencia en las normas sociales relacionadas con la violencia, incluidas las normas de género.

Las estrategias y los enfoques de este paquete técnico abordan la prevención a lo largo de toda la vida. Esto requiere prestar atención especialmente a los años críticos del desarrollo infantil, como también a las conexiones entre las experiencias de victimización en la infancia y la salud y el bienestar más adelante en la vida. Vivir situaciones de violencia durante los primeros años de vida no solo es traumático en la infancia, sino que se manifiesta negativamente en la salud física y mental, y también aumenta el riesgo de victimización o perpetración de VS en el futuro. Los enfoques que promueven relaciones y ambientes seguros, estables y enriquecedores para los niños y las familias³⁵ son medidas fundamentales de los esfuerzos integrales para la prevención de la VS. De hecho, muchas de las estrategias y de los enfoques de este paquete técnico se concentran en los niños y los jóvenes dado que la VS tiende a suceder en los primeros años de vida de la víctima.


* Algunas iniciativas basadas en el género usan el término *equidad de género*, que se relaciona con igualdad de género, aunque no son necesariamente sinónimos. *Equidad de género* hace referencia al “trato equitativo de las mujeres y los hombres, de acuerdo con sus respectivas necesidades. Esto puede incluir el tratamiento igualitario o un tratamiento que es diferente, pero que se considera equivalente en cuanto a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las oportunidades”.³² Nosotros usamos el término *igualdad de género* en el paquete para mantener la uniformidad con las publicaciones que citamos.



Varios enfoques en el paquete técnico están dirigidos a prevenir la perpetración de la VS. Esto concuerda con el énfasis que los CDC le dan a la promoción de las conductas prosociales y a la creación de contextos que favorezcan comportamientos, relaciones y normas no violentos para prevenir la VS. Prevenir los patrones de conductas agresivas y violentas, especialmente si se puede evitar que ocurran en primer lugar, es una medida importante para lograr una reducción en las tasas de VS a nivel poblacional. Otros enfoques incluidos en DETENGAMOS LA VS se concentran en el tratamiento de las víctimas o la reducción del riesgo de victimización de VS. Por ejemplo, el enfoque *Tratamiento de las víctimas de la VS*, incluido en la estrategia *Asistir a las víctimas y los sobrevivientes para aminorar los daños*, está dedicado exclusivamente a ayudar a las víctimas después de que haya ocurrido la victimización. *Capacitación basada en el empoderamiento* es un enfoque bajo la estrategia *Enseñar destrezas para prevenir la violencia sexual* que se concentra en la reducción del riesgo de victimización de VS. De manera similar, los enfoques dentro de la estrategia *Ofrecer oportunidades para empoderar y apoyar a las niñas y mujeres* tienen como objetivo fortalecer los apoyos económicos, el liderazgo y las oportunidades de las niñas y mujeres a fin de reducir la victimización de VS. Estos enfoques pueden servir como un complemento útil y eficaz de las iniciativas que se concentran en prevenir la perpetración, en especial cuando se implementan como parte de un esfuerzo de prevención multifacético e integral. Es imprescindible que cualquier programa, práctica o política enfocados específicamente a reducir el riesgo de victimización evite atribuir a los participantes responsabilidad alguna, en forma implícita o explícita, de la posible victimización.

La implementación de DETENGAMOS LA VS requerirá la participación e inversión de varios sectores. DETENGAMOS LA VS incluye estrategias donde las agencias de salud pública están bien posicionadas para aportar liderazgo y recursos a los esfuerzos de implementación. También incluye estrategias donde el sector de salud pública puede actuar como un importante colaborador (p. ej., estrategias que abordan los niveles de riesgo comunitarios y sociales), pero donde el liderazgo y el compromiso de otros sectores (como el sector comercial o laboral) son esenciales para la implementación de un programa o política en particular (p. ej., políticas a nivel de empresa). La función de los diversos sectores en la implementación de las estrategias o los enfoques incluidos en DETENGAMOS LA VS se describe con mayor profundidad en la sección *Participación de los sectores*.

En las secciones que siguen se describen las estrategias y los enfoques que cuentan con la mejor evidencia disponible para prevenir la VS.



Muchas de las estrategias y de los enfoques de este paquete técnico se concentran en los niños y los jóvenes dado que la VS tiende a suceder en las primeras etapas de la vida de las víctimas.





Promover normas sociales que protejan contra la violencia

Fundamento

Para prevenir la VS es necesario cambiar las normas sociales que aceptan la violencia o permiten la indiferencia hacia ella. Las normas son las creencias y expectativas a nivel grupal de cómo deberían comportarse los miembros del grupo. El grupo puede ser grande o pequeño; las normas sociales abarcan desde las normas culturales de un país entero hasta aquellas que pertenecen a una pequeña subpoblación. Las normas de género definen los comportamientos adecuados de los hombres y las mujeres, las niñas y los niños, en lo que se refiere a roles, conductas y cómo relacionarse entre sí. Las normas de género restrictivas (es decir, las ideas rígidas acerca de los roles y comportamientos adecuados de los hombres y las mujeres) pueden usarse para apoyar o tolerar el comportamiento violento en las relaciones íntimas o de otra índole. Los estudios muestran que las personas y las comunidades que se adhieren a normas sociales restrictivas y dañinas son más propensas a perpetrar actos de violencia física, sexual y emocional contra las mujeres.^{6,9}

Enfoques

Los siguientes enfoques buscan cambiar las normas sociales de manera que protejan contra la VS.

Enfoques que se concentran en las personas que presencian una situación. Estos tipos de enfoque motivan a las personas a cambiar las normas sociales y brindan oportunidades de liderazgo para la prevención de la VS. Estos tipos de enfoque motivan la participación de personas, generalmente jóvenes, con el fin de promover normas sociales que protejan contra la violencia. También se usan para motivar a las personas a que promuevan normas protectoras al asumir el liderazgo entre sus pares en los esfuerzos de prevención de la VS, y que ayuden cuando vean comportamientos que pongan a otras personas en riesgo y tomen las medidas apropiadas para intervenir de un modo seguro y eficaz. Los enfoques que se concentran en los espectadores han sido evaluados, por lo general, en escuelas secundarias superiores y universidades.

Movilizar a hombres y niños como aliados. Estos enfoques ofrecen la oportunidad de animar a los hombres y niños a ser aliados en la prevención de la violencia sexual y la violencia en las relaciones interpersonales, al demostrarles cuál es su rol en la prevención de estas situaciones y en el apoyo a las víctimas, y a la vez enseñarles destrezas y reforzar las normas que reducen su propio riesgo de perpetración en el futuro. La forma en que estos enfoques funcionan es fomentando normas positivas y saludables sobre masculinidad, género y violencia en personas que podrían transmitir estas normas sociales a través de sus redes sociales. Los enfoques que se concentran en audiencias masculinas pueden implementarse en grupos de pares específicos, como equipos deportivos o fraternidades, o se pueden reclutar hombres en escuelas secundarias superiores, universidades u organizaciones comunitarias para que participen. Algunos programas para jóvenes son impartidos por hombres adultos que pueden servir como un ejemplo sólido de las definiciones saludables y positivas de la masculinidad.



Resultados potenciales

- Menor aceptación de la VS.
- Aumento de las opiniones favorables hacia las comunidades seguras.
- Aumento de las actitudes favorables hacia las mujeres y niñas.
- Aumento en la identificación de comportamientos abusivos hacia hombres, mujeres y niños.
- Aumento de los comportamientos positivos de las personas que observan una situación para prevenir la violencia contra hombres, mujeres y niños.
- Menor cantidad de comportamientos negativos de las personas que presencian una situación.
- Reducción en la perpetración de VS.
- Reducción en la perpetración de formas de violencia relacionadas (p. ej., acoso, violencia en las relaciones románticas, violencia en la pareja íntima).
- Menor apoyo a la violencia por parte de los pares.



Evidencia


Hay algo de evidencia que hace pensar que los enfoques centrados en las personas que presencian una situación y los enfoques que movilizan a hombres y niños como aliados pueden prevenir la perpetración de VS.

Enfoques que se concentran en las personas que presencian una situación. Las evaluaciones experimentales muestran que los programas como *Bringing in the Bystander* (*Incorporemos a las personas que presencian una situación*) y *Green Dot* (*Punto Verde*) pueden empoderar a los jóvenes para que intervengan en los grupos a los que pertenezcan, pronunciándose contra el lenguaje o los comportamientos sexistas que promueven la violencia, reforzando las normas sociales positivas y ofreciendo ayuda o apoyo en situaciones donde podría ocurrir o haya ocurrido un acto de violencia.³⁶⁻³⁸ La evidencia parece indicar que estos programas pueden aumentar los comportamientos positivos de intervención de las personas que presencian una situación (p. ej., intervenir para ayudar o decir algo) y aumentan la confianza de los participantes en su propia capacidad para intervenir a fin de prevenir la violencia. Las evaluaciones del programa *Bringing in the Bystander* muestran aumentos entre los estudiantes universitarios en la autoeficacia y las intenciones de adoptar una actitud activa ante una situación presenciada³⁶ y en los comportamientos que implican ayudar a los amigos.³⁹

Una evaluación del programa *Green Dot* que se llevó a cabo con estudiantes universitarios halló que en el campus donde se realizó la intervención hubo una tasa de victimización por acoso sexual y acoso 11 % más baja y una tasa de perpetración por acoso sexual y acoso 19 % más baja, en comparación con dos campus donde no se hicieron intervenciones.³⁸ Otra evaluación halló que el programa *Green Dot* redujo la VS considerablemente, incluidos el acoso sexual, la violencia en las relaciones románticas y el acoso en las escuelas secundarias superiores, como también una reducción en la perpetración de VS.³⁰



Movilizar a hombres y niños como aliados. En todo el país e internacionalmente se han desarrollado e implementado varios programas dirigidos a hacer participar a hombres y niños como aliados, mostrar ejemplos de masculinidad positiva, y cambiar las normas sociales y grupales relativas a las relaciones interpersonales, la violencia y la sexualidad; sin embargo, pocos han sido evaluados todavía y se necesita más evidencia para comprender la eficacia de estos enfoques.⁴⁰ *Coaching Boys into Men (Guiar a los muchachos hacia la adultez)* es un ejemplo de programa con evidencia respaldada por evaluaciones rigurosas, que motiva la participación de los jóvenes a través de los deportes en escuelas secundarias, al proveerles a los entrenadores herramientas de capacitación que les permiten ejemplificar y promover relaciones respetuosas, no violentas y saludables con los deportistas de sexo masculino a su cargo. *Coaching Boys into Men* ha demostrado reducir los comportamientos negativos por parte de las personas que presencian situaciones (p. ej., reírse al escuchar chistes sexistas), y disminuir la perpetración de violencia en las relaciones románticas, como el abuso físico, sexual y emocional, entre los deportistas masculinos en las escuelas secundarias superiores.^{41,42}



Se han desarrollado e implementado varios programas que se concentran en hacer participar a hombres y niños como aliados, mostrar ejemplos de masculinidad positiva, y cambiar las normas sociales y de grupos de pares relativas a las relaciones interpersonales, la violencia y la sexualidad.





Enseñar destrezas para prevenir la violencia sexual

Fundamento

En un enfoque integral para la prevención de la VS, el aprendizaje basado en el desarrollo de destrezas individuales es un componente importante. Varias destrezas individuales se relacionan con la prevención de la VS, como las aptitudes socio-emocionales (p. ej., empatía, manejo de conflictos, y comunicación), la capacidad para relacionarse romántica e íntimamente de una forma sana, los conocimientos relacionados con la sexualidad saludable, y las habilidades de empoderamiento. El desarrollo de las destrezas individuales en estas áreas puede ayudar a reducir tanto la perpetración como la victimización de VS, lo cual incluye tanto el acoso sexual como el acoso escolar (*bullying*), la violencia en las relaciones románticas, y otros factores relacionados con la VS (p. ej., empatía, mayor comunicación acerca del sexo).

