Population Reports

Envíe este reporte a un colega

Contenido

- Resumen de los editores
- Créditos

Capítulos

1. El mundo presta atención
2. Abuso por parte de la pareja íntima
3. Coerción sexual
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
7. Un programa de reformas

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro
- Cajas
- Bibliografía

Para acabar con la violencia contra la mujer

Mundialmente, por lo menos una mujer de cada tres ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales, o maltratada de alguna manera en el curso de su vida. El agresor es con frecuencia un familiar. Cada vez más se reconoce que la violencia basada en el género es un importante problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.

Los efectos de la violencia pueden ser devastadores para la salud reproductiva de la mujer y para otros aspectos de su bienestar físico y mental. Además de causar lesiones, la violencia lleva a que aumente el riesgo a largo plazo de la mujer a desarrollar otros problemas de salud, como dolores crónicos, discapacidad física, uso indebido de drogas y alcohol y depresión. Las mujeres con una historia de maltrato físico o abuso sexual también enfrentan un riesgo mayor de embarazos involuntarios, infecciones de transmisión sexual y resultados adversos del embarazo. Pero las víctimas de la violencia que acuden a los profesionales de salud en busca de asistencia suelen tener necesidades que éstos no reconocen, no investigan y no saben cómo abordar.

¿Qué se entiende por violencia basada en el género?

La violencia contra las mujeres y las niñas incluye el maltrato físico y el abuso sexual, psicológico y económico. Generalmente se la conoce como violencia "basada en el género" por desarrollarse en parte a raíz de la condición subordinada de la mujer en la sociedad. Muchas culturas tienen creencias, normas e instituciones sociales que

Temas principales

- ¿Qué hay detrás de la violencia?
- La cultura: un arma de doble filo
- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia: Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Para más Literatura en este tópico, vea :
La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina : *Organización Panamericana de la Salud*

legitiman y por ende perpetúan la violencia contra la mujer. Los mismos actos que se castigarían si estuvieran dirigidos a un empleador, un vecino o un conocido, suelen quedar impunes cuando el hombre lo dirige a la mujer, especialmente en el seno de la familia.

Dos de las formas más comunes de violencia contra la mujer son el abuso por parte de sus compañeros íntimos y la actividad sexual forzada, sea que tengan lugar en la niñez, en la adolescencia o en la vida adulta. El abuso por parte del compañero íntimo, también conocido como violencia doméstica, maltrato de la esposa o agresión, casi siempre está acompañado de abuso psicológico y, en una cuarta parte a la mitad de los casos, de relaciones sexuales forzadas. En su mayoría, las mujeres maltratadas por sus compañeros sufren agresiones en numerosas ocasiones. En realidad, las relaciones abusivas se desarrollan comúnmente en una atmósfera de terror.

Cómo pueden ayudar los dispensadores de atención de salud

Es mucho lo que pueden hacer los dispensadores de atención de salud para ayudar a las clientes que son víctimas de actos de violencia basada en el género. Pero los dispensadores de atención de salud suelen perder la oportunidad de ayudar porque a menudo no están enterados de los problemas, son indiferentes o tienen una actitud crítica hacia las clientes. Con capacitación y apoyo de los sistemas de atención de salud, el personal sanitario puede hacer más para responder a las necesidades físicas, emocionales y de seguridad de las mujeres y niñas que sufren abusos.

En primer lugar, los dispensadores de atención de salud pueden aprender a preguntar a las mujeres acerca de la violencia de manera solícita. Pueden ofrecerles su simpatía y apoyo. Pueden ofrecerles tratamiento médico, asesorarlas, documentar las lesiones y enviarlas a servicios de asistencia jurídica y social.

El personal de servicios de planificación familiar y de salud reproductiva tiene obligación especial de ayudar porque:

- El abuso tiene un serio impacto, aunque poco reconocido, en la salud reproductiva y el bienestar sexual de la mujer;
- Los dispensadores de atención de salud no pueden cumplir bien sus funciones a menos que comprendan de qué manera la

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Número publicado en colaboración con el :

Center for Health and Gender Equity

6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA
Téléfono: 301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose a: **change@genderhealth.org** or at **http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

violencia y la condición subordinada de la mujer afectan la salud reproductiva y la capacidad de ésta para tomar decisiones;

- Los dispensadores de atención de salud reproductiva están en situación estratégica para ayudar a reconocer a las víctimas de la violencia y a conectarlas con otros servicios de asistencia a la comunidad.

Los dispensadores de atención de salud pueden asegurar a las mujeres que la violencia es inaceptable y que ninguna mujer merece que la golpeen, abusen sexualmente de ella o le inflijan sufrimientos emocionales. Como dijo una cliente (379), "La compasión va a abrir la puerta. Y cuando nos sentimos seguras y podemos tener confianza, las cosas son muy distintas."

Respuestas de la sociedad

Los agentes de salud no pueden transformar solos el ambiente cultural, social y legal que causa y tolera la extendida violencia contra la mujer. Para terminar con la violencia física y sexual se necesitan compromisos y estrategias a largo plazo en los que intervengan todos los segmentos de la sociedad. Numerosos gobiernos se han comprometido a acabar con la violencia contra la mujer y han aprobado y puesto en vigor legislación que garantiza los derechos jurídicos de aquélla y castiga a los culpables. Además, las estrategias centradas en la comunidad pueden concentrarse en habilitar a la mujer, llegar a los hombres y cambiar las creencias y actitudes que permiten el comportamiento abusivo. Sólo cuando la mujer ocupe el lugar que le corresponde en la sociedad, en pie de igualdad con el hombre, la violencia dirigida contra ella no será ya una norma invisible sino una horrible aberración.

Siguiente
Parte principal | **Contenido**

Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 Security & Privacy Policy

Contenido

- Resumen de los editores
- Créditos

Chapters

1. El mundo presta atención
2. Abuso por parte de la pareja íntima
3. Coerción sexual
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
7. Un programa de reformas

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro
- Cajas
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué hay detrás de la violencia?
- La cultura: un arma de doble filo
- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la

Créditos

Este informe fue preparado por Lori Heise, Mary Ellsberg, Lic. Med. Sci., y Megan Gottemoeller, MPH, del Center for Health and Gender Equity (CHANGE). Bryant Robey, Editor. Stephen M. Goldstein, Editor Administrativo. Vera M. Zlidar, Analista de Investigaciones. Diseño de Linda D. Sadler. Producción a cargo de John R. Fiege, Merridy Gottlieb, Peter Hammerer, Mónica Jiménez y Deborah Maenner.

Agradecemos a los siguientes revisores la asistencia prestada: Michal Avni, Suzanna Banwell, Susan Brems, Jackie Campbell, Holly-Fluty Dempsey, Flor de María Giusti, Lauren Goodsmith, Julia Kim, Sunita Kishor, Michael Koenig, Mary P. Koss, Laurie Liskin, Sandra L. Martin, Alice Payne Merritt, Susan A. Notar, Naana Otoo Oyortey, Patricia Paluzzi, Bertha Pooley, Malcolm Potts, Vijayendra Rao, Pramilla Senanayake, Nafissatou Diop-Sidibé, J. Joseph Speidel, Karen Welch, A.J. Alonzo Wind y Cathy Zimmerman.

Population Information Program
Center for Communication Porgrams
The Johns Hopkins University
School of Public Health

Phyllis Tilson Piotrow, Ph.D., Directora, **Center for Communication Programs** e Investigadora Principal, **Population Information Program**

Ward Rinehart, Director de Proyectos, **Population Information Program**

Anne W. Compton, Directora Adjunta, **PIP**, y Jefa de los servicios bibliográficos computarizados POPLINE

Linda D. Sadler, Directora de Redacción de ediciones en idiomas extranjeros de *Population Reports*.

Hugh M. Rigby, Director Asociado del **PIP** y Jefe del Centro de Materiales de Comunicación

Jose G. Rimon II, Director Adjunto, **Center for Communication Programs**; Director de Proyectos, **Population Communication**

mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia:Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Número publicado en colaboración con el:
>6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA
Téléfono:
301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose

Services.

Population Reports (USPS 063Ä150) is published four times a year (spring, summer, fall, winter) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins University School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland. Postmaster to send address changes to *Population Reports*, Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Population Reports fue ideado para proporcionar información general, precisa y experta con respecto a los desarrollos en el campo de la población

Population Reports Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global y de G/PHN/ POP/ CMT, bajo los términos de la Subvención No. HRN-A-00-97-00009-00. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

a: **change@genderhealth.org** or at **>http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Send this report to a colleague

Contenido

- Resumen de los editores
- Credits

Chapters

1. El mundo presta atención
   - ¿Qué se entiende por violencia contra la mujer?
2. Abuso por parte de la pareja íntima
3. Coerción sexual
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
7. Un programa de reformas

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro
- Cajas
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué hay detrás de la violencia?

El mundo presta atención

La violencia contra la mujer es el abuso más generalizado de los derechos humanos, pero el menos reconocido. También es un serio problema sanitario, que consume la energía de la mujer, comprometiendo su salud física y socavando su amor propio. Pese a los elevados costos que ocasiona, casi todas las sociedades del mundo tienen instituciones que legitiman, opacan y niegan el abuso. Los mismos actos que se castigarían si estuvieran dirigidos a un empleador, un vecino o un conocido, no se cuestionan si proceden de un hombre contra una mujer, especialmente dentro de la familia.

Por más de dos decenios, grupos de distintas partes del mundo que abogan en pro de la mujer han estado empeñados en que se preste más atención al abuso físico, psicológico y sexual de la mujer y en poner de relieve la necesidad de actuar. Esos grupos han ofrecido albergue a las mujeres maltratadas, han presentado sus opiniones a los legisladores para que reformen la legislación y han desafiado las actitudes y creencias que apoyan el comportamiento violento contra la mujer (209).

Cada vez más, estos esfuerzos están dando resultado. Hoy día las instituciones internacionales hablan en contra de la violencia basada en el género (ver el recuadro, Las organizaciones mundiales opinan). Encuestas y estudios están recogiendo más información sobre la prevalencia y la naturaleza del abuso. También está aumentando el número de organizaciones, proveedores de servicios y autoridades que reconocen las serias consecuencias adversas de la violencia contra la mujer para la salud de ésta y para la sociedad.

Un número creciente de programas de salud reproductiva y de médicos comprenden que tienen que desempeñar un papel clave en la tarea de abordar la violencia, no sólo ayudando a las víctimas, sino también previniendo el abuso. A medida que se conoce mejor el alcance de la violencia basada en el género y las razones subyacentes, mayor es el número de programas que encuentran distintas maneras de abordarla.

- La cultura: un arma de doble filo
- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia:Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Número publicado en colaboración con el:

Center for Health and Gender Equity

6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA
Téléfono: 301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que

Hesperian Foundation (54)

En todas partes del mundo cada vez más personas hacen oír su opinión acerca del extendido problema de la violencia contra la mujer, incluido el abuso físico y psicológico por parte de la pareja y el abuso sexual. Muchos dispensadores de salud están recibiendo el mensaje.

busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose a: **change@genderhealth.org** or at **http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Send this report to a colleague

Contenido

- Resumen de los editores
- Credits

Chapters

1. El mundo presta atención
2. Abuso por parte de la pareja íntima
   - Magnitud del problema
   - La dinámica del abuso
   - Respuesta de la mujer al abuso
   - Explicación del abuso de la pareja íntima
3. Coerción sexual
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
7. Un programa de reformas

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro
- Cajas
- Bibliografía

Abuso por parte de la pareja íntima

En todo el mundo una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es el abuso por parte del marido u otro compañero íntimo. La violencia por parte del compañero tiene lugar en todos los países y no está limitado a ciertos grupos sociales, económicos, religiosos o culturales. Aunque las mujeres también pueden ser violentas y el abuso existe en algunas relaciones homosexuales, la vasta mayoría de los casos de abuso por parte de la pareja es del hombre contra la compañera.

Si bien los estudios sobre el abuso de la pareja íntima están en las etapas iniciales, existe consenso creciente acerca de su naturaleza y de los diversos factores que lo causan. El abuso por parte de la pareja íntima, que da lugar a las expresiones "esposas agredidas", "agresión física", o "violencia en el hogar", es generalmente parte de un patrón de comportamiento y control abusivos más que un acto aislado de agresión física. El abuso por parte de la pareja puede adoptar una variedad de formas, incluido el maltrato físico, como golpes, bofetadas, puntapiés y palizas; el abuso psicológico, como el menosprecio, la intimidación y la humililación constantes; y la actividad sexual forzada. En el abuso suele estar incluido el comportamiento de control, tendiente a aislar a la mujer de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a los recursos.

Magnitud del problema

En casi 50 encuestas de población de distintas partes del mundo, 10% a más del 50% de las mujeres declararon haber sido golpeadas o maltratadas físicamente por un compañero íntimo en algún momento de la vida (ver Cuadro 1). Los datos del cuadro 1 se refieren sólo a las mujeres que sufrieron agresión física. Los estudios sobre actos de violencia por parte del compañero son tan recientes que se dispone de pocos datos comparables sobre el abuso psicológico y sexual infligido por la pareja íntima.

EL maltrato físico en las relaciones íntimas casi siempre va acompañado de abuso psicológico y, en un tercio a más de la mitad de los casos, de abuso sexual (59, 75, 131, 258, 272). Por ejemplo,

Temas principales

- ¿Qué hay detrás de la violencia?
- La cultura: un arma de doble filo
- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia:Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Número publicado en colaboración con el:

Center for Health and Gender Equity

6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA

entre 613 mujeres maltratadas en Japón, 57% habían sufrido los tres tipos de abuso: físico, psicológico y sexual. Sólo 8% habían experimentado únicamente abuso físico (485). En Monterrey, México, 52% de las mujeres físicamente maltratadas también habían sido objeto de abuso sexual por parte del compañero (191). En León, Nicaragua, de 188 mujeres físicamente maltratadas, sólo 5 no habían sufrido abuso sexual, psicológico, o ambos a la vez (131).

En su mayoría, las mujeres que sufren alguna agresión física generalmente experimentan numerosos actos de violencia a lo largo del tiempo. En el estudio de León, por ejemplo, 60% de las mujeres maltratadas el año anterior habían sufrido abuso más de una vez, y 20% habían sufrido serios malos tratos más de seis veces. Entre las mujeres que declararon alguna agresión física, 70% notificaron abuso grave (130). El número promedio de agresiones físicas sufridas el año precedente entre las mujeres actualmente maltratadas encuestadas en Londres ascendía a siete (308); en Estados Unidos en 1997 ascendía a tres (436).

En las encuestas sobre la violencia inflijida contra la mujer por el compañero, generalmente se les pregunta a las mujeres si han experimentado, o no, alguno de los actos enumerados en una lista, como haber sido abofeteadas, empujadas, puñeteadas, golpeadas o amenazadas con un arma. Cuando las preguntas se refieren al comportamiento, como por ejemplo, "¿Su compañero la ha forzado alguna vez a tener relaciones sexuales contra su voluntad?", se obtienen respuestas más precisas que cuando se les pregunta si han sido "maltratadas" o "violadas" (127). En las encuestas se definen generalmente como "violencia grave" los actos físicos más graves que dar bofetadas, empujones, empellones o tirar objetos a una persona.

Cuando se miden los "actos" de violencia no se describe la atmósfera de terror en que suelen estar sumidas las relaciones abusivas. En la encuesta de violencia nacional de Canadá de 1993, por ejemplo, un tercio de las mujeres que habían sido físicamente agredidas por un compañero dijeron que en algún momento de la relación habían temido perder la vida (378). Las mujeres a menudo dicen que el abuso y degradación psicológicos son incluso más difíciles de soportar que el abuso físico (57, 58, 96).

Téléfono: 301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose a: **change@genderhealth.org** or at **http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Send this report to a colleague

Contenido

- Resumen de los editores
- Credits

Chapters

1. El mundo presta atención
2. Abuso por parte de la pareja íntima
3. Coerción sexual
   - Relaciones sexuales forzadas en el matrimonio
   - Iniciación sexual forzada
   - Abuso sexual en la niñez
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
7. Un programa de reformas

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro
- Cajas
- Bibliografía

Temas principales

Coerción sexual

La coerción sexual existe en progresión continua, desde la violación forzada hasta formas de presión no físicas que obligan a las niñas y mujeres a tener relaciones sexuales contra su voluntad. La piedra de toque de la coerción es que la mujer no tiene elección y enfrenta graves consecuencias físicas y sociales si opone resistencia a los requerimientos sexuales.

Algunas formas de coerción, como la penetración forzada (violación), la agresión sexual (contacto sexual forzado) y el abuso deshonesto de los niños, se consideran delitos en muchos sistemas jurídicos. Por otra parte, la intimidación, la presión verbal o el matrimonio forzado, son culturalmente tolerados y en ocasiones hasta perdonados (211, 390). Otras formas de coerción, como la trático de mujeres y niños y las violaciones en la guerra, tienen lugar con la connivencia del hampa y los militares, respectivamente.

En su mayor parte, la actividad sexual no consensual tiene lugar entre personas que se conocen, como cónyuges, familiares, cortejantes o conocidos (211, 479). La coerción sexual puede ocurrir en cualquier momento de la vida de la mujer. Se han registrado violaciones o abuso deshonesto de niñas de pocos meses de edad. Ni siquiera a una edad avanzada la mujer permanece inmune. Los centros de crisis para casos de violación han comunicado haber atendido a víctimas de setenta años o más (211).

Gran parte de las víctimas de la coerción sexual son niñas o adolescentes de países industrializados y en desarrollo. Entre un tercio y dos tercios de las víctimas de la agresión sexual tienen 15 años o menos, según información dada a conocer por los sistemas de justicia y centros de crisis para casos de violación de Chile, Perú, Malasia, México, Panamá, Papúa Nueva Guinea y los Estados Unidos. Durante la niñez las jovencitas pueden convertirse en blanco fácil de los parientes o amigos mayores que consiguen su objetivo por la fuerza o con engaños. Más adelante, los novios, maestros, parientes u otros hombres con autoridad pueden forzar a las jóvenes a tener encuentros sexuales no deseados.

Relaciones sexuales forzadas en el matrimonio

- ¿Qué hay detrás de la violencia?
- La cultura: un arma de doble filo
- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia:Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Número publicado en colaboración con el:

Center for Health and Gender Equity

6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA
Téléfono: 301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Parece irónico que buena parte de las relaciones sexuales no consensuales tengan lugar dentro de uniones consensuales. Naturalmente, no todas las mujeres tienen una experiencia negativa del acto sexual y muchas experimentan placer. Pero para algunas de ellas las relaciones sexuales son sólo otro medio de control masculino.

Por ejemplo, en un estudio cualitativo de 15 países sobre el riesgo de VIH de la mujer, las mujeres relataron experiencias profundamente perturbadoras de las relaciones sexuales dentro del matrimonio. Las entrevistadas mencionaron a menudo que habían sido físicamente forzadas a tener relaciones sexuales o a participar en tipos de actividad sexual que encontraban degradantes y humillantes (466). Otras cedían a los requerimientos por temor a las consecuencias que les acarrearía negarse a ello, como maltrato físico, pérdida de sostén económico o acusaciones de infidelidad. En muchos otros estudios se ha observado este tipo de "consentimiento defensivo" (103, 136, 248, 365).

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose a: **change@genderhealth.org** or at **http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Send this report to a colleague

Contenido

- Resumen de los editores
- Credits

Chapters

1. El mundo presta atención
2. Abuso por parte de la pareja íntima
3. Coerción sexual
   - Relaciones sexuales forzadas en el matrimonio
   - Iniciación sexual forzada
   - Abuso sexual en la niñez
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
7. Un programa de reformas

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro
- Cajas
- Bibliografía

Temas principales

Efectos en la salud reproductiva de la mujer

El abuso físico y sexual está presente en algunos de los problemas de salud reproductiva más difíciles de nuestro tiempo: embarazos no deseados, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual y complicaciones del embarazo. Un número creciente de estudios documentan las maneras en que la violencia por parte del compañero íntimo y la coerción sexual menoscaban la autonomía sexual y reproductiva de la mujer y ponen en peligro su salud.

La violencia puede afectar la salud sexual y reproductiva de la mujer a través de distintos caminos (ver la Figura 2). La violencia física y el abuso sexual pueden poner directamente a la mujer en riesgo de infección y de embarazos no deseados si ésta ha sido forzada a tener relaciones sexuales, por ejemplo, o si no se atreve a usar anticonceptivos o condones por temor a la reacción del compañero. Una historia de abuso sexual en la niñez también puede llevar indirectamente a embarazos no deseados y a infecciones de transmisión sexual al contribuir a aumentar la actividad sexual arriesgada en la adolescencia y la edad adulta.

- ¿Qué hay detrás de la violencia?
- La cultura: un arma de doble filo
- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia:Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Número publicado en colaboración con el:

Center for Health and Gender Equity

6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA
Téléfono: 301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Cousins/Women and Law in Southern Africa (500)

En algunos países, como Zimbabwe, por ejemplo, agrupaciones de mujeres han preparado manuales (500) y otra información para ayudar a que la familia, los amigos y los servicios sociales apoyen a las víctimas del abuso sexual y la violencia en el hogar.

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose a: **change@genderhealth.org** or at **http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Send this report to a colleague

Contenido

- Resumen de los editores
- Credits

Chapters

1. El mundo presta atención
2. Abuso por parte de la pareja íntima
3. Coerción sexual
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
   - La violencia como factor de riesgo de enfermedades
   - Consecuencias físicas del abuso
   - La violencia debilita la salud mental de la mujer
   - La violencia en el hogar afecta el bienestar de los hijos
   - El abuso basado en el género dificulta el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
7. Un programa de

Amenazas a la salud y el desarrollo

Las consecuencias negativas del abuso se extienden más allá de la salud sexual y reproductiva de la mujer y llegan a afectar la salud general, el bienestar de sus hijos e incluso la estructura económica y social de las naciones. Al agotar la energía de la mujer, menoscabando su confianza en sí misma y comprometiendo su salud, la violencia sexual priva a la sociedad de la plena participación de la mujer. Como observa un informe sobre la violencia de UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer), "La mujer no puede ofrecer plenamente su trabajo y sus ideas creadoras si vive oprimida por las cicatrices físicas y psicológicas del abuso" (73).

La violencia como factor de riesgo de enfermedades

El ser víctima de la violencia es un factor de riesgo por una variedad de resultados perjudiciales para la salud. Además de causar lesión física inmediata y angustia mental, la violencia también contribuye a aumentar el riesgo de la mujer de tener mala salud en el futuro. Una amplia gama de estudios muestra que las mujeres que han experimentado abuso físico o sexual, sea en la niñez o en la vida adulta, corren un riesgo mayor de desarrollar problemas de salud subsiguientes (111, 148, 181, 260, 273, 291, 292, 455).

Se ha vinculado la violencia a numerosos y serios problemas de salud, tanto inmediatos como a largo plazo. Estos incluyen problemas de salud física, como lesiones, síndromes de dolor crónico, y trastornos gastrointestinales, y una variedad de problemas de salud mental, inclusive ansiedad y depresión. La violencia también daña la salud al dar lugar a más tipos de comportamiento negativos, como el hábito de fumar y el abuso del alcohol y las drogas (ver la **Figura 3**).

Como en muchos de los estudios iniciales sobre el abuso y la salud participaban mujeres que buscaban tratamiento médico, los resultados encontrados podrían haber exagerado la relación entre la violencia y la salud precaria. Pero en estudios recientes de grupos más representativos que incluyen muestras aleatorias de mujeres de la comunidad y de mujeres que visitaban establecimientos de atención primaria de la salud se han confirmado los vínculos existentes entre la condición de víctima y la mala salud.

reformas

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro
- Cajas
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué hay detrás de la violencia?
- La cultura: un arma de doble filo
- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia: Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland

En uno de estos estudios realizados en una importante organización de mantenimiento de la salud (HMO) del estado de Washington, Estados Unidos, se encontró que las mujeres que habían experimentado algún tipo de abuso en la niñez -- sea físico, sexual, emocional, o negligencia-- tenían una salud mucho más precaria que las demás mujeres de su edad. En el estudio se encontró que las mujeres que habían sido maltratadas en la niñez tenían más problemas de salud sexual y reproductiva, funcionamiento físico más deficiente, mayor comportamiento arriesgado y más síntomas físicos que las mujeres que no habían sufrido abuso. Además, la mujer media que había sido víctima de abuso en la niñez también tenía más diagnósticos en una amplia variedad de problemas de salud, inclusive enfermedades infecciosas, problemas de salud mental y trastornos crónicos como hipertensión, diabetes y asma (455).

Los estudios entre mujeres de los HMO ofrecen una buena oportunidad de examinar los efectos acumulativos de la violencia en la salud de la mujer puesto que los HMO generalmente suministran atención de salud a todos los socios, inclusive medicamentos, cirugía, visitas del médico y hospitalización (148, 260). Colectivamente, estos estudios de los HMO sugieren tres conclusiones principales sobre las consecuencias para la salud del abuso físico y sexual de la mujer:

- La influencia del abuso puede persistir por largo tiempo después de haber terminado (148, 261).
- Cuanto más grave es el abuso, más grave es su impacto en la salud física y mental de la mujer (273).
- El impacto de diferentes tipos de abuso y numerosos episodios a lo largo del tiempo parece ser acumulativo (148, 260, 291, 455).

21202, USA.

