



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
DE GÉNERO EN ADOLESCENTES.
BASES PARA UNA
INTERVENCIÓN**

Facultad de Medicina

Curso 2016-2017

Autora: Marina Esperesate Pajares

Tutor: Ignacio Rosell Aguilar

«Si la gente está constantemente cayéndose por un acantilado, puedes colocar ambulancias bajo el acantilado o construir una valla en la parte superior. Estamos poniendo demasiadas ambulancias debajo del acantilado.»

Denis P. Burkitt

ÍNDICE

	Pg
Resumen	II
Abstract	III
Introducción	1
Material y Métodos	2
Resultados	3
Adolescentes y Género	3
Nuevas formas de VG	9
Prevención de la VG en Adolescentes	10
Discusión	15
Propuestas	18
Conclusiones	18
Bibliografía	19

RESUMEN

Introducción: La violencia de género (VG) supone uno de los mayores problemas de Salud Pública a nivel global, en primer lugar porque afecta a una proporción muy alta de las mujeres, y en segundo lugar porque todas sus formas pueden perjudicar muy notablemente a su salud. En nuestro país, un 10,3% de las mujeres entre 16 y 24 años ha sufrido violencia física por parte de su pareja o exparejas, siendo esta severa en un 4,8%.

Objetivos: Recoger los principales datos disponibles en relación a factores relacionados con la VG en la adolescencia; identificar estrategias para su prevención desde los servicios sanitarios; analizar su efectividad y aplicabilidad en nuestro entorno.

Material y Métodos: Búsqueda bibliográfica de textos en los que se hiciera referencia a la VG en adolescentes, los factores relacionados, su prevención o el abordaje desde los servicios sanitarios.

Resultados: Diferentes estudios y trabajos se han percatado de la alta persistencia de los estereotipos y roles sexistas entre los adolescentes españoles. Un 10,7% de las adolescentes son víctimas de VG y, entre los chicos, más de un 3% son maltratadores. Múltiples factores intervienen en este tipo de violencia, tanto en el caso de la perpetración como en el de la victimización (consumo de alcohol y drogas, baja autoestima, videojuegos violentos y sexistas, etc.). En cuanto a la prevención en la adolescencia, la información disponible no es excesivamente abundante y el grado de evidencia no es siempre muy elevado, aunque disponemos de algunas referencias significativas. En nuestro entorno, han sido varias las intervenciones dirigidas o aplicables a adolescentes impulsadas desde las instituciones sanitarias.

Discusión: Algunas de las actuaciones desarrolladas no están respaldadas por la evidencia y, por otro lado, hay intervenciones cuya efectividad está avalada que, siendo aplicables desde las administraciones y servicios sanitarios, no han sido efectuadas.

Conclusiones: La evidencia disponible es limitada y es necesario generarla a través de la implementación de aquellas medidas que puedan lograr efectos positivos. Los servicios sanitarios deben contribuir a esta tarea, puesto que se trata de un problema de Salud Pública, aprovechando su posición privilegiada.

Palabras clave: violencia de género, adolescentes, prevención.

ABSTRACT

Introduction: Violence against women (VAW) is one of the greatest Public Health problems all over the world, first of all because it affects a high proportion of women, and second, because every way of VAW can harm their health very significantly. In our country, a 10.3% of women between 16 and 24 years old have suffered physical violence from their intimate partner or one of their exes, describing it as severe in a 4.8%.

Objectives: Gathering the main available data about VAW related factors among teenagers; identifying strategies in order to its prevention by health services; analyzing its effectiveness and applicability in our setting.

Material and Methods: Bibliographic searching of text which make reference to VAW among teenagers, related factors, prevention or its approach from health services.

Results: Different studies and papers have noticed the high persistence of sexist stereotypes and gender roles among Spanish teenagers. 10.7% of girls are VAW victims and, among boys, more than 3% are abusers. Numerous factors intervene in this kind of violence, as much in perpetration as in victimization (alcohol and drugs consumption, low self-esteem, violent and sexist videogames, etc.). Regarding prevention in adolescence, available information is not excessively plentiful and evidence level is not always very high, although we have some significant references. In our context, several interventions directed towards or applicable to teenagers have been promoted by healthcare institutions.

Discussion: Some of the performed interventions are not supported by evidence and, by contrast, there are interventions which effectiveness is backed up, applicable from healthcare administration and services, that have not been carried out.