Enfoques

Existen varios enfoques que utilizan la capacitación en el desarrollo de destrezas con el fin de abordar la perpetración, victimización o factores de riesgo de VS. Estos incluyen:

Enfoques para el aprendizaje de aptitudes socio-emocionales. Estos enfoques trabajan en la niñez y adolescencia para mejorar un conjunto fundamental de aptitudes sociales y emocionales, como comunicación, resolución de problemas, empatía, control de emociones, manejo de conflictos y destrezas relacionadas con el comportamiento de las personas que presencian una situación. Además de proveer información sobre la violencia, estos enfoques están dirigidos a cambiar la forma en que los niños y adolescentes piensan y se sienten acerca de la violencia, y ofrecen oportunidades para practicar y reforzar las destrezas. Estos enfoques han sido usados, generalmente, en escuelas secundarias medias y superiores.

Enseñarles a los adolescentes cómo tener relaciones románticas e íntimas que sean sanas y seguras. Estos programas se esfuerzan por reducir la VS que ocurre dentro de las relaciones románticas y de pareja íntima. Tales enfoques pueden funcionar para desarrollar las destrezas de comunicación y resolución de conflictos, como también para crear expectativas respecto a los comportamientos solidarios, respetuosos y no violentos. Las oportunidades para practicar y reforzar estas destrezas son una importante parte de los programas de prevención que funcionan. Si bien generalmente se aplican a poblaciones adolescentes en entornos escolares, estos enfoques y destrezas pueden ser útiles también para los adultos jóvenes.

Promover la sexualidad sana. Estos enfoques se concentran en la educación sexual integral, que aborda la comunicación sexual, el respeto sexual y el consentimiento. Protegen contra la VS al aumentar la concientización sobre los riesgos y al mejorar la comunicación entre los padres y los jóvenes. Asimismo, abarcan varias áreas, ya que con frecuencia se concentran en la salud sexual (p. ej., riesgo de VIH o ETS, prevención del embarazo, etc.) como también en empoderar a la juventud para reducir el riesgo de VS y de violencia en las relaciones románticas al fomentar la comunicación sexual y los comportamientos sexuales saludables. Si bien estos enfoques se centran en los resultados relacionados con la salud sexual, también podrían traer como resultado una disminución del riesgo de VS debido a su efecto en los factores de riesgo compartidos. Específicamente, estos enfoques se concentran en asuntos tales como retrasar la iniciación sexual y reducir los comportamientos sexuales de riesgo (p. ej., tener relaciones sexuales sin usar un condón), que son factores de riesgo de la perpetración de VS y las ETS, como también para otros resultados negativos relacionados con la salud sexual.⁶

Capacitación para mujeres basada en el empoderamiento con el fin de reducir el riesgo de victimización. Estos enfoques se centran en fortalecer la capacidad de las mujeres para evaluar el riesgo de violencia en las relaciones y situaciones, y empoderarlas para que actúen. Abordan las posibles barreras físicas y emocionales que podrían inhibir la acción para reducir el riesgo de victimización sexual, como el miedo, las normas internalizadas sobre los roles sexuales, o el tamaño y fuerza físicos. Los métodos basados en el empoderamiento, que se centran en aumentar la autoeficacia de las participantes para identificar y reducir la exposición a situaciones y personas riesgosas a través de una capacitación intensiva, tienen un mayor respaldo investigativo y teórico que los métodos que se concentran principalmente en el entrenamiento físico de defensa personal. Los enfoques que usan la capacitación basada en el empoderamiento se han implementado y evaluado, por lo general, con poblaciones universitarias.



Resultados potenciales

- Reducción en la victimización y perpetración de VS.
- Reducción en la perpetración de acoso sexual.
- Reducción en la victimización y perpetración de violencia en relaciones románticas entre adolescentes.
- Reducción en la victimización y perpetración de acecho.
- Reducción en la victimización por burlas homofóbicas.
- Aumento de la autoeficacia y las intenciones de adoptar un comportamiento activo como persona que presencia una situación.
- Reducción en la victimización de pares.
- Reducción en la portación de armas.
- Reducción de las conductas sexuales de riesgo (p. ej., tener relaciones sexuales sin usar un condón, cantidad de parejas sexuales, etc.).



Evidencia

La evidencia actual apunta a varios enfoques para la enseñanza de destrezas que pueden llevar a una reducción en la perpetración y victimación de VS o sus factores de riesgo.

Enfoques para el aprendizaje de aptitudes socio-emocionales. Estos tipos de enfoque han demostrado reducir la violencia entre pares⁴³ y también podrían prevenir la VS. Un ejemplo es el programa *Second Step: Student Success through Prevention* (*Segundo Paso: Éxito Estudiantil Mediante la Prevención*), que se basa en la enseñanza de aptitudes socio-emocionales a estudiantes de escuela secundaria media, con el fin de reducir el acoso escolar (*bullying*) y la perpetración de VS. El programa es impartido por maestros a lo largo de 15 semanas e incluye contenido relacionado con el acoso escolar, las aptitudes para resolver problemas y el control de las emociones y la empatía. Las lecciones son sumamente interactivas e incluyen discusiones, actividades y ejercicios dinámicos en pequeños grupos y con la clase entera, como también trabajo individual. Una evaluación rigurosa que abarcó varios sitios halló que el programa *Second Step* estaba asociado a una reducción del 39 % en la perpetración de VS y una reducción del 56 % en la victimización por bromas homofóbicas en uno de los dos estados en donde fue implementado; las diferencias en la implementación podrían explicar las variaciones en la eficacia.⁴⁴

Enseñarles a los adolescentes cómo tener relaciones románticas e íntimas que sean sanas y seguras. Estos enfoques, que por lo general tienen lugar en entornos escolares, desarrollan las destrezas necesarias para mantener relaciones interpersonales sanas y seguras. Un ejemplo es el programa *Safe Dates* (*Citas Seguras*), que se concentra en enseñarles a los adolescentes las destrezas que son necesarias para tener relaciones de pareja saludables, como la comunicación positiva, el manejo de la ira y la resolución de conflictos. *Safe Dates* está comprendido por un currículo de 10 sesiones, enfocado en las actitudes y los comportamientos relacionados con el abuso y la violencia en las relaciones románticas; también incluye una obra de teatro para sentar las bases del programa, un concurso de afiches para reforzar los conceptos aprendidos en el currículo, y materiales para los padres. Los resultados de una evaluación rigurosa mostraron que el programa *Safe Dates* reduce los casos de perpetración y victimización de violencia física y sexual dentro del contexto de las relaciones románticas, entre los estudiantes de 8.º y 9.º grado. Los jóvenes expuestos al programa *Safe Dates* reportaron entre un 56 % y un 92 % menos de victimización y perpetración de violencia en las relaciones románticas, en comparación con los grupos de control en el seguimiento. Los efectos del programa *Safe Dates* se mantuvieron por cuatro años después de su implementación.⁴⁵ En investigaciones adicionales se halló que *Safe Dates* también redujo la victimización entre pares y la portación de armas entre los jóvenes un año después de haber participado en la intervención.³¹ También se ha comprobado que el programa tiene efectos similares en varones y mujeres, y en los adolescentes de grupos raciales minoritarios y no minoritarios.⁴⁵


Promover la sexualidad sana. Los programas integrales de educación sexual han demostrado reducir los comportamientos sexuales de alto riesgo,⁴⁶ un factor de riesgo evidente para la victimización y perpetración de VS.^{6,47}



Strong African American Families (SAAF) (Familias Afroamericanas Fuertes) es un programa de prevención creado para padres afroamericanos en zonas rurales y sus hijos preadolescentes. El programa busca prevenir los comportamientos problemáticos en los adolescentes, como relacionarse sexualmente a una edad temprana y adoptar conductas sexuales de riesgo, al concentrarse en las prácticas de crianza que brindan protección (p. ej., participar en la vida de los hijos, establecer límites, constancia y uniformidad en la disciplina, supervisión, socialización racial adaptativa, comunicación general, y comunicación específica entre padres e hijos y sus expectativas respecto a la conducta sexual, el consumo de alcohol y el abuso de sustancias). Una evaluación rigurosa del programa SAAF halló mejoras en las prácticas de crianza entre los padres del grupo de intervención, en comparación con los del grupo de control.⁴⁸ Las evaluaciones de seguimiento a largo plazo, cuando los jóvenes tenían 17 años (65 meses después de la evaluación previa a la participación), demostraron cambios en su conducta sexual relacionados directamente con los cambios en las prácticas de crianza. En los jóvenes que participaron en la intervención (versus los controles) el nivel de amor propio y de normas sexuales protectoras fue más alto, lo cual a su vez trajo como resultado que el inicio de las conductas sexuales ocurriera más tarde, y que tuvieran menos que fueran de alto riesgo.

Otro ejemplo es el programa educativo *Safer Choices (Elecciones Más Seguras)*, el cual tiene varios componentes y se concentra en el VIH, otras ETS, y la prevención del embarazo. Este programa está destinado a reducir las conductas sexuales riesgosas y aumentar los comportamientos seguros entre los estudiantes de escuela secundaria superior.⁴⁹ *Safer Choices* incluye componentes destinados a los alumnos, personal escolar y padres. Una evaluación rigurosa de *Safer Choices*, en la que se incluyó a 3869 estudiantes de noveno grado, reveló que los alumnos de las escuelas que impartieron este programa, (comparados con los de las escuelas que recibieron un currículo estándar de conocimientos sobre el VIH), mostraron reducciones en varias conductas sexuales de alto riesgo (p. ej., frecuencia de las relaciones sexuales sin condón, cantidad de parejas sexuales con las que los estudiantes tuvieron relaciones sexuales sin condón) en el seguimiento de las 31 semanas.

Capacitación para mujeres basada en el empoderamiento con el fin de reducir el riesgo de victimización. El programa *Enhanced Assess, Acknowledge, Act (Evaluar Mejor, Reconocer, Actuar)*, de 12 horas de duración y destinado a prevenir la victimización, está dirigido a mujeres en edad de cursar estudios universitarios. Este programa les ofrece conocimientos y capacitación en destrezas con la meta de que sean capaces de evaluar los riesgos que podrían surgir de personas que conocen, superar las barreras emocionales que les impidan reconocer peligros, y usar estrategias tanto verbales como físicas para reducir el riesgo de violencia. En un estudio riguroso de mujeres universitarias canadienses, las participantes tenían un 50.4 % menos de probabilidades de sufrir una violación o un intento de violación que las del grupo de control, al momento del seguimiento del año. El riesgo de coerción sexual y de otro tipo de contacto sexual sin consentimiento también fue significativamente más bajo en el grupo de intervención.⁵⁰



Los programas integrales de educación sexual han demostrado reducir los comportamientos sexuales de alto riesgo, un factor de riesgo evidente de victimización y perpetración de VS.





Ofrecer oportunidades para empoderar y apoyar a las niñas y mujeres

Fundamento

Para reducir el riesgo de VS de las niñas y mujeres es importante empoderarlas y apoyarlas a través de educación, empleo, ayuda en sus ingresos, como también ofrecerles otras oportunidades (p. ej., para el liderazgo, la participación civil, etc.). Hay estudios que muestran que la desigualdad de género en la educación, el empleo y los ingresos trae como resultado un mayor riesgo de VS.^{8,51} La pobreza y el bajo nivel de ingresos han sido vinculados en forma directa a la VS y al tráfico sexual^{7,52} y están relacionados conceptualmente con la vulnerabilidad al abuso, ya que obligan a las mujeres y sus hijos a vivir situaciones que podrían ponerlos en un mayor riesgo de sufrir VS, como tener que caminar solos a casa, vivir en un lugar inestable e inseguro, limitar el tiempo y las oportunidades que tienen los padres para supervisar a sus hijos, o trabajar en el comercio sexual debido a las necesidades económicas.⁵³ La evidencia disponible a nivel internacional indica que las tasas de VS son más bajas en los países donde el nivel educativo y laboral de las mujeres es más alto.⁵⁴ Las políticas y los programas que mejoran la seguridad y estabilidad económica de las mujeres, y que proveen oportunidades a mujeres y niñas para fortalecer su educación, empleo e ingresos pueden reducir el riesgo de victimización de VS.