Número publicado en colaboración con el:

6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA
Téléfono: 301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose a: **change@genderhealth.org** or at **http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Send this report to a colleague

Contenido

- Resumen de los editores
- Credits

Chapters

1. El mundo presta atención
2. Abuso por parte de la pareja íntima
3. Coerción sexual
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
   - Impedimentos para abordar la violencia
   - Cómo preguntar sobre el abuso
   - Asistencia a las mujeres que revelan el abuso sufrido
   - La necesidad de moverse fuera del dispensario
7. Un programa de reformas

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro

El personal de atención de salud desempeña un papel clave

Los dispensadores de atención de salud pueden desempeñar un papel de crucial importancia en el tratamiento de la violencia contra la mujer. En la mayoría de los países el sistema de atención de salud es la única institución que interactúa con casi todas las mujeres en algún momento de la vida de éstas. De allí que los dispensadores de atención de salud se hallen en excelente posición de reconocer y ayudar a las víctimas de la violencia. Además, como la exposición a la violencia lleva a que aumenten los riesgos de otros problemas de salud para la mujer, la ayuda temprana permite prevenir serios trastornos posteriores al abuso.

Ultimamente los organismos de atención sanitaria han comenzado a movilizarse para abordar esta tarea. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue la primera institución internacional de salud en reconocer en 1993 que la violencia contra la mujer es un problema de alta prioridad cuando aprobó la resolución CD39.R8, exhortando a todos los gobiernos miembros a establecer políticas y planes nacionales para la prevención y tratamiento de la violencia contra la mujer (344). En 1996, la 49ava. Asamblea Mundial de la Salud siguió esta tendencia al declarar que la violencia es una prioridad de la salud pública (478). Tanto la OPS como la OMS iniciaron programas sobre la violencia contra la mujer a mediados de los años noventa.

Algunos sistemas de atención de salud han comenzado a abordar la violencia en el hogar como parte de la práctica clínica. En 1992, por ejemplo, la American Medical Association publicó directrices sobre el diagnóstico y tratamiento de la violencia en el hogar y la Comisión Mixta sobre Reconocimiento de Organizaciones de Atención de Salud (JCAHO) de los Estados Unidos comenzó a incluir en los exámenes de certificación una evaluación de las políticas y procedimientos de las salas de urgencia para atender a las víctimas de abuso (7, 489). Más recientemente, Brasil, las Filipinas, Irlanda, Malasia, México y Nicaragua han elaborado programas piloto en los que se enseña a los dispensadores de salud a reconocer episodios de abuso y responder a ellos (115, 277, 370). Varios países latinoamericanos también han incorporado directrices para abordar la violencia en el hogar en las políticas nacionales del sector de la salud

- Cajas
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué hay detrás de la violencia?
- La cultura: un arma de doble filo
- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia: Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Número publicado en colaboración con el:

(345).

Pese a esos esfuerzos, el progreso es lento. En la mayoría de los países los médicos y enfermeras raramente preguntan a las mujeres si han sido maltratadas, aun cuando haya signos obvios de abuso (71, 161, 347). Con frecuencia los establecimientos que han delineado directrices no vigilan su aplicación ni las hacen cumplir (86, 144, 298). Estudios realizados en Estados Unidos han encontrado que pocos establecimientos de atención de salud se han ajustado a los requerimientos de la JCAHO (139).

Oms/OPS, Ministerio de Salud de Perú—MINSA y CMP Flora Tristan

En el reverso de este cartel de Perú se recuerda a los dispensadores de atencin de salud que busquen la oportunidad de hablar sobre la violencia

6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA
Téléfono: 301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose a: **change@genderhealth.org** or at **http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Send this report to a colleague

Contenido

- Resumen de los editores
- Credits

Chapters

1. El mundo presta atención
2. Abuso por parte de la pareja íntima
3. Coerción sexual
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
7. Un programa de reformas
    - Habilitación de las mujeres y las niñas
    - Incremento de los costos para los que comenten abuso
    - Sostén para las necesidades de las víctimas
    - Coordinación institucional y respuestas individuales
    - Participación de los jóvenes
    - Cómo llegar a los

Un programa de reformas

Para poner fin a la violencia contra la mujer se requieren estrategias coordinadas entre numerosos sectores de la sociedad y en el plano de la comunidad y de la sociedad. En algunos países los programas de salud reproductiva se hallan a la cabeza en la tarea de abordar la violencia contra la mujer (ver el recuadro Programas de salud reprodu tiva de vanguardia). Pero los esfuerzos deben extenderse mucho más allá del sector salud únicamente. En un programa de reformas habrá que incluir la habilitación de las mujeres y las niñas para el pleno ejercicio de sus derechos, costos más elevados para los que cometen abuso; provisión de lo necesario para satisfacer las necesidades de las víctimas; coordinación de las respuestas institucionales e individuales; participación de los jóvenes; servicios de extensión para llegar a los hombres; y modificación de las normas de la comunidad.

Habilitación de las mujeres y las niñas

La habilitación de las mujeres y las niñas no es sólo un objetivo digno de alcanzarse, sino una estrategia clave para eliminar la violencia. La mujer nunca podrá escapar de la violencia si depende económicamente del hombre y su valor social depende exclusivamente de su papel de esposa y madre. En muchas partes del mundo, los códigos legales y las prácticas consuetudinarias aún tratan a las mujeres como ciudadanas de segunda clase, negándoles el derecho a ser propietarias de bienes, viajar libremente y obtener acceso a recursos económicos y productivos. En prácticamente todos los países la mujer está subrepresentada en cargos de liderazgo, y las cuestiones que le conciernen a ella en particular raramente se reflejan en la política fiscal. Como resultado, la mujer generalmente carece del poder necesario para decidir acerca de cuestiones básicas y tomar decisiones informadas acerca de su propia salud o sexualidad (442).

- hombres
  - INtroducción de cambios en las normas comunitarias

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro
- Cajas
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué hay detrás de la violencia?
- La cultura: un arma de doble filo
- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia: Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for

Estas niñas de Bolivia marchan en celebración del Día Internacional del Niño. La habilitación de la mujer no es sólo un valioso objetivo en sí mismo sino también una estrategia esencial para eliminar la violencia basada en el género. Alice Payne Merritt, JHU/CCP

La habilitación de la mujer generalmente se ve como un proceso a largo plazo, que tiene lugar en el nivel internacional, nacional, comunitario e individual. Sus objetivos son:

- Eliminar las leyes que discriminan contra las mujeres y los niños.
- Fortalecer a la mujer en funciones directivas y de adopción de decisiones.
- Incrementar el acceso de las mujeres y las niñas a la educación.
- Incrementar el acceso de las mujeres a los recursos económicos y la capacidad de éstas para controlarlos.
- Incrementar el acceso de las mujeres a la información sobre la salud y la capacidad de control de su propio cuerpo.
- Aumentar el amor propio de las mujeres y el sentido de autoridad personal.

Mundialmente, las redes de grupos de mujeres están trabajando a fin de lograr estos objetivos a través del activismo de base y la presión política para reformar las políticas y prácticas discriminatorias. La labor de organización de las mujeres ha rendido frutos notables. Por

Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Número publicado en colaboración con el:

Center for Health and Gender Equity

6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA
Téléfono: 301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose a: **change@genderhealth.org** or at **http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

ejemplo, en el último decenio, 24 países de América Latina y el Caribe han reformado leyes relacionadas con la violencia en el hogar, en gran medida a causa de la presión de los grupos de mujeres (346, 480).

Además, miles de ONG están trabajando para inculcar un mayor sentido de sus derechos entre las mujeres a través de la educación en derechos humanos, programas de educación jurídica, capacitación sobre el género y otras actividades de pequeños grupos. En Nepal, por ejemplo, la Fundación Asia patrocinó talleres sobre derechos humanos en 1998 para 90.000 mujeres campesinas a fin de educarlas acerca de sus derechos y de estimular la acción colectiva. En el mundo musulmán, el Instituto de Hermandad Femenina Mundial dirige talleres parecidos para las mujeres. En el manual publicado por el Instituto, titulado *Sin peligro y segura: Eliminación de la violencia contra la mujer*, se utilizan estudios de casos para desatar la discusión sobre asuntos como el matrimonio precoz, los crímenes en defensa del honor de la familia y la violencia marital (4). De acuerdo con el Instituto, “La mujer debe reclamar y reinterpretar su cultura a fin de alcanzar la meta de la autohabilitación” (417).

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

GUÍA ESPÉCIAL :

Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud respecto de la violencia en el hogar

Los dispensadores de atención de salud pueden ayudar a resolver el problema de la violencia contra la mujer si aprenden de qué manera preguntar a las clientes acerca de la violencia, reconocen mejor los signos que pueden distinguir a las víctimas de la violencia en el hogar o el abuso sexual, y ayudan a las mujeres a preparar un plan de seguridad personal para protegerse a sí mismas. Todos pueden hacer algo para ayudar a promover las relaciones no violentas.

Dispensadores de atención de salud: ¿somos nosotros parte del problema?

Los que abogan en pro de la mujer en los Estados Unidos se han referido por muchos años al sistema de "poder y control" para describir cómo algunos hombres recurren a la violencia para dominar a la pareja y mantener el control de la relación. La rueda de la derecha se ha adaptado de ese sistema para mostrar cómo el comportamiento de los dispensadores de atención sanitaria suele contribuir a la opresión de la mujer.

¿O somos parte de la solución?

Una rueda alternativa sugiere de qué manera los agentes de salud pueden habilitar a las mujeres para que superen el abuso*.

---

*Adaptado de : *The Medical Power & Control Wheel*. Preparado por el Domestic Violence Project, Inc., 6308 Eighth Ave., Kenosha, WI 53143, USA.

Esta guía fue preparada por el Center for Health and Gender Equity para *Population Reports*, *Para acabar con la violencia contra la mujer*, Serie L, No. 11, diciembre de 1999.

Cómo preguntar acerca del abuso

Un día, después de leer un folleto educativo sobre la violencia en el hogar, Richard Jones, ex presidente del Colegio Americano de gíneco-obstetricia, le preguntó a una antigua paciente si el marido le había pegado alguna vez. La respuesta lo dejó estupefacto: “Doctor Jones, no se imagina cuánto tiempo hace que espero esa pregunta” (242).

Cualquier dispensador de servicios puede ayudar mucho si “hace la pregunta”. Jones les pregunta ahora a todas sus pacientes acerca del abuso e incita a todos sus estudiantes a hacer lo mismo. El primer paso importante es considerar cómo introducir el tema y desarrollar la manera estándar de hacer la pregunta a todas las clientes. He aquí algunas opciones:

Introducir la pregunta

- "Antes de hablar sobre los anticonceptivos posibles, convendría saber un poco más sobre las relaciones con su pareja."
- "Como la violencia es común en la vida de la mujer, hemos empezado a hacer preguntas sobre el abuso a todas las clientes."
- "No sé si usted tiene este problema, pero la tensión en el hogar es un problema que enfrentan muchas de las clientes que vienen a verme. Algunas se sienten muy intimidadas o incómodas para mencionarlo ellas mismas, de modo que ahora hago habitualmente estas preguntas."

Preguntar indirectamente

- "Sus síntomas pueden estar relacionados con el estrés. ¿Tienden usted y su compañero a pelearse mucho? ¿Ha quedado lastimada alguna vez?"
- "Tiene su marido algún problema con el alcohol, las drogas o el juego por dinero? ¿Cómo influye eso en su manera de portarse con usted y los niños?"
- "Cuando considere qué método anticonceptivo le conviene, un factor importante es si puede o no anticipar el momento del acto sexual. ¿Siente usted en general que puede controlar el momento en que tendrá lugar? ¿Hay ocasiones en que su pareja puede forzarla a tener relaciones sexuales con él inesperadamente?"
- "¿Quiere algunas vez su compañero tener relaciones sexuales cuando usted no lo desea? ¿Qué ocurre en esos casos?"

Preguntar directamente

- "Como usted debe saber, estos días no es raro enterarse de que alguien ha sido emocional, física o sexualmente maltratada en algún momento de la vida, y que muchos años más tarde eso le afecte la salud. ¿Alguna vez le ha pasado eso?"

Cuando los dispensadores de atención de salud pregunten acerca de la violencia, las mujeres tendrán muchas cosas que contarles.

Sugerencia: discuta con sus colegas cómo responder con comprensión y respeto.

Fuentes: Center for Health and Gender Equity y Family Violence Prevention

- "He visto lesiones como la suya en personas que han sido golpeadas. ¿Es eso lo que le pasó a usted?"
- "¿Alguna vez le pegó o lastimó físicamente su compañero o ex compañero?"
- "¿La forzó alguna vez su compañero a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?"
- "¿Tuvo de pequeña alguna experiencia sexual desagradable?"

Preguntar para las historias clínicas o los formularios de ingreso de las pacientess

- "¿Tiene usted actualmente o ha tenido alguna vez una relación en la que recibió lesiones físicas, amenazas o se sintió atemorizada?"
- "¿Alguna vez la violaron o la forzaron a tener relaciones sexuales contra su voluntad?"
- "¿Tuvo alguna vez en la niñez experiencias sexuales indeseadas?"

Personal de salud: ¡Ojo con las "Banderas rojas"!

La mejor manera de descubrir una historia de abuso en las clientes es preguntarles sobre ello. Por otra parte, varios tipos de lesiones físicas, trastornos de salud y comportamiento de la cliente deberán despertar las sospechas del personal de salud de que hay violencia en el hogar o abuso sexual. En presencia de estos signos, o "banderas rojas", los dispensadores de atención deberán preguntar a las clientes acerca del posible abuso, recordando que deberán demostrar comprensión y respeto por la intimidad de la cliente.

Violencia en el hogar

- Trastornos crónicos, vagos, sin causa física obvia,
- Lesiones que no concuerdan con la explicación de la forma en que ocurrieron,
- Un compañero demasiado atento, dominador o reacio a separarse del lado de la mujer,

Abuso sexual

- El embarazo de niñas menores de 14 años de edad, no casadas,
- Infecciones de transmisión sexual en niños o jovencitas,
- Prurito o pérdida de sangre vaginal,

- Lesión física durante el embarazo,
- Comienzo tardío de la atención prenatal,
- Historia de intento de suicidio o pensamientos suicidas,
- Demora en buscar tratamiento para las lesiones recibidas,
- Infección de las vías urinarias,
- Síndrome crónico de intestino irritable,
- Dolor pelviano crónico.
- Defecación o micción dolorosa,
- Dolor abdominal o pelviano,
- Problemas sexuales, ausencia de placer,
- Vaginismo (espasmos de los musculos alrededor de la abertura de la vagina),
- Ansiedad, depresión, comportamiento autodestructivo,
- Problemas para dormir,
- Historia de síntomas físicos crónicos, inexplicados,
- La paciente tiene dificultad con los exámenes pelvianos o los evita,
- Problemas con el alcohol y las drogas,
- Falta de inhibiciones sexuales,
- Obesidad extrema.

Fuente: Center for Health and Gender Equity y Family Violence Prevention Fund (460).

Preparación de un plan para ponerse a salvo

Los dispensadores de atención pueden ayudar a las mujeres a protegerse de la violencia en el hogar, aun si no están preparadas para dejar el hogar o denunciar al compañero agresor ante las autoridades. Si las clientes tienen un plan personal para ponerse a salvo, serán más capaces de enfrentar episodios violentos. El personal de salud puede examinar estos puntos y ayudar a cada una a planear su propio plan para sentirse segura.

- Piense a cuál o cuáles de sus vecinos puede hacerles saber la violencia a que está expuesta y pídales que busquen ayuda si oyen alboroto en su casa.
- Si parece inevitable tener una disputa, trate de que sea en una habitación o lugar de donde pueda salir fácilmente. Manténgase fuera de cualquier habitación en la que haya armas.
- Practique cómo dejar su casa sin peligro. Fíjese qué puertas, ventanas, ascensor o escaleras serían más convenientes.
- Tenga preparado un bolso con un juego de llaves, dinero, documentos importantes y ropa. Déjelo en la casa de un pariente o vecino por si tiene que irse de su casa de prisa.

- Invente una palabra en clave para usar con sus hijos, familia, amigos y vecinos cuando necesite ayuda de urgencia o quiera que llamen a la policía.
- Decida adónde ir si tiene que dejar su casa y tenga un plan preparado para dirigirse allí (aunque no piense que ha de tener que irse).
- Siga sus instintos y apreciación de la situación. Si la situación es peligrosa, considere dar al agresor lo que demanda para calmarlo. Usted tiene el derecho de protegerse y de proteger a sus hijos.
- Recuerde: usted no merece que le peguen o amenacen.

Fuente: Adaptado de Buel, 1995 (49).

Cómo promover las relaciones no violentas donde quiera que esté

Todos pueden hacer algo para promover las relaciones no violentas.

El personal de salud puede:

- Educarse acerca del abuso físico, sexual y emocional y explorar sus propios prejuicios, temores e ideas tendenciosas.
- Proporcionar atención estimulante y objetiva a las víctimas de la violencia.
- Preguntar a las clientes acerca del abuso de manera cordial y cortés.

Los directores de programas de salud reproductiva pueden:

- Establecer medidas y procedimientos para preguntar a las clientes acerca del abuso.
- Establecer protocolos que indiquen claramente la atención y el envío apropiados de las víctimas del abuso a otros centros.
- Promover el acceso a la anticoncepción de emergencia.
- Poner sus instalaciones a disposición de los grupos de mujeres que tratan de organizar grupos de apoyo y celebrar reuniones.

Los líderes comunitarios y religiosos pueden:

- Pedir comprensión, compasión e interés por las víctimas de la violencia.
- Disputar las interpretaciones religiosas que justifican la violencia y el abuso de la mujer.
- Ofrecer santuario temporal en sus establecimientos de culto a las mujeres en crisis.
- Proporcionar orientación emocional y espiritual a las víctimas del abuso.
- Apoyar los esfuerzos de las mujeres maltratadas para abandonar las relaciones que las ponen en peligro.
- Integrar las discusiones sobre relaciones sanas y libres de violencia en los programas de educación religiosa.

Los medios de difusión pública pueden:

- Respetar la vida privada de las víctimas de violación y no dar a conocer sus nombres sin su permiso.
- Evitar el sensacionalismo al referirse a los casos de violencia contra la mujer, presentar los acontecimientos en su propio contexto y aprovecharlos como oportunidad para informar y educar.

- Proporcionar espacio gratuito en el éter o en la prensa para transmitir mensajes sobre la violencia basada en el género y anuncios de los servicios disponibles.
- Reducir la cantidad de violencia presentada en la televisión.
- Crear programas de radio y televisión socialmente responsables que presenten relaciones equitativas y no violentas entre los hombres y las mujeres.
- Crear programas que susciten el diálogo público sobre la coerción sexual, la violación y el abuso.

Los padres pueden:

- Abstenerse de discutir delante de sus hijos.
- Enseñar a sus hijos a respetarse a sí mismos y a los demás.
- Fomentar la salud, la seguridad y el desarrollo intelectual tanto de sus hijas como de sus hijos, y estimular la autoestima.
- Evitar pegar a los hijos; recurrir, en cambio, a formas no violentas de disciplina.
- Enseñar a los hijos maneras no violentas de resolver los conflictos.
- Conversar con los hijos sobre la sexualidad, el amor y las relacio

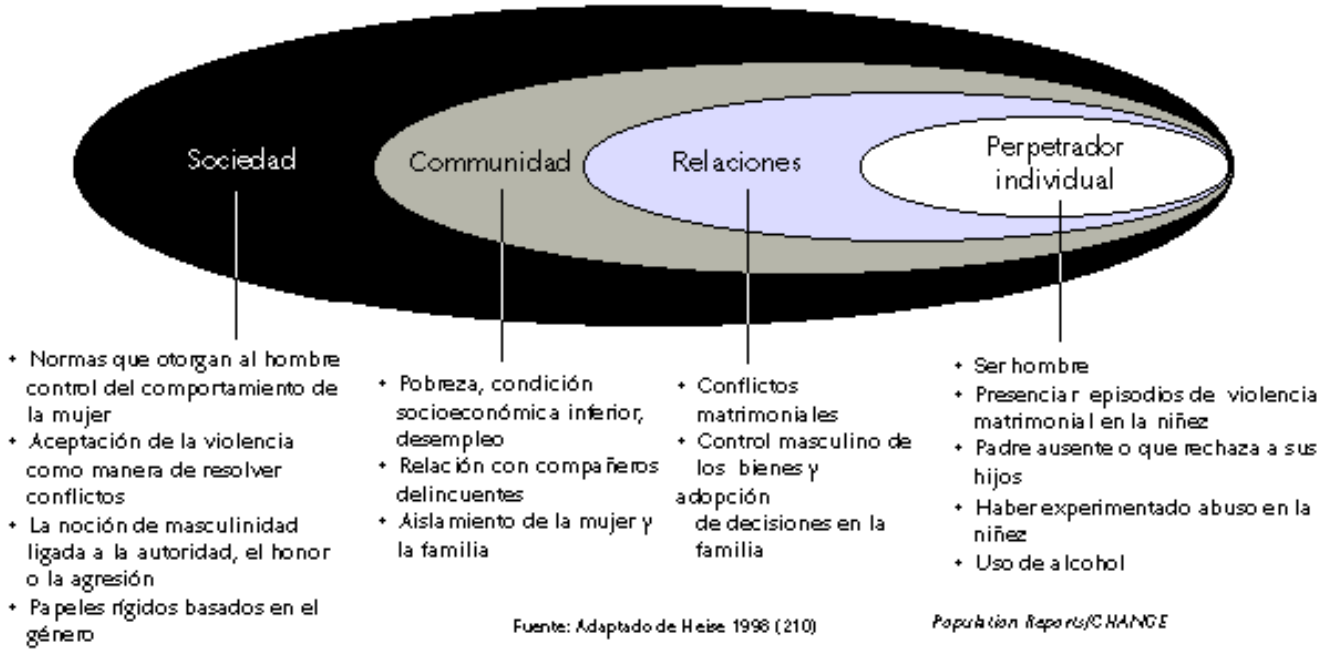
Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Figures

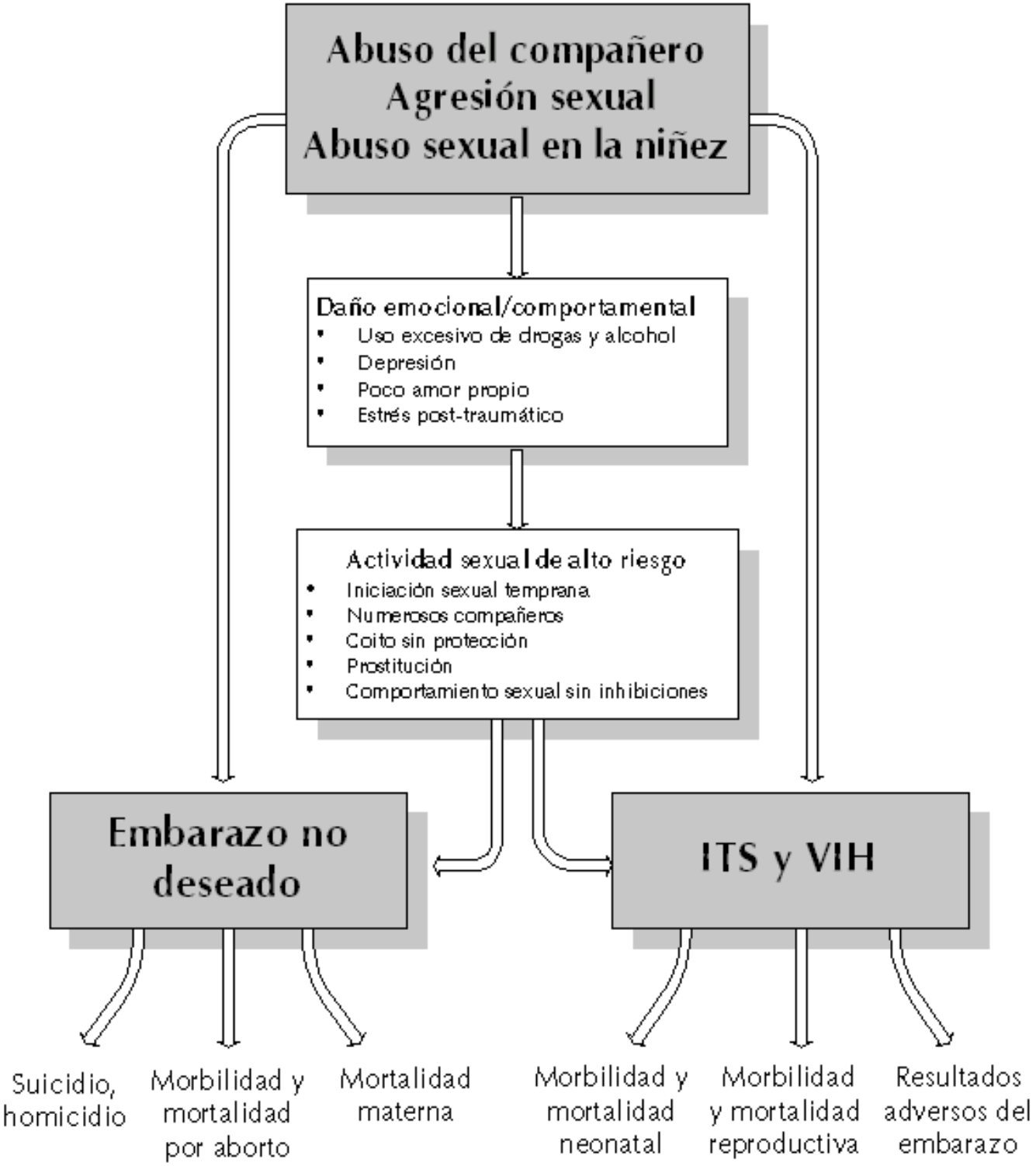
Figura 1. Modelo ecológico de los factores relacionados con el abuso por parte del compañero
Figura 2. Violencia contra la mujer: caminos directos e indirectos que llevan al embarazo no deseado y a las infecciones de transmisión sexual
Figura 3. Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer
Figura 4. Abuso del compañero y salud de los niños, Nicaragua

Figura 1. Modelo ecológico de los factores relacionados con el abuso por parte del compañero