Conclusions: Available evidence is limited and it is necessary to create it by the implementation of those measures which could achieve positive effects. Healthcare services must contribute to this task, since it is a Public Health issue, taking advantage of its privileged position.

Keywords: violence against women, intimate partner violence, teenagers, prevention.

INTRODUCCIÓN

La Organización de Naciones Unidas define la Violencia contra la Mujer como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada».⁽¹⁾ En España, utilizamos el término Violencia de Género (VG) para nombrar este tipo de violencia puesto que está sustentada en la discriminación por género.

Aunque coloquialmente se suele equiparar VG con violencia dentro de la pareja, en realidad puede tomar otras muchas formas: violencia sexual en contexto laboral, académico o social, mutilación genital femenina, trata de seres humanos, matrimonios forzosos, ciberacoso, etc. Todas estas formas de violencia pueden perjudicar muy notablemente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres.^(2,3) De hecho, la VG es una importante causa de morbilidad en mujeres en edad fértil, representando un mayor riesgo para la salud que la hipertensión arterial, el tabaco o el sobrepeso.⁽⁴⁾ Esto sumado al hecho de que, según las estimaciones de la OMS, aproximadamente un tercio de las mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros, la VG supone uno de los mayores problemas de Salud Pública a nivel global.⁽²⁾

Todo lo anterior se traduce también en un enorme coste a nivel económico. En un estudio realizado en Andalucía, se calculó que los costes sanitarios de la VG en esta región son de 371 millones de euros anuales, de los cuales 273 millones provienen de las arcas públicas. A esta cantidad habría que añadir otros gastos como los sociales, los judiciales o los laborales.⁽⁵⁾ El Instituto Europeo para la Igualdad de Género concluye que un aumento de la inversión en prevención llevaría a una disminución del alcance y el impacto (tanto sanitario como económico) de la VG.⁽⁶⁾

Este trabajo se centra en la VG ejercida entre adolescentes, ya que es en esta etapa cuando empiezan las primeras relaciones sentimentales (un 70,2% de las chicas y un 73,4% de los chicos que cursan 3º y 4º de la ESO en España ya han tenido alguna relación de pareja).⁽⁷⁾ Según las estadísticas disponibles en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), en nuestro país un 10,3% de las mujeres entre 16 y 24 años ha sufrido violencia física por parte de

su pareja actual o exparejas, siendo esta severa en un 4,8%.⁽⁸⁾ En cuanto a las víctimas mortales por VG, de las 1097 asesinadas entre 1999 y el 1 de febrero de 2017, 51 tenían 20 años o menos (4,65%). Entre los agresores, 16 de ellos (1,46%) pertenecían a este rango de edad cuando cometieron el feminicidio.⁽⁹⁾ Las víctimas más jóvenes tampoco se libran de las consecuencias de la VG en su salud, dado que el maltrato psicológico en adolescentes incrementa el riesgo de abusar del alcohol y la incidencia de síntomas de internalización. Asimismo, el maltrato físico incrementa el consumo de tabaco y marihuana.⁽¹⁰⁾

El primer objetivo de este trabajo es recoger los principales datos disponibles referentes a factores de riesgo y protección de la VG durante la adolescencia. El segundo objetivo consiste en identificar estrategias para su prevención primaria, secundaria y terciaria desde los diferentes servicios y organismos sanitarios. Finalmente, se pretende analizar cuáles de estas estrategias han demostrado ser más efectivas y podrían ser aplicadas en nuestro entorno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con los objetivos ya expuestos, para la realización de este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica de guías, estudios, monográficos, estadísticas, revisiones, protocolos, campañas y notas de prensa de organismos gubernamentales tomando como criterios principales de inclusión que se hiciera referencia a la VG en adolescentes (en especial dentro de la pareja), sus factores de riesgo, la prevención de la VG o el abordaje de la VG desde los servicios sanitarios en un contexto sociocultural similar al de nuestro país.

Para identificar aquellas publicaciones que fuesen relevantes para esta revisión, se siguió la siguiente metodología:



La búsqueda se ha realizado por internet consultando los siguientes sitios web:

- Organismos oficiales: ONU; OMS; Unicef; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio del Interior; Instituto de la Mujer; Portal de Salud de la Junta de Castilla y León.
- Bases de datos especializadas en publicaciones científicas: Pubmed, PMC, Research Gate, Biblioteca Cochrane.
- Buscadores web: Google, Ecosia.