Enfoques

Dos enfoques para empoderar y apoyar a las niñas y mujeres en formas que pueden reducir su riesgo de VS incluyen fortalecer los apoyos económicos y aumentar las oportunidades de liderazgo.

Fortalecer los apoyos económicos para las mujeres y familias Este enfoque aborda los desequilibrios relacionados con la pobreza, la seguridad económica y el poder entre las mujeres y los hombres. La seguridad económica de las familias depende de que las mujeres tengan acceso a una participación plena e igualitaria en la fuerza laboral, lo que incluye que tengan salarios equiparables a los de los hombres, opciones para generar ingresos y apoyos laborales como servicios de cuidado infantil asequibles y de calidad a través de cupones, cuidados infantiles a un costo más bajo, o transferencias en efectivo para contrarrestar el costo del cuidado infantil de calidad y por tiempo completo. La provisión de estos tipos de apoyo para garantizar que las mujeres puedan permanecer en el mercado laboral y contribuir a él en forma significativa no solo mejora sus condiciones económicas y promueve la estabilidad familiar, sino que también reduce la desigualdad de género, la cual ha sido vinculada al riesgo de VS.^{8,54} Las licencias familiares y médicas pagas también son fundamentales porque les provee a quienes trabajan la posibilidad de recibir un ingreso de reemplazo en caso de vivir acontecimientos como el nacimiento de un hijo o una enfermedad de corto o largo plazo. Cuando surgen acontecimientos de este tipo, las mujeres y los niños pueden volverse vulnerables a la inestabilidad financiera, de empleo y de vivienda, lo cual aumenta su riesgo de convertirse en víctimas de VS.^{7,55}

Fortalecer el liderazgo y las oportunidades para las niñas adolescentes. Los programas que desarrollan la confianza personal, los conocimientos y las destrezas de liderazgo en las mujeres jóvenes pueden llevar a mejores resultados en la educación, el empleo y la integración comunitaria, que incluye la participación política. Este tipo de programa idealmente involucra a las niñas como líderes en la planificación, desarrollo e implementación. Los programas eficaces también apoyan la participación de las familias y les provee a las niñas oportunidades para conectarse con su identidad cultural y comunitaria. Los programas para niñas que son eficaces les provee un lugar seguro para crecer y conectarse, mientras desarrollan sus destrezas y aptitudes de liderazgo.⁵⁶ Estos enfoques podrían mejorar las oportunidades educativas y laborales de las niñas y contribuir a la situación y la influencia de las mujeres en la sociedad, lo cual reduce potencialmente el riesgo de VS, dado los vínculos entre la desigualdad de género, los bajos niveles socioeconómicos, la situación educativa y laboral de las mujeres, y el riesgo de VS.^{7,8,54}



Resultados potenciales

- Aumento de la estabilidad económica de las mujeres.
- Aumento de las oportunidades educativas equitativas.
- Aumento de la igualdad de género y de la situación económica y laboral de las mujeres.
- Reducción en la pobreza de las mujeres y los niños
- Reducción de las diferencias de salario entre mujeres y hombres.
- Aumento de la estabilidad en el empleo para las mujeres.
- Reducción de la victimización de violencia sexual.
- Reducción del acoso sexual.
- Reducción del tráfico sexual.
- Aumento de los conocimientos sobre las normas de género y la salud.
- Aumento de los conocimientos y destrezas de las niñas relativos a las relaciones sanas, educación, empleo y participación cívica.
- Aumento de las destrezas de liderazgo en las niñas y mujeres jóvenes.



Evidencia

Existen varias políticas y programas que cuentan con evidencia de haber tenido efecto en la desigualdad de género y los factores de riesgo de VS que se le relacionan.

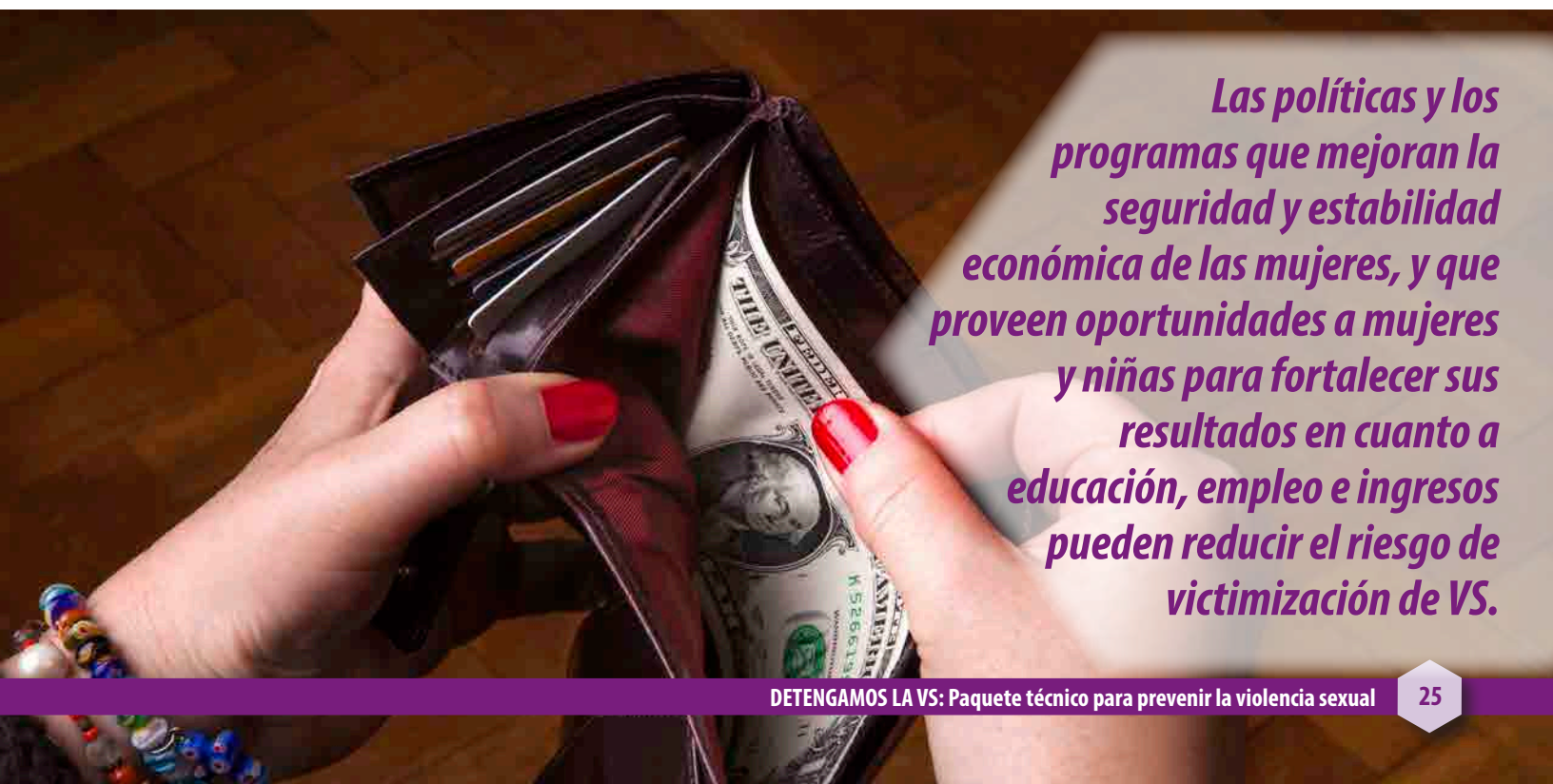
Fortalecer los apoyos económicos para las mujeres y familias La mayoría de los estados tienen leyes de salario equitativo, aunque las leyes en sí mismas varían en cuanto a las poblaciones que abarcan, las soluciones disponibles para los empleados, y la naturaleza y el alcance de las disposiciones relativas al valor comparable que incluyen.^{57,58} El *valor comparable*, que significa salarios equitativos para mujeres y hombres por *trabajo equivalente*, se determina al medir el oficio, las condiciones laborales, el esfuerzo y la responsabilidad de los puestos de trabajo, y establecer los niveles salariales basándose en estos factores.⁵⁹ Los estudios sobre los efectos potenciales de una política nacional de valores comparables en la desigualdad de ingresos muestran una reducción de esta desigualdad en general, en la desigualdad entre mujeres y hombres, y en la desigualdad entre las mujeres.^{60,61} Hallazgos más recientes, provenientes de un análisis del Suplemento Social y Económico Anual de la Encuesta de Población Actual del 2010-2012 muestran efectos potenciales en los ingresos anuales de las mujeres, los ingresos anuales familiares y en las tasas de pobreza, aun después de tomar en consideración (con controles) la oferta laboral, el capital humano y las características del mercado de trabajo.⁶² Estas políticas podrían contribuir a la disminución de la VS al aumentar la estabilidad económica de las mujeres y sus familias, dado que la desigualdad económica es un factor de riesgo conocido de la victimización de VS.⁷

Los apoyos laborales adecuados, como los servicios de cuidado infantil asequibles y de buena calidad, son esenciales para los padres que trabajan, especialmente para las madres solteras. Hay evidencia que indica que los precios de los servicios de cuidado infantil pueden obstaculizar significativamente la participación de las madres casadas en la fuerza laboral.⁶³ Las políticas que favorecen la vida familiar, como los beneficios por maternidad y las licencias familiares y médicas pagas, también pueden contribuir a la seguridad económica. Las mujeres que cuentan con beneficios por maternidad tienen más probabilidades de volver a trabajar con sus empleadores originales.⁶⁴ Un beneficio relacionado es el hecho de que las madres que están empleadas antes de dar a luz y retrasan su regreso al trabajo tienen menos síntomas de depresión que aquellas que regresan al trabajo antes,⁶⁵ lo cual es una indicación de la importancia de las licencias por maternidad para el bienestar psicológico de las madres. Si bien no se ha establecido un vínculo directo entre la reducción de la VS y las políticas de cuidado infantil asequible y licencias por maternidad pagas, los datos publicados indican que estas políticas se relacionan

con la continuidad laboral de las madres; esto podría protegerlas contra la victimización de VS dada la relación, señalada en publicaciones, entre el desempleo y la VS.⁷

Las opciones para generar ingresos, como las *microfinanzas*, ofrecen oportunidades de ahorro y préstamos a hogares de bajos ingresos a fin de mejorar la situación económica y social de las mujeres y familias.⁶⁶ Por lo general, las microfinanzas incluyen incentivos para el pago de deudas (p. ej., acceso a préstamos futuros) y apoyos sociales, como grupos de prestatarios en los que los miembros se garantizan los préstamos en forma colectiva y recíproca. Los programas de préstamos y ahorro a veces se combinan con cursos participativos de capacitación, de sesiones múltiples, sobre temas como violencia doméstica, normas de género, sexualidad y VIH, que promueven el empoderamiento e influyen en la situación social y la salud de las mujeres. Las microfinanzas están respaldadas por teorías de vida sostenible que plantean la hipótesis de que las personas y familias se valen de múltiples tipos de capital, como recursos financieros, sociales, humanos, naturales y físicos, para ganarse la vida y sobrevivir.⁵³ Kim et al.⁶⁷ y Pronyk et al.⁶⁸ hallaron que después de dos años en el programa, la combinación de microfinanzas con capacitación sobre normas de género y temas de salud redujo a la mitad las experiencias de violencia física y sexual que las participantes habían sufrido el año anterior con una pareja íntima. Si bien las microfinanzas han sido estudiadas mayoritariamente en países de bajos ingresos, la aplicación de un estilo de vida sostenible es pertinente a las experiencias de vida de las mujeres pobres en los Estados Unidos, y las oportunidades de estos tipos de servicios financieros son opciones viables para aumentar los ingresos en los hogares de las mujeres. Es probable que esto les brinde protección contra la victimización de VS ya que tener bajos ingresos pone a las mujeres en riesgo de sufrirla.⁷ En los Estados Unidos hay organizaciones que proveen este tipo de préstamo.