Regresar al capitulo 2.4

Figura 2. Violencia contra la mujer: caminos directos e indirectos que llevan al embarazo no deseado y a las infecciones de transmisión sexual



ITS = infecciones de transmisión sexual
HIV = virus de la inmunodeficiencia humana (que causa el SIDA)
Fuente: Adaptado de Heise et al., 1995 (211)

Population Reports/CHANGE

Regresar al capitulo 4

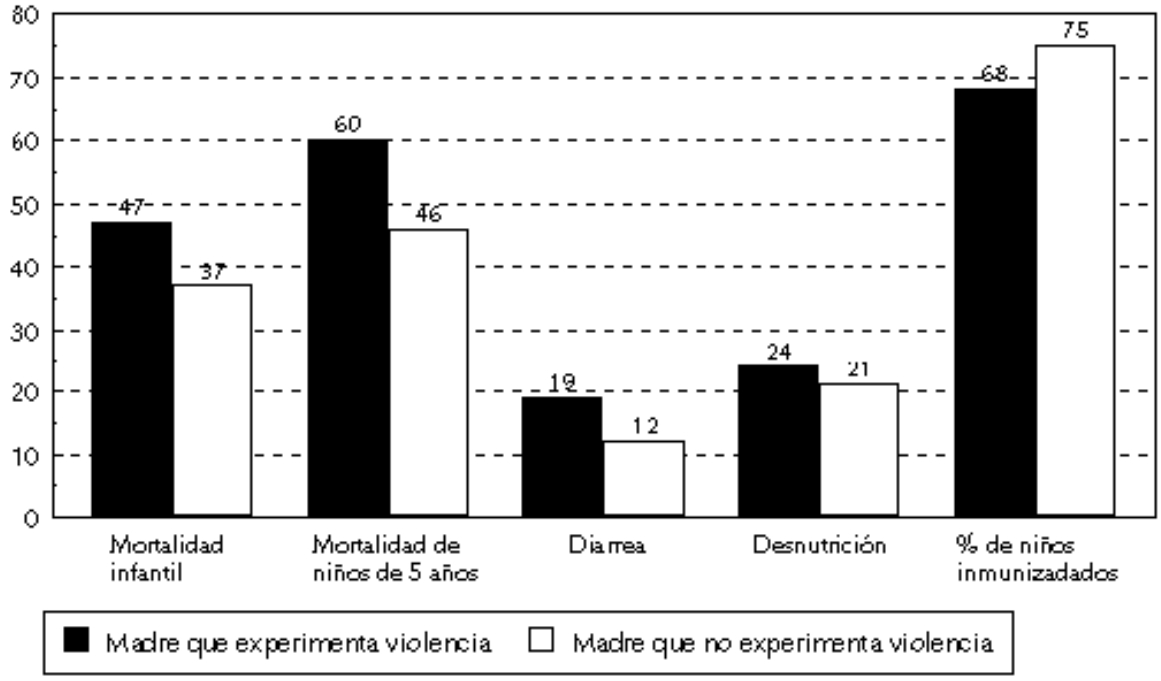
Figura 3. Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer

Fuente: Center for Health and Gender Equity (CHANGE)

Population Reports

Regresar al capitulo 5.1

Figura 4. Abuso del compañero y salud de los niños, Nicaragua



Todas las diferencias son significativas al nivel de $p < .05$
Fuente: Rosales Ortiz 1999 (386)

Population Reports/CHANGE

Regresar al capitulo 5.4

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Cuadros

Cuadro 1. Agresión física a la mujer por un compaero íntimo
Cuadro 2. Aprobación de la pr ctica de golpear a la esposa
Cuadro 3. Búsqueda de ayuda por mujeres físicamente maltratadas
Cuadro 4. Variaciones en las actitudes de los hombres y tasas de abuso
Cuadro 5. Prevalencia del primer coito forzado
Cuadro 6. Prevalencia del abuso sexual en la niñez
Cuadro 7. Cómo pueden responder los sistemas de atención de salud
Cuadro 8. Aplicación de estrategias de comunicación para abordar la violencia

Cuadro 1.

Agresión física a la mujer por un cmpañero íntimo

Estudios basados en determinadas poblaciones, 1982 1999

Región, lugar y año del trabajo sobre el terreno (No. ref.)	*Cobertura*	*Muestra*			*% de mujeres adultas físicamente agredidas por un compañero íntimo*		
		Tamaño	*Población**	*Edad*	*En los 12 meses anteriores*	*En la relación actual*	*Alguna vez (en cualquier relación)*
ÁFRICA, SUBSAHARIANA							
Ethiopía 1995 *(110)*	Meskanena Woreda	673	2	15+	10[h]		45
Kenya 1984 87 *(362)*	Distrito de Kisii	612	7	15+		42	
Nigeria 1993P *(331)*	No especificado	1,000	1				31[a]
Sudáfrica 1998 *(235)*	Cabo Oriental Mpumalanga Provincia del Norte	396 418 465	3 3 3	18 49 18 49 18 49	11[b] 12[b] 5[b]		20[b] 29[b] 20[b]
Sudáfrica 1998 *(281)*	Nacional	5,077	2	15 49	6		13

Uganda1995 96 *(33)*	Distritos de Lira y Masaka	1,660	2	20 44		41	
Zimbabwe 1996 *(464)*	Provincia de Midlands	966	1	18+			17[c]
ASIA Y EL PACÍFICO							
Australia 1996 *(490)*	Nacional	6,300	1		3[c]	8[c]	
Bangladesh 1992 *(407)*	Nacional (aldeas)	1,225	2	<50	19		47
Bangladesh 1993 95 *(422)*	Nasirnagar Thana	3,611	2			32	
Bangladesh 1993 *(255)*	Jessore y Sirajgonj (rural)	10,368	2	15 49		42[d]	
Camboya 1996P *(325)*	Phnom Penh y 6 prov.	1,374	3				16
Corea, Rep. de 1989 *(253)*	Nacional	707	2	20+	38/12[f]		
Filipinas 1993 *(323)*	Nacional	8,481	5	15 49			10[d]
Filipinas 1998 *(57)*	Ciudad Cagayan de Oro y Provincia de Bukidnon	1,660	2	15 49			26
India 1993 94 *(233)*	Tamil Nadu Uttar Pradesh	859 983	2 2	15 39 15 39		37 45	
India 1995 96 *(288)*	Uttar Pradesh, 5 dist.	6,695	4	15 65		30	
India 1999 *(496)*	6 states	9,938	3	15 49	14[e]		40/26[f]
Nueva Zelandia 1994 *(272)*	Nacional	2,000	6	17+	21[g]		35[g]

Papúa N. Guin. 1982 *(437)*	Nacional, rural (aldeas)	628	3**				67
Papúa N. Guin. 1984 *(366)*	Port Moresby (bajos ingresos)	298	3**				56
Tailandia 1994 *(215)*	Bangkok	619	4	15 49		20	
EUROPA							
Moldova 1997 *(410)*	Nacional	4,790	3	15 44	7+		14+
Noruega 1989P *(403)*	Trondheim	111	3	20 49			18
Países Bajos 1986 *(383)*	Nacional	989	1	20 60			21/11[a,f]
Reino Unido 1993P *(308)*	Norte de Londres	430	1	16+	12[a]		30[a]
Suiza 1994 96 *(383)*	Nacional	1,500	2	20 60	6[g]		21[g]
Turquía 1998 *(223)*	Anatolia E. y SE.	599	1	14 75			58[a]
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE							
Antiqua 1990 *(200)*	Nacional	97	1	29 45			30[c]
Barbados 1990 *(494)*	Nacional	264	1	20 45			30[a,g]
Bolivia 1998 *(338)*	3 distritos	289	1	20+	17[a]		
Chile 1993P *(268)*	Santiago metrop. y prov.	1,000	2	22 55		26/11[f]	
Chile 1997 *(312)*	Santiago	310	2	15 49	23		

Colombia 1995 *(337)*	Nacional	6,097	2	15 49		19	
México 1996 *(363)*	Guadalajara metrop.	650	3		15		27
México 1996P *(191)*	Monterrey	1,064	3	15+			17[g]
Nicaragua 1995 *(130)*	León	360	3	15 49	27/20[f]		52/37[f]
Nicaragua 1997 *(163, 312)*	Managua	378	3	15 49	33/28[f]		69
Nicaragua 1998 *(386)*	Nacional	8,507	3	15 49	12/8[f]		28/21[f]
Paraguay 1995 96 *(76)*	Nacional, excepto reg. del Chaco	5,940	3	15 49			10
Perú 1997 *(188)*	Lima metrop. (ingresos medianos y bajos)	359	2	17 55	31		
Puerto Rico 1995 96 *(105)*	Nacional	5,755	3	15 49			13[b]
Uruguay 1997 *(440)*	Montevideo y Canelones	545	2**	22 55	10[g]		
CERCANO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE							
Egipto 1995 96 *(132)*	Nacional	7,121	3	15 49	16[d]		34[b]
Israel 1994 *(197)*	Cisjordania y Gaza (Palestinas)	2,410	2	17 65	52/37[f]		
Israel 1997P *(196)*	Arabes, excepto beduinos	1,826	2	19 67	32		
NORTEAMÉRICA							

Canadá 1993 *(378)*	Nacional	12,300	1	18+	3[c,g]		29[c,g]
Canadá 1991 92 *(367)*	Toronto	420	1	18 64			27[a]
E.E.U.U. 1993 *(436)*	Nacional	8,000	1	18+	1.3[a]		22[a]

*Los porcentajes se dan en cifras redondeadas a números enteros**
La "P" después del año indica el año de publicación de los estudios que no dan a conocer las fechas del trabajo sobre el terreno.
**Población entrevistada:*
1 = todas mujeres
2 = mujeres actualmente casadas/en unión libre
3 = mujeres alguna vez casadas/en unión libre
4 = hombres casados que declararon haber recurrido a la violencia contra la esposa
5 = mujeres que resultaron embarazadas
6 = todos los hombres que declararon haber recu-rrido a la violencia contra la pareja
7 = mujeres casadas; la mitad que resultaron embarazadas y la otra mitad no.
***Técnicas de muestreo no aleatorio utilizadas.*
[a]*El grupo de muestra incluía mujeres que nunca habían estado en una relación y por ende no estaban en el grupo expuesto.*
[b]*asa de abuso por el compañero entre las mujeres alguna vez casadas/en unión libre, vuelto a calcular a partir de los datos del autor.*
[c]*Aunque en la muestra se incluyen todas las mujeres, se muestra la tasa de abuso de las mujeres alguna vez casadas/en unión libre (N no se dan).*
[d]*El agresor podría ser un familiar o amigo íntimo.*
[e]*Abuso grave*
[r]*Todo abuso físico/abuso físico grave solamente*
[g]*Agresión física o sexual*
[h]*En los últimos 3 meses*

Compilado por el Center for Health and Gender Equity (CHANGE) para ***Population Reports***

Regresar al capitulo 2.1

Cuadro 2.

Aprobación de la práctica de golpear a la esposa

Porcentaje según el racional, estudios diversos, 1985 1999

País y año (No. ref.)	***Entrevistados***	***Ella desatiende a los hijos y/o la casa***	***Ella se rehúsa a tener relaciones sexuales***	***El sospecha que ella comete adulterio***	***Ella contesta mal o le desobedece***
Brazil (Salvodor, Bahia) 1999 *(348)*	H M	— —	— —	19[a] 11[a]	— —
Chile (Santiago) 1999 *(348)*	H M	— —	— —	12[a] 14[a]	— —
Colombia (Cali) 1999 *(348)*	H M	— —	— —	14[a] 13[a]	— —
Egipto 1996 *(132)*	M urbanas M rurales	40 61	57 81	— —	59 78
El Salvador (San Salvador) 1999 *(348)*	H M	— —	— —	5[a] 9[a]	— —
Ghana 1999[b] *(23)*	H M	— —	43 33	— —	— —
India (Uttar Pradesh) 1996 *(319)*	H	—	—	—	10–50
Israel (Palestinos) 1996[c] *(195)*	H	—	28	71	57
Nicaragua 1999[f] *(386)*	M urbanas M rurales	15 25	5 10	22 32	— —
Nueva Zelandia 1995 *(272)*	H	1	1	5[d]	1[e]

Papúa New Guinea 1985 *(39)*	M escuela secundaria H escuela secundaria	— —	— —	— —	59[g] 63[g]
Singapur 1996 *(83)*	H	—	5	33[h]	4
Venezuela (Caracas) 1999 *(348)*	H M	— —	— —	8[a] 8[a]	— —

M = mujeres
H = hombres
Nota: indica que no se hizo la pregunta
[a] *"La mujer infiel merece que la golpeen."*
[b]*Además, 51% de los hombres y 43% de las mujeres concordaron en que "se justifica que el marido le pegue" a la esposa si ella practica la planificación familiar sin que él lo sepa.*
[c]*Además, 23% concordaron en que "está justificado golpear a la esposa" si ella no respeta a los parientes del marido.*
[d]*"La encuentra en la cama con otro hombre."*
[e]*"No hace lo que le se dice."*
[f]*Además, 11% de las mujeres urbanas y 23% de las mujeres rurales concordaron en que "se justifica que el marido golpee" a la esposa si ésta sale sin su permiso.*
[g]*"Le habla sin ningún respeto."*
[h]*"Está sexualmente envolucrada con otro hombre."*
Compilado por el Center for Health and Gender Equity para ***Population Reports****.*

Regresar al capitulo 2.2

Cuadro 3.

Búsqueda de ayuda por mujeres físicamente maltratadas

Diversos estudios, 1993 1999

País y año (No. ref.)	***% de mujeres maltratadas que:***			
	Nuncadijeron nada a nadie	***Se dirigieron a la policía***	***Le contaron a los amigos***	***Le contaron a la familia***
Bangladesh 1993 *(255)*	68	—	—	30
Canad 1993 *(240)*	22	26	45	44

Camboya 1996P *(325)*	34	1	33	22
Chile 1993 *(268)*	30	16	14	32[a]
Egipto 1995 96 *(132)*	47	—	3	44
Irlanda 1995P *(330)*	—	20	50	37
Moldova 1997 *(410)*	—	6	30	31
Nicaragua 1998 *(386)*	37	17	28	34
Reino Unido 1993P *(308)*	38	22	46	31

[a]32% le contaron a la familia de ellas; 21% le contaron a la familia de él.
La "P" después del año indica el año de publicación de los estudios que no dieron a conocer las fechas del trabajo sobre el terreno.
Compilado por el Center for Health and Gender Equity para ***Population Reports.***

Regresar al capitulo 2.3

Cuadro 4.

Variaciones en las actitudes de los hombres y tasas de abuso

Diversos distritos, Uttar Pradesh, India, 1995 1996

Distrito	***% que admiten forzar el coito a la esposa***	***% que concuerdan en que si la esposa desobedece, hay que golpearla***	***% que admiten golpear a la esposa***	***% que golpearon a la esposa el año anterior***
Aligarh	31	15	29	17
Banda	17	50	45	33
Gonda	36	27	31	20
Kanpur Nagar	14	11	22	10
Naintal	21	10	18	11

Source: Narayana 1996 (319)

Regresar al capitulo 2.4

Cuadro 5.

Prevalencia del primer coito forzado

Diversos estudios, 1989 1999

País y año (No. ref.)	***Muestra***			***% cuyo primer coito fue forzado***
	Tamaño	***Tipo***	***Edad***	
Argentina 1998 *(168)*	201	De dispensarios	15 18	6 (41[a])
Estados Unidos 1992 *(270)*	1,663	Nacional	18 59	4 (25[a])
Estados Unidos 1995 *(3)*	10,847	Nacional	15 44	7,8/22,1[d]
Jamaica 1997 *(226)*	51[b]	De escuelas	8o. grado	12
Kenya 1994 *(334)*	9,997	De escuelas	12 24	8 forzadas 6 "engañadas"
Mozambique 1993 *(17)*	189	De escuelas	12 23	8
Nueva Zelandia 1993 94 *(112)*	458	Nacional, longitudinal	18 & 21	7 25[c]
Rep. Centroafricana 1989 *(79)*	1,307	Nacional	15 50	21
Sierra Leone 1998P *(87)*	144	Conveniente	adult	31
Sudáfrica 1999 *(453)*	544[b]	Casos y controles equiparados	<19	32 embarazadas 18 no embarazadas

[a]No deseado, pero no forzado
[a]Niñas sexualmente activas solamente
[a]De las sexualmente activas, antes de los 14 años
[a]De las sexualmente activas, antes de los 15 años
La "P" después del año indica el año de publicación de los estudios que no dieron a conocer las fechas del trabajo sobre el terreno.
Compilado por el Center for Health and Gender Equity (CHANGE) para ***Population Reports.***

Regresar al capitulo 3.2

Cuadro 6.

Prevalencia del abuso sexual en la niñez

Diversos estudios, 1990 1998

País y año(No. ref.)	***M,todo y muestra del estudio***	***Definición de abuso sexual en la niñez***	***Prevalencia***
Alemania 1992 *(405)*	Cuestionario con numerosas preguntas respondido por 2.151 estudiantes en Würzburg y Leipzig	Actividad sexual perturbadora, con o sin contacto, < 14 años de edad; o si el perpetrador es 5+ años mayor	En Würzburg, 16% de las niñas, 6% de los varones; en Leipzig, 10% de las niñas, 6% de los varones declaran haber experimentado abuso
Antigua 1993 *(200)*	Muetra aleatoria de 97 mujeres	Contacto sexual no deseado o con un pariente biológico; o <16 años y el perpetrador es 5+ años mayor	11% de las mujeres declaran haber sido sexualmente explotadas antes de los 20 años
Australia 1997 *(156)*	Estudio retrospectivo de 710 mujeres	Contacto sexual <12 años y el perpetrador es 5+ años mayor; o actividad sexual no deseada a los 12-16 años de edad	20% de las mujeres declaran haber experimentado abuso
Barbados 1993 *(199)*	Muestra aleatoria nacional de 264 mujeres	Contacto sexual no deseado o con un pariente biológico; o < 16 años y el perpetrador es 5+ años mayor	30% de las mujeres declaran haber experimentado abuso
Canadá 1990 *(498)*	Encuesta de población de 9.953 hombres y mujeres de 15+ años de edad	Actividad sexual no deseada, con o sin contacto, cuando el niño está creciendo	13% de las mujeres, 4% de los hombres declaran haber experimentado abuso
Costa Rica 1992P *(497)*	Encuesta retrospectiva de estudiantes universitarios	Actividad sexual no deseada, con o sin contacto; no se especifican edades	32% de las mujeres, 13% de los hombres declaran haber experimentado abuso

España 1995 *(279)*	Entrevistas personales y cuestionarios administrados y respondidos por 895 adultos de 18-60 años de edad	Actividad sexual no deseada, con y sin contacto, < 17 años de edad	22% de las mujeres y 15% de los hombres declaran haber experimentado abuso
Estados Unidos 1997 *(471)*	Estudio nacional longitudinal por 10 años sobre el consumo de alcohol de las mujeres en el que se incluían preguntas sobre el abuso sexual, respondidas por 1.099 mujeres	Actividad sexual no deseada, con o sin contacto, < 18 años; o <13 años y el perpetrador es 5 + años mayor	21% de las mujeres declaran haber experimentado abuso
Estados Unidos (Medio Oeste) 1997 *(280)*	Cuestionario administrado y respondido por 42.568 estudiantes de los grados 7Ž12	"Abuso sexual", definido como "cuando alguien de tu familia u otra persona te hace cosas sexuales o te obliga a hacerle cosas sexuales que no quieres hacer"	12% de las niñas, 4% de los varones declaran haber experimentado abuso
Estados Unidos (Sur) 1994 *(317)*	Encuesta anónima respondida por 3.018 adolescentes de los grados 8 y 10	El coito forzado únicamente	13% de las niñas, 7% de los varones declaran haber experimentado abuso
Estados Unidos (Estado de Washington) 1997 *(424)*	Encuesta de selección múltiple de 3.128 niñas de los grados 8, 10 y 12	"Abuso sexual", definido como "cuando alguien de tu familia u otra persona te toca con intención sexual en un lugar que no querías que te tocara, o te hace algo sexualmente que no debía haber hecho."	23% de todas las niñas; 18% de las de 8o. grado, 24% de las del 10o. grado, 28% de las del 12avo. grado declaran haber experimentado abuso
Malasia 1996 *(415)*	Retrospectivo cuestionario administrado y respondido por 616 estudiantes paramédicos	Penetración vaginal o anal, contacto sexual no solicitado, o exhibicionismo presenciado por < 18 años de edad	8% de las mujeres, 2% de los hombres declaran haber experimentado abuso

Nicaragua 1997 *(336)*	Cuestionario anónimo administrado y respondido por 134 hombres y 202 mujeres de 25-44 años de edad extraídos de una muestra de población	Contacto sexual, inclusive el intento de penetración, <13 años y el perpetrador es 5+ años mayor; o actividad no consensual con > 12 años	26% de las mujeres, 20% de los hombres declaran haber experimentado abuso
Noruega (Oslo) 1996 *(354)*	Muestra de población de 465 adolescentes de 13-19 años de edad, seguidos durante 6 años	Contacto sexual, incluido el "coito después de presionar" entre una criatura < 13 años y un adulto > 17 años; o con aplicación de fuerza	17% de las niñas, 1% de los varones declaran haber experimentado abuso
Nueva Zelandia 1997 *(149)*	Cohortes de nacimiento de 520 niñas, estudiadas desde su nacimiento hasta los 18 años de edad	Actividad sexual no deseada, con o sin contacto, <16 años de edad	14% de las niñas declaran haber experimentado abuso con contacto; 17% declaran abuso de todo tipo
Suiza (Ginebra) 1996 *(198)*	Cuestionario administrado y respondido por 1.193 estudiantes del noveno grado	Actividad sexual no deseada, con o sin contacto	20% de las niñas, 3% de los varones declaran haber experimentado abuso con contacto; 34% de las niñas, 11% de los varones declaran abuso de todo tipo
Suiza (Nacional) 1998 *(501)*	Encuesta nacional de 3.993 niñas de 15-20 años de edad, inscritas en escuelas o en programas de capacitación profesional	"Opresión sexual", definida como "cuando alguien de tu familia u otra persona te toca en un lugar que no querías que te tocara, o te hace algo sexualmente que no debía haber hecho"	19% de las niñas declaran haber experimentado abuso

La "P" despu,s del año indica el año de publicación de los estudios que no dieron a conocer las fechas del trabajo sobre el terreno.
Compilado por el Center for Health and Gender Equity (CHANGE) para ***Population Reports.***

Regresar al capitulo 3.3

Cuadro 7.

Cómo pueden responder los sistemas de atención de salud

Que pueden hacer los agentes de diferentes niveles para ayudar a plantear la violencia contra la mujer

Nivel de comunidad		
El personal habitual comprende:	***Respuesta de primer orden***	***Respuesta adicional más avanzada***
Agentes de salud comunitarios Parteras tradicionales capacitadas Curanderos tradicionales Farmacéuticos	• Integrar las lecciones sobre elabuso, la sexualidad y lasrelaciones sanas en la capacitación de los agentes de salud ylas parteras tradicionales. Objetivo: sensibilizar a los agentes de salud y ayudarles a responder con comprensión a las víctimas del abuso.	• Instar a los agentes de salud a convertirse en agentes activos de la reforma comunitaria, para lo cual: — iniciar n discusiones públicas sobre la violencia mediante dramatizaciones, carteles y eventos comunitarios, — organizarán talleres para cambiar las normas y actitudes de la comunidad. • Enseñar a los agentes de salud a facilitar grupos de apoyo para las mujeres maltratadas. • Instar a los agentes de salud a acompañar a las mujeres a la policía y a la oficinadel médico forense cuando éstas quieran denunciar actos de violación o agresión en el hogar.
Nivel de atención primaria		
El personal habitual comprende:	***Respuesta de primer orden***	***Respuesta adicional más avanzada***
El personal habitual comprende: Posta sanitaria: Enfermeras Enfer. obstétricas aux. Dispensario: Médico general Parteras	• Sensibilizar al personalrespecto de la violencia paralo cual se le impartirá capacitación empírica en la que se examinarán las actitudes y creencias.	Todo lo antedicho, y además: • Enseñar al personal a reconocer a las víctimas del abuso y a responder de manera apropiada. • Instar a tener la documentación apropiada y planes para ponerse a salvo. • Facilitar la conexión con los grupos locales de mujeres donde éstos existan. • Exhibir carteles y folletos en las

		salas de espera.
Nivel de policlínico u hospital		
El personal habitual comprende:	***Respuesta de primer orden***	***Respuesta adicional más avanzada***
Parteras Médicos generales Médicos especialistas Trabajadores sociales	• Enseñar al personal areconocer a las víctimas delabuso y a responder de manera apropiada. • Instar a tener la documentación apropiada y planes para ponerse a salvo. • Facilitar la conexión con los grupos locales de mujeres donde éstos existan. • Exhibir carteles y folletos en las salas de espera.	• Iniciar el examen activo para detectar abuso entre determinados grupos de pacientes,como por ej., en dispensarios de atención prenatal, servicios de emergencia, dispensarios de salud mental. • Confeccionar protocolos para cada lugar en particular a fin de responder a las víctimas. • Incorporar las preguntas sobre el abuso en los formularios de ingreso o el programa de entrevistas de la paciente; en los formularios existentes pueden estamparse los recordatorios con un sello de goma. • Organizar un grupo de apoyo personal para las mujeres o abrir el establecimiento a grupos que estén dispuestos a hacerlo. • Coordinar con un grupo local de mujeres la posibilidad de tener un promotor que acudaa ayudar a las mujeres maltratadas (o capacitar para ello a alguien del personal). • Establecer servicios especializados para las víctimas de agresión sexual, que se ocupe inclusive de la recolección de pruebas forenses.
Preparado por el Center for Health and Gender Equity (CHANGE) para Population Reports.		