Los términos buscados fueron: “violencia de género”, “violencia contra la mujer”, “violencia de noviazgo”, “violencia en la pareja”, “gender violence”, “violence against women”, “intimate partner violence” y “dating violence” conjugados con los términos “adolescentes”, “adolescents”, “teens”, “teenagers”, “prevención” y “prevention”.

RESULTADOS

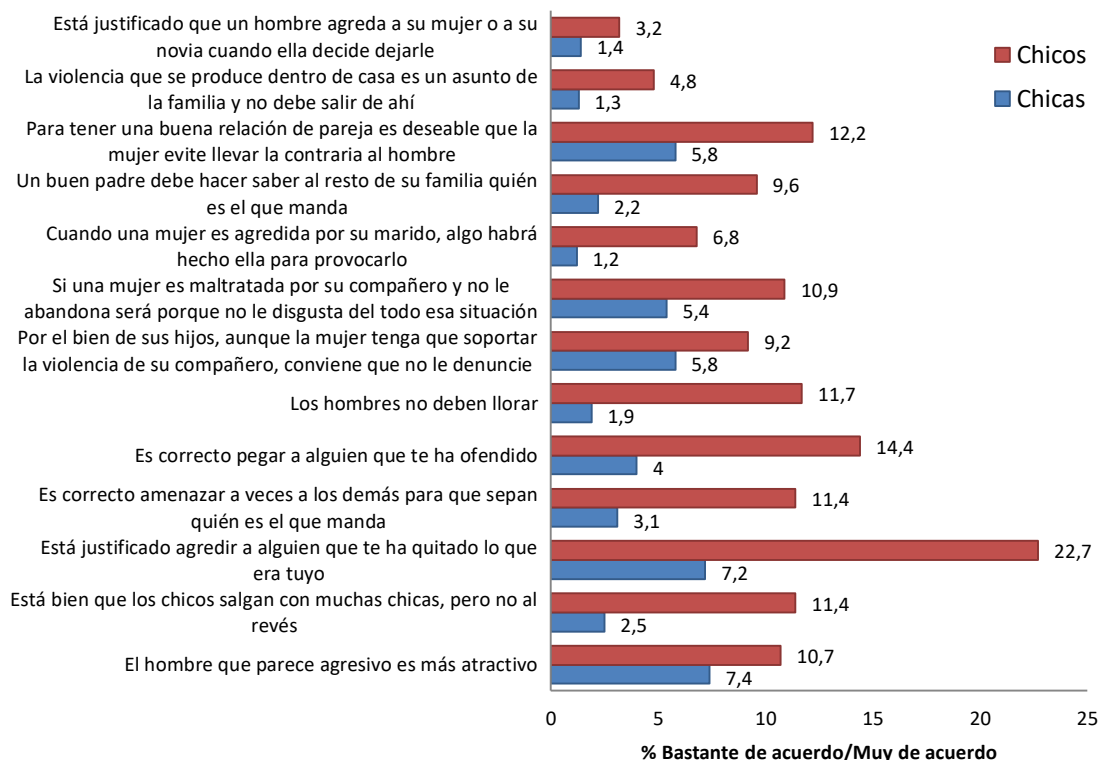
ADOLESCENTES Y GÉNERO

Se muestran en este apartado algunos de los principales resultados de estudios relativos a VG en adolescentes en nuestro entorno.

En primer lugar, el estudio sobre igualdad y VG en la adolescencia ⁽¹¹⁾, impulsado por el entonces Ministerio de Igualdad en el año 2010 mostraba que la percepción del machismo en el entorno escolar era por lo general baja, siendo menor en chicos que en chicas (el 93,7% de los chicos respondieron que había nada o poco machismo en su centro educativo, frente al 89,6% de las chicas).