Fortalecer el liderazgo y las oportunidades para las niñas adolescentes. Estos programas funcionan al desarrollar la confianza personal y las destrezas de liderazgo en las mujeres jóvenes como una forma de influenciar su potencial en la educación, el empleo y la integración comunitaria. Un ejemplo es *Powerful Voices (Voces Poderosas)*, una organización con base en Seattle, Washington, que ofrece oportunidades para que las niñas adolescentes desarrollen destrezas individuales de liderazgo, mientras que al mismo tiempo busca abordar los problemas de fondo que causan la desigualdad de género por medio de la justicia social. *Powerful Voices* ofrece varios programas, como *Powerful Choices*, un currículo para niñas de escuela secundaria media; capacitación sobre justicia para niñas; *Girlvolution Conference*; coaliciones comunitarias lideradas por niñas; y *Youth Employment Program*, un programa para niñas adolescentes que las ayuda a desarrollar su capacidad y preparación para ingresar al mundo laboral. Los resultados de las evaluaciones muestran que después de participar en el programa, la mayoría de las niñas se sentía más conectada con su identidad y sus valores culturales, tenía una mayor capacidad para entablar relaciones sanas con pares y adultos, había obtenido un “satisfactorio” o “excelente” en las evaluaciones del desempeño correspondientes a las destrezas para el trabajo, y tenía una mayor motivación para sobresalir en la escuela.⁶⁹ Si bien no hay evidencia empírica que vincule al programa con una reducción en la VS, se espera que el éxito en la escuela y tener mejores destrezas para el trabajo durante la adolescencia conduzcan a un menor riesgo de pobreza y de bajo nivel de estudios alcanzado, que son factores de riesgo conocidos de la victimización de VS.⁷



Las políticas y los programas que mejoran la seguridad y estabilidad económica de las mujeres, y que proveen oportunidades a mujeres y niñas para fortalecer sus resultados en cuanto a educación, empleo e ingresos pueden reducir el riesgo de victimización de VS.



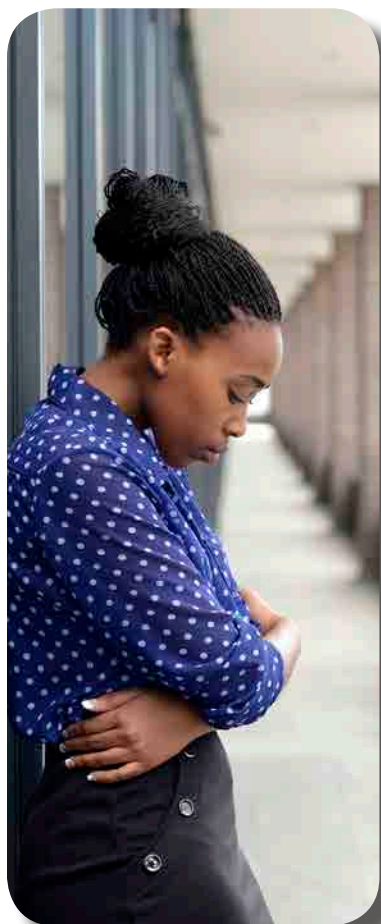
Creación de ambientes protectores

Fundamento

Crear entornos comunitarios protectores es una medida necesaria para lograr una disminución de la VS a nivel de población. Las comunidades pueden incluir a cualquier población definida que comparta características y ambientes, como escuelas, vecindarios, ciudades, organizaciones (p. ej., lugares de trabajo) o instituciones. Se consideran enfoques a nivel comunitario a aquellos que modifican las características de la comunidad, y no de las personas que forman parte de ella. Estos enfoques pueden involucrar, por ejemplo, cambios en las políticas, las estructuras institucionales o el entorno social y físico a fin de reducir las características de riesgo y aumentar los factores de protección que afectan a toda la comunidad. Las características del entorno social y físico pueden tener una influencia significativa en el comportamiento individual y crear un contexto que puede promover las conductas positivas o facilitar las dañinas. La base de evidencia que respalda los enfoques a nivel comunitario para prevenir la VS está creciendo, aunque está menos desarrollada que la base de evidencia a nivel individual o de relación.

Enfoques

La evidencia actual apunta a tres enfoques que prometen modificar las características a nivel comunitario que se asocian a la VS, con el fin de crear ambientes protectores. Estos incluyen:



Mejorar la seguridad y el monitoreo en las escuelas. Estos enfoques monitorean y modifican las características físicas y sociales del entorno escolar para reducir la VS al ocuparse de las áreas en las que los estudiantes se sienten menos seguros, identificar espacios sin peligros y apoyo del personal, y crear una atmósfera de intolerancia hacia el acoso y la violencia. Aunque estos enfoques pueden tener un impacto por sí mismos, se pueden implementar junto a otras iniciativas para educar, enseñar destrezas y cambiar las normas sociales relacionadas con la violencia sexual y la violencia en las relaciones interpersonales en las escuelas. Generalmente, este tipo de enfoque se ha utilizado en escuelas secundarias medias y superiores, pero podrían adaptarse para su uso en universidades u otros entornos.

Establecer y aplicar sistemáticamente políticas a nivel de empresa. Las políticas a nivel de empresa abordan los factores de riesgo de la VS y generan un clima saludable dentro de las organizaciones. Estas políticas están destinadas a ayudar a que los empleados y supervisores sepan lo que se espera de ellos con respecto a las normas de comportamiento y pueden prevenir los casos de acoso laboral (*bullying*) y acoso sexual en el lugar de trabajo. Las investigaciones indican que las características individuales y las de las organizaciones interactúan para crear un ambiente en el cual se tolera el acoso sexual.⁷⁰ El acoso sexual es una forma de VS² y también genera condiciones que propician otras formas de VS.^{71,72} Las características individuales pueden mitigarse al cambiar la cultura y la tolerancia del acoso sexual en la organización.

Abordar los riesgos a nivel comunitario mediante enfoques ambientales. Estos enfoques abordan aspectos de los entornos vecinales y de otros ambientes comunitarios para reducir las probabilidades de que haya VS. Estos enfoques se ocupan de los factores de riesgo a nivel comunitario al cambiar, sancionar o hacer cumplir leyes, reglamentaciones o políticas de organizaciones (p. ej., políticas relacionadas con el alcohol) o al modificar el entorno físico, los incentivos (o consecuencias) económicos o sociales por determinados comportamientos, u otras características de la comunidad (p. ej., la capacidad de monitorear y responder a los comportamientos problemáticos, mayores controles sociales, etc.). Los enfoques ambientales a nivel comunitario tienen el potencial de influir en los resultados de la VS a nivel de población, y su implementación tiene generalmente un bajo costo.

Resultados potenciales

- Reducción en la tolerancia percibida del acoso sexual y la violencia en las comunidades.
- Reducción del acoso sexual.
- Reducción en el consumo excesivo de alcohol a nivel comunitario.
- Aumento en los indicadores de conexión comunitaria.
- Mayor sensación de seguridad en la propia escuela, trabajo o vecindario.
- Reducción de las tasas de VS a nivel comunitario.
- Menos casos de acoso escolar y otro tipo de violencia juvenil.
- Menos casos de violencia en las relaciones románticas entre adolescentes.



Evidencia

La evidencia actual en cierta medida respalda la capacidad de estos tipos de enfoques para reducir el riesgo de VS.

Mejorar la seguridad y el monitoreo en las escuelas. Las investigaciones han hallado que la modificación del entorno físico de las escuelas para incrementar el monitoreo en las áreas que se perciben como inseguras puede tener un efecto beneficioso en las tasas de acoso sexual, otro tipo de VS, y la violencia en las relaciones románticas entre los estudiantes. La intervención centrada en lugares físicos llamada *Shifting Boundaries (Cambiar los límites)* es un ejemplo de intervención basada en la escuela que implica (a) revisar los protocolos escolares para identificar y responder a la violencia en las relaciones románticas y el acoso sexual, (b) el uso de órdenes temporales de alejamiento dentro de la escuela para reforzar límites respetuosos entre las víctimas y los perpetradores, (c) una campaña con afiches y (d) un mayor monitoreo por parte del personal basado en un mapeo de los "epicentros" que realicen los estudiantes. En una rigurosa evaluación se demostró que la intervención *Shifting Boundaries* redujo la perpetración de VS en un 40 % y la perpetración de acoso sexual en un 34 % entre pares de escuela secundaria media en la ciudad de Nueva York.⁷³ También se vio una reducción en la victimización de VS de pares y la victimización de VS por parte de una pareja romántica.

Establecer y aplicar sistemáticamente políticas a nivel de empresa. Las políticas y los procedimientos proactivos para la prevención del acoso sexual que incluyen el compromiso de los directivos de alto nivel, tolerancia cero, notificación sobre los entornos libres de acoso a postulantes y empleados nuevos, evaluaciones regulares de la organización, y capacitación específica e uniforme pueden reducir las conductas de VS en el lugar de trabajo. Un estudio nacional de mujeres canadienses⁷⁴ halló que las políticas proactivas, versus las que solo tienen el fin de informar, estaban asociadas a una menor cantidad de incidentes de acoso sexual en los 12 meses anteriores. Las mujeres en lugares de trabajo con políticas proactivas relativas al acoso sexual tenían menos probabilidades de ser amenazadas físicamente o de ser objeto de conductas o comentarios sexuales no deseados. También respondieron con más firmeza a estas conductas cuando en el trabajo se habían implementado políticas, procedimientos para presentar quejas, y capacitación para prevenir el acoso sexual. Una revisión más reciente de etnografías en lugares de trabajo, publicadas con anterioridad, halló que el hecho de contar por escrito con procedimientos formales para resolver reclamos protegía a las mujeres del acoso predatorio, la forma más amenazante y bien definida del acoso sexual.⁷¹

Abordar los riesgos a nivel comunitario mediante enfoques ambientales. Las investigaciones dan a entender que los cambios en las políticas relacionadas con el alcohol pueden reducir el riesgo de VS a nivel comunitario.⁷⁵ El consumo excesivo de alcohol interactúa con otros factores de riesgo a nivel individual y comunitario y provoca un aumento del riesgo de perpetración de VS. Asimismo, la ubicación y la concentración de los lugares que venden alcohol pueden afectar negativamente las características de las comunidades en donde se encuentran, como la seguridad percibida y las conexiones sociales entre las personas, lo que puede a su vez afectar las tasas de violencia. Los enfoques de políticas relativas al alcohol que cuentan con las pruebas más sólidas relacionadas con la VS son aquellos que se ocupan de reducir su consumo excesivo al aumentar los precios o reducir la densidad de los lugares que lo venden en una comunidad. En las investigaciones se ha observado que cuando los precios del alcohol son más altos, las tasas de la victimización de VS en la comunidad son más bajas, mientras que cuando la densidad de los lugares que lo venden es mayor, los índices de VS son más altos.⁷⁵





Apoyar a víctimas y sobrevivientes para aminorar los daños

Fundamento

La victimización de violencia durante la infancia, adolescencia o adultez puede tener efectos prolongados en el bienestar y funcionamiento psicológico de los sobrevivientes.^{12,13,76} La exposición a la violencia y a otros traumas en la infancia también puede aumentar el riesgo futuro de perpetración de VS y otros comportamientos problemáticos en la adolescencia y adultez.⁶ Para aminorar estos daños, esta estrategia emplea enfoques terapéuticos, centrados en la víctima y basados en evidencia, que abordan las necesidades de los sobrevivientes a fin de mejorar sus resultados y reducir los riesgos a largo plazo de presentar consecuencias psicológicas y conductuales negativas. Los enfoques para los jóvenes, incluidos aquellos que están en riesgo de tener comportamientos de agresión sexual, o han tenido estos comportamientos en el pasado, generalmente también abordan las necesidades de la familia a fin de mejorar las relaciones entre padres e hijos y aumentar el apoyo que está disponible para la juventud y sus padres en sus respectivos hogares y comunidades.