Regresar al capitulo 7.4

Cuadro 8.

Aplicación de estrategias de comunicación para abordar la violencia

Enfoque de la comunicación para los distintos auditorios

Estrategias para los clientes/integrantes de la comunidad	***Estrategias para los dispensadores de atención sanitaria***
Si el auditorio está compuesto de adultos	
• Llevar a cabo talleres y campañas para quitar legitimidad a la violencia comomanera de resolver conflictos o para disciplinar¦ a las mujeres o los niños. • Destacar la prevalencia del abuso y los costos que impone a las familias y la sociedad (por ej., los efectos de ser testigo de actos de violencia en la niñez). • Promover las respuestas de apoyo (no culpar) a las víctimas del abuso físico o sexual, valerse del teatro callejero, medios de comunicación alternativos y campañas de educación pública. • Integrar guiones sobre el abuso físico y sexual en los programas televisivos y radiofónicos, especialmente en obras producidas para promover la salud reproductiva. • Asegurar que todos los proyectos de comunicación por los medios de difusión producidos para promover la planificación familiar u otras metas sanitarias promuevan la igualdad de los géneros mediante la presentación de mujeres competentes y hombres solícitos. • Llevar a cabo campañas de salud para desalentar el uso de alcohol y drogas. • Promover los derechos humanos , la educación y otras maneras de habilitar a la mujer.	• Insistir en el papel clave que los dispensadores de atención sanitaria pueden desempeñar en la detección temprana, tratamiento y envío a centros apropiados de las víctimas de la violencia. • Educar a los dispensadores de atención sobre las consecuencias a largo plazo del abuso físico y sexual. • Promover una ética de atención de modo que el personal sanitario pueda sentirse responsable de la persona íntegra, no sólo de los síntomas de la personas.
Si el auditorio está compuesto de niños	

• Promover la preparación para la vida activa en el ámbito escolar y extraescolar; incluir asignaturas apropiadas sobre sexualidad, resolución de conflictos, desarrollo de relaciones sanas y seguridad personal. • Iniciar campañas especializadas para prevenir la violencia, por ejemplo, "Las manos no son para golpear."	• Advertir a los dispensadores de atención acerca de la prevalencia y epidemiología del abuso en la niñez, incluido el abuso sexual. • Educar a los dispensadores de atención sobre las consecuencias a largo plazo del abuso a tierna edad, tanto sexual como no sexual. • Instar a los dispensadores de atención a promover formas no físicas de disciplina infantil.
Si el auditorio está compuesto de adolescentes	
• Impartir educación sexual integral, incluidos ejercicios en los que se examinen las normas relativas al género, el criterio acomodaticio para el comportamiento sexual de los hombres y las mujeres; dramatizaciones sobre la manera de resistir la presión para participar en tipos de comportamiento sexual no deseados. • Capacitar a los varones y las niñas (primero por separado y luego en grupos mixtos) para hablar sobre las relaciones, el amor, la cólera, los celos y el abuso. Educar a las jóvenes acerca de sus derechos.	• Advertir a los dispensadores de atención acerca de la gran posibilidad de abuso sexual en casos de ITS o embarazo en niñas menores de 14 años. • Ayudar a los dispensadores de atención a confrontar sus propias actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes, los papeles apropiados de los géneros y las víctimas de violación o abuso.
Preparado por el Center for Health and Gender Equity (CHANGE) para Population Reports.	

Regresar al capitulo 7.4

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Cajas

Las organizaciones mundiales opinan
Marco de referencia para comprender la violencia por parte de la pareja
La cultura: un arma de doble filo
Programas de salud reproductiva de vanguardia
Fortalecimiento de la respuesta de los servicios de salud: Lecciones aprendidas
Primeros pasos prioritarios

Las organizaciones mundiales opinan

En los años noventa la violencia contra la mujer surgió como centro de atención e interés de las organizaciones internacionales.

- En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Resolución de las Naciones Unidas 48/104 (444).
- Tanto en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 como en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 en Beijing, las organizaciones de mujeres de distintas partes del mundo abogaron por la terminación de la violencia basada en el género como problema de alta prioridad (479). El Programa de Acción de El Cairo reconoció que la violencia basada en el género es un obstáculo para la salud y los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing dedicó una sección entera al tema de la violencia contra la mujer.
- En marzo de 1994 la Comisión sobre Derechos Humanos designó a la primera Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer y la autorizó a investigar los abusos de los derechos humanos de la mujer (479).
- En 1994 la Organización de Estados Americanos (OEA) negoció la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Desde 1998, 27 países latinoamericanos han ratificado la convención (82).
- En mayo de 1996 la 49ava. Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución (WHA49.25) en la que se declara la violencia como una prioridad de salud pública (479). La OMS está auspiciando, junto con el Center for Health and Gender Equity (CHANGE) y la London School of Hygiene and Tropical Medicine, un estudio multinacional sobre la salud de la mujer y la violencia en el hogar.
- En septiembre de 1998 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) reunió a 400 expertos de 37 países para discutir las causas y los costos de la violencia en el hogar, y las políticas y programas para abordarla. El BID financia actualmente proyectos de investigación y demostración sobre la violencia contra la mujer en seis países de América Latina.
- En 1998 UNIFEM lanzó campañas regionales en Africa, Asia y el Pacífico y América Latina destinadas a llamar la atención sobre el problema de la violencia contra la mujer en el mundo

(502). UNIFEM también administra el Fondo Fiduciario en Apoyo de las Medidas para Eliminar la Violencia contra la Mujer, iniciativa que desde 1996 ha desembolsado US$3,3 millones para 71 proyectos en distintas partes del mundo (503).
- En 1999 El Fondo de Población de las Naciones Unidas declaró que la violencia contra la mujer es “una prioridad de la salud pública” (445).

Regresar al capitulo 1

Marco de referencia para comprender la violencia por parte de la pareja

¿Qué es lo que causa la violencia contra la mujer? Cada vez más, los investigadores están valiéndose de un “marco de referencia ecológico” para comprender la interacción de los factores personales, situacionales y socioculturales que se combinan para causar abuso (118, 210). En este modelo, la violencia contra la mujer resulta de la interacción de factores en diferentes niveles del medio social.

El modelo puede visualizarse mejor como cuatro círculos concéntricos. El círculo interior representa los antecedentes biológicos y personales que influyen en el comportamiento del individuo en sus relaciones. El segundo círculo representa el contexto inmediato en que el abuso tiene lugar —por lo común la familia u otra relación de trato íntimo. El tercer círculo representa las instituciones y estructuras sociales, tanto formales como informales, en las que se desarrollan las relaciones— el barrio, el lugar de trabajo, las redes sociales y los grupos de compañeros. El cuarto círculo exterior representa el medio económico y social, incluidas las normas culturales.

Una amplia variedad de estudios coinciden en cuáles son los factores que en cada uno de estos niveles aumentan la probabilidad de que un hombre maltrate a la compañera.

- **En el plano individual**, son factores el maltrato sufrido en la niñez, la violencia marital en el hogar en presencia del niño (218, 310), la ausencia o el rechazo del padre (118) y el uso de alcohol con frecuencia (30, 263, 291, 310, 339, 352).
- **En el plano de la familia y las relacione**, los estudios transculturales han citado el control masculino de los bienes y la adopción de decisiones dentro de la familia (275, 339) y los conflictos conyugales como factores predictivos del abuso (215, 219).
- **En el plano comunitario**, el aislamiento de la mujer y la falta de apoyo social, junto con los grupos de contemporáneos del sexo masculino que toleran y legitiman la violencia de los hombres, predicen tasas mayores de violencia (159, 255, 339).
- **En el plano social**, los estudios de diversas partes del mundo revelan que la violencia contra la mujer es más común en lugares donde los papeles basados en el género están rígidamente definidos e impuestos (210) y donde el concepto de masculinidad está ligado a la dureza, el honor masculino o la autoridad (95, 393). Otras normas culturales relacionadas con el abuso son la tolerancia del castigo físico de las mujeres y los niños, la aceptación de la violencia

como medio de resolver las disputas personales, y la percepción de que las mujeres son "propiedad" de los hombres (210, 275, 310, 340).

Al combinar los factores de riesgo en el plano individual con los datos de los estudios transculturales, el modelo ecológico contribuye a que se entienda por qué algunas sociedades y algunos individuos son más violentos que otros y también por qué la mujer, particularmente la esposa, es constantemente víctima de abuso.

La cultura: un arma de doble filo

En todas las sociedades existen instituciones, creencias y prácticas culturales que menoscaban la autonomía de la mujer y contribuyen a la violencia basada en el género. Ciertas prácticas matrimoniales, por ejemplo, pueden perjudicar a las mujeres y las niñas, especialmente en lugares donde las costumbres, como la dote y el capital de la novia, han sido corrompidas por la cultura de "consumo" occidental.

En los últimos años, por ejemplo, la dote se ha convertido en una parte prevista de la transacción matrimonial en algunos países, en virtud de la cual los futuros maridos demandan una dote siempre creciente antes y después del matrimonio. Estas demandas pueden intensificarse y llevar al acosamiento, amenazas y abuso; en casos extremos llega al asesinato o al suicidio de la mujer, y el hombre queda en libertad de volver a casarse y demandar una nueva dote (237, 368, 407).

En otras partes se espera que los maridos paguen "el capital de la novia" para compensar a la familia de ésta por la pérdida de mano de obra en el hogar natal. En partes de África y Asia este intercambio también se ha comercializado, y el capital inflado de la novia deja a muchos hombres con la impresión de que han "comprado" una esposa. En una encuesta reciente en la provincia del Cabo de Buena Esperanza de Sudáfrica, 82% de las mujeres dijeron que es culturalmente aceptable que, si un hombre paga *lobola* (capital de la novia) por su esposa, significa que es propietario de ella. Aproximadamente 72% de las mujeres mismas estuvieron de acuerdo con esa declaración (235).

Ambas tradiciones matrimoniales menoscaban la capacidad de la mujer para escapar de relaciones abusivas. Por ejemplo, en el subcontinente indio, los padres se muestran reacios a permitir que sus hijas retornen al hogar por temor a tener que pagar una segunda dote, mientras que en las culturas en las que el hombre paga el capital de la novia, los padres de ésta deben devolvérselo si la hija lo abandona. Como dijo una mujer maltratada en la India: "Una siente a menudo ganas de huir de todo eso, pero ¿adónde? El único lugar es la casa de los padres, pero éstos siempre tratan de mandarla a una de vuelta" (451).

Las actitudes culturales hacia la castidad femenina y el honor masculino también sirven para justificar la violencia contra la mujer y exacerbar sus consecuencias. En partes de América Latina y

el Cercano Oriente, el honor del hombre suele estar vinculado a la “pureza” sexual de las mujeres de su familia. Si una mujer queda sexualmente “mancillada”, sea por haber sido violada o por haber mantenido voluntariamente relaciones sexuales fuera del matrimonio, mancha el honor de la familia (451).

Por ejemplo, en algunas sociedades árabes el honor de la familia se limpia únicamente con la muerte de la mujer o la niña que ha cometido la “ofensa”. En un estudio de homicidios femeninos en Alejandría, Egipto, se encontró que 47% de las mujeres víctimas de homicidios habían sido asesinadas por un pariente después de haber sido violadas (190). En una conferencia reciente que tuvo lugar en Jordania, expertos de seis países árabes estimaron que por lo menos varios cientos de mujeres árabes mueren todos los años como resultado de homicidios para salvar el honor de la familia (231).

Pero la cultura no es estática ni monolítica. Los activistas que abogan por los derechos de la mujer argumentan que las comunidades deben desmantelar los aspectos de la cultura que oprimen a la mujer mientras conservan lo que es bueno. Como dijera la abogada Rosemary Ofibea Ofei-Afboagye, de Ghana, “La cultura que inculca la supremacía masculina y el dominio de la mujer por el hombre debe alterarse” (332).

Las mujeres a la vanguardia del movimiento de los derechos humanos de la mujer señalan que la cultura se invoca a menudo como excusa para justificar prácticas opresivas para la mujer. La doctora Nahid Toubia, de Sudán, pregunta: “¿Por qué la cultura y las costumbres se consideran sagradas e inalterables sólo cuando las mujeres quieren introducir cambios que las beneficien?” (211).

Aunque la cultura puede agravar la vulnerabilidad de la mujer, también puede servir de recurso creativo para intervenir. Numerosas culturas tradicionales tienen mecanismos como la humillación pública o la curación colectiva, que pueden movilizarse como recursos para enfrentar el abuso. Activistas del Territorio del Yukón, de Canadá, por ejemplo, han desarrollado la Sentencia del Círculo, una versión actualizada de las prácticas tradicionales de sanción y curación de los pueblos aborígenes de Canadá. Dentro del “círculo”, las víctimas de delitos, agresores, personal de servicios judiciales y sociales, y residentes de la comunidad escuchan la narración de la víctima y deliberan para determinar la mejor manera de “restaurar la justicia” para la víctima y la comunidad. La sentencia generalmente comprende reparación, servicio comunitario, tiempo en la cárcel, requerimiento de tratamiento y rituales comunitarios para la curación (22, 289).

También en la India y Bangladesh los activistas han adaptado el *salishe*, un sistema tradicional de justicia local, para abordar la violencia en el hogar. Por ejemplo, cuando una mujer sufre malos tratos, la organización no gubernamental (ONG) Shramajibee Mahila Samity de Bengala Occidental envía una organizadora a la aldea para consultar con las familias e individuos envueltos. La organizadora facilita luego un *salishe*, y trata de dirigir la discusión en favor de la mujer. En un esfuerzo colectivo, la comunidad llega a proponer una solución, que se formaliza por escrito y queda bajo el control de un comité local (102).

Programas de salud reproductiva de vanguardia

En países en desarrollo varios programas de salud reproductiva han tomado la delantera en la tarea de abordar la violencia contra la mujer. Esos esfuerzos están facilitando los intentos de otros programas de abordar los complejos problemas de la violencia basada en el género.

Sudáfrica: se aborda la violencia como parte de talleres de "técnicas vitales". La Asociación de Planificación de la Familia de Sudáfrica (PPASA), junto con el Programa Internacional de Hombres como Compañeros, ha confeccionado un programa que integra las actividades participatorias sobre el género, poder sexual y relaciones íntimas en los talleres de "preparación para la vida activa" de PPASA. El programa se inició después de encontrarse en una encuesta de 2.000 hombres sudafricanos que 58% de ellos creían que el concepto de violación no corresponde cuando es el marido quien obliga a la mujer a tener relaciones sexuales, 48% pensaban que la manera de vestirse de la mujer provocaba la violación, y 22% aprobaban que el hombre golpee a su compañera (en comparación con 5% que aprobaban que la mujer le pegue al compañero) (371).

América Latina: integración de los problemas relacionados con la violencia en otros tipos de atención de salud reproductiva. La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), Región del Hemisferio Occidental, está actualmente colaborando con organizaciones afiliadas en la República Dominicana, Perú y Venezuela para integrar la atención prestada a la violencia basada en el género con otros programas de salud sexual y reproductiva. En Venezuela, por ejemplo, PLAFAM ha impartido capacitación a dispensadores de servicios, ha vuelto a diseñar los formularios para la ruta de los pacientes y ha confeccionado formularios para el resgistro de nuevos casos (12).

Perú: las mujeres escuchan las voces de otras mujeres. ReproSalud, un programa innovador de salud reproductiva de la organización peruana de mujeres Manuela Ramos, ayuda a las campesinas a organizarse para abordar las cuestiones relacionadas con la salud reproductiva que consideran más importantes. De las 51 comunidades que han llevado a cabo diagnósticos desde marzo de 1998, 12 de ellas han señalado que la violencia en el hogar es uno de los tres problemas más importantes (262).

Las Filipinas: organización contra la violencia. El Consejo Coordinador sobre la Violencia contra la Mujer de la ciudad de Davao ha realizado actividades para reducir la violencia en todos los niveles de la sociedad. Estas actividades se extienden desde funciones de títeres que fomentan el diálogo en la comunidad sobre la violencia basada en el género hasta la capacitación en toda la ciudad de la policía, personal de salud y funcionarios del gobierno (70). En 1997 el Consejo de la Ciudad de Davao aprobó el Código de Desarrollo de la Mujer, una memorable ordenanza que promueve y protege los derechos de la mujer y contiene extensas disposiciones sobre la violencia basada en el género en las que se incluyen la orientación integral, el apoyo médico y jurídico a las víctimas y los escritorios de las mujeres en todos los departamentos de policía de la ciudad de Davao (109).

Tanzania: actividades de organización para proteger a las mujeres refugiadas. El Comité Internacional de Rescate ha lanzado un proyecto sobre el abuso sexual y la violencia basada en el género entre las mujeres refugiadas de Burundi alojadas en campamentos del distrito de Kibondo en Tanzania. En el proyecto se han empleado estudios participatorios y compañeras que actúan de agentes de extensión para organizar las comunidades del campamento a fin de abordar la violencia basada en el género. El proyecto ofrece orientación, servicios médicos las 24 horas del día y acceso a servicios anticonceptivos de emergencia en cuatro centros abiertos al público (324).

Liberia: capacitación de parteras tradicionales. En 1993 el Colegio Mother Patern de Ciencias de la Salud de Monrovia, Liberia, se unió a Women's Rights International, una ONG con sede en Estados Unidos, para abordar las consecuencias de la violación durante los siete años de la guerra civil en Liberia. El personal del proyecto en Liberia confeccionó un programa participatorio para parteras tradicionales. En el programa se emplean ejercicios como "El problema de Kaymah", la historia de una mujer violada durante la guerra, para ayudar a las parteras tradicionales a ampliar sus funciones como líderes de la comunidad para abordar la violencia contra la mujer (474).

Nicaragua: investigación de las consecuencias de la violencia para la salud reproductiva. Desde su inicio en 1991, los estudios en colaboración entre la Universidad de Umeå, en Suecia, y la Facultad de Medicina de León, Nicaragua, han recogido algunos de los datos más valiosos disponibles en cualquier parte del mundo sobre las consecuencias de la violencia contra la mujer para la salud reproductiva. Los investigadores, en estrecha colaboración con la Red Nicaragüense de Mujeres Contra la Violencia, integraron las cuestiones relativas a la violencia en una serie de estudios que exploran la mortalidad infantil, el embarazo en la adolescencia, el riesgo de VIH y el peso bajo al nacer. Como lo indican las frecuentes referencias en este informe, estos estudios pioneros han producido abundante información (129).

Regresar al capitulo 7

Fortalecimiento de la respuesta de los servicios de salud: Lecciones aprendidas

Mundialmente, los sistemas y el personal de atención de salud sólo en los últimos tiempos han comenzado a abordar la difícil empresa de responder al abuso físico y sexual. En su mayoría, las intervenciones contra la violencia en ambientes donde se presta atención de salud, con la excepción de un puñado en los Estados Unidos, no han sido formalmente evaluadas, y las intervenciones piloto en ambientes con escasos recursos apenas han comenzado (78, 277). Hay urgente necesidad de más proyectos de demostración, con evaluaciones exhaustivas, para determinar qué surte o no resultado en los distintos ambientes. No obstante ello, han surgido algunas lecciones preliminares:

1. Haga algo más que adiestrar. Si bien es importante adiestrar al personal de salud, el adiestramiento sólo rara vez basta para modificar el comportamiento de ese personal hacia las víctimas de la violencia en el hogar (298, 435). Aunque el adiestramiento puede mejorar el conocimiento y la práctica a corto plazo, su impacto generalmente se debilita a menos que se tomen

también otras medidas para apoyar y sustentar las nuevas maneras de proceder (203, 298).

2. Adopte un enfoque de sistemas. Para lograr cambios duraderos se requiere transformar el sistema mismo de salud y modificar el comportamiento de los individuos que prestan servicios de salud (40, 89). Cuando los directores, administradores y el sistema mismo de atención de salud estimulen y recompensen el nuevo comportamiento solícito hacia las víctimas del abuso, el personal de salud se sentirá más capaz de reconocer y abordar la violencia (61, 355, 398, 491).

La adopción de un enfoque de sistemas para abordar la violencia significa que hay que formular políticas y protocolos y asegurarse de que se conviertan en la práctica prevista en todo el sistema de atención de salud, desde las autoridades superiores hasta los proveedores de atención de primera línea (40, 89). (Ver una descripción de enfoques de sistemas en la atención de salud reproductiva en *Population Reports*, ***Programas de planificación familiar: Mejorías en la calidad***, J-47, noviembre de 1998).

3. Efectúe cambios de procedimiento en la atención del cliente. A menudo, la introducción de cambios de procedimiento, como el agregado de recordatorios para el personal en la historia médica (por ejemplo, pegar tiras de papel con preguntas sobre el abuso, o un sello que recuerde al dispensador de atención que tiene que realizar un examen) o la inclusión de preguntas apropiadas en los formularios de admisión y los horarios de entrevistas puede instar al personal a prestar atención a la violencia en el hogar (329).

En un estudio realizado en Estados Unidos, por ejemplo, las tasas de identificación casi se duplicaron después de la presentación de una hora sobre el tema de la violencia en el hogar ante el personal, y de agregarse una pregunta sobre este problema en el formulario de la historia de los pacientes del departamento de urgencias. La evaluación mostró que el agregado del recordatorio en el formulario y no el adiestramiento fue lo que produjo el cambio (335). En otro estudio de Estados Unidos, la identificación de las mujeres maltratadas en un dispensario de atención primaria de salud se elevó de ninguna, mediante preguntas discrecionales, al 12% cuando se agregó una sola pregunta sobre el abuso en el formulario con la historia médica de la cliente (160).

4. Confronte las actitudes y creencias subyacentes. Casi todos los programas de adiestramiento para el personal de atención de salud se han centrado en el tratamiento clínico de las víctimas. Este modo de proceder, sin embargo, produce resultados limitados porque el personal mismo generalmente tiene los mismos prejuicios y temores sobre el abuso que la sociedad en general. Con la experiencia adquirida en los programas, se ha visto claramente que los dispensadores de atención deben examinar sus propias actitudes y creencias sobre el género, la autoridad, el abuso y la sexualidad antes de que puedan adquirir nuevos conocimientos y pericias profesionales sobre la manera de tratar a las víctimas (252, 277).

En Sudáfrica, por ejemplo, el Proyecto Agisanang de Prevención del Abuso en el Hogar y Capacitación (ADAPT) en asociación con la Unidad de Desarrollo de Sistemas de Salud de la

Universidad de Witwatersrand, confeccionó un programa de capacitación en cuestiones tocantes al género que se incorporaría en un currículo de salud reproductiva para enfermeros de cuatro semanas de duración. El programa se centró primero en los enfermeros, no como profesionales de atención de salud, sino como hombres y mujeres que son. Se recurrió para ello a la dramatización, dichos populares y canciones de bodas para ayudar a los participantes a analizar nociones comunes acerca de la violencia y los papeles apropiados del hombre y la mujer. Sólo entonces el programa de capacitación se ocupó de los deberes de los enfermeros como profesionales de salud. En una encuesta posterior a la capacitación se encontró que los participantes ya no creían que el maltrato de la mujer estaba justificado y que en su mayoría aceptaban el concepto de la violación en el matrimonio (252).

5. Defina de nuevo lo que es un buen resultado. Los agentes de salud suelen sentirse reacios a abordar casos de violencia en el hogar por tratarse de un problema que no puede curarse ni siquiera abordarse fácilmente. De allí que algunos proyectos de capacitación hayan tratado de ayudar al personal a reconsiderar su papel no solo como "reparadores" del problema y consejeros, sino también como sostén especial. Esta alteración de las funciones previstas ha ayudado al personal de salud a superar la sensación de resentimiento e impotencia que les invade cuando les toca ocuparse de la violencia en el hogar (374).

La reconsideración del papel del agente de salud también ayuda a promover la autodeterminación de la mujer. En el asesoramiento concerniente al abuso, como en el asesoramiento sobre la anticoncepción, no se deberán dar instrucciones y se respetarán las decisiones de la mujer. Como dijera un promotor de este enfoque: "Estamos tratando de vencer la frustración de los dispensadores de atención de salud que no entienden que a una mujer maltratada le cuesta decidirse a hacer algo. Cuando le pedimos a una mujer que en 10 minutos tome una decisión, le estamos diciendo: 'Nosotros sabemos lo que le conviene', lo cual no nos diferencia del agresor que toma todas las decisiones por ella" (452).

6. Dé oportunidad de practicar un nuevo comportamiento. Dos importantes obstáculos que impiden hacer preguntas a las clientes sobre el abuso son la creencia de los agentes de salud de que la violencia no es común entre ellas y su temor al modo en que las clientes puedan responder (151, 428). Es posible ayudar a vencer esos dos obstáculos si se brinda la oportunidad de practicar un nuevo tipo de comportamiento. El médico pakistaní Fariyal Fikree a menudo les dice a sus estudiantes de medicina, "Vayan y hagan a las cinco próximas pacientes del dispensario una simple pregunta del examen para averiguar si hay abuso. Teniendo como base esta experiencia directa, estarán en mejor posición de evaluar la utilidad de esta práctica."

Con este ejercicio se quiebra la resistencia del estudiante, las suposiciones quedan remplazadas por la experiencia y se estimula el interés por aprender algo más sobre la violencia en el hogar. Generalmente, los estudiantes salen de esta experiencia asombrados de ver cuántas mujeres revelan el abuso sufrido y cuán dispuestas están a hablar sobre esos problemas (151).

7. Planee por dónde comenzar. Es difícil cambiar los sistemas de salud. Generalmente lo mejor es

empezar donde es más probable obtener buenos resultados. Por lo común, en esta forma de obrar hay que decidirse a llevar a cabo intervenciones piloto en lugares donde hay considerable apoyo interno y externo para los cambios.