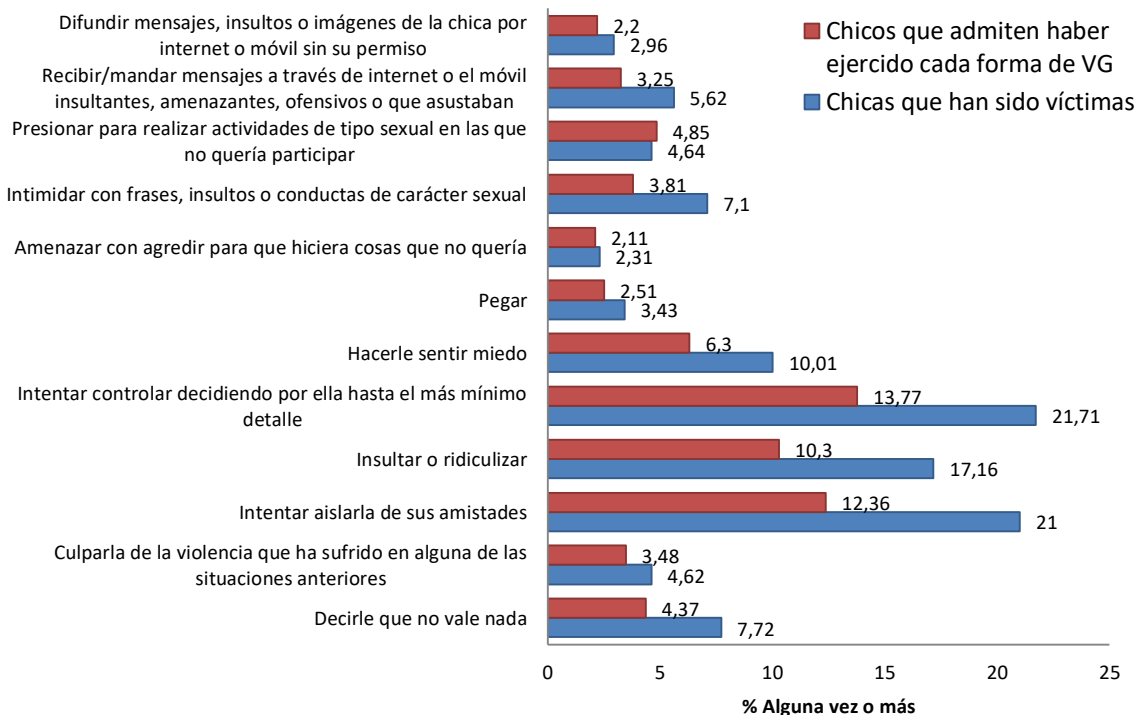
Al preguntar en qué grado estaban de acuerdo con las siguientes justificaciones del sexismo y la violencia, la proporción de adolescentes que respondió “bastante de acuerdo” o “muy de acuerdo” fue la siguiente:

GRÁFICA 1: Justificaciones del sexismo y la violencia



En cuanto a la vivencia de VG los resultados fueron los siguientes:

GRÁFICA 2: Violencia de género vivida dentro de la pareja



Analizando los datos obtenidos, clasificaron a las chicas en tres grupos respecto a la VG: un 76,14% estaban en situación de buena protección, un 18,90% dentro de una protección intermedia y un 4,96% fueron agrupadas como víctimas. Así mismo,

se comprobó que la puntuación media en la Escala de Autoestima de Rosenberg⁽¹²⁾ era menor en el segundo grupo respecto al primero y en el tercero respecto al segundo. Se puso de manifiesto una relación entre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas con una menor protección frente al machismo y la VG.

A los chicos también se les clasificó en tres grupos: un 64,70% estaban en situación de buena protección frente al machismo, un 32,10% en protección intermedia y un 3,21% eran maltratadores. Se compararon estos datos con la puntuación en autoestima, comprobando que el grupo con menor autoestima media era el de los maltratadores. En cuanto al consumo de drogas, se vio una relación directa entre fumar y consumir otras drogas con una menor protección frente al machismo, pero no en el caso del alcohol.

En 2013, se realizó una nueva edición del estudio, muy similar a la anterior, que tenía entre otros objetivos detectar posibles cambios y nuevas necesidades respecto al análisis que se hizo en 2010.⁽⁷⁾ La conclusión fue que la situación apenas había variado:

- La justificación de la VG y el machismo fue menor que en el anterior estudio, aunque se mantuvieron las diferencias entre chicos y chicas respecto a algunos estereotipos machistas.
- Persistía la justificación de la violencia para resolver conflictos, siendo así en el triple de chicos que de chicas.
- Se vio un incremento del número de encuestadas que reconocían haber sufrido situaciones de maltrato por parte de su pareja. También aumentó el número de chicos que afirmaron haber ejercido alguno de los tipos de maltrato sobre una chica alguna o más veces.
- Esta vez se realizó un estudio en mayor profundidad sobre el acoso sexual a través de internet: la percepción del riesgo de ciertas conductas a través de la red o el móvil era escasa en general y los chicos reconocían llevar a cabo un número mucho mayor de conductas de riesgo de ciberacoso.
- La proporción de encuestadas clasificadas como víctimas ascendió al 10,7%, aunque disminuyó el nivel de victimización en lo que respecta al abuso emocional y al abuso múltiple. Los datos en cuanto a la autoestima y al consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias fueron muy parecidos a los del análisis anterior.