Enfoques

La evidencia actual apunta a los siguientes tres enfoques:

Servicios centrados en la víctima. Estos enfoques incluyen una variedad de servicios formales, como grupos de apoyo, intervención en crisis, servicios de defensa médica y legal, y acceso a recursos comunitarios a fin de ayudar a mejorar los resultados para los sobrevivientes y atenuar las consecuencias negativas para la salud a largo plazo. Los servicios están basados en las necesidades y circunstancias particulares de las víctimas y los sobrevivientes, y coordinados entre agencias comunitarias y defensores de víctimas.

Tratamiento de las víctimas de VS. Estos enfoques incluyen una variedad de intervenciones psicológicas basadas en evidencia, llevadas a cabo en entornos terapéuticos por proveedores con licencia. Las intervenciones sicosociales ayudan a abordar la depresión, el miedo y la ansiedad, los problemas para adaptarse a la escuela, al trabajo o a la vida diaria, y otros síntomas de sufrimiento asociados a las experiencias de VS. Estos tipos de intervención se relacionan con una mejor salud psicológica y un efecto positivo a largo plazo en las víctimas y los sobrevivientes de VS.^{77,78} Algunos programas están destinados a poblaciones específicas de víctimas de VS (por ejemplo, niños o adultos).

Tratamiento para los niños y las familias en riesgo con el fin de prevenir los comportamientos problemáticos, incluso las agresiones sexuales. Muchos jóvenes que están en riesgo de perpetración de violencia y otros problemas de comportamiento serios en la infancia y adolescencia han estado expuestos a la violencia en su hogar o comunidad como testigos o víctimas.⁷⁹ Estos enfoques terapéuticos intensivos abordan los factores individuales, familiares, escolares y comunitarios asociados a la perpetración de violencia, lo cual incluye comportamientos de agresión sexual entre estos jóvenes que tienen un alto nivel de riesgo y de necesidades. Cabe destacar que estos enfoques también se concentran en fortalecer las relaciones entre padres e hijos, y en los resultados de los padres, como el estrés y la depresión, que influyen en los comportamientos relacionados con la crianza que podrían afectar el riesgo de los niños de perpetración de VS.



Resultados potenciales

- Reducción de los efectos negativos a corto y largo plazo de la victimización de VS.
- Reducción del riesgo de perpetración de VS en el futuro entre los jóvenes victimizados.
- Menos estrés y depresión en los padres y mejoras en los resultados de la crianza para los padres de jóvenes con problemas de comportamiento.
- Mejoras en el establecimiento de límites por parte de los padres, la comunicación entre padres e hijos, y las conductas prosociales de los jóvenes.
- Reducción en la reincidencia de comportamientos sexuales problemáticos.
- Menos arrestos por delitos sexuales.
- Mejoras en la cohesión y adaptabilidad familiar.
- Mejoras en las relaciones entre pares, incluida la agresión.
- Mejoras en el desempeño académico.
- Mejoras en el acceso de los sobrevivientes de VS a servicios.



Evidencia

Hay un sólido respaldo del valor que los servicios centrados en la víctima y los enfoques terapéuticos tienen para reducir los efectos a corto y largo plazo de la VS. Algunos ejemplos de enfoques específicos con evidencia son:


Servicios centrados en la víctima. Los centros de crisis para casos de violación ofrecen un ambiente seguro que ayuda a la recuperación, donde los sobrevivientes pueden acceder a recursos y a servicios de defensa para las víctimas. Hay estudios que muestran que los sobrevivientes consideran que los servicios recibidos son útiles y sanadores.⁸⁰ En un estudio que se llevó a cabo en un estado se observó que la mayoría de las víctimas que tuvieron acceso a servicios de defensa reportaron niveles altos de información (62 %), suministro de apoyo (79 %) y ayuda para tomar decisiones (54 %).⁸¹ Las víctimas que trabajaron con defensores tuvieron más experiencias positivas tanto en el sistema médico como en el legal, lo cual incluyó un aumento en la notificación y en la atención médica recibida, y menor sufrimiento.⁸² Otros tipos de servicios incluyen a los programas de los Equipos de Respuesta a Agresiones Sexuales y de las Enfermeras Examinadoras de Agresiones Sexuales. Estas son prácticas valiosas y muy usadas, pero hasta el momento no han sido evaluadas rigurosamente.

Tratamiento de las víctimas de VS. Hay varios tratamientos basados en evidencia para las víctimas de VS. Un ejemplo es la *terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT)*, que es un tratamiento basado en evidencia, ampliamente usado, para niños, adolescentes y sus padres o tutores legales (no implicados en la agresión). Esta terapia tiene como meta abordar los efectos negativos del abuso sexual (p. ej., trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, y problemas emocionales y de comportamiento). La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma también acrecienta las aptitudes de los padres para dar respuestas y ayudar a sus hijos que han sido víctimas.⁸³ Estudios clínicos aleatorizados realizados en múltiples sitios han mostrado que esta terapia puede reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático, la depresión y los problemas de comportamiento de los niños que han sido víctimas de abuso sexual. Las investigaciones también indican que las mejoras se mantienen por 6 a 12 meses después de haber concluido el tratamiento.^{84,85} Varias intervenciones psicológicas, como las intervenciones de exposición y las intervenciones que utilizan la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, también han demostrado reducir los síntomas psicológicos y mejorar el funcionamiento de los sobrevivientes de VS.⁷⁸ Dos modalidades terapéuticas específicas resultan particularmente prometedoras dada la evidencia de sus efectos duraderos al realizarse el seguimiento a largo plazo. La *terapia de procesamiento cognitivo (CPT)* es un tratamiento psicológico basado en evidencia que aborda los síntomas del trastorno de estrés postraumático en las víctimas de situaciones traumáticas, como una violación, utilizando una adaptación de la terapia cognitivo-conductual, específica para el trauma. La *terapia de exposición prolongada (PET)* es un tratamiento psicológico basado en evidencia que aborda los síntomas del trastorno de estrés postraumático mediante el uso de la terapia de exposición. Esta terapia se ha usado para tratar a víctimas de violación y otros traumas, como los veteranos de guerra. En un estudio controlado aleatorizado, se asoció tanto la *terapia de procesamiento cognitivo* como la *terapia de exposición prolongada* a mejoras continuas en los síntomas de trastorno de estrés postraumático y depresión entre las víctimas adultas de violación en el seguimiento de los 6 años.⁸⁶

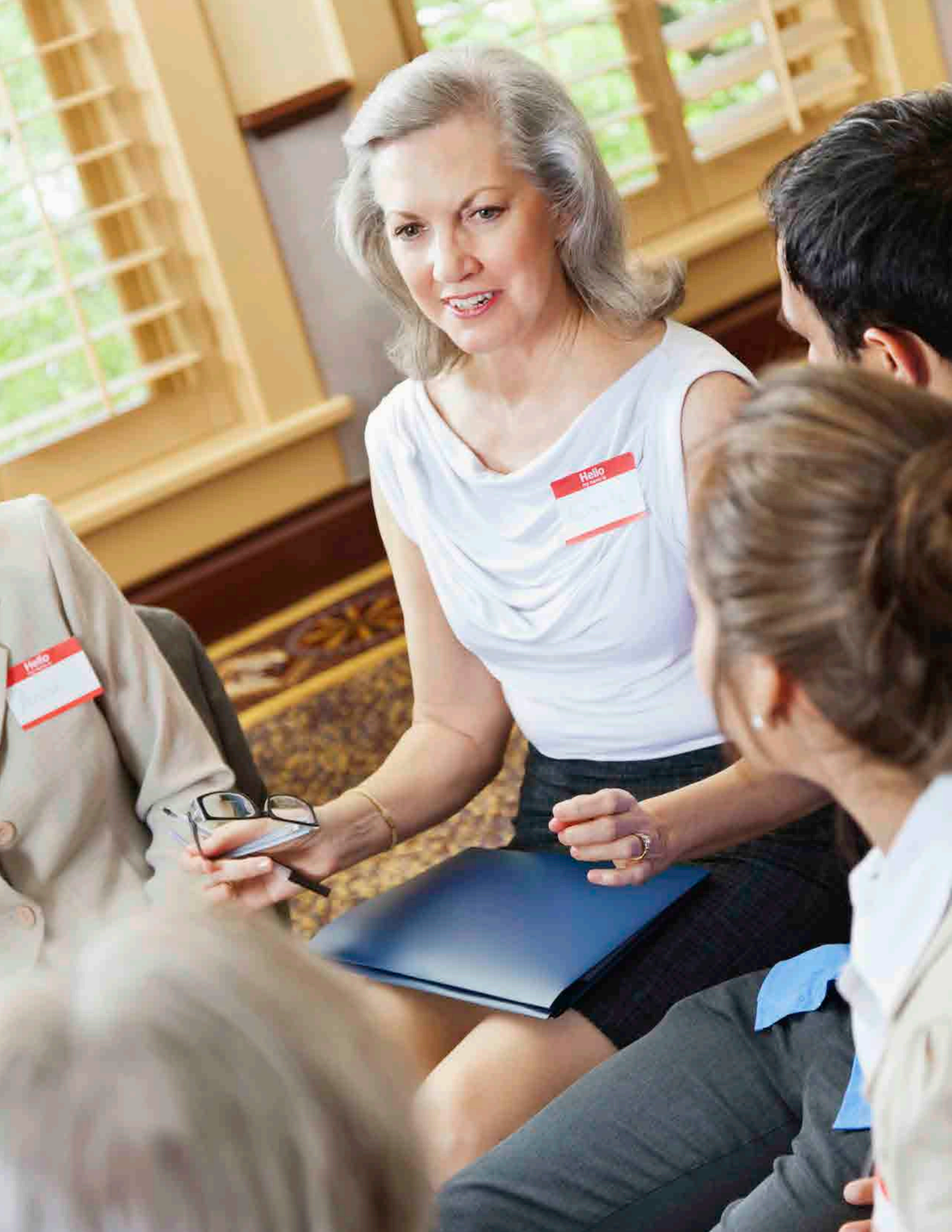


Tratamiento para los niños y las familias en riesgo con el fin de prevenir los comportamientos problemáticos, incluso las agresiones sexuales. Las pruebas también son sólidas en el caso de los enfoques terapéuticos que se concentran en los niños con alto riesgo que podrían haber estado expuestos a la violencia en su hogar o comunidad, y que están en riesgo de perpetrar actos de violencia y de tener otros problemas graves de comportamiento. Un ejemplo es el *Children with Problematic Sexual Behavior Cognitive-Behavioral Treatment Program: School-Age Program (PSB-CBT)* (*Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual para Niños con Comportamientos Sexuales Problemáticos: Programa para Niños en Edad Escolar*). Se trata de un grupo terapéutico de apoyo, cognitivo-conductual, psicoeducativo, que está orientado a la familia y cuyo propósito es reducir o eliminar los incidentes relacionados con los problemas de comportamiento sexual. El programa consiste en un tratamiento grupal, ambulatorio, que está dirigido a niños de 6 a 12 años y a sus padres u otros cuidadores. El tratamiento para el niño se concentra en el reconocimiento y la identificación de los comportamientos sexuales inadecuados, el aprendizaje de reglas de comportamiento sexual y técnicas de autocontrol, y educación sexual. Los padres y los cuidadores reciben información sobre los comportamientos sexuales que son normales y atípicos en la niñez, acordes al desarrollo, y aprenden destrezas para prevenir y responder a los comportamientos sexuales problemáticos del niño. En un estudio prospectivo de 10 años con niños de 5 a 12 años que tenían problemas de comportamiento sexual, se observó que en el grupo de tratamiento cognitivo-conductual hubo una reducción significativa de la reincidencia, en comparación con el grupo de terapia lúdica (2 % vs. 10 %), y que en los niños del grupo de tratamiento cognitivo-conductual dichos comportamientos se redujeron a los niveles clínicos de referencia de la población en general, que son muy bajos.⁸⁷ En otras investigaciones, este programa ha demostrado mejoras en los problemas de comportamiento sexual en los niños al momento de la evaluación postratamiento o de seguimiento.^{88,89}