Para el apoyo interno es importante obtener temprano el compromiso y sostén del personal directivo superior. Los esfuerzos por integrar la sexualidad en los programas de planificación familiar han demostrado que el apoyo institucional es absolutamente esencial para el éxito del programa (24, 398).

En cuanto al apoyo externo, lo mejor es realizar intervenciones piloto en lugares donde ya existen servicios de apoyo y envío de clientes para las víctimas de malos tratos. Esto no será posible en todos los casos, pero dado que hay tan pocas iniciativas piloto en lugares con recursos precarios, es lógico comenzar donde ya se dispone de bienes comunales.

8. Planee para el movimiento de personal. En la mayoría de los sistemas de salud, especialmente en los países en desarrollo, es común la continua rotación del personal en los dispensarios y otros centros de salud. Estas medidas sobre la violencia deben institucionalizarse y será necesario impartir constantemente capacitación a los nuevos integrantes del personal (329).

/**9. Seguimiento.** Los programas deberán ofrecer apoyo continuo a los individuos e instituciones que tratan de modificar su respuesta a la violencia en el hogar. Los proyectos que han intentado introducir cambios mediante el adiestramiento de los instructores, o sea, invitando a los agentes de salud a asistir a un curso centralizado de capacitación, esperando luego que dupliquen la capacitación en el lugar donde trabajan, generalmente han encontrado que esos planes no funcionan bien sin considerable continuidad y apoyo (61).

Primeros pasos prioritarios

Los profesionales de salud reproductiva suelen pensar que la violencia contra la mujer es demasiado compleja y casi imposible de abordar. Pero los cambios fundamentales pueden, y a menudo deben, empezar en forma gradual. Una respuesta gradual a la violencia podría comenzar con los pasos siguientes:

Prioridades para los donantes

Investigación de microbicidas vaginales. Se necesitará tiempo para cambiar la balanza de poder entre las mujeres y los hombres en las relaciones sexuales, tiempo que hoy no tienen las mujeres en riesgo de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Por lo tanto, una inversión de alto grado de prioridad para los donantes será la destinada a investigaciones sobre microbicidas vaginales para protegerse contra las infecciones, de ser necesario, sin conocimiento ni cooperación de la pareja íntima. Los científicos predicen que la primera generación de microbicidas podría desarrollarse dentro de 5 años, de obtenerse fondos suficientes. Actualmente

las investigaciones en esta área son inadecuadas. Las agrupaciones de mujeres y del SIDA han organizado la Campaña Mundial de Alternativas de Prevención del VIH/ITS para la Mujer con el fin de demandar más inversiones en el desarrollo de microbicidas (495).

Proyectos piloto. Es necesario aprender más acerca de la manera de integrar en otros programas de salud reproductiva la inquietud por el abuso basado en el género. Se necesita asistencia inmediata para proyectos piloto con fuertes componentes de evaluación para descubrir qué resulta mejor en diferentes entornos, especialmente donde los recursos son escasos.

Prioridades para los planificadores de programas

Integración en la capacitación actual. La manera más eficaz de mejorar la capacitación de los agentes de salud reproductiva en materia de abuso es integrarla en la capacitación ya en curso, especialmente si la capacitación aborda la calidad de la atención, el asesoramiento y la participación masculina. Como mínimo, en toda la capacitación impartida a los agentes de salud pueden añadirse ejercicios de sensibilización sobre el género, la sexualidad y el abuso.

Introduzca nuevas normas como objetivo del programa. Entre los indicadores mensurables del éxito del programa de salud reproductiva pueden incluirse, por ejemplo, cambios en el porcentaje de mujeres y hombres que concuerdan en que una mujer casada tiene derecho a rehusarse a participar en el acto sexual. Las EDS incluyen ahora esas preguntas. Con las nuevas normas como objetivo del programa, los directores se dedicarán a pensar cómo estimular mejor los cambios en la actitud del público hacia la autonomía de las mujeres y el comportamiento de los hombres.

Prioridades para el personal de salud

Discuta con las mujeres en qué medida pueden controlar los encuentros sexuales. Esta es una consideración crucial en la elección de un método de planificación familiar. El dispensador de atención puede señalar los métodos que la mujer puede usar sin conocimiento del marido, o si no puede anticipar el momento del acto sexual. Además, puede poner de relieve que el acto sexual es algo que ambas partes deben querer, incluso dentro del matrimonio, y no ser forzado por el hombre.

No exija la aprobación del cónyuge para el uso de anticonceptivos. Muchos dispensadores de atención de salud requieren que la mujer presente el consentimiento del marido para obtener anticonceptivos, aunque no sea éste un requisito de las políticas vigentes (499). Esos requisitos menoscaban la autonomía de las mujeres y las ponen en riesgo de violencia. En Etiopía, cuando los dispensarios de planificación familiar dejaron de pedir el consentimiento del cónyuge, la concurrencia de las mujeres pronto aumentó en un 26% (491).

Anterior | **Siguiente**
Parte principal | **Contenido**

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**

Send this report to a colleague

Contenido

- Resumen de los editores
- Credits

Chapters

1. El mundo presta atención
2. Abuso por parte de la pareja íntima
3. Coerción sexual
4. Efectos en la salud reproductiva
5. Amenazas a la salud y el desarrollo
6. El personal de atención de saluddesempeña un papel clave
7. Un programa de reformas

- Guía separable
- Figuras
- Cuadro
- Cajas
- Bibliografía

Temas principales

- ¿Qué hay detrás de la violencia?
- La cultura: un arma de doble filo

Bibliografía

Se señalan con un asterisco (*) los artículos que fueron de especial valor en la preparación de este número de *Population Reports*.

1. ABBOTT, J., JOHNSON, R., KOZIOL-MCLAIN, J., and LOWENSTEIN, S.R. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. Journal of the American Medical Association 273(22): 1763-1767. 1995.
2. ABMA, J., DRISCOLL, A., and MOORE, K. Young women's degree of control over first intercourse: An exploratory analysis. Family Planning Perspectives 30(1): 12-18. Jan./Feb. 1998.
3. ABMA, J.C., CHANDRA, A., MOSHER, W.D., PETERSON, L.S., and PICCININO, L.J. Fertility, family planning, and women's health: New data from the 1995 National Survey of Family Growth. Vital Health Statistics 23 (19): 1-114. 1997.
4. AFKHAMI, M., NEMIROFF, G.H., and VAZIRI, H. Safe and secure: Eliminating violence against women and girls in Muslim societies. Bethesda, Maryland, Sisterhood is Global Institute, 1998. 258 p.
5. ALPERT, E.J., TONKIN, A.E., SEEHERMAN, A.M., and HOLTZ, H. A. Family violence curricula in U.S. medical schools. American Journal of Preventive Medicine 14(4): 273-282. 1998.
6. AMARO, H., FRIED, L.E., CABRAL, H., and ZUCKERMAN, B. Violence during pregnancy and substance use. American Journal of Public Health 80(5): 575-579. 1990.
7. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). ACOG committee opinion. Mandatory reporting of domestic violence. No. 200, March 1998. Committee on Health Care for Underserved Women. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 62(1): 93-95. 1998.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: IV. Washington, D.C., APA, Jun. 1994. 886 p.
9. APPEL, A.E. and HOLDEN, G.W. The co-occurance of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. Journal of Family Psychology 12(4): 578-599. 1998.
*10. ARMSTRONG, A. Culture and choice: Lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe. Harare, Zimbabwe, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998. 149 p.
11. ÅSLING-MONEMI, K., PEÑA, R., ELLSBERG, M., and PERSSON, L.Å. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: A case-referent study in Nicaragua. 1999. 35 p. (Submitted).
12. ASOCIACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PLAFAM). Informe técnico: Primera etapa del programa de violencia de genero. Caracus, Venezuela, PLAFAM, 1999. 46 p.

- El abuso sexual en la niñez está muy extendido
- La violencia daña a la mujer de muchas maneras diferentes
- *Guía separable: Qué pueden hacer los dispensadores de atención de salud
- Cómo responder a la violencia:Lecciones aprendidas

- POPLINE
- El Centro de Materiales de Comunicación
- Otros temas
- Para solicitar
- CCP Home Page

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Número publicado en colaboración con el:

6930 Carroll Avenue
Suite 910
Takoma Park
Maryland
20912, USA
Téléfono: 301/270-1182
Fax: 301/270-2052

Center for Health and Gender Equity (CHANGE) es una organización dedicada a la investigación y promoción que busca integrar el interés por la

*13. ASTBURY, J. Promoting women's mental health. Geneva, World Health Organization, 1999. 29 p. (In press).
14. AXELSON, B.L. Violence against womenÅA male issue. Choices 26 (2): 9-14. 1997.
15. BAILEY, J.E., KELLERMANN, A.L., SOMES, G.W., BANTON, J.G., RIVARA, F.P., and RUSHFORTH, N.P. Risk factors for violent death of women in the home. Archives of Internal Medicine 157(7): 777-782. 1997.
16. BAIRD, V. Mass media: A powerful tool for social change. Proceedings of the Changing Communication Strategies for Reproductive Health and Rights, Washington D.C., 1997. Health and Development Policy Project and Population Council. p. 41-43.
17. BALBINA DORSAN, S. and MARIA JOSÉ, A. Comportamentos, atitudes e prácticas entre jovens escolares. [POR] [Knowledge, attitudes, and practices of schoolchildren]. Maputo, Mozambique, Ministry of Health, 1993.
18. BALLARD, T.J., SALTZMAN, L.E., GAZMARARIAN, J.A., SPITZ, A.M., LAZORICK, S., and MARKS, J.S. Violence during pregnancy: Measurement issues. American Journal of Public Health 88(2): 274-276. 1998.
19. BANWELL, S. (Asia Foundation) [Project against domestic violence] Personal communication, Jul. 11, 1998.
20. BARKAN, S.E. and GARY, L.T. Woman abuse and pediatrics: Expanding the web of detection. Journal of the American Medical Women's Association 51(3): 96-100. 1996.
21. BARTHOLOW, B.N., DOLL, L.S., JOY, D., DOUBLAS, J.M., BOLAN, G., HARRISON, J.S., MOSS, P.M., and MCKIRNAN, D. Emotional, behavioral and HIV risks associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. Child Abuse and Neglect 18(9): 747-761. 1994.
22. BASEMORE, G. and GRIFFITHS, C.T. Conference, circles, boards, and mediations: Scouting the new wave of community justice decisionmaking approaches. (Website). 1997. Accessed Nov. 17, 1999.
23. BAWAH, A.A., AKWEONGO, P., SIMMONS, R., and PHILLIPS, J.F. Women's fears and men's anxieties: The impact of family planning on gender relations in northern Ghana. Studies in Family Planning 30(1): 54-66. 1999.
24. BECKER, J. and LEITMAN, E. Introducing sexuality within family planning: The experience of the HIV/STD prevention projects from Latin America and the Caribbean. Calidad/Quality/Qualité (8): 28. New York, Population Council. Oct. 1998.
*25. BEITCHMAN, J.H., ZUCKER, K.J., and HOOD, J.E. A review of the short-term effects of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect 15: 537-556. 1991.
*26. BEITCHMAN, J.H., ZUCKER, K.J., HOOD, J.E., DACOSTA, G.A., AKMAN, D., and CASSAVIA, E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect 16: 101-118. 1992.
27. BERENSON, A.B., WIEMANN, C.M., ROWE, T.F., and RICKERT,

igualdad de los géneros y la justicia social en las políticas y prácticas internacionales de salud. Se puede comunicar con el personal de CHANGE por correo electrónico dirigiéndose a: **change@genderhealth.org** or at **http://www.genderhealth.org**.

Volumen XXVII, Numero 4
Diciembre, 1999

Serie L, Número 11
Temas sobre salud mundial

V.I. Inadequate weight gain among pregnant adolescents: Risk factors and relationship to infant birth weight. American Journal of Obstetrics and Gynecology 176(6): 1220-1224. 1997.
28. BERENSON, A.B., WIEMANN, C.M., WILKINSON, G.S., JONES, W.A., and ANDERSON, G.D. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 170(6): 1760-1769. 1994.
29. BERGMAN, B. and BRISMAR, B. Suicide attempts by battered wives. Acta Psychiatrica Scandinavica 83: 380-384. 1991.
30. BERTRAND, J.T., WARD, V., and PAUC, F. Sexual practices among the Quiche-speaking Mayan population of Guatemala. International Quarterly of Community Health Education 12(4): 265-282. 1992.
31. BIDDLECOM, A.E., CASTERLINE, J.B., and PEREZ, A.E. Spouses views of contraception in the Philippines. International Family Planning Perspectives 32(3): 108-115. Sep. 1997.
32. BIDDLECOM, A.E. and FAPOHUNDA, B.M. Covert contraceptive use: Prevalence, motivations and consequences. Studies in Family Planning 29(4): 360-372. 1998.
33. BLANC, A.K., WOLFF, B., GAGE, A.J., EZEH, A.C., NEEMA, S., and SSEKAMATTE-SSEBULIBA, J. Negotiating reproductive outcomes in Uganda. Institute of Statistics and Applied Economics and Macro International, 1996. 215 p.
34. BLANKENBERG, N. Hitting out at abuse. Mail and Guardian. (Johannesburg). COMTEX Newswire wire service. Aug. 6, 1999.
35. BONGAARTS, J. and BRUCE, J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. Studies in Family Planning 26(2): 57-73. 1995.
36. BOWNES, I.T., O'GORMAN, E.C., and SAYERS, A. Assault characteristics and post-traumatic stress disorder in rape victims. Acta Psychiatrica Scandinavica 83(1): 27-30. 1991.
*37. BOYER, D. and FINE, D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. Family Planning Perspectives 24(4): 4-11. 1992.
*38. BRADLEY, C. Why male violence against women is a development issue: Reflections from Papua New Guinea. In: Davies, M. Women and Violence. London, Zed Books Ltd. 1994. p. 10-27.
39. BRADLEY, C.S. Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain. In: Toft, S., ed. Domestic Violence in Papua New Guinea (PNG). Boroko, PNG, PNG Law Reform Commission. 1985. p. 32-71.
40. BRADLEY, J., LYNAM, P.F., DWYER, J.C., and WAMBWA, G.E. Whole-site training: A new approach to the organization of training. New York, AVSC International, Aug. 1998. (AVSC Working Paper No. 11) 16 p.
41. BRESLAU, N., KESSLER, R.C., CHILCOAT, H.D., SCHULTZ, L.R., DAVIS, G.C., and ANDRESKI, P. Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. Archives of General Psychiatry 55(7): 626-632. 1998.
42. BRIGGS, L. and JOYCE, P.R. What determines post-traumatic stress

disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? Child Abuse and Neglect 21(6): 575-582. 1997.
43. BRITTON, B.M. Gender, power and HIV: The impact of partner violence in the context of poverty on women's risk of infection in the USA (Abstract # 23466). Proceedings of the 12th World Conference on HIV/AIDS, Geneva, Switzerland, Jul. 1998. 1184 p.
44. BROMET, E., SONNEGA, A., and KESSLER, R.C. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. American Journal of Epidemiology 147(4): 353-361. 1998.
45. BROWN, D. In Africa, fear makes HIV an inheritance. Washington Post. Jun. 30, 1998. p. A28.
46. BROWN, W. and CODY, M. Effects of a pro-social television soap opera in promoting women's status. Human Communication Research 18 (1): 114-142. 1991.
47. BROWNE, A., SALOMON, A., and BASSUK, S.S. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. Violence Against Women 5(4): 393-426. 1999.
48. BUEL, S. Screening for abuse in the health care setting. Presented at the Conference on Violence and Reproductive Health, Atlanta, Georgia, Jun. 14-16, 1999. Centers for Disease Control and Prevention. May 1999.
49. BUEL, S.M. and HARVARD, J.D. Family violence: Practical recommendations for physicians and the medical community. Women's Health Issues 5(4): 158-172. 1995.
50. BUGA, G., AMOKO, D., and NCAYIYANA, D. Sexual behavior, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. South African Medical Journal 86(5): 523-527. 1996.
51. BULLOCK, L.F. and MCFARLANE, J. The birth-weight/battering connection. American Journal of Nursing 89(9): 1153-1155. 1989.
52. BUNGE, V.P. and LEVETT, A. Family violence in Canada: A statistical profile. Ottawa, Canada, Statistics Canada, 1998. 38 p.
53. BURNAM, M.A., STEIN, J.A., GOLDING, J.M., SIEGEL, J.M., SORENSON, S.B., FORSYTHE, A.B., and TELLES, C.A. Sexual assault and mental disorders in a community population. Journal of Consulting and Clinical Psychology 56(6): 843-850. 1988.
54. BURNS, A., LOVICH, R., MAXWELL, J., and SHAPIRO, K. Where Women Have No Doctor: A Health Guide for Women. Berkeley, California, Hesperian Foundation, 1998. 383 p.
55. BUTCHART, A. and BROWN, D. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: Incidence, determinants and consequences. Forensic Science International 52: 35-51. 1991.
56. BUTLER, J.R. and BURTON, L.M. Rethinking teenage childbearing: Is sexual abuse a missing link? Family Relations 39: 73-80. 1990.
57. CABARABAN, M. and MORALES, B. Social and economic consequences for family planning use in southern Philippines. Cagayan de Oro City, Philippines, Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University, 1998. 206 p.

*58. CABREJOS, M.E.B., RIVERA, A.C., GARCIA, A.G., MEDRANO, L.A., and BIANCHI, E.B. Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio: Un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. [SPA] [Paths of women who broke the silence: A qualitative study of help-seeking by women affected by family violence]. Lima, Peru, World Health Organization, 1998. 24 p.
*59. CAMPBELL, J. and SOEKEN, K. Forced sex and initimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. Violence Against Women 5(9): 1017-1035. 1999.
60. CAMPBELL, J. Assessing Dangerousness: Violence by Sexual Offenders, Batterers, and Child Abusers. Thousand Oaks, California, Sage Publications, 1995. 152 p.
*61. CAMPBELL, J., COHEN, J.H., MCLONGHLIN, E., DEARWATER, S., GLASS, N., LEE, D., and DURBEROW, N. An evaluation of a system change training model to improve emergency department response to battered women. 1999. 18 p. (Submitted).
62. CAMPBELL, J., ROSE, L., KUB, J., and NEDD, D. Voices of strength and resistance: A contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. Journal of Interpersonal Violence 13(6): 743-762. 1999.
*63. CAMPBELL, J., TORRES, S., RYAN, J., KING, C., CAMPBELL, D. W., STALLINGS, R.Y., and FUCHS, S.C. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: A multiethnic case-control study. American Journal of Epidemiology 150(7): 714-726. 1999.
64. CAMPBELL, J.C. Addressing battering during pregnancy: Reducing low birth weight and ongoing abuse. Seminars in Perinatology 19(4): 301-306. 1995.
65. CAMPBELL, J.C. Abuse during pregnancy: Progress, policy, and potential. American Journal of Public Health 88(2): 185-187. 1998.
66. CAMPBELL, J.C. and LEWANDOWSKI, L.A. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. Psychiatric Clinics of North America 20(2): 353-374. 1997.
67. CAMPBELL, J.C., POLAND, M.L., WALLER, J.B., and AGER, J. Correlates of battering during pregnancy. Research in Nursing and Health 15(3): 219-226. 1992.
68. CAMPBELL, J.C., PUGH, L.C., CAMPBELL, D., and VISSCHER, M. The influence of abuse on pregnancy intention. Women's Health Issues 5 (4): 214-222. 1995.
69. CAMPBELL, J.C. and SOEKEN, K.L. Women's responses to battering: A test of the model. Research in Nursing and Health 22(1): 49-58. 1999.
70. CANSON, L. Comprehensive community-coordinated response to violence against women. Presented at the Regional Consultation on Violence Against Women and the Role of the Health Sector, Yangon, Myanmar, Jan. 12-15, 1999. World Health Organization Regional Office for Southeast Asia. 1999. 15 p.
71. CARALIS, P.V. and MUSIALOWSKI, R. Women's experiences with

domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. Southern Medical Journal 90(11): 1075-1080. 1997.
72. CARMEN, E.H., RIEKER, P.P., and MILLS, T. Victims of violence and psychiatric illness. American Journal of Psychiatry 141(3): 378-383. 1984.
73. CARRILLO, R. Battered dreams: Violence against women as an obstacle to development. New York, United Nations Development Fund for Women, 1992. 38 p.
74. CASCARDI, M., O'LEARY, K.D., LAWRENCE, E.E., and SCHLEE, K.A. Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63(4): 616-623. 1995.
75. CENTER FOR HEALTH AND GENDER EQUITY (CHANGE). Mental health and behavioral outcomes of sexual abuse: Data summary (table). Takoma Park, Maryland, CHANGE, 1999. 3 p. (Forthcoming).
76. CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS POBLACIÓN, US CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), and US AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. Paraguay: Encuesta nacional de demografía y de salud reproductiva 1995-1996. [SPA] [Paraguay national demographic and reproductive health survey 1995-1996]. Asunción, Paraguay, CDC, Oct. 1997. 278 p.
77. CERVANTES ISLAS, F. Helping men overcome violent behavior toward women. In: Morrison, A.R. and Biehl, M.L., eds. Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas. Washington D.C., Inter-American Development Bank. 1999. p. 143-147.
78. CHALK, R. and KING, P.A., eds. Violence in Families: Assessing Prevention and Treatment Programs. Washington D.C., National Academy Press, 1998. 392 p.
79. CHAPKO, M.K., SOMSE, P., KIMBALL, A.M., HAWKINS, R.V., and MASSANGA, M. Predictors of rape in the Central African Republic. Health Care of Women International 20(1): 71-79. 1999.
80. CHAPMAN, J.D. A longitudinal study of sexuality and gynecologic health in abused women. Journal of the American Osteopathic Association 89(5): 619-624. 1989.
81. CHEASTY, M., CLARE, A.W., and COLLINS, C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: Case-control study. British Medical Journal 316(7126): 198-201. 1998.
82. CHIAROTTI, S. Una puesta al día. [SPA] [An update]. In: Vidas sin Violencia: Nuevas Voces, Nuevos Desafíos. [SPA] [Lives Without Violence: New Voices, New Challenges]. Santiago, Chile, Isis Internacional. 1998. p. 21-28.
83. CHOI, A. and EDLESON, J. Social disapproval of wife assaults: A national survey of Singapore. Journal of Comparative Family Studies 27(1): 73-88. Spring 1996.
84. CHOQUE, M.E., SCHULER, S.R., and RANCE, S. Reasons for unwanted fertility and barriers to use of family planning services among urban Aymara in Bolivia. Arlington, Virginia, John Snow, Inc., Jan. 26,

1994. 19 p.
85. COHEN, J.A. and MANNARINO, A.P. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: Six- and 12-month follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37(1): 44-51. 1998.
*86. COHEN, S., DE VOS, E., and NEWBERGER, E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: Lessons from five communities. Academic Medicine 72(1 Suppl.): S19-S25. 1997.
87. COKER, A.L. and RICHTER, D.L. Violence against women in Sierra Leone: Frequency and correlates of intimate partner violence and forced sexual intercourse. African Journal of Reproductive Health 2(1): 61-72. 1998.
88. COKKINIDES, V.E., COKER, A.L., SANDERSON, M., ADDY, C., and BETHEA, L. Physical violence during pregnancy: Maternal complications and birth outcomes. Obstetrics and Gynecology 93(5): 661-666. 1999.
89. COLE, T.B. Case management for domestic violence. Journal of the American Medical Association 282(6): 513-514. 1999.
90. COLLETT, B.J., CORDLE, C.J., STEWART, C.R., and JAGGER, C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 105(1): 87-92. 1998.
91. CONNERS, J. Government measures to confront violence against women. In: Davies, M. Women and Violence: Realities and Response Worldwide. London, Zed Books Ltd. 1994. p. 182-199.
92. CONNOLLY, A.M., KATZ, V.L., BASH, K.L., MCMAHON, M.J., and HANSEN, W.F. Trauma and pregnancy. American Journal of Perinatology 14(6): 331-336. 1997.
93. CORSI, J. Treatment for men who batter women in Latin America. American Psychologist 54(1): 64. Jan. 1999.
94. COUNTS, D., BROWN, J.K., and CAMPBELL, J.C. To Have and To Hit. 2nd ed. Chicago, University of Chicago Press, 1999. 315 p.
*95. COUNTS, D.A., BROWN, J., and CAMPBELL, J. eds. Sanctions and Sanctuary: Cultural Perspectives on the Beating of Wives. Boulder, Colorado, Westview Press, 1992. 268 p.
*96. CROWELL, N. and BURGESS, A.W., eds. Understanding Violence Against Women. Washington D.C., National Academy Press, 1996. 225 p.
97. CULBERTSON, F.M. Depression and gender. An international review. American Psychologist 52(1): 25-31. 1997.
98. CUNNINGHAM, R.M., STIFFMAN, A.R., DORE, P., and EARLS, F. The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: Implications for public health. Child Abuse and Neglect 18(3): 233-245. 1994.
*99. CURRY, M.A., PERRIN, N., and WALL, E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. Obstetrics and Gynecology 92(4 Pt. 1): 530-534. 1998.
100. DANIELSON, K.K., MOFFITT, T.E., CASPI, A., and SILVA, P.A.

Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. American Journal of Psychiatry 155(1): 131-133. 1998.
101. DARVES-BORNOZ, J.M. Rape-related psychotraumatic syndromes. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 71 (1): 59-65. 1997.
102. DATTA, B. and MOTIHAR, R. Breaking down the walls: Violence against women as a health and human rights issue. New Delhi, Ford Foundation, 1999. 32 p.
103. DAVID, F. and CHIN, F. Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas. Iloilo City, Philippines, Central Philippines University and Family Health International, Jun. 1998. 85 p.
104. DAVIDSON, J.R., HUGHES, D.C., GEORGE, L.K., and BLAZER, D. G. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. Archives of General Psychiatry 53(6): 550-555. 1996.
105. DÁVILA, A.L., RAMOS, G., and MATTEI, H. Encuesta de salud reproductiva: Puerto Rico, 1995-1996. [SPA] [Reproductive health survey: Puerto Rico, 1995-1996]. San Juan, Puerto Rico, Centers for Disease Control and Prevention, May 1998. 82 p.
*106. DAY, T. The health-related costs of violence against women in Canada: The tip of the iceberg. Unpublished, 1995. 40 p.
*107. DE ZOYSA, I., SWEAT, M.D., and DENISON, J.A. Faithful but fearful: Reducing HIV transmission in stable relationships. AIDS 10(Suppl. A): S197-S203. 1996.
108. DELVAUX, M., DENIS, P., and ALLEMAND, H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicentre inquiry. European Journal of Gastroenterology and Hepatology 9(4): 345-352. 1997.
109. DEVELOPMENT OF PEOPLES FOUNDATION. A primer on the women's development code of Davao City (booklet). Davao City, Philippines, Development of Peoples Foundation, December 1997. 15 p.
110. DEYESSA, N., KASSAYE, M., DEMEKE, B., and TAFFA, N. Magnitude, type and outcomes of physical violence against married women in Butajira, southern Ethiopia. Ethiopian Medical Journal 36(2): 83-92. 1998.
111. DICKINSON, L.M., DEGRUY 3RD, F.V., DICKINSON, W.P., and CANDIB, L.M. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. Archives of Family Medicine 8(1): 35-43. 1999.
112. DICKSON, N., PAUL, C., HERBISON, P., and SILVA, P. First sexual intercourse: Age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. British Medical Journal 316(7124): 29-33. 1998.
113. DIETZ, P.M., GAZMARARIAN, J.A., GOODWIN, M.M., BRUCE, F.C., JOHNSON, C.H., and ROCHAT, R.W. Delayed entry into prenatal care: Effect of physical violence. Obstetrics and Gynecology 90(2): 221-224. 1997.

*114. DIETZ, P.M., SPITZ, A.M., ANDA, R.F., WILLIAMSON, D.F., MCMAHON, P.M., SANTELLI, J.S., NORDENBERG, D.F., FELITTI, V. J., and KENDRICK, J.S. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. Journal of the American Medical Assocation 282(14): 1359-1364. Oct. 13, 1999. (Available: Accessed Oct. 13, 1999.
*115. D'OLIVERIA, A.F.P.L. and SCHRAIBER, L.B. Violence against women: A physician's concern? Proceedings of the 15th FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Copenhagen, Aug. 3-8, 1997. p. 157-163.
116. DONALDSON, P., WHALEN, M., and ANASTAS, J. Teen pregnancy and sexual abuse: Exploring the connection. Smith College Studies in Social Work 59(3): 289. Jun. 1, 1989.
117. DRENNAN, M. Reproductive health: New perspectives on men's participation. Population Reports, Series J, No. 46. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1998. 36 p.
*118. DUTTON, D.G. The Domestic Assault of Women: Psychological and Criminal Justice Perspectives. Vancouver, British Colombia, University of British Colombia Press, 1995. 337 p.
*119. DUTTON, M.A. Battered women's strategic response to violence: The role of context. In: Edelson, J.L. and Eisikovits, Z.C. Future Interventions with Battered Women and Their Families. London, Sage Publications. 1996. p. 105-124.
120. DUTTON, M.A., MITCHELL, B., and HAYWOOD, Y. The emergency department as a violence prevention center. Journal of the American Medical Women's Association 51(3): 92-95, 117. 1996.
121. DYE, T.D., TOLLIVERT, N.J., LEE, R.V., and KENNEY, C.J. Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. Paediatric and Perinatal Epidemiology 9(1): 35-47. 1995.
122. EDELSON, J. Controversy and change in batterer's programs. In: Edleson, J.L. and Eisikovits, Z.C. Future Interventions With Battered Women and Their Families. Thousand Oaks, California, Sage Publications. 1995. p. 154-169.
*123. EDLESON, J. The overlap between child maltreatment and woman battering. Violence Against Women 5(2): 134-154. 1999.
124. EDLESON, J.L. Children witnessing of adult domestic violence. Journal of Interpersonal Violence 14(8): 839Ä870. 1999.
125. EHLERT, U., HEIM, C., and HELLHAMMER, D.H. Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. Psychotherapy and Psychosomatics 68(2): 87-94. 1999.
*126. ELLSBERG, M., CALDERA, T., HERRERA, A., WINKVIST, A., and KULLGREN, G. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. American Psychologist 54(1): 30-36. 1999.
*127. ELLSBERG, M., HEISE, L., and SHRADER, E. Researching violence against women: A practical guide for researchers and advocates. Washington D.C., Center for Health and Gender Equity, 1999. 154 p.

(Draft).
128. ELLSBERG, M., LILJESTRAND, J., and WINKVIST, A. The Nicaraguan Network of Women Against Violence: Using research and action for change. Reproductive Health Matters 10: 82-92. 1997.
*129. ELLSBERG, M.C. Candies in hell: Domestic violence against women in Nicaragua. Licentiate thesis, Department of Epidemiology and Public Health, Umeå University, Umeå, Sweden, 1997. 105 p.
130. ELLSBERG, M.C., PEÑA, R., HERRERA, A., LILJESTRAND, J., and WINKVIST, A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. American Journal of Public Health 89(2): 241-244. 1999.
*131. ELLSBERG, M.C., PEÑA, R., HERRERA, A., LILJESTRAND, J., and WINKVIST, A. Candies in hell: Women's experience of violence in Nicaragua. Social Science and Medicine. 1999. (Forthcoming)
132. EL-ZANATY, F., HUSSEIN, E.M., SHAWKY, G.A., WAY, A.A., and KISHOR, S. Egypt demographic and health survey 1995. Calverton, Maryland, Macro International, 1996. 348 p.
133. EPSTEIN, J.N., SAUNDERS, B.E., KILPATRICK, D.G., and RESNICK, H.S. PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. Child Abuse and Neglect 22(3): 223-234. 1998.
134. ESTREMADOYRO, J. Violencia en la Pareja: Comisarias de Mujeres en el Peru. [SPA] [Partner Violence: Women's Police Stations in Peru]. Cuadernos de Trabajo. Lima, Peru, Ediciones Flora Tristan, 1993. 78 p.
135. EZEH, A.C. The Influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana. Studies in Family Planning 24(3): 163-174. 1993.
136. FABROS, M.L., PAGUNTALAN, A.M.C., ARCHES, L.L., and GUIA-PADILLA, M.T. From sanas to dapat: Negotiating entitlement in reproductive decision-making in the Philippines. In: Petchesky, R. and Judd, K. Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures. London, Zed Books Ltd. 1998. p. 217-255.
137. FAGAN, J. Cessation of family violence: Deterrence and dissuasion. In: Ohlin, L. and Tonry, M. Family Violence, Crime and Justice: An Annual Review of Research. Chicago, University of Chicago Press. 1989. p. 377-425.
138. FAMILY VIOLENCE PREVENTION FUND (FVPF). Frontlines. News from the Homefront, San Francisco. FVPF, Winter 1999/2000. p. 8.
139. FAMILY VIOLENCE PREVENTION FUND (FVPF). California hospital emergency departments response to domestic violence: Survey report. San Francisco, FVPF, 1993.
140. FAMILY VIOLENCE PREVENTION FUND (FVPF). Children learn that "hands are not for hitting". You can make a difference!, San Francisco. FVPF, no date. p. 1-8.
141. FAUVEAU, V. and BLANCHET, T. Deaths from injuries and induced abortion among rural Bangladeshi women. Social Science and Medicine 29(9): 1121-1127. 1989.
142. FAWCETT, G. Rostros y mascaras de la violencia: Un taller sobre amistad y noviazgo para adolescentes. [SPA] [Faces and masks of violence: A workshop on love and friendship for adolescents]. Mexico City, Instituto

Mexicano de Investigacion de Familia y Poblacion, 1999. 103 p.
143. FAWCETT, G., VENGUER, T., VERNON, R., and PICK, S. Deteccion y manejo de mujeres victimas de violencia domestica: Desarrollo y evaluacion de un programa dirigido al personal de salud. [SPA] [Detection and management of female victims of domestic violence: Development and evaluation of a program for health care personnel]. Mexico City, Population Council, 1998. 30 p.
*144. FAWCETT, G.M., HEISE, L., ISITA-ESPEJEL, L., and PICK, S. Changing community responses to wife abuse: A research and demonstration project. Iztacalco, Mexico. American Psychologist 54(1): 41-49. 1999.
145. FEHER, T.L. Pain in pelvic and gynecologic disorders. In: Foley, K. M. and Payne, R.M. Current Therapy of Pain. Philadelphia, BC Decker Inc. 1989. p. 245-250.
146. FELDHAUS, K.M., KOZIOL-MCLAIN, J., AMSBURY, H.L., NORTON, I.M., LOWENSTEIN, S.R., and ABBOTT, J.T. Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. Journal of the American Medical Association 277 (17): 1357-1361. 1997.
*147. FELITTI, V.J. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. Southern Medical Journal 84(3): 328-331. 1991.
*148. FELITTI, V.J., ANDA, R.F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D.F., SPITZ, A.M., EDWARDS, V., KOSS, M.P., and MARKS, J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine 14(4): 245-258. 1998.
149. FERGUSSON, D.M., HORWOOD, L.J., and LYNSKEY, M.T. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. Child Abuse and Neglect 21(8): 789-803. 1997.
150. FERNANDEZ, F.M. and KRUEGER, P.M. Domestic violence: Effect on pregnancy outcome. Journal of the American Osteopath Association 99 (5): 254-256. 1999.
151. FIKREE, F. Health consequences of domestic violence: A case-control study in Pakistan. Proceedings of the Second Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington D.C., Dec. 8-10, 1996. Center for Health and Gender Equity. 65 p.
152. FIKREE, F.F. and BHATTI, L.I. Domestic violence and health of Pakistani women. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 65 (2): 195-201. 1999.
153. FINKELHOR, D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect 18(5): 409-417. 1994.
154. FINKELHOR, D. and BROWNE, A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. American Journal of Orthopsychiatry 55 (4): 530-541. 1985.
155. FISCELLA, K., KITZMAN, H.J., COLE, R.E., SIDORA, K.J., and OLDS, D. Does child abuse predict adolescent pregnancy? Pediatrics 101(4

Pt. 1): 620-624. 1998.
156. FLEMING, J.M. Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women. Medical Journal of Australia 166 (2): 65-68. 1997.
157. FOLCH-LYON, E., MACORA, L., and SCHEARER, S.B. Focus group and survey research in family planning in Mexico. Studies in Family Planning 12(12): 409-432. 1981.
158. FORT, A.L. Investigation of the social context of fertility and family planning: A qualitative study in Peru. International Family Planning Perspectives 15(3): 88-94. 1989.
159. FOURNIER, M., DE LOS RIOS, R., ORPINAS, P., and PIQUET-CARNEIRO, L. Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia (proyecto ACTIVA): Metodologia. [SPA] [Multicenter study on cultural attitudes and norms towards violence (ACTIVA project): Methodology]. Revista Panamericana de Salud Pública 5(4-5): 222-231. 1999.
160. FREUND, K.M., BAK, S.M., and BLACKHALL, L. Identifying domestic violence in primary care practice. Journal of General Internal Medicine 11(1): 44-46. 1996.
161. FRIEDMAN, L.S., SAMET, J.H., ROBERTS, M.S., HUDLIN, M., and HANS, P. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. Archives of Internal Medicine 152(6): 1186-1190. 1992.
162. FULLILOVE, M.T., LOWN, E.A., and FULLILOVE, R.E. Crack 'hos and skeezers: Traumatic experiences of women crack users. The Journal of Sex Research 29(2): 275-287. 1992.
163. FUNDACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESAFÍO ECONOMICO GLOBAL. (FIDEG) [Additional calculations of partner abuse from Managua data] Personal communication, Nov. 10, 1998.
164. GANATRA, B., COYAJI, K.J., and RAO, V.N. Community cum hospital based case-control study on maternal mortality. Pune, India, Kem Hospital Research Center, Dec. 1996. 62 p.
165. GANATRA, B.R., COYAJI, K.J., and RAO, V.N. Too far, too little, too late: A community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. Bulletin of the World Health Organization 76 (6): 591-598. 1998.
*166. GANLEY, A.L., FAZIO, J., HYMAN, A., JAMES, L., and RUIZ-CONTRERAS, A. Improving the health care response to domestic violence: A trainer's manual for health care providers. San Francisco, Family Violence Prevention Fund, Apr. 1998. 301 p.
*167. GAZMARARIAN, J.A., LAZORICK, S., SPITZ, A.M., BALLARD, T.J., SALTZMAN, L.E., and MARKS, J.S. Prevalence of violence against pregnant women. Journal of the American Medical Association 275(24): 1915-1920. 1996. (Published erratum appears in Journal of the American Medical Association Apr. 9, 1997;277(14):1125)
168. GELDSTEIN, R.N., PANTELIDES, E.A., CALANDRA, N., and VAZQUEZ, S. "I didn't want it but...": Sexual initiation under coercion in

the Buenos Aires metropolitan area. Proceedings of the meeting Unequal Partnerships: Gender and Initiation of Sexual Activity, Bethesda, Maryland, Jun. 25-26, 1998. Center on Population, Gender and Social Inequality. 31 p.
*169. GEORGE, A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India on sexual relations and negotiations within marriage. Reproductive Health Matters 6(4): 87-95. 1998.
*170. GEORGE, A. and JASWAL, S. Understanding sexuality: Ethnographic study of poor women from Bombay. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1995. (Women and AIDS Research Report Series No. 12). 75 p.
171. GERBERT, B., ABERCROMBIE, P., CASPERS, N., LOVE, C., and BRONSTONE, A. How health care providers help battered women: The survivor's perspective. Women's Health 29(3): 115-135. 1999.
172. GEVISSER, M. Women's fight against that invisible little virus. Weekly Mail. (South Africa). Nov. 30, 1990.
173. GHEZ, M. and MARIN, L. United States: Prevention at a crossroads. In: Marin, L., Zia, H., and Soler, E. Ending Domestic Violence: Reports from the Global Frontline. San Francisco, Family Violence Prevention Fund. 1999. 9 p.
174. GIBSON, M.A. Equity for female teachers: A national survey of employment, Papua New Guinea (PNG). Port Moresby, PNG National Research Institute, 1990.
175. GIELEN, A.C., O'CAMPO, P., FADEN, R.R., and EKE, A. Women's disclosure of HIV status: Experiences of mistreatment and violence in an urban setting. Women's Health 25(3): 19-31. 1997.
176. GIELEN, A.C., O'CAMPO, P.J., FADEN, R.R., KASS, N.E., and XUE, X. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing years. Social Science and Medicine 39(6): 781-787. 1994.
177. GILBERT, L. Urban violence and health—South Africa 1995. Social Science and Medicine 43(5): 873-886. 1996.
178. GILLIOZ, L., DEPUY, J., and DUCRET, C. Domination masculine et violence envers les femmes dans la famille en Suisse. [FRE] [Male domination and violence against women within the family in Switzerland]. Geneva, unpublished, Oct. 1996. 7 p.
179. GLOVER, V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. British Journal of Psychiatry 171: 105-106. 1997.
*180. GOLDING, J. Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. Psychology of Women Quarterly 20: 101-121. 1996.
181. GOLDING, J.M. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. Research in Nursing and Health 19(1): 33-44. 1996.
*182. GOLDING, J.M., COOPER, M.L., and GEORGE, L.K. Sexual assault history and health perceptions: Seven general population studies. Health Psychology 16(5): 417-425. 1997.
183. GOLDING, J.M. and TAYLOR, D.L. Sexual assault history and premenstrual distress in two general population samples. Journal of Women's Health 5(2): 143-152. 1996.

184. GOLDING, J.M., WILSNACK, S.C., and LEARMAN, L.A. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. American Journal of Obstetrics and Gynecology 179(4): 1013-1019. 1998.
185. GOLDSTEIN, D. The cultural, class, and gender politics of a modern disease: Women and AIDS in Brazil. ABIA, Colectivo Feminista Sexualidade e Saude, Oct. 1992. 92 p.
186. GOLDSTEIN, D.M. AIDS and women in Brazil: The emerging problem. Social Science and Medicine 39(7): 919-929. 1994.
*187. GONDOLF, E. A 30-month follow-up of court mandated batterers in four cities. (Website). Feb. 28, 1999. Accessed Dec. 5, 1999.
188. GONZALES DE OLARTE, E. and GAVILANO LLOSA, P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison, A., R. and Biehl, M.L. Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas. Washington, D.C., Inter-American Development Bank. 1999. p. 35-49.
189. GONZALEZ MONTES, S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: Some research questions and results. Center for Health and Gender Equity (CHANGE), ed. Proceedings of the Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Jan. 9-11, 1998. CHANGE, p. 36-41.
190. GRAITCER, P. and YOUSSEF, Z. Injury in Egypt: An analysis of injuries as a health problem. Washington, D.C. and Cairo, U.S. Agency for International Development and Ministry of Health, 1993. 119 p.
191. GRANADOS SHIROMA, M. Salud reproductiva y violencia contra la mujer: Un análisis desde la perspectiva de género. [SPA] [Reproductive health and violence against women: An analysis from a gender perspective]. Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, Nuevo León, El Colegio de México, 1996. 42 p.
*192. GREAVES, L., HANKIVSKY, O., and KINGSON-RIECHTERS, J. Selected estimates of the costs of violence against women. London, Centre for Research on Violence against Women and Children, 1995. 44 p.
193. GRIMSTAD, H., SCHEI, B., BACKE, B., and JACOBSEN, G. Physical abuse and low birthweight: A case-control study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 104(11): 1281-1287. 1997.
194. HADDEN, B. An HIV/AIDS prevention intervention with female and male STD patients in a peri-urban settlement in KwaZulu Natal, South Africa. Washington D.C., International Center for Research on Women, 1998. (Women and AIDS Research Program) 36 p.
195. HAJ-YAHIA, M.M. A patriarchal perspective of beliefs about wife-beating among Arab Palestinian men from the West Bank and Gaza Strip. Ramallah, West Bank, unpublished, Nov. 1996. 34 p.
196. HAJ-YAHIA, M.M. The first national survey of abuse and battering against Arab women from Israel: Preliminary results. Ramallah, West Bank, unpublished, 1997. 45 p.
197. HAJ-YAHIA, M.M. The incidence of wife-abuse and battering and some socio-demographic correlates as revealed in two national surveys in

Palestinian society. Ramallah, West Bank, Besir Center for Research and Development, 1998. 108 p.
198. HALPERIN, D.S., BOUVIER, P., JAFFE, P.D., MOUNOUD, R.-L., PAWLAK, C.H., LAEDERACH, J., WICKY, H.R., and ASTIE, F. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross sectional study. British Medical Journal 312(7042): 1326-1329. 1996.
199. HANDWERKER, W. Gender power differences between parents and high-risk sexual behavior by their children: AIDS/STD risk factors extend to a prior generation. Journal of Women's Health 2(3): 301-316. 1993.
200. HANDWERKER, W.P. Antiguan women's adolescent responses to childhood exploitative experiences. Proceedings of the inaugural meeting of National Leaders in Women's Health. Gainesville, Florida. 1997. 187 p.
201. HARTIGAN, P. PAHO focuses on the problem of violence against women. 1997. (Revista Panamericana de Salud Pública No. 4) p. 290-294.
*202. HARTIGAN, P. Summary of findings: The critical path women take to find a solution to domestic violence. Proceedings of the meeting on The Role of the Health Sector in Violence Against Women, Copenhagen, Aug. 1, 1997. 10 p.
203. HARWELL, T.S., CASTEN, R.J., ARMSTRONG, K.A., DEMPSEY, S., COONS, H.L., and DAVIS, M. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group. American Journal of Preventive Medicine 15(3): 235-242. 1998.
204. HASSAN, Y. The haven becomes hell: A study of domestic violence in Pakistan. In: Cantt, L. Pakistan: Women Living Under Muslim Laws. Aug. 1995. p. 72.
205. HAUTZINGER, S. Machos and policewomen, battered women and anti-victims: Combatting violence against women in Brazil. Doctoral dissertation, Department of Anthropology, Johns Hopkins University, Baltimore, 1998. 455 p.
206. HAYWARD, R.F. Needed: A new model of masculinity to stop violence against girls and women. Kathmandu, Nepal, United Nations Children's Fund Regional Office for South Asia, Jul. 1997. (No. 17) 10 p.
*207. HEALEY, K.M. and SMITH, C. Batterer programs: What criminal justice agencies need to know. Washington D.C., Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice, 1998. (Available: Accessed Dec. 7, 1999)
208. HEGLAND, M. (Santa Clara University) [Interviews of Iranian women] Personal communication, 1997.
*209. HEISE, L. Violence against women: Global organizing for change. In: Edleson, J.L. and Eisikovits, Z.C. Future Interventions with Battered Women and Their Families. Thousand Oaks, California, Sage Publications. 1996. p. 7-33.
*210. HEISE, L. Violence against women: An integrated, ecological framework. Violence Against Women 4(3): 262-290. 1998.
*211. HEISE, L., MOORE, K., and TOUBIA, N. Sexual coercion and

women's reproductive health: A focus on research. New York, Population Council, 1995. 59 p.
*212. HEISE, L., PITANGUY, J., and GERMAIN, A. Violence against women: The hidden health burden. Washington D.C., World Bank Discussion Paper #255, 1994. 72 p.
213. HEISE, L. Health workers: Potential allies in the battle against woman abuse in developing countries. Journal of the American Medical Women's Association 51(3): 120-122. 1996.
214. HIRSCHMANN, A. Guatemala City women: Empowering a vulnerable group to prevent HIV transmission. Guatemala City, Asociacion Guatemalteca para la Prevencion y Control del SIDA, International Center for Research on Women. 1998. (Women and AIDS Research Report Series)
215. HOFFMAN, K.L., DEMO, D.H., and EDWARDS, J.N. Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. Journal of Marriage and the Family (56): 131-146. 1994.
216. HOLDEN, S. Guidelines for adapting stepping stones. London, Stepping Stones Training and Adaption Project, ACTIONAID, 1998. 40 p.
*217. HOLMES, W.C. and SLAP, G.B. Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. Journal of the American Medical Association 280(21): 1855-1862. 1998.
218. HOTALING, G.T. and SUGARMAN, D.B. An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. Violence and Victims 1: 101-124. 1986.
*219. HOTALING, G.T. and SUGARMAN, D.B. A risk marker analysis of assaulted wives. Journal of Family Violence 5(1): 1-13. 1990.
220. HUMAN RIGHTS WATCH. Untold terror: Violence against women in Peru's armed conflict. Washington D.C., Human Rights Watch, Dec. 1992. 62 p.
221. HYMAN, A., SCHILLINGER, D., and LO, B. Laws mandating reporting of domestic violence: Do they promote patient well-being? Journal of the American Medical Association 273(22): 1781-1787. 1995.
222. HYMAN, B. Economic consequences of child sexual abuse in women. Doctoral dissertation, Heller School of Public Policy, Brandeis University, Waltham, Massachusetts, 1993.
223. ILKKARACAN, P. Exploring the context of women's sexuality in eastern Turkey. Reproductive Health Matters 6(12): 66-75. Nov. 1998.
224. INTER AMERICAN DEVELOPMENT BANK. IDB activities related to domestic violence. (Website). 1999. Accessed Dec. 7, 1999.
225. ISTVAN, J. Stress, anxiety and birth outcomes: A critical review of the evidence. Psychological Bulletin 100: 331-348. 1986.
226. JACKSON, J., LEITCH, J., LEE, A., EGGLESTON, E., and HARDEE, K. Jamaica: The Jamaica adolescent study. Kingston, Jamaica, University of West Indies, and Family Health International, Jun. 1998. 14 p.
227. JACOBSON, N.S., GOTTMAN, J.M., GORTNER, E., BERNS, S., and SHORTT, J.W. Psychological factors in the longitudinal course of battering: When do the couples split up? When does the abuse decrease? Violence and Victims 11(4): 371-392. 1996.