- En el caso de los chicos, el reparto en los tres grupos fue bastante similar al de 2010. Los datos de autoestima y consumo de drogas también fueron en la misma línea que en el análisis previo.

En el año 2014 el Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud publicó un monográfico sobre jóvenes y género en el que reunieron información de múltiples fuentes.⁽¹³⁾ Aunque el rango de edades analizado es más amplio (desde los 12-15 hasta los 24-29, variando entre fuentes), aporta información valiosa e ideas a tener en cuenta en este trabajo.

En él se sostiene que, a semejanza de otros muchos estudios, los estereotipos sexistas siguen vigentes entre la juventud. Uno de los ejemplos que ponen son «las formas de hablar que tildan de prostitutas a las jóvenes que tienen relaciones sexuales con diversos chicos y de éxito envidiable la conducta de un joven que tiene relaciones sexuales con varias chicas». Estos estereotipos, afirman, tienen entre otras consecuencias que la responsabilidad del control en el terreno sexual recaiga en las mujeres, mientras que dejan mucha más libertad a los varones, frecuentemente con el pretexto de que tienen una mayor (y por tanto menos controlable) libido. Ello hace que conductas como la infidelidad se justifiquen en cierto modo cuando son llevadas a cabo por un chico, pero no en el caso de las chicas (lo cual se ve reflejado en el grado de acuerdo con la frase «está bien que los chicos salgan con muchas chicas, pero no al revés» en la encuesta a adolescentes de 2010 anteriormente citada [Gráfica 1]).

Cuando se les pregunta por el arquetipo de mujer y de hombre, a la primera la definen como sumisa, sensible, sufridora, generosa, etc., mientras que al segundo se le relaciona con características como la fortaleza, la autosuficiencia o la competitividad. A él se le dibuja como el sujeto activo con una cierta predisposición inherente a la violencia y a ella como el sujeto pasivo con capacidad para perdonar. Estos modelos de lo masculino y lo femenino parecen estar más presentes en las edades más bajas (14-15 años).

Podemos ver también que el interés de las chicas por acabar con estos estereotipos, así como el grado de disconformidad con ellos, es mucho mayor que en los chicos. El 66,2% de las jóvenes están especialmente interesadas en la igualdad entre hombres y mujeres, siendo éste el tema que interesa a un mayor

porcentaje. A ellos en cambio les interesan más los deportes, la tecnología, el medioambiente o la cultura, dejando la igualdad entre géneros en un quinto puesto. Siguiendo en la línea anterior, apuntan que a pesar de que en los últimos tiempos las mujeres han conseguido acceder a espacios y libertades antes reservados a los hombres, no ha habido un movimiento recíproco tan marcado por parte de ellos. Permanece vigente el rechazo e infravaloración a lo tradicionalmente considerado femenino, como pueden ser las tareas domésticas o la crianza de los hijos. Para los autores esto explica, al menos en cierto grado, el menor interés de los chicos por conseguir la igualdad: en muchos casos no lo ven beneficioso para sí.

Factores que intervienen en la VG en adolescentes

De cara a plantear diferentes estrategias de prevención de la VG, es crucial conocer los factores que influyen en el riesgo de sufrirla o ejercerla. Vamos a seguir la clasificación que hace Rubio-Garay de los mismos: factores de riesgo (variables facilitadoras), protectores, precipitantes y moduladores.⁽¹⁴⁾ Hemos omitido las variables consideradas inconsistentes por este autor, sobre las que no hay consenso respecto a su relación con la VG en los adolescentes.

TABLA 1: Factores que intervienen en la VG durante la adolescencia

Tipo de variable	Nombre de la variable	Agresión cometida	Agresión sufrida
Precipitante	Consumo de alcohol y de drogas	*	
	Estrés psicosocial	*	
Facilitador	Consumo de alcohol y de drogas		*
	Estrés psicosocial		*
	Embarazos no deseados		*
	Estrategias de afrontamiento de distracción/distanciamiento		*
	Celos y conductas controladoras	*	
	Conducta antisocial	*	
	Baja empatía	*	
	Hostilidad	*	
	Ira	*	
	Actitudes favorables a la violencia	*	*
	Actitudes negativas sobre la mujer	*	*
	Alteraciones de la personalidad	*	*
	Alteraciones psicopatológicas	*	*
	Antecedentes de violencia de pareja	*	*
	Autoestima baja	*	*
	Conductas sexuales de riesgo	*	*
	Déficit de habilidades de comunicación	*	*
	Déficit en la capacidad de solución de problemas	*	*
	Estereotipos de género	*	*
	Ideación y conductas suicidas	*	*