El programa *Multisystemic Therapy—Problem Sexual Behavior (MST-PSB)* (*Terapia Multisistémica. Comportamiento Sexual Problemático*) se concentra en los aspectos ecológicos de la juventud que están relacionados funcionalmente con los comportamientos sexuales problemáticos. Este tratamiento incluye reducir la negación de los padres y los jóvenes respecto a las agresiones sexuales y sus consecuencias; fomentar las amistades y experiencias sexuales acordes a la edad de la persona; y modificar sus destrezas de adopción de perspectivas sociales, su sistema de creencias o las actitudes que contribuyeron a cometer agresiones sexuales. Las familias hacen terapia familiar y los jóvenes, terapia individual. Bourduin y colegas⁹⁰ observaron que los participantes del programa *MST-PSB* habían tenido menos nuevos arrestos por delitos sexuales, en comparación con el grupo de control, y que hubo un 83 % menos de arrestos por delitos sexuales al realizarse el seguimiento a los ocho años.⁹¹ También hallaron, en el mismo estudio, mejoras en las relaciones familiares, las relaciones con los pares y el desempeño académico. En un estudio clínico aleatorizado con agresores sexuales juveniles, Letourneau y colegas⁹² observaron que los participantes del programa *MST-PBS* tenían menos problemas de comportamiento sexual, delincuencia, consumo de sustancias, síntomas de externalización y reubicaciones fuera del hogar, en comparación con los jóvenes bajo el tratamiento usual, específico para agresores sexuales.



**Hay un sólido
respaldo del valor
que los servicios
centrados en la víctima y
los enfoques terapéuticos
tienen para reducir los
efectos a corto y largo
plazo de la VS.**





Participación de los sectores

El sector de salud pública puede cumplir una función importante y única para abordar la VS. Las agencias de salud pública, que generalmente priorizan sus esfuerzos hacia la prevención y trabajan para lograr efectos abarcadores a nivel poblacional, pueden aportar liderazgo y recursos críticos para encontrar una solución a este problema. Por ejemplo, estas agencias pueden actuar como un medio convocante y reunir a los colaboradores y las partes interesadas para planificar, priorizar y coordinar los esfuerzos de prevención de la VS. Estas, asimismo, se encuentran bien posicionadas para recoger y difundir datos, implementar medidas preventivas, evaluar programas y hacer seguimiento del progreso. Si bien el sector de salud pública puede cumplir una función de liderazgo en la prevención de la VS, las estrategias y los enfoques descritos en este paquete técnico no se pueden lograr a través de este sector solo.

Otros sectores que son vitales para la implementación de DETENGAMOS LA VS incluyen, entre otros, a los de educación, gobierno (local, estatal y federal), servicios sociales, servicios de salud, comercio, trabajo, justicia, vivienda, medios de comunicación y a las organizaciones que forman el sector de la sociedad civil, como los centros de crisis para casos de violación, las coaliciones contra la VS, las organizaciones religiosas, las organizaciones juveniles, las fundaciones y otras organizaciones no gubernamentales. De forma colectiva, estos sectores pueden lograr una diferencia en la prevención de la VS al influir en los diversos contextos y riesgos subyacentes que contribuyen a ella.

Las estrategias y los enfoques que se describen en este paquete técnico se resumen en el apéndice A, junto con los sectores relevantes que están bien posicionados para liderar esfuerzos de implementación. Por ejemplo, los enfoques y programas para las primeras dos estrategias (*Promover normas sociales que protejan contra la violencia* y *Enseñar destrezas para prevenir la VS*) generalmente se imparten en entornos educativos; esto muestra la importancia del sector de educación para la implementación. Los departamentos de salud de todo el país trabajan a menudo con los distritos escolares y las organizaciones comunitarias para poner en marcha y evaluar los programas de prevención en los entornos escolares. Algunos de estos programas también podrían ser adecuados para impartirse en entornos comunitarios. Los departamentos de salud locales y estatales, a través de su trabajo con organizaciones comunitarias, pueden asimismo cumplir una función de liderazgo en la implementación y evaluación de estos programas en otros entornos.

Los sectores de comercio, educación y trabajo, como también los organismos gubernamentales, son los que están mejor posicionados para establecer e implementar políticas a fin de promover las estrategias incluidas en el paquete técnico DETENGAMOS LA VS, como aquellas que se centran en *empoderar y apoyar a las niñas y mujeres* mediante educación, empleo y ayuda en sus ingresos, o *crear ambientes protectores* en los lugares de trabajo y en los entornos comunitarios. Estas estrategias van más allá del cambio de comportamiento individual y requieren del compromiso y apoyo de aquellos sectores que pueden abordar directamente algunos de los riesgos subyacentes y contextos ambientales que aumentan las probabilidades de que ocurran casos de VS. Las instituciones de salud pública pueden cumplir una función importante al reunir y sintetizar información, trabajar con otras agencias dentro del poder ejecutivo de sus Gobiernos estatales o locales para apoyar políticas y otros enfoques, y para evaluar la eficacia de las medidas tomadas.

Por último, el paquete técnico DETENGAMOS LA VS incluye servicios centrados en la víctima y varios enfoques terapéuticos para *asistir a las víctimas y sobrevivientes* de VS. Los centros de crisis para casos de violación, las coaliciones contra la VS, y otros profesionales que trabajan con víctimas y sobrevivientes, junto a los sectores de justicia, vivienda, servicios sociales y atención médica, están en una posición sin igual para identificar e impartir apoyo crítico de intervención y servicios centrados en la víctima de un modo que satisfaga y se adapte mejor a las necesidades y circunstancias de las víctimas y los sobrevivientes. El sector de atención médica, al trabajar con los defensores de las víctimas y en colaboración con los sectores de justicia y servicios sociales, también goza de una posición única para abordar el trauma y las consecuencias a largo plazo de la VS. Además de contar con profesionales con licencia que están capacitados para reconocer y tratar el trauma, el sector de atención médica también puede coordinar servicios sociales y servicios de salud del comportamiento inclusivos a fin de abordar las consecuencias que la VS tiene en la salud, y las condiciones que podrían poner al paciente en riesgo de volver a sufrir violencia o perpetrarla (p. ej., entre niños o adolescentes con problemas de comportamiento, lo que incluye las agresiones sexuales).

Independientemente de la estrategia que se use, se necesitará la acción de muchos sectores para que se logre la implementación exitosa de este paquete técnico. En este aspecto, todos los sectores pueden cumplir una función importante y de influencia que ayude a lograr que DETENGAMOS LA VS.



Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación son componentes necesarios del enfoque de salud pública para la prevención. Es importante tener datos oportunos y confiables para monitorear el alcance del problema y evaluar el efecto de los esfuerzos de prevención. Los datos son necesarios para poner en marcha un programa; la planificación, implementación y evaluación se basan en mediciones precisas del problema.

Los datos de vigilancia ayudan a los investigadores y a los profesionales a dar seguimiento a los cambios en la carga de la VS. Existen sistemas de vigilancia a nivel federal, estatal y local. Es importante evaluar la disponibilidad de datos de vigilancia y los sistemas de datos en todos estos niveles para identificar y abordar las brechas en estos sistemas. A nivel federal y estatal, la Encuesta Nacional sobre Violencia Sexual y en la Pareja Íntima (NISVS), y el Sistema de Vigilancia de los Comportamientos de Riesgo en los Jóvenes (YRBSS) son ejemplos de sistemas de vigilancia que suministran datos relacionados con la VS. La Encuesta Nacional sobre Violencia Sexual y en la Pareja Íntima recoge información sobre la violencia en la pareja íntima, la VS y la victimización por acecho, tanto a nivel estatal como nacional, la cual incluye datos sobre las características de la victimización, información demográfica de las víctimas y los perpetradores, los efectos de la violencia, las primeras experiencias de estos tipos de violencia, y los resultados de salud asociados a la violencia.⁹³ El Sistema de Vigilancia de los Comportamientos de Riesgo en los Jóvenes recoge información sobre la victimización por violencia (física y sexual) en las relaciones románticas entre adolescentes, victimización de VS, victimización por violencia juvenil (incluido el acoso escolar) y las conductas suicidas entre los jóvenes en edad de escuela secundaria superior. Esta información está disponible a nivel local, estatal y nacional.⁹⁴ Asimismo, existen datos a nivel local, como encuestas escolares, encuestas sobre la salud de la mujer, datos provenientes de la justicia penal y otros datos que son importantes en los esfuerzos locales para monitorear el problema de la VS.

También es importante en todos los niveles (local, estatal y federal) abordar las brechas en la respuesta, hacer un seguimiento del progreso de los esfuerzos de prevención y evaluar el efecto de estos esfuerzos, incluso la influencia de DETENGAMOS LA VS. Los datos de las evaluaciones, que resultan de la implementación y el monitoreo de los programas, son esenciales para suministrar información sobre lo que funciona y lo que no funciona para reducir las tasas de VS, y los factores de riesgo y de protección. Las teorías del cambio y los modelos lógicos que identifican resultados a corto, mediano y largo plazo son una parte importante de la evaluación de los programas.

En los últimos años se ha logrado avanzar mucho, mediante trabajos de investigación, en el desarrollo de la base de evidencia para la prevención de la VS. No obstante, es necesario realizar investigaciones adicionales para ampliar el inventario de estrategias para la prevención de la VS que hayan demostrado tener eficacia. Los profesionales que se dedican a la prevención cumplen una función importante en el desarrollo de la base de evidencia al evaluar programas para determinar su efecto en las tasas de VS, y en los factores de riesgo y de protección. El campo avanzará si en las investigaciones se sigue evaluando la eficacia de los programas desarrollados en el ámbito de la práctica, y se identifican y evalúan nuevos programas para poblaciones con alto nivel de necesidades. Asimismo, se necesita investigar sobre el impacto de las estrategias a nivel comunitario y social para reducir las tasas de VS, como las políticas, la aplicación de medios sociales y el cambio ambiental en la comunidad. Por último, será importante que los investigadores estudien la eficacia de distintas combinaciones de estrategias y enfoques incluidos en el paquete de DETENGAMOS LA VS. La mayoría de las evaluaciones existentes se centran en enfoques implementados en forma aislada. Sin embargo, existe el potencial de entender los efectos sinérgicos que tienen dentro de un enfoque de prevención integral. Es necesario realizar investigaciones adicionales para comprender hasta qué punto las combinaciones de estrategias y enfoques provocan una mayor reducción de la VS, en comparación con los programas, las prácticas o las políticas individuales.