228. JAFFE, P.G., WOLFE, D.A., and WILSON, S.K. Children of Battered Women. Newbury Park, California, Sage Publications, 1990.
229. JAMES, J. and MEYERDING, J. Early sexual experiences and prostitution. American Journal of Psychiatry 132: 1381-1385. 1977.
230. JAMIESON, D.J. and STEEGE, J.F. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. American Journal of Obstetrics Gynecology 177(6): 1408-1412. 1997.
231. JEHL, D. Arab honor's price: A woman's blood. The New York Times. June 20, 1999. p. A-1.
232. JEJEEBHOY, S.J. Associations between wife-beating and fetal and infant death: Impressions from a survey in rural India. Studies in Family Planning 29(3): 300-308. 1998.
233. JEJEEBHOY, S.J. Wife-beating in rural India: A husband's right? Economic and Political Weekly (India) 23(15): 588-862. 1998.
234. JENKINS, C. Women and the risk of AIDS: Study of sexual and reproductive knowledge and behavior in Papua New Guinea. Washington D. C., International Center for Research on Women, Sep. 1993. 29 p.
235. JEWKES, R., PENN-KEKANA, L., LEVIN, J., RATSAKA, M., and SCHRIEBER, M. He must give me money, he mustn`t beat me: Violence against women in three South African Provinces. Pretoria, South Africa, Medical Research Council, 1999. 29 p.
236. JEZIERSKI, M.B., EICKHOLT, T., and MCGEE, J. Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence [letter]. Journal of Emergency Nursing 25(2): 79-80. 1999.
237. JHA, M.R. India: Chappal, sticks and bags. In: Marin, L., Zia, H., and Soler, E. Ending Domestic Violence: Reports from the Global Frontline. San Francisco, Family Violence Prevention Fund. 1998. (Available: Accessed Dec. 1, 1999)
238. JOESOEF, M.R., BAUGHMAN, A.L., and UTOMO, B. Husband's approval of contraceptive use in metropolitan Indonesia: Program implications. Studies in Family Planning 19(3): 162-168. 1988.
239. JOHNSEN, L.W. and HARLOW, L.L. Childhood sexual abuse linked with adult substance use, victimization, and AIDS-risk. AIDS Education and Prevention 8(1): 44-57. 1996.
*240. JOHNSON, H. Dangerous Domains: Violence Against Women in Canada. Ontario, Canada, Nelson Canada Publishing, 1996. 252 p.
241. JOHNSON, T.P., ASCHKENASY, J.R., HERBERS, M.R., and GILLENWATER, S.A. Self-reported risk factors for AIDS among homeless youth. AIDS Education and Prevention 8(4): 308-322. 1996.
242. JONES III, R.F. The American College of Obstetricians and Gynecologists: A decade of responding to violence against women. International Journal of Gynecology and Obstetrics 58: 43-50. 1997.
243. JOSIAH, I. The health sector working with women's organizations: A case study. Proceedings of the WHO/FIGO Pre-Congress Workshop on Elimination of Violence Against Women: In Search of Solutions, Copenhagen, Jul. 30-31, 1998.
244. JOURILES, E.N., MURPHY, C.M., and O'LEARY, K.D. Interspousal

aggression, marital discord, and child problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology 57(3): 453-455. 1989.
245. KARIM, Q.A., KARIM, S.S., SOLDAN, K., and ZONDI, M. Reducing the risk of HIV infection among South African sex workers: Socioeconomic and gender barriers. American Journal of Public Health 85 (11): 1521-1525. 1995.
246. KASLOW, N.J., THOMPSON, M.P., MEADOWS, L.A., JACOBS, D., CHANCE, S., GIBB, B., BORNSTEIN, H., HOLLINS, L., RASHID, A., and PHILLIPS, K. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. Journal of Consulting and Clinical Psychology 66(3): 533-540. 1998.
*247. KENDALL-TACKETT, K.A., WILLIAMS, L.M., and FINKELHOR, D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin 113(1): 164-180. 1993.
*248. KHAN, M.E., TOWNSEND, J.W., SINHA, R., and LAKHANPAL, S. Sexual violence within marriage. In: Seminar. New Delhi, Population Council. 1996. p. 32-35.
249. KHANNA, R. (Social Action for Rural and Tribal Inhabitants of India) [Rape in Gujarat, India] Personal communication, 1992.
*250. KILPATRICK, D.G., ACIERNO, R., RESNICK, H.S., SAUNDERS, B.E., and BEST, C.L. A two-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. Journal of Consulting and Clinical Psychology 65(5): 834-847. 1997.
*251. KIM, J. Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa. Proceedings of the Health Care Strategies for Combatting Violence Against Women in Developing Countries meeting, Ghent, Belgium, Aug. 1999. International Centre for Reproductive Health, University of Ghent, p. 101-107.
*252. KIM, J. and MOTSEI, M. "Women enjoy punishment:" Attitudes and experience of gender violence among PHC nurses in South Africa. 1999, unpublished, 10 p.
253. KIM, K.-I. and CHO, Y.-G. Epidemiological survey of spousal abuse in Korea. In: Viano, E.C. Intimate Violence: Interdisciplinary Perspectives. Washington, D.C., Hemisphere Publishing Corperation. 1992. p. 277-282.
254. KLEIN, H. and CHAO, B.S. Sexual abuse during childhood and adolescence as predictors of HIV-related sexual risk during adulthood among female sexual partners of injection drug users. Violence Against Women 1(1): 55-76. 1995.
*255. KOENIG, M., HOSSAIN, M.B., AHMED, S., and HAAGA, J. Individual and community-level determinants of domestic violence in rural Bangladesh. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Department of Population and Family Health Sciences, May 1999. (Hopkins Population Center Paper on Population No. WP-99-04) 32 p.
256. KOLS, A. and SHERMAN, J.E. Family planning programs: Improving quality. Series J, No. 3. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1998. 40 p.

*257. KOSS, M. The impact of crime victimization of women's medical use. Journal of Women's Health 2(1): 67-72. 1993.
*258. KOSS, M.P., GOODMAN, L.A., BROWNE, A., FITZGERALD, L. F., KEITA, G.P., and RUSSO, N.F. No safe haven: Male violence against women at home, at work, and in the community. Washington D.C., American Psychological Association, 1994. 344 p.
*259. KOSS, M.P. and HESLET, L. Somatic consequences of violence against women. Archives of Family Medicine 1(1): 53-59. 1992.
*260. KOSS, M.P., KOSS, P.G., and WOODRUFF, W.J. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. Archives of Internal Medicine 151(2): 342-347. 1991.
261. KOSS, M.P., WOODRUFF, W.J., and KOSS, P.G. Criminal victimization among primary care medical patients: Prevalence, incidence, and physician usage. Behavioral Science and Law 9(1): 85-96. 1991.
262. KOUMPOUNIS, A. (Reprosalud) [Domestic violence in Peru] Personal communication, 1999.
263. KYRIACOU, D.N., MCCABE, F., ANGLIN, D., LAPESARDE, K., and WINER, M.R. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. Annals of Emergency Medicine 31(4): 502-506. 1998.
*264. LANDENBURGER, K.M. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 27(6): 700-706. 1998.
265. LANGELAND, W. and HARTGERS, C. Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. Journal of Studies on Alcohol 59(3): 336-348. 1998.
266. LAPIN, D. Assessing psychosocial needs of refugee women and children using rapid field techniques. Presented at 120th meeting of the American Public Health Association, Washington, D.C. Nov. 8Ä12, 1992.
*267. LARRAIN, S. Curbing domestic violence: Two decades of activism. In: Morrision, A.R. and Biehl, M.L., eds. Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas. Washington, D.C., Inter-American Development Bank. 1999. p. 105-130.
268. LARRAIN, S.H. Violencia Puertas Adentro: La Mujer Golpeada. [SPA] [Violence Behind Closed Doors: The Battered Women]. Santiago, Chile, Editorial Universitaria, 1994. 149 p.
269. LASEE, A. and BECKER, S. Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya. International Family Planning Perspectives 23(1): 15-20. 1997.
270. LAUMANN, E.O. Early sexual experiences: How voluntary? How violent? Smith, M.D., Besharov, D.J., Gardiner, K.N., and Hoff, T., eds. Henry J. Kaiser Family Foundation, 1994. 37 p.
271. LEE, N.C., DICKER, R.C., RUBIN, G.L., and ORY, H.W. Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 150(3): 283-287. 1984.
*272. LEIBRICH, J., PAULIN, J., and RANSOM, R. Hitting home: Men speak about domestic abuse of women partners. Wellington, New Zealand,

New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995. 243 p.
273. LESERMAN, J., DROSSMAN, D.A., LI, Z., TOOMEY, T.C., NACHMAN, G., and GLOGAU, L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. Psychosomatic Medicine 58(1): 4-15. 1996.
274. LEUNG, W.C., LEUNG, T.W., LAM, Y.Y., and HO, P.C. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 66(1): 23-30. 1999.
*275. LEVINSON, D. Violence in Cross Cultural Perspective. Newbury Park, California, Sage Publications, 1989. 139 p.
276. LEVITAN, R.D., PARIKH, S.V., LESAGE, A.D., HEGADOREN, K. M., ADAMS, M., KENNEDY, S.H., and GOERING, P.N. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: Relationship to neurovegetative features, mania, and gender. American Journal of Psychiatry 155(12): 1746-1752. 1998.
*277. LEYE, E., GITHANIGA, A., and TEMMERMAN, M. Health care strategies for combating violence against women in developing countries. Ghent, Belgium, International Center for Reproductive Health, Aug. 1999. 125 p.
278. LLOYD, S. and TALUC, N. The effects of male violence on female employment. Violence Against Women 5(4): 370-392. 1999.
279. LÓPEZ, F., CARPINTERO, E., HERNANDEZ, A., MARTIN, M.J., and FUERTES, A. Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. Child Abuse and Neglect 19(9): 1039-1050. 1995.
280. LUSTER, T. and SMALL, S.A. Sexual abuse history and problems in adolescence: Exploring the effects of moderating variables. Journal of Marriage and the Family 59: 131-142. 1997.
281. MACRO INTERNATIONAL (MI) and SOUTH AFRICA DEPARTMENT OF HEALTH. South Africa demographic and health survey 1998: Preliminary report. Calverton, Maryland, MI, Aug. 1999. 41 p.
*282. MAFORAH, F., JEWKES, R., and VUNDULE, C. Youth sexuality: Findings of a case-control study of pregnant and non-pregnant teenagers. Presented at the 18th African Health Sciences Congress, Cape Town, South Africa, Apr. 1997.
283. MAHER, J., PETERSON, J., HASTINGS, K., DAHLBERG, L., SEALS, B., SHELLY, G., and KAMB, M. Partner violence and women's decision to have an HIV test (Abstract #43110). Proceedings of the 12th World Conference on AIDS, Geneva, Jul. 1998. 1184 p.
*284. MAHER, M. From victims of violence to women of well-being: A case study of rural health promoters response to gender violence. Takoma Park, Maryland, Center for Health and Gender Equity, 1997. 20 p.
285. MARTIN, S.L., ENGLISH, K.T., CLARK, K.A., CILENTI, D., and KUPPER, L.L. Violence and substance use among North Carolina pregnant women. American Journal of Public Health 86(7): 991-998. 1996.
*286. MARTIN, S.L., KILGALLEN, B., TSUI, A.O., MAITRA, K., SINGH, K.K., and KUPPE, L.L. Sexual behaviors and reproductive health

outcomes associations with wife abuse in India. Journal of the American Medical Association 282(20): 1967-1972. Nov. 24, 1999.
287. MARTIN, S.L., MATZA, L.S., KUPPER, L.L., THOMAS, J.C., DALY, M., and CLOUTIER, S. Domestic violence and sexually transmitted diseases: The experience of prenatal care patients. Public Health Report 114(3): 262-268. 1999.
288. MARTIN, S.L., TSUI, A.O., MAITRA, K., and MARINSHAW, R. Domestic violence in northern India. American Journal of Epidemiology 150(4): 417-426. 1999.
289. MATCH INTERNATIONAL CENTRE. The circle of healing: Aboriginal women organizing in Canada. In: Davies, M. Women and Violence: Realities and Responses Around the World. London, Zed Books Ltd. 1994. p. 234-239.
290. MAZZA, D., DENNERSTEIN, L., and RYAN, V. Physical, sexual and emotional violence against women: A general practice-based prevalence study. Medical Journal of Australia 164(1): 14-17. 1996.
*291. MCCAULEY, J., KERN, D.E., KOLODNER, K., DILL, L., SCHROEDER, A.F., DECHANT, H.K., RYDEN, J., BASS, E.B., and DEROGATIS, L.R. The "battering syndrome:" Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. Annals of Internal Medicine 123(10): 737-746. 1995.
*292. MCCAULEY, J., KERN, D.E., KOLODNER, K., DILL, L., SCHROEDER, A.F., DECHANT, H.K., RYDEN, J., DEROGATIS, L.R., and BASS, E.B. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. Journal of the American Medical Association 277(17): 1362-1368. 1997.
*293. MCCAULEY, J., YURK, R.A., JENCKES, M.W., and FORD, D.E. Inside "Pandora's box:" Abused women's experiences with clinicians and health services. Journal of General Internal Medicine 13(8): 549-555. 1998.
294. MCCLOSKEY, L.A., FIGUEREDO, A.J., and KOSS, M.P. The effects of systemic family violence on children's mental health. Child Development 66(5): 1239-1261. 1995.
295. MCFARLANE, J. and PARKER, B. Preventing abuse during pregnancy: An assessment and intervention protocol. American Journal of Maternal Child Nursing 19(6): 321-324. 1994.
296. MCFARLANE, J., PARKER, B., and SOEKEN, K. Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. Nursing Research 45(1): 37-42. 1996.
297. MCLEER, S.V. and ANWAR, R.A. The role of the emergency physician in the prevention of domestic violence. Annals of Emergency Medicine 16(10): 1155-1161. 1987.
298. MCLEER, S.V., ANWAR, R.A., HERMAN, S., and MAQUILING, K. Education is not enough: A systems failure in protecting battered women. Annals of Emergency Medicine 18(6): 651-653. 1989.
299. MEJIA, R.I., ELIAS, M.G.H., and OLAVARRIETA, C.D. Asi hemos sido...Asi queremos ser. [SPA] [This is how we've been...This is how we want to be]. Mexico City, Fundacion Mexicana para la Planefecation

Familiar, 1998.
300. MEN FOR CHANGE. Healthy relationships: A violence prevention curriculum. Halifax, Nova Scotia, Men For Change, 1994. 280 p.
301. MENSCH, B. Locating adolescence: An overview of adolescents' reproductive behavior and it social consequences. Presented at the World Bank, Washington D.C., 1996.
302. MESQUITA DA ROCHA, M. Women's police stations: Rio de Janeiro, Brazil. In: Domestic Violence in Latin America and the Caribbean. Washington D.C., Inter-American Development Bank. Oct. 20-21, 1997. 49 p.
303. MICHAU, L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. Center for Health and Gender Equity (CHANGE), ed. Proceedings of the Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington D.C., Jan. 9-11, 1998. CHANGE, p. 4-9.
*304. MILLER, B.A., DOWNS, W.R., and TESTA, M. Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. Journal of Studies on Alcohol 11(Suppl.): 109-117. 1993.
*305. MITRA, N. Best practices among responses to domestic violence: A study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra [draft]. Washington D.C., International Center for Research on Women, 1998. 252 p.
*306. MONCRIEFF, J. and FARMER, R. Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems. Alcohol and Alcoholism 33(6): 592-601. 1998.
307. MONTOYA, O. Nadando Contra Corriente: Buscando Pistas para Prevenir la Violencia Masculina en las Relaciones de Pareja. [SPA] [Swimming Upstream: Looking for Clues to Prevent Masculine Violence in Intimate Relationships]. Managua, Nicaragua, Fundación Puntos de Encuentro, 1998. 140 p.
308. MOONEY, J. The Hidden Figure: Domestic Violence in North London. London, Middlesex University, 1993. 80 p.
309. MOORE, M.L., ZACCARO, D., and PARSONS, L.H. Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/ domestic violence. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 27(2): 175-182. 1998.
310. MORENO MARTÍN, F. La violencia en la pareja. [SPA] [Intimate partner violence]. Revista Panamericana de Salud Pública 5(4/5): 245-258. 1999.
311. MORRISON, A. (Inter-American Development Bank) [Project description] Personal communication, Jun. 3, 1998.
312. MORRISON, A.R. and ORLANDO, M.B. Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. In: Morrison, A.R. and Biehl, M.L. Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas. Washington, D.C., Inter-American Development Bank. 1997. p. 51-80.
313. MOTSEI, M. and CENTRE FOR HEALTH POLICY. Detection of Women Battering in Health Care Settings: The Case of Alexandra Health

Clinic. Cape Town, South Africa, Galvin and Sales, 1993.
314. MULLEN, P.E., MARTIN, J.L., ANDERSON, J.C., ROMANS, S.E., and HERBISON, G.P. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. British Journal of Psychiatry 165: 35-47. 1994.
315. MULLEN, P.E., MARTIN, J.L., ANDERSON, J.C., ROMANS, S.E., and HERBISON, G.P. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. Child Abuse and Neglect 20(1): 7-21. 1996.
316. MULLEN, P.E., ROMANS-CLARKSON, S.E., WALTON, V.A., and HERBISON, G.P. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. Lancet 1(8590): 841-845. Apr. 16, 1988.
317. NAGY, S., ADCOCK, A.G., and NAGY, M.C. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. Pediatrics 93(4): 570-575. 1994.
318. NAJERA, T.P., GUTIERREZ, M., and BAILEY, P. Bolivia: Follow-up to the 1994 demographic and health survey, and women's economic activities, fertility and contraceptive use. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Jun. 1998. 8 p.
*319. NARAYANA, G. Family violence, sex and reproductive health behavior among men in Uttar Pradesh, India, unpublished, 1996. 11 p.
320. NASH, M.R., ZIVNEY, O.A., and HULSEY, T. Characteristics of sexual abuse associated with greater psychological impairment among children. Child Abuse and Neglect 17(3): 401-408. 1993.
321. NATIONAL COMMITTEE ON VIOLENCE AGAINST WOMEN. The national strategy on violence against women. Canberra, Australia, Australian Government Publishing Service, 1993.
322. NATIONAL SEX AND REPRODUCTION RESEARCH TEAM AND JENKINS, C. National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea (PNG). Goroka, PNG, PNG Institute of Medical Research, Mar. 1994. 147 p.
323. NATIONAL STATISTICS OFFICE AND MACRO INTERNATIONAL INC. (MI). Philippine safe motherhood survey 1993. Calverton, Maryland, MI, Oct. 1994.
*324. NDUNA, S. A safe space created by and for women: Sexual and gender-based violence program phase II report. Kibondo, Tanzania, International Rescue Committee, 1998. 26 p.
325. NELSON, E. and ZIMMERMAN, C. Household survey on domestic violence in Cambodia. Phnom Penh, Cambodia, Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence, Aug. 1996. 82 p.
326. NEWBERGER, E.H., BARKAN, S.E., LIEBERMAN, E.S., MCCORMICK, M.C., YLLO, K., GARY, L.T., and SCHECHTER, S. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. Current knowledge and implications for practice. Journal of the American Medical Association 267(17): 2370-2372. 1992.
327. NOLEN-HOEKSEMA, S. and GIRGUS, J.S. The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychological

Bulletin 115(3): 424-443. 1994.
328. NORTON, L.B., PEIPERT, J.F., ZIERLER, S., LIMA, B., and HUME, L. Battering in pregnancy: An assessment of two screening methods. Obstetrics and Gynecology 85(3): 321-325. 1995.
*329. NUDELMAN, J., DURBOROW, N., GRAMBS, M., and LETELLIER, P. Best practices: Innovative domestic violence programs in health care settings. Grambs, M., ed. San Francisco, Family Violence Prevention Fund, Apr. 1997. 33 p.
*330. O'CONNER, M. Making the links: Towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men. Dublin, Ireland, Women's AID, 1995. 153 p.
331. ODUJINRIN, O. Wife battering in Nigeria. International Journal of Gynecology and Obstetrics (41): 159-164. 1993.
332. OFEI-ABOAGYE, R. Domestic violence in Ghana: An initial step. Columbia Journal of Gender and Law 4(1): 1-25. 1994.
333. OKOJIE, C.E. Gender inequalities of health in the third world. Social Science and Medicine 39(9): 1237-1247. 1994.
334. OKUMU, M.I., CHEGE, I.N., YOURI, P., and ORANGA, H.O. Female adolescent health and sexuality in Kenyan secondary schools: A survey report. African Medican and Research Foundation, Feb. 1994. 30 p.
335. OLSON, L., ANCTIL, C., FULLERTON, L., BRILLMAN, J., ARBUCKLE, J., and SKLAR, D. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. Annals of Emergency Medicine 27(6): 741-746. 1996.
336. OLSSON, A., ELLSBERG, M., BERGLUND, S., HERRERA, A., ZELAYA, E., and PERSSON, L.-Å. Lifetime experiences of sexual abuse among Nicaraguan men and women: A population-based anonymous survey. 1999. 25 p. (Submitted).
337. ORDOÑEZ, M., OCHOA, L.H., OJEDA, G., ROJAS, G., GÓMEZ, L. C., and SAMPER, B. Colombia: Encuesta nacional de demografía y salud, 1995 [SPA] [Colombia: National demographic and health survey, 1995]. Calverton, Maryland, Macro International, Oct. 1995. 248 p.
338. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Estudio de prevalencia de la violencia domestica en tres municipios: Bolivia 1998. [SPA] [A study of domestic violence in three municipalities: Bolivia 1998]. La Paz, Bolivia, unpublished, Jan. 1999. 18 p.
339. OROPESA, R.S. Development and marital power in Mexico. Social Forces 75(4): 1291-1317. 1997.
340. ORPINAS, P. Who is violent? Factors associated with aggressive behaviors in Latin America and Spain. Pan American Journal of Public Health 5(4/5): 232-243. 1999.
341. OSAKUE, G. and HILBER, A.M. Women's sexuality and fertility in Nigeria. In: Petchesky, R. and Judd, K. Negotiating Reproductive Rights. London, Zed Books Ltd. 1998. p. 180-216.
342. PAK, L.L., REECE, E.A., and CHAN, L. Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? American Journal of Obstetrics and Gynecology 179(5): 1140-1144. 1998.

343. PALUZZI, P.A. and QUIMBY, C.H. Domestic violence education module. Washington D.C., American College of Nurse-Midwives, 1995. 48 p.
344. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Resolution CD37.R19 on Violence. PAHO (Website). Sept./Oct. 1993. Accessed Dec. 1, 1999.
345. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Achievements of project "Toward a comprehensive model approach to domestic violence: Expansion and consolidation of interventions coordinated by the state and civil society". Washington, D.C., Women, Health and Development Program, PAHO, 1999. 5 p.
346. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Para vivir sin violencia: Dimensiones del problema, compromisos de solución. [SPA] [To live without violence: Dimensions of the problem, potential solutions]. Washington, D.C., PAHO, Nov. 1999. 12 p.
*347. PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: Análisis y resultados de investigación. [SPA] [Help-seeking by victims of family violence: Analysis and research results]. Panama City, Panama, Organización Panamericana de la Salud en Panamá, 1998. 94 p.
348. PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Proyecto ACTIVA data. [SPA] [Project ACTIVA data]. Pan American Journal of Public Health 5(4/5): 347-356. PAHO. Apr./May 1999.
349. PAONE, D., CHAVKIN, W., WILETS, I., P, F., and DESJARLAIS, D. The impact of sexual abuse: Implications for drug treatment. Journal of Women's Health 1(2): 149-153. 1992.
350. PARKER, B. and CAMPBELL, J. Care of victims of abuse and violence. In: Wis, G. and Sundeen, S.J. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis, Missouri, Mosby. 1991. p. 906-927.
351. PARKER, B., MCFARLANE, J., and SOEKEN, K. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. Obstetrics and Gynecology 84(3): 323-328. 1994.
352. PARRY, C., TIBBS, J., VAN DER SPUY, J., and CUMMINS, G. Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa. Curationis 19(1): 2-5. 1996.
353. PARSONS, L.H. and MOORE, M.L. Family violence issues in obstetrics and gynecology, primary care, and nursing texts. Obstetrics and Gynecology 90(4 Pt. 1): 596-599. 1997.
354. PEDERSEN, W. and SKRONDAL, A. Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. Addiction 91(4): 565-581. 1996.
*355. PETERSEN, R., GAZMARARIAN, J.A., SPITZ, A.M., ROWLEY, D.L., GOODWIN, M.M., SALTZMAN, L.E., and MARKS, J.S. Violence and adverse pregnancy outcomes: A review of the literature and directions for future research. American Journal of Preventive Medicine 13(5): 366-373. 1997.
356. PHILADELPHIA FAMILY VIOLENCE WORKING GROUP. The

RADAR domestic violence training project for health care providiers: Overview and evaluation. Philadelphia Physicians for Social Responsibility, Aug. 1, 1996. 27 p.
357. PIOT, P. HIV/AIDS and violence against women. Presented at the Panel on Women and Health 43rd Session, New York, Mar. 3, 1999. United Nations Commission on the Status of Women. (Available accessed Dec. 3, 1999.)
358. PIOTROW, P.T., KINCAID, D. L., HINDIN, M. J., LETTENMAIER, C. L., KUSEKA, I., SILBERMAN, T., ZINANGA A., CHIKARA, F., ADAMCHAK, D. J., MBIZVO, M. T., OPIA, W. L., KUMAH, M., and KIM, Y. Changing men's attitudes and behavior: The Zimbabwe Male Motivation Project. Studies in Family Planning 23(6 Pt.1): 365-375. Nov./ Dec. 1992.
*359. POONACHA, V. and PANDEY, D. Response to domestic violence in Karnataka and Gujurat. In: Duvvury, N. Domestic Violence in India. Washington D.C., International Center for Research on Women. Sep. 1999. p. 28-41.
360. PR NEWSWIRE. Maryland domestic violence victims get added protection with cell phone contribution. (Baltimore). PR Newswire. Oct. 1, 1998.
361. PRASAD, S. Medicolegal response to violence against women in India. Violence against Women 5(5): 478-506. 1999.
362. RAIKES, A. Wife abuse as a health issue in the context of changing gender relations in Kenya today: A case study from Kisii. Copenhagen, unpublished, 1992. 18 p.
363. RAMIREZ RODRIGUEZ, J.C. and VARGAS BECERRA, P.N. Una espada de doble filo: La salud reproductiva y la violencia doméstica contra la mujer [SPA] [A double-edged sword: Reproductive health and domestic violence against women]. Proceedings of the Seminario "Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe: Temas y Problemas," Brazil, 1996. 24 p.
364. RAMOS-JIMENEZ, P. Philippine strategies to combat domestic violence against women. Manila, Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center, and De La Salle University, Nov. 1996. 25 p.
365. RANCE, S. Control and resistance: Empowering strategies in the reproductive lives of La Paz market women. Arlington, Virginia, John Snow, Inc. Jan. 1994. 54 p.
366. RANCK, S. and TOFT, S. Domestic violence in an urban context with rural comparisons. Boroko, Papua New Guinea (PNG), Law Reform Commission of PNG, 1986. (Occasional Paper No. 19) 155 p.
367. RANDALL, M. and HASKELL, L. Sexual violence in women's lives: findings from the Women's Safety Project, a community-based survey. Violence Against Women 1(1): 6-31. Mar. 1995.
368. RAO, V. Wife-beating in rural South India: A qualitative and econometric analysis. Social Science and Medicine 44(8): 1169-1179. 1997.
369. RAPKIN, A.J., KAMES, L.D., DARKE, L.L., STAMPLER, F.M., and

NALIBOFF, B.D. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. Obstetrics and Gynecology 76(1): 92-96. 1990.
370. RED DE MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA (RMV). Como atender a las mujeres que viven situationes de violencia doméstica? Orientaciones básicas para el personal de salud. [SPA] [Care of women living with domestic violence: Orientation for health care personnel]. Managua, Nicaragua, RMV, 1999. 58 p.
371. REPRODUCTIVE HEALTH RESEARCH UNIT (RHRU). Male involvement project. Soweto, South Africa, RHRU, 1998.
372. RICHIE, B.E. and JOHNSEN, C. Abuse histories among newly incarcerated women in a New York City jail. Journal of the American Medical Women's Association 51(3): 114, 117. 1996.
*373. RIND, B. and TROMOVITCH, P. A meta-analytical review of findings from national samples on psychological correlates on child sexual abuse. Journal of Sex Research 34(3): 237-255. 1997.
*374. RITTMAYER, J. and ROUX, G. Relinquishing the need to fix it. Medical intervention with domestic abuse. Qualitative Health Research 9 (2): 166-181. 1999.
375. ROBERTS, G.L., LAWRENCE, J.M., WILLIAMS, G.M., and RAPHAEL, B. The impact of domestic violence on women's mental health. Australian and New Zealand Journal of Public Health 22(7): 796-801. 1998.
376. ROBERTS, G.L., WILLIAMS, G.M., LAWRENCE, J.M., and RAPHAEL, B. How does domestic violence affect women's mental health? Women's Health 28(1): 117-129. 1998.
377. ROBEY, B., ROSS, J., and BHUSHAN, I. Meeting unmet need: New strategies. Population Reports, Series J, No. 43. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1996. 35 p.
378. RODGERS, K. Wife assault: The findings of a national survey. Canadian Centre for Justice Statistics 14(9): 1-22. 1994.
379. RODRIGUEZ, M.A., QUIROGA, S.S., and BAUER, H.M. Breaking the silence: Battered women's perspectives on medical care. Archives of Family Medicine 5(3): 153-158. 1996.
380. RODRIGUEZ, N., RYAN, S.W., VANDE KEMP, H., and FOY, D.W. Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: A comparison study. Journal of Consulting and Clinical Psychology 65(1): 53-59. 1997.
381. ROMANS, S.E., MARTIN, J.L., ANDERSON, J.C., HERBISON, G. P., and MULLEN, P.E. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. American Journal of Psychiatry 152(9): 1336-1342. 1995.
382. ROMERO, M. Violencia sexual y domestica: Informe de la fase cuantitativa realizada en el centro de atencion a adolescentes de San Miguel de Allende. [SPA] [Sexual and domestic violence: Report from the qualitative phase from an adolescent center in San Miguel de Allende]. Mexico City, Population Council, 1994. 53 p.
*383. ROMKENS, R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: Combining quantitative and qualitative methods in survey research. Journal of Interpersonal Violence 12: 99-125. 1997.

384. RONSMANS, C. and KHLAT, M. Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. Lancet 354: 1448. Oct. 23, 1999.
385. ROOSA, M.W., TEIN, J.-Y., REINHOLTZ, C., and ANGELINI, P.J. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. Journal of Marriage and the Family 59: 119-130. Feb. 1997.
*386. ROSALES ORTIZ, J., LOAIZA, E., PRIMANTE, D., BARBERENA, A., BLANDON SEQUEIRA, L., and ELLSBERG, M. Encuesta Nicaraguense de demografia y salud, 1998 [SPA] [1998 Nicaraguan demographic and health survey]. Managua, Nicaragua, Instituto Nacional de Estadisticas y Censos, 1999. 319 p.
387. ROTHENBERG, K.H. and PASKEY, S.J. The risk of domestic violence and women with HIV infection: Implications for partner notification, public policy, and the law. American Journal of Public Health 85(11): 1569-1576. 1995.
388. ROTHENBERG, K.H., PASKEY, S.J., REULAND, M.M., ZIMMERMAN, S.I., and NORTH, R.L. Domestic violence and partner notification: Implications for treatment and counseling of women with HIV. Journal of the American Medical Women's Association 50(3-4): 87-93. 1995.
389. ROTHERAM-BORUS, M.J., MAHLER, K.A., KOOPMAN, C., and LANGABEER, K. Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. American Journal of Orthopsychiatry 66 (3): 390-400. 1996.
390. ROZEE, P.D. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. Psychology of Women Quarterly 17: 499-514. 1993.
391. SAFER, A. Healthy Relationships: A Violence-Prevention Curriculum. Halifax, Nova Scotia, Oxford Street Press, 1994. 284 p.
392. SALWAY, S. How attitudes toward family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana. International Family Planning Perspectives 20(2): 44-47. 1994.
*393. SANDAY, P.R. The socio-cultural context of rape: A cross cultural study. Journal of Social Issues 37(4): 5-27. 1981.
394. SANSONE, R.A., WIEDERMAN, M.W., and SANSONE, L.A. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. Violence and Victims 12(2): 165-172. 1997.
395. SARAH, R. Latin American men take on new roles in reproductive health. Populi, New York. United Nations Population Fund, Dec. 1998/Jan. 1999. p. 9-11.
396. SAS, L.D. and CUNNINGHAM, A.H. Tipping the balance to tell the secret: Public discovery of child sexual abuse. Ontario, Canada, London Family Court Clinic, Mar. 1995. 201 p.
397. SATIN, A.J., HEMSELL, D.L., STONE, I.C., JR., THERIOT, S., and WENDEL, G.D., Jr. Sexual assault in pregnancy. Obstetrics and Gynecology 77(5): 710-714. 1991.
398. SAUCEDO, I. (Reproductive Health and Society Program, El Colegio de Mexico) [Working group on domestic violence and health] Personal

communication, Apr. 14, 1999.
399. SAUNDERS, D.G. and KINDY JR., P. Predictors of physicians' responses to woman abuse: The role of gender, background, and brief training. Journal of General Internal Medicine 8(11): 606-609. 1993.
400. SCHAAF, K.K. and MCCANNE, T.R. Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. Child Abuse and Neglect 22 (11): 1119-1133. 1998.
401. SCHEI, B. Psycho-social factors in pelvic pain. A controlled study of women living in physically abusive relationships. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 69(1): 67-71. 1990.
*402. SCHEI, B. Physically abusive spouse—a risk factor of pelvic inflammatory disease? Scandinavian Journal of Primary Health Care 9(1): 41-45. 1991.
403. SCHEI, B. and BAKKETEIG, L.S. Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: A study of a random sample of Norwegian women. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 96(12): 1379-1383. 1989.
404. SCHEI, B., SAMUELSEN, S.O., and BAKKETEIG, L.S. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? Scandinavian Journal of Social Medicine 19(1): 26-31. 1991.
405. SCHOTENSACK, K., ELLIGER, T., GROSS, A., and NISSEN, G. Prevalence of sexual abuse of children in Germany. Acta Paedopsychiatrica 55(4): 211-216. 1992.
*406. SCHULER, S.R., HASHEMI, S.M., and BADAL, S.H. Men's violence against women in rural Bangladesh: Undermined or exacerbated by microcredit programmes? Development in Practice 8(2): 148-157. May 1998.
*407. SCHULER, S.R., HASHEMI, S.M., RILEY, A.P., and AKHTER, S. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. Social Science and Medicine 43(12): 1729-1742. 1996.
408. SEN, P. Networks, support groups, and domestic violence. Development in Practice 6(4): 364-367. 1996.
*409. SEN, P. Ending the presumption of consent. Non-consensual sex in marriage: A worldwide programme. London, CHANGE, Apr. 1999. (Working Paper) 10 p.
410. SERBANESCU, F., MORRIS, L., STRATILA, M., and BIVOL, O. Reproductive health survey, Moldova, 1997. Atlanta, Centers for Disease Control, U.S. Department of Health and Human Services, Dec. 1998. 338 p.
411. SHEDLIN, M. and HOLLERBACH, P.E. Modern and traditional fertility regulation in a Mexican community: The process of decision making. Studies in Family Planning 12(6/7): 278-296. 1991.
412. SHERMAN, S.G. and STECKLER, A. "What the 'caine was tellin' me to do." Crack users' risk of HIV: An exploratory study of female inmates. Women's Health 4(2): 117-134. 1998.
*413. SHORT, L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. Center for Health and Gender

Equity (CHANGE), ed. Proceedings of the Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington D.C., 1998. CHANGE, p. 27-31
414. SINAL, S.H. Sexual abuse of children and adolescents. Southern Medical Journal 87(12): 1242-1258. 1994.
415. SINGH, H.S., YIING, W.W., and NURANI, H.N. Prevalence of childhood sexual abuse among Malaysian paramedical students. Child Abuse and Neglect 20(6): 487-492. 1996.
416. SINGHAL, A. and ROGERS, E.M. Planned social change. Bettinghaus, E.P. and Cody, M. eds. Persuasive Communication. New York, Holt, Rhinehart and Winston, 1994. 38 p.
417. SISTERHOOD IS GLOBAL INSTITUTE (SIGI). SIGI field coordinators report on workshops. SIGI News, Vol. 6 No. 2. Bethesda, Maryland. SIGI, Fall/Winter 1999. p. 8.
418. SMITH, P.H., MORACCO, K.E., and BUTTS, J.D. Partner homicide in context: A population-based perspective. Homicide Studies 2(4): 400-421. 1998.
419. SONG, L.Y., SINGER, M.I., and ANGLIN, T.M. Violence exposure and emotional trauma as contributors to adolescents' violent behaviors. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 152(6): 531-536. 1998.
420. SPACCARELLI, S., COATSWORTH, J.D., and BOWDEN, B.S. Exposure to serious family violence among incarcerated boys: Its association with violent offending and potential mediating variables. Violence and Victims 10(3): 163-182. 1995.
421. STATHAM, D.J., HEATH, A.C., MADDEN, P.A., BUCHOLZ, K.K., BIERUT, L., DINWIDDIE, S.H., SLUTSKE, W.S., DUNNE, M.P., and MARTIN, N.G. Suicidal behaviour: An epidemiological and genetic study. Psychological Medicine 28(4): 839-855. 1998.
422. STEELE, F., AMIN, S., and NAVED, R.T. The impact of an integrated micro-credit program on women's empowerment and fertility behavior in rural Bangladesh. New York, Population Council, 1998. (Policy Research Division Working Papers No. 115) 39 p.
423. STEVENS-SIMON, C. and REICHERT, S. Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse: A developmental approach to an intergenerational cycle. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 148(1): 23-27. 1994.
*424. STOCK, J.L., BELL, M.A., BOYER, D.K., and CONNELL, F.A. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. Family Planning Perspectives 29(5): 200-203, 227. 1997.
425. STRAIGHT TALK FOUNDATION. Communication for better health. (Website). 1999. Accessed Oct. 12, 1999.
426. STRATHDEE, S.A., PATRICK, D.M., ARCHIBALD, C.P., OFNER, M., CORNELISSE, P.G., REKART, M., SCHECHTER, M.T., and O'SHAUGHNESSY, M.V. Social determinants predict needle-sharing behaviour among injection drug users in Vancouver, Canada. Addiction 92 (10): 1339-1347. 1997.
427. STRAUS, M. and GELLES, R. Societal change and change in family

violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. Journal of Marriage and the Family (48): 465-479. 1986.
*428. SUGG, N.K. and INUI, T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. Journal of the American Medical Association 267(23): 3157-3160. 1992.
429. SUTHERLAND, C., BYBEE, D., and SULLIVAN, C. The long-term effects of battering on women's health. Women's Health 4(1): 41-70. 1998.
430. TAGGART, L. and MATTSON, S. Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy: Cross-cultural implications. Health Care for Women International 17(1): 25-34. 1996.
*431. TEMMERMAN, M., NDINYA-ACHOLA, J., AMBANI, J., and PIOT, P. The right not to know HIV-test results. Lancet 345(8955): 969-970. 1995.
432. THOMAS, D.Q. In search of solutions: Women's police stations in Brazil. In: Davies, M., ed. Women and Violence: Realities and Responses Worldwide. London, Zed Books Ltd. 1994. p. 32-43.
433. THOMPSON, M.P., KASLOW, N.J., KINGREE, J.B., PUETT, R., THOMPSON, N.J., and MEADOWS, L. Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. Journal of Traumatic Stress 12(1): 59-72. 1999.
434. TILDEN, V., SCHMIDT, T., LIMANDRI, B., CHIODO, G., GARLAND, M., and LOVELESS, P. Factors that influence clinician's assessment and management of family violence. American Journal of Public Health 84(4): 628-633. 1994.
435. TILDEN, V.P. and SHEPHERD, P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: Use of a nursing protocol. Research in Nursing Health 10(4): 209-215. 1987.
436. TJADEN, P. and THOENNES, N. Prevalence, incidence and consequences of violence against women: Findings from the national violence against women survey. Washington, D.C., National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention, Nov. 1998. 16 p.
437. TOFT, S. and BONNELL, S. Marriage and domestic violence in rural Papua New Guinea (PNG). Boroko, PNG, Law Reform Commission of PNG, 1985. (Occasional Papers No. 18) 116 p.
*438. TOLMAN, R.M. and EDLESON, J.L. Intervention for men who batter: A review of research. In: Stith, S.R. and Strauss, M.A. Understanding Partner Violence: Prevalence, Causes, Consequences and Solutions. Minneapolis, Minnesota, Nation Council on Family Relations. 1995. p. 262-273.
439. TOLMAN, R.M. and WEISZ, A. Coordinated community intervention for domestic violence: The effects of arrest and prosecution on recidivism of women abuse perpetrators. Crime and Delinquency 41: 481-495. Oct. 1, 1995.
440. TRAVERSO, M.T. Violencia en la pareja: La cara oculta de la relación. [SPA] [Intimate partner violence: The hidden face of relationships]. Washington D.C., Inter-Development Bank, 1999. 34 p.
441. ULIN, P.R., CAYEMITTES, M., and METELLUS, E. Haitian

women's role in sexual decisionmaking: The gap between AIDS knowledge and behavior change. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Nov. 1995. 85 p.
442. UNITED NATIONS (UN). The world's women 1995: Trends and statistics. New York, UN, 1995. (Social Statistics and Indicators, Series K, No. 12) 186 p.
443. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). The progress of nations. New York, UNICEF, 1997. 68 p.
444. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Declaration on the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting, Geneva, Dec. 20, 1993. United Nations General Assembly.
445. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Violence against girls and women. New York, UNFPA, 1999. 24 p.
446. USTUN, T.B. The global burden of mental disorders. American Journal of Public Health 89(9): 1315-1318. 1999.
447. VALDEZ-SANTIAGO, R. and SANIN-AGUIRRE, L.H. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. Salud Publica Mexicana 38(5): 352-362. 1996.
448. VALLADARES, E., ELLSBERG, M., PEÑA, R., HÖGBERG, U., and PERSSON, L.Å. Physical abuse during pregnancy: A risk factor for low birth weight. 1999. 19 p. (Submitted).
449. VAN DER STRATEN, A., KING, R., GRINSTEAD, O., SERUFILIRA, A., and ALLEN, S. Couple communication, sexual coercion and HIV risk in Kigali, Rwanda. AIDS (9): 935-944. 1995.
450. VARGA, C.A. Links between sexual dynamics and reproductive health beahvior among KwaZulu/Natal youth: Qualitative and quantitative perspectives. Presented at the Fifth Reproductive Health Priorities Conference, Drakensberg, South Africa, Aug. 17-20, 1999. 100 p.
451. VISARIA, L. Violence against women in India: Evidence from rural Gujarat. In: Domestic Violence in India. Washington D.C., International Center for Research on Women. Sep. 1999. p. 9-17.
452. VITANZA, S., VOGEL, L.C., and MARSHALL, L.L. Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. Violence and Victims 10(1): 23-34. 1995.
453. VUNDULE, C., MAFORAH, F., JEWKES, R., and JORDAN, E. Risk factors for teenage pregnancy among sexually active African adolescents in Cape Town: A case-control study. Cape Town, South Africa, unpublished, 1999. 26 p.
454. WADHWA, P.D., DUNKEL-SCHETTER, C., CHICZ-DEMET, A., PORTO, M., and SANDMAN, C.A. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. Psychosomatic Medicine 58(5): 432-446. 1996.
*455. WALKER, E., GELFAND, A., KATON, W., KOSS, M., KORFF, M. V., BERNSTEIN, D., and RUSSO, J. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. American Journal of Medicine 107(4): 332-339. 1999.
456. WALKER, E.A., KATON, W.J., HANSOM, J., HARROP-

GRIFFITHS, J., HOLM, L., JONES, M.L., HICKOK, L., and JEMELKA, R.P. Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. Psychosomatic Medicine 54: 658-664. 1992.
457. WALKER, E.A., KATON, W.J., ROY-BYRNE, P.P., JEMELKA, R. P., and RUSSO, J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. American Journal of Psychiatry 150(10): 1502-1506. 1993.
458. WALKER, E.A., KEEGAN, D., GARDNER, G., SULLIVAN, M., BERNSTEIN, D., and KATON, W.J. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. Psychosomatic Medicine 59(6): 572-577. 1997.
*459. WALKER, E.A., UNUTZER, J., RUTTER, C., GELFAND, A., SAUNDERS, K., VONKORFF, M., KOSS, M.P., and KATON, W. Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. Archives of General Psychiatry 56(7): 609-613. 1999.
*460. WARSHAW, C. and GANLEY, A.L. Improving the health care response to domestic violence: A resource manual for health care providers. San Francisco, Family Violence Prevention Fund, May 1998. 134 p. (2nd ed.)
461. WASHINGTON COLLEGE OF LAW, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, and HEALTH AND DEVELOPMENT POLICY PROJECT. Conclusions and recommendations: Pan American consultation of legal and health experts Washington, D.C., unpublished, 1996. 13 p.
*462. WATKINS, B. and BENTOVIM, A. The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. Journal of Child Psychology and Psychiatry 33: 197-248. 1992.
463. WATKINS, S.C., RUTENBERG, N., and WILKINSON, D. Orderly theories, disorderly women. In: Jones, G.W., Doublas, R.M., Caldwell, J. C., and D'Souza, R.M. The Continuing Demographic Transition. New York, Oxford University Press. 1997.
464. WATTS, C. (London School of Hygiene and Tropical Medicine) [Unpublished data on violence] Personal communication, Dec. 2, 1999.
*465. WATTS, C. and NDLOVU, M. Addressing violence in Zimbabwe: Strengthening the health sector response. In: Violence Against Women in Zimbabwe: Strategies for Action. Harare, Zimbabwe, Musasa Project. 1997. p. 31-35.
466. WEISS, E. and GUPTA, G.R. Bridging the gap: Addressing gender and sexuality in HIV Prevention. Washington D.C., International Center for Research on Women, 1998. 31 p.
467. WEISSMAN, M.M., BLAND, R., JOYCE, P.R., NEWMAN, S., WELLS, J.E., and WITTCHEN, H.U. Sex differences in rates of depression: Cross-national perspectives. Journal of Affective Disorders 29 (2-3): 77-84. 1993.
468. WELBOURN, A. Incorporating gender issues into the community AIDS prevention programs: The stepping stones methodology. Proceedings of the Changing Communication Strategies for Reproductive Health and Rights meeting, Washington D.C., Dec. 10-11, 1997. The Health and

Development Policy Project and Population Council. p. 34-37.
469. WHIFFEN, V.E. and CLARK, S.E. Does victimization account for sex differences in depressive symptoms? British Journal of Clinical Psychology 36(Pt. 2): 185-193. 1997.
470. WIEDERMAN, M.W., SANSONE, R.A., and SANSONE, L.A. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. Violence and Victims 13(1): 3-9. 1998.
471. WILSNACK, S.C., VOGELTANZ, N.D., KLASSEN, A.D., and HARRIS, T.R. Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. Journal of Studies in Alcohol 58(3): 264-271. 1997.
472. WINGOOD, G.M. and DICLEMENTE, R.J. The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women. American Journal of Public Health 87(6): 1016-1018. 1997.
*473. WISNER, C.L., GILMER, T.P., SALTZMAN, L.E., and ZINK, T.M. Intimate partner violence against women: Do victims cost health plans more? Journal of Family Practice 48(6): 439-43.
474. WOMEN'S RIGHTS INTERNATIONAL (WRI). Violence against women in war: A manual for training certified midwives in Liberia. Laramie, Wyoming, WRI, Dec. 1998. 72 p.
*475. WOOD, K. and JEWKES, R. Violence, rape, and sexual coercion: Everyday love in South Africa. Gender and Development 5(2): 23-30. 1997.
476. WOODTLI, M.A. and BRESLIN, E. Violence-related content in the nursing curriculum: A national study. Journal of Nursing Education 35(8): 367-374. 1996.
477. WORLD BANK. World development report 1993: Investing in Health. New York, Oxford University Press, 1993. 329 p.
478. WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). Prevention of violence: A public health priority (handbook of resolution). WHA, May 25, 1996. (Sixth plenary meeting, Committee B, fourth report. 3rd ed.)
*479. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence against women: A priority health issue. WHO/FRH/WHD/97.8, Geneva, WHO, Jul. 1997. Fact sheets.
480. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence against women: Legislation. Geneva, WHO, 5 p. (Forthcoming in the World's Women 2000.)
481. WORTH, D. Sexual decisionmaking and AIDS: Why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. Studies in Family Planning 20(6): 297-307. 1989.
482. WORTH, D. Sexual violence against women and substance abuse. New York, Domestic Violence Task Force, 1991.
483. WYATT, G., TUCKER, M.B., ELDERMIRE, D., BAIN, B., FRANC, E.L., and SIMEON, D. Female low income workers and AIDS. Los Angeles and Kingston, Jamaica, University of California at Los Angeles and University of the West Indies, 1993.
484. YATES, G., MACKENZIE, R., PENNBRIDGE, J., and COHEN, E. A

risk profile comparison of homeless youth involved in prostitution and homeless youth not involved. Journal of Adolescent Health 12: 545-548. 1991.
485. YOSHIHAMA, M. and SORENSON, S.B. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: Experiences of women in Japan. Violence and Victims 9(1): 63-77. 1994
486. ZEGARRA-TARGUI, M. Redes locales frente a la violencia familiar. [SPA] [Local networks confronting family violence]. Lima, Peru, Organizacion Panamericana de la Salud, Jun. 1999. (Violencia intrafamiliar y salud publica: Documento de analysis No. 2) 24 p.
*487. ZIERLER, S. FEINGOLD, L., LUFER, D., VELENTGAS, P., KANTROWITZ-GORDON, I., and MAYER, K. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. American Journal of Public Health 81(5): 572-575. 1991.
*488. ZIMMERMAN, K. Plates in a basket will rattle: Domestic violence in Cambodia: A summary. Phnom Penh, Cambodia, Project Against Domestic Violence, 1995. 263 p.

ADDENDA

489. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Chicago, AMA, 1992. 19 p.
490. AUSTRALIAN STATISTICS BUREAU (ASB). Women's safety: Australia. Belconnen, Australia, ASB, 1996. 90 p.
491. COOK, R. and MAINE, D. Spousal veto over family planning services. American Journal of Public Health 77(3): 339-344. 1987.
492. DE VOS, E., NEWBERGER, E., and COHEN, S. Family violence and the health care system: Lessons from five communities. Newton, Massachusetts, Education Development Center, Apr. 14, 1993. 27 p.
493. DONOVAN, R., PATERSON, D., and FRANCAS, M. Targeting male perpetrators of intimate partner violence: Western Australia's "Freedom from Fear" campaign. Social Marketing Quarterly 5(3): 128-144. 1999.
494. HANDWERKER, W.P. Why violence? A test of hypotheses representing three discourses on the roots of domestic violence. Human Organization 57: 200-208. 1998.
495. HEISE, L. Topical microbicides: New hope for HIV/STI prevention. Takoma Park, Maryland, Center for Health and Gender Equity, 1999. 27 p.
496. INDIASAFE STEERING COMMITTEE. IndiaSAFE final report. Washington, D.C., International Center for Research on Women, Dec. 1999.
497. KRUGMAN, S., MATA, L., and KRUGMAN, R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: A pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. Pediatrics 90(1 Pt. 2): 157-161. 1992.
498. MACMILLAN, H.L., FLEMING, J.E., TROCME, N., BOYLE, M.H., WONG, M., RACINE, Y.A., BEARDSLEE, W.R., and OFFORD, D.R. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. Journal of the American Medical

Association 278(2): 131-135. 1997.
499. MILLER, K., MILLER, R., ASKEW, I., HORN, M.C., and NDHLOVU, L., eds. Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa: Findings from situation analysis studies. New York, Population Council, 1998. 255 p.
500. TAYLOR, J. and STEWART, S. Sexual and domestic violence: Help, recovery, and action in Zimbabwe. Harare, Zimbabwe, A. von Glehn and J. Taylor, 1991. 312 p.
501. TSCHUMPER, A., NARRING, F., MEIER, C., and MICHAUD, P.A. Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. Acta Paediatrica 87(2): 212-217. 1998.
502. UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN (UNIFEM). A world free from violence against women. UNIFEM (Website). Nov. 25, 1999. Accessed Dec. 14, 1999.
503. UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN (UNIFEM). The trust fund in support of actions to eliminate violence against women. UNIFEM (Website). 1999. Accessed Dec. 14, 1999.

ISSN 0887-0241

Anterior
Parte principal | **Contenido**

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: **Poprepts@jhuccp.org**