Conclusión

La violencia sexual es un problema importante de salud pública, pero se puede prevenir. DETENGAMOS LA VS presenta la mejor evidencia disponible para abordar este problema. Este paquete técnico incluye una variedad de estrategias y enfoques complementarios que idealmente se usarían de manera combinada en abordajes multinivel o multisector para prevenir la VS. Incluye estrategias y enfoques que coinciden con el énfasis que los CDC le dan a la prevención primaria de la perpetración de VS, es decir, detenerla antes de que comience, así como enfoques para reducir el riesgo de victimización y aminorar los daños a corto y largo plazo de la VS. Se tiene la esperanza de que múltiples sectores, como los de salud pública, atención médica, educación, justicia y servicios sociales usarán este paquete técnico para prevenir la violencia sexual y sus consecuencias.

Colectivamente, las estrategias y los enfoques que se encuentran en este paquete técnico representan lo que para los CDC es la mejor manera de prevenir la VS según el actual estado de la evidencia. Como se expresó previamente, el estado actual de la evidencia es limitado y debe desarrollarse de manera continua mediante rigurosa evaluación. Las decisiones sobre los programas específicos deben basarse en un conocimiento profundo de la evidencia correspondiente al programa en particular, su aplicabilidad en el entorno y para la población a quien esté dirigido, y las mejores prácticas para la prevención eficaz.^{95,96} Al seguir invirtiendo en la evaluación de los programas de prevención basados en la práctica y los métodos prometedores, los investigadores y patrocinadores también pueden ayudar a ampliar nuestros conocimientos sobre lo que funciona para prevenir la VS. Actualmente hay varios estudios innovadores en curso para descubrir rumbos futuros que sean prometedores para el trabajo de prevención de la VS. A medida que se identifiquen y evalúen nuevos programas, políticas o prácticas, y se compruebe su eficacia, se los irá agregando a este paquete técnico.





Referencias

1. Frieden, T. R. (2014). Six components necessary for effective public health program implementation. *American Journal of Public Health* 104;86(1):17-22.
2. Basile K. C., Smith S. G., Breiding M. J., Black M. C., & Mahendra, R. (2014). *Sexual violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 2.0*. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention
3. Breiding, M. J., Smith, S. G., Basile, K. C., Walters, M. L., Chen, J., & Merrick, M. T. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *MMWR Surveillance Summaries*, 63(8), 1-18.
4. Walters, M. L., Chen J., & Breiding, M. J. (2013). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Findings on Victimization by Sexual Orientation*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
5. Krebs, C. P., Lindquist, C. H., Warner, T. D., Fisher, B. S., & Martin, S. L. (2009). College women's experiences with physically forced, alcohol- or other drug-enabled, and drug-facilitated sexual assault before and since entering college. *Journal of American College Health*, 57(6), 639-647.
6. Tharp, A. T., DeGue, S., Valle, L. A., Brookmeyer, K. A., Massetti, G. M., & Matjasko, J. L. (2013). A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(2), 133-167.
7. Byrne, C. A., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Best, C. L., & Saunders, B. E. (1999). The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 362-366.
8. Baron, L., & Straus, M. A. (1989). *Four theories of rape in American society: a state-level analysis*. New Haven: Yale University Press.
9. Jewkes, R., Sen, P., & Garcia-Moreno, C. (2002). Sexual violence. In Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.), *World Report on Violence and Health*. (pp. 213–239.). Geneva (Switzerland): World Health Organization.
10. Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476.
11. Espelage, D. L., Basile, K. C., & Hamburger, M. E. (2012). Bullying perpetration and subsequent sexual violence perpetration among middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 50(1), 60-65.
12. Basile, K. C., Black, M. C., Simon, T. R., Arias, I., Brener, N. D., & Saltzman, L. E. (2006). The association between self-reported lifetime history of forced sexual intercourse and recent health-risk behaviors: findings from the 2003 National Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 752 e751-757.
13. Basile, K., & Smith, S. (2011). Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 407-417.
14. Smith, S. G., & Breiding, M. J. (2011). Chronic disease and health behaviours linked to experiences of non-consensual sex among women and men. *Public Health*, 125, 653-659.
15. Maman, S., Campbell, J., Sweat, M. D., & Gielen, A. C. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine*, 50(4), 459-478.
16. World Health Organization. (2004). Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections—intimate partner violence and HIV/AIDS. *Information Bulletin Series 1*. Retrieved August 24, 2015, from <http://www.who.int/hac/techguidance/pht/InfoBulletinIntimatePartnerViolenceFinal.pdf>



17. Wilsnack, S., Wilsnack, R., Kristjanson, A., Vogeltanz-Holm, N., & Harris, T. (2004). Child sexual abuse and alcohol use among women: setting the stage for risky sexual behavior. In Koenig, L., Doll, L., O'Leary, A., & Pequegnat, P. (Eds.), *From Child Sexual Abuse to Adult Sexual Risk: Trauma, Revictimization, and Intervention*. Washington, DC.: American Psychological Association Books.
18. Koenig, L., & Clark, H. (2004). Sexual abuse of girls and HIV infection among women: are they related? In Koenig, L., Doll, L., O'Leary, A., & Pequegnat, W. (Eds.), *From Child Sexual Abuse to Adult Sexual Risk: Trauma, Revictimization, and Intervention*. Washington, DC.: American Psychological Association Books.
19. Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita, G. P., & Russo, N. F. (1994). *No Safe Haven: Male Violence Against Women at Home, at Work, and in the Community*. Washington, DC: American Psychological Association.
20. Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 697-715.
21. Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet, 359*(9314), 1331-1336.
22. McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I., & Smith, S. (2005). Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics & Gynecology, 105*(1), 99-108.
23. Golding, J. M. (1999). Sexual assault history and medical care seeking: the roles of symptom prevalence and illness behavior. *Psychological Health, 14*, 949-957.
24. Yang, J., Miller, T. R., Zhang, N., LeHew, B., & Peek-Asa, C. (2014). Incidence and cost of sexual violence in Iowa. *American Journal of Preventive Medicine, 47*(2), 198-202.
25. Loya, R. M. (2014). Rape as an economic crime: the impact of sexual violence on survivors' employment and economic well-being. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(16), 2793-2813.
26. Basile, K. C. (2003). Implications of public health for policy on sexual violence. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*, 446-463.
27. Basile, K. C. (2015). A comprehensive approach to sexual violence prevention. *New England Journal of Medicine, 372*(24), 2350-2352.
28. DeGue, S., Valle, L. A., Holt, M. K., Massetti, G. M., Matjasko, J. L., & Tharp, A. T. (2014). A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior, 19*, 346-362.
29. Wilkins, N., Tsao, B., Hertz, M., Davis, R., & Kleven, J. (2014). *Connecting the Dots: An Overview of the Links Among Multiple Forms of Violence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved August 24, 2015, from http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/connecting_the_dots-a.pdf
30. Coker, A. L., Bush, H. M., Cook-Craig, P. G., et al. (under peer-review). Effects of the Green Dot bystander intervention for reducing sexual violence among high school students: a cluster-randomized clinical trial.
31. Foshee, V. A., Reyes, L. M., Agnew-Brune, C. B., Simon, T. R., Vagi, K. J., Lee, R. D., & Suchindran, C. (2014). The effects of the evidence-based Safe Dates dating abuse prevention program on other youth violence outcomes. *Prevention Science, 15*(6), 907-916.
32. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (2000). *Gender Equality and Equity*. Retrieved October 17, 2015 from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121145e.pdf>
33. World Health Organization. (2015). Gender. Retrieved August 17, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>
34. United Nations Entity for Gender Equality and Empowerment (n.d.). Concepts and definitions. Retrieved August 24, 2015, from: <http://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm>



35. Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Essentials for childhood: steps to create safe, stable, nurturing relationships and environments*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control.
36. Banyard, V. L., Moynihan, M. M., & Plante, E. G. (2007). Sexual violence prevention through bystander education: an experimental evaluation. *Journal of Community Psychology*, 35(4), 463-481.
37. Coker, A. L., Bush, H. M., Fisher, B. S., Swan, S. C., Williams, C. M., Clear, E. R., & DeGue, S. (2015). Multi-college bystander intervention evaluation for violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.034 (E-pub ahead of print).
38. Coker, A. L., Fisher, B. S., Bush, H. M., Swan, S. C., Williams, C. M., Clear, E. R., & DeGue, S. (2015). Evaluation of the Green Dot bystander intervention to reduce interpersonal violence among college students across three campuses. *Violence Against Women*, 12, 1507-1527.
39. Moynihan, M. M., Banyard, V. L., Cares, A. C., Potter, S. J., Williams, L. M., & Stapleton, J. G. (2015). Encouraging responses in sexual and relationship violence prevention: what program effects remain 1 year later? *Journal of Interpersonal Violence*, 30(1), 110-132.
40. Flood, M. (2011). Involving men in efforts to end violence against women. *Men and Masculinities*, 14(3), 358-377.
41. Miller, E., Tancredi, D. J., McCauley, H. L., Decker, M. R., Virata, M. C., Anderson, H. A., Stetkevich, N., Brown, E.W., Moideen, F., & Silverman J. G. (2012). "Coaching boys into men": a cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 431-438.
42. Miller, E., Tancredi, D. J., McCauley, H. L., Decker, M. R., Virata, M. C. D., Anderson H. A., O'Connor, B., & Silverman, J. G. (2013). One-year follow-up of a coach-delivered dating violence prevention program: a cluster randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(1), 108-112.
43. Hahn, R., Fuqua-Whitley, D., Wethington, H., Lowy, J., Crosby, A., Fullilove, M., Johnson, R., Liberman, A., Moscicki, E., Price, L., Snyder, S., Tuma, F., Cory, S., Stone, G., Mukhopadhyaya, K., Chattopadhyay, S., Dahlberg, L. & Task Force on Community Preventive Services. (2007). Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2)(suppl), S114-S129.
44. Espelage, D., Low, S., Polanin, J. R., & Brown, E. (2015). Clinical trial of Second Step© middle-school program: impact on aggression & victimization. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 37, 52-63.
45. Foshee, V. A., Bauman, K. E., Ennett, S. T., Linder, G. F., Benefield, T., & Suchindran, C. (2004). Assessing the long-term effects of the safe dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *American Journal of Public Health*, 94(4), 619-624.
46. Chin, H., Sipe, T., Beeker, C., Elder, R., Mercer, S., Wethington, H., Kirby, D., Elliston, D., Griffith, M., Chuke, S., Matthew, A., Briss, S., Ericksen, I., Galbraith, J., Herbst, J.H., Johnson, R., Kraft, J., Noar, S., Romero, L., Ruedt, D., Santelli, J., & the Community Preventive Services Task Force. (2012). The effectiveness of comprehensive risk reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, HIV and STIs: two systematic reviews and meta-analyses. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 272-294.
47. Stockman, J. K., Campbell, J. C., & Celentano, D. D. (2010). Sexual violence and HIV risk behaviors among a nationally representative sample of heterosexual American women: the importance of sexual coercion. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 53(1), 136-143.
48. Murry, V. M., Berkel, C., Chen, Y. F., Brody, G. H., Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (2011). Intervention induced changes on parenting practices, youth self-pride and sexual norms to reduce HIV-related behaviors among rural African American youths. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(9), 1147-1163.
49. Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Collins, J., Baumler, E., Carvajal, S., & Harrist, R. (2001). Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Reports*, 116 Suppl 1, 82-93.



50. Senn, C. Y., Eliasziw, M., Barata, P. C., Thurston, W. E., Newby-Clark, I. R., Radtke, H. L., & Hobden, K. L. (2015). Efficacy of a sexual assault resistance program for university women. *New England Journal of Medicine*, 372(24), 2326-2335.
51. World Health Organization. (2010). Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation. Retrieved August 24, 2015, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44344/1/9789241599528_eng.pdf
52. Greenbaum, V. J. (2014). Commercial sexual exploitation and sex trafficking of children in the United States. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 44(9), 245-269.
53. Jewkes, R., Gibbs, A., Jama-Shai, N., Willan, S., Misselhorn, A., Mushinga, M., Washington, L., Mbatha, N., & Skiweyiya, Y. (2014). Stepping Stones and Creating Futures intervention: shortened interrupted time series evaluation of a behavioural and structural health promotion and violence prevention intervention for young people in informal settlements in Durban, South Africa. *BMC Public Health*, 14, (1325). doi: 10.1186/1471-2458-14-1325
54. Yodanis, C. L. (2004). Gender inequality, violence against women, and fear: a cross-national test of the feminist theory of violence against women. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(6), 655-675.
55. Wenzel, S. L., Koegel, P., & Gelberg, L. (2000). Antecedents of physical and sexual victimization among homeless women: a comparison to homeless men. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 367-390.
56. Ms. Foundation for Women. (2001). The new girls' movement: implications for youth programs. Retrieved August 14, 2015, from https://www.nttac.org/views/docs/jabg/grpcurriculum/girls_movement.pdf.
57. National Conference of State Legislators. (2015). *Westlaw 50-state statutory database*, 2015. Accessed 1/10/2016. <http://www.ncsl.org/research/labor-and-employment/equal-pay-laws.aspx>.
58. Institute for Women's Policy Research. (2015). *Status of Women in the States: 2015*. Washington, DC. (IWPR #R401). Retrieved on January 10, 2016 from: <http://www.iwpr.org/publications/pubs/the-status-of-women-in-the-states-2015-full-report>
59. Levine, L. (2004). *The gender wage gap and pay equity: is comparable worth the next step?* Washington, DC: Congressional Research Service.
60. Figart, D. M., & Lapidus, J. (1996). The impact of comparable worth on earnings inequality. *Work and Occupations*, 23(3), 297-318.
61. Sorenson, E. (1987). Effect of comparable worth policies on earnings. *Industrial Relations*, 26(3), 227-239.
62. Hartmann, H., Hayes, J., & Clark J. (2014). *How Equal Pay for Working Women would Reduce Poverty and Grow the American Economy*. Washington, DC.: Institute for Women's Policy Research, Briefing paper (IWPR #C411). Retrieved on January 10, 2016 from: (<http://www.iwpr.org/publications/pubs/how-equal-pay-for-working-women-would-reduce-poverty-and-grow-the-american-economy>).
63. Kimmel, J. (1998). Child care costs as a barrier to employment for single and married mothers. *Review of Economics and Statistics*, 80(2), 287-299.
64. Waldfogel, J. (1997). *Working mothers then and now: a cross-cohort analysis of the effects of maternity leave on womens pay*. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, New Orleans, LA.
65. Chatterji, P., & Markowitz, S. (2005). Does the length of maternity leave affect maternal health? *Southern Economic Journal*, 72(1), 16-41.
66. Hardee, K., Gay, J., Croce-Galis, M., & Peltz, A. (2014). Strengthening the enabling environment for women and girls: what is the evidence in social and structural approaches in the HIV response? *Journal of International AIDS Society*, 17(1), 18619.



67. Kim, J. C., Watts, C. H., Hargreaves, J. R., Ndhlovu, L. X., Phetla, G., Morison, L. A., Busza, J., Porter, J. D., & Pronyk, P. (2007). Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health, 97*(10), 1794-1802.
68. Pronyk, P. M., Hargreaves, J. R., Kim, J. C., Morison, L. A., Phetla, G., Watts, C., Busza, J., & Porter, J. D. (2006). Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *The Lancet, 368*(9551), 1973-1983.
69. Powerful Voices. (2011). Outcomes for girls: highlights of our 2011 outcome evaluation results. Retrieved August 14, 2015, from <http://www.powerfulvoices.org/success/2011results.shtml>.
70. Bell, M. P., Quick, J. C., & Cycyota, C. S. (2002). Assessment and prevention of sexual harassment of employees: an applied guide to creating healthy organizations. *International Journal of Selection and Assessment, 10*(1/2), 160-167.
71. Chamberlain, L. J., Crowley, M., Tope, D., & Hodson, R. (2008). Sexual harassment in organizational context. *Work and Occupations, 35*(3), 262-295.
72. Sadler, A. G., Booth, B. M., Cook, B. L., & Doebbeling, B. N. (2003). Factors associated with women's risk of rape in the military environment. *American Journal of Industrial Medicine, 43*(3), 262-273.
73. Taylor, B. G., Stein, N. D., Mumford, E. A., & Woods, D. (2013). Shifting Boundaries: an experimental evaluation of a dating violence prevention program in middle schools. *Prevention Science, 14*, 64-76.
74. Gruber, J. E. (1998). The impact of male work environments and organizational policies on women's experiences of sexual harassment. *Gender & Society, 12*(3), 301-320.
75. Lippy, C., & DeGue, S. (2014). Exploring alcohol policy approaches to prevent sexual violence perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(1), 26-42.
76. Leeb, R. T., Lewis, T., & Zolotor, A. (2011). A review of the physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine, 5*(5), 454-468.
77. World Health Organization. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Retrieved August 24, 2015, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf.
78. Parcesepe, A. M., Martin, S. L., Pollock, M. D., & Garcia-Moreno, C. (2015). The effectiveness of mental health interventions for adult female survivors of sexual assault: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 25*, 15-25.
79. Fehon, D. C., Grilo, C. M., & Lipschitz, D. S. (2005). A comparison of adolescent inpatients with and without a history of violence perpetration: impulsivity, PTSD, and violence risk. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(6), 405-411.
80. Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., & Barnes, H. E. (2001). Preventing the "second rape": rape survivors' experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(12), 1239-1259.
81. Wasco, S. M., Campbell, R., Howard, A., Mason, G. E., Staggs, S. L., Schewe, P. A., & Riger, S. (2004). A statewide evaluation of services provided to rape survivors. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(2), 252-263.
82. Campbell, R. (2006). Rape survivors' experiences with the legal and medical systems: do rape victim advocates make a difference? *Violence Against Women, 12*(1), 30-45.
83. National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP), Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)* intervention summary. Program reviewed in 2008. Retrieved on August 24, 2015 from: <http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=135>.



84. Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
85. Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484.
86. Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., & Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 201-210.
87. Carpentier, M., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488.
88. Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1228-1235.
89. Friedrich, W. N., Luecke, W., Beilke, R. L., & Place, V. (1992). Psychotherapy outcome with sexually abused boys: an agency study. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 396-409.
90. Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35, 105-114.
91. Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 26-37.
92. Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 89-102.
93. Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., Chen, J., & Stevens, M. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
94. Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Kawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., Olsen, E. O., McManus, T., Chyen, D., Whittle, L., Taylor, E., Demissie, Z., Brener, N., Thornton, J., Moore, J., & Zaza, S. (2014). Youth risk behavior surveillance—United States, 2013. *MMWR Surveillance Summaries*, 63 Suppl 4, 1-168.
95. Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpster, K.L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2013). What works in prevention: principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58, 449-456.
96. Puddy, R. W., & Wilkins, N. (2011). *Understanding Evidence Part 1: Best Available Research Evidence. A Guide to the Continuum of Evidence of Effectiveness*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved August 24, 2015, from http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/understanding_evidence-a.pdf.



Apéndice: Resumen de estrategias y enfoques para que DETENGAMOS LA VS

Estrategia	Enfoque o programa, práctica o política	Mejor evidencia disponible			Sectores principales ¹
		Perpetración de VS	Victimización de VS	Factores de riesgo de VS	
Promover normas sociales que protejan contra la violencia	Enfoques que se concentran en las personas que presencian una situación				Salud pública Educación
	Green Dot	✓	✓		
	Bringing in the Bystander			✓	
	Movilizar a hombres y niños como aliados				Salud pública Educación
	Coaching Boys into Men	✓			
Enseñar destrezas para prevenir la VS	Aprendizaje de aptitudes socio-emocionales				Salud pública
	Second Step	✓	✓		Educación
	Enseñarles a los adolescentes cómo tener relaciones románticas e íntimas que sean sanas y seguras.				Salud pública
	Safe Dates	✓	✓		Educación
	Promover la sexualidad sana				Salud pública Educación
	Strong African American Families–SAAF			✓	
	Safer Choices			✓	
	Capacitación basada en el empoderamiento				Educación
	Enhanced Assess, Acknowledge Act		✓		Salud pública Justicia
Ofrecer oportunidades para empoderar a las niñas y mujeres	Fortalecer los recursos de apoyo económico para las mujeres y familias				Comercial o laboral Gobierno (local, estatal, federal)
	Políticas de valores comparables			✓	
	Apoyos laborales adecuados (servicios de cuidado infantil subsidiados, transferencia de efectivo, beneficios por maternidad, otras licencias pagas)		✓		
	Microfinanzas			✓	
	Fortalecer el liderazgo y las oportunidades para las niñas				
	Powerful Voices			✓	

¹ Esta columna hace referencia a los sectores principales que se encuentran bien posicionados para traer liderazgo y recursos a los esfuerzos de implementación. Para cada estrategia, hay muchos otros sectores, como las organizaciones no gubernamentales, que son esenciales a la hora de planificar la prevención e implementar actividades programáticas específicas.

² Los servicios están destinados a proveer asistencia a las víctimas y los sobrevivientes.

³ Los tratamientos están destinados a abordar las consecuencias psicológicas de la victimización.



Estrategia	Enfoque o programa, práctica o política	Mejor evidencia disponible			Sectores principales ¹
		Perpetración de VS	Victimización de VS	Factores de riesgo de VS	
Creación de ambientes protectores	Mejorar la seguridad y el monitoreo en las escuelas				Salud pública Educación
	<i>Intervención "Shifting Boundaries", centrada en lugares físicos</i>	✓	✓		
	Establecer y aplicar sistemáticamente políticas a nivel de empresa				Comercial o laboral
	<i>Políticas y procedimientos proactivos para la prevención del acoso sexual</i>		✓		
	Abordar riesgos a nivel comunitario mediante enfoques ambientales				Gobierno (local, estatal, federal)
	<i>Políticas relacionadas con el alcohol (densidad de los puntos de venta, precios)</i>		✓		
Asistir a las víctimas y los sobrevivientes para aminorar los daños	Servicios centrados en la víctima				Organizaciones comunitarias (centros de crisis para casos de violación, coaliciones contra la VS) Justicia Servicios sociales
	<i>Intervención en crisis, defensoría médica y legal, acceso a recursos comunitarios</i>	N/C ²	N/C ²	N/C ²	
	Tratamiento para las víctimas de VS				Atención médica Servicios sociales
	<i>Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT), Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT), Terapia de Exposición Prolongada (PET)</i>	N/C ³	N/C ³	N/C ³	
	Tratamiento para los niños y las familias en riesgo con el fin de prevenir los comportamientos problemáticos, incluso las agresiones sexuales				Atención médica Servicios sociales Justicia
	<i>Children with Problematic Sexual Behavior Cognitive-Behavioral Treatment Program: School-Age Program (PSB-CBT) (Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual para Niños con Comportamientos Sexuales Problemáticos: Programa para niños en edad escolar)</i>	✓		✓	
	<i>Multisystemic Therapy-Problem Sexual Behavior (MST-PSB) (Terapia Multisistémica. Comportamiento Sexual Problemático)</i>	✓		✓	

Para obtener más información

Para obtener más información sobre la prevención de la violencia sexual, llame al 1-800-CDC-INFO o visite las páginas web de los CDC sobre la prevención de la violencia en www.cdc.gov/violenceprevention.

National Center for Injury Prevention and Control
Division of Violence Prevention