	Problemas escolares y bajo rendimiento académico	*	*
	Maltrato y abuso sexual en la infancia	*	*
	Violencia intrafamiliar	*	*
	Violencia en la comunidad	*	*
	Influencia de iguales violentos con sus parejas	*	*
	Apoyo social bajo	*	*
	Hábitos de crianza disfuncionales	*	*
Modulador	Actitudes favorables a la violencia	*	*
	Afecto negativo	*	*
	Autoestima	*	*
	Edad	*	*
	Empatía	*	*
	Estereotipos de género	*	*
	Estilo de apego	*	*
Protector	Autoestima elevada	*	*
	Empatía elevada	*	*
	Habilidades de comunicación y solución de problemas	*	*
	Percepción de autoeficacia	*	*
	Rendimiento académico positivo	*	*
	Apoyo social	*	*
	Hábitos de crianza positivos	*	*

En la *Guía para jóvenes* sobre VG publicada en 2015 por la Diputación de Alicante⁽¹⁵⁾ se menciona algún elemento más: conocer el problema de la violencia en la pareja (protector), creer en los mitos del amor romántico (facilitador, mencionado también en el monográfico del Centro Reina Sofía) y abusar de las Tecnologías de la Información y Comunicación (facilitador), aunque no indica el grado de evidencia.

Otros factores no incluidos en la tabla anterior incluyen los videojuegos violentos y sexistas, inicialmente considerados como una variable inconsistente, pero que publicaciones posteriores han asociado con el aumento de las creencias machistas en aquellos participantes varones que se identificaban mucho con el personaje, lo cual a su vez disminuía la empatía hacia las mujeres víctimas de violencia. Estos efectos no se observaron en las chicas.⁽¹⁶⁾ También se ha analizado la relación entre la perpetración de acoso escolar y las conductas de maltrato a la pareja.⁽¹⁷⁾

Finalmente, respecto a la predisposición genética a la violencia determinada por la presencia de ciertos alelos del gen de la dopamina (DAT1, DRD2 y DRD4), la evidencia actual indica que no hay una relación directa entre los factores genéticos y la VG, sino que éstos interactúan con otros muchos factores.⁽¹⁸⁾

NUEVAS FORMAS DE VG

El ciberacoso constituye una forma novedosa de VG definida como “el uso de medios digitales para acosar a una o varias personas”. En el contexto de una relación machista, puede presentarse de múltiples formas^(19,20):

- Distribución de imágenes o datos comprometidos de contenido sexual (reales o falsos), así como exigir que la víctima envíe tales contenidos.
- Dar de alta a la víctima en un sitio web sin su consentimiento, especialmente si puede ser estigmatizada o ridiculizada por ello.
- Creación de un perfil falso en nombre de la víctima u otra forma de usurpación de identidad mediante la cual se realicen actos que puedan avergonzar, ridiculizar o comprometerla de algún modo.
- Divulgación por internet de grabaciones con móviles en las que se intimida, agrede, persigue, etc. a una persona.
- Facilitar su dirección de email o número de teléfono a terceros (a personas que quieren acosarla, dar de alta el email para que sea blanco de spam...).
- Acceder digitalmente al ordenador o móvil de la víctima, así como a sus perfiles de redes sociales, mediante *hackeo* o exigiéndole que facilite sus claves personales.
- Obligar a la víctima a mostrar conversaciones u otro contenido privado ubicado en su móvil, ordenador o en la red.
- Hacer correr en las redes sociales rumores sobre un comportamiento reprochable atribuido a la víctima.
- Perseguir, incomodar o controlar a la víctima en los espacios de internet que frecuenta, así como mediante sistemas de mensajería instantánea.
- Controlar la ubicación de la víctima a través de geolocalización.
- Interferir en las relaciones de la víctima con otras personas a través de internet.
- Presentarse tras un perfil falso ante la víctima con el fin de ganarse su confianza para luego llevar a cabo algún tipo de chantaje online.

La principal peculiaridad de este tipo de acoso es que no es necesario que víctima y agresor coincidan en ni en espacio ni en tiempo, teniendo éste último acceso a la víctima las 24 horas del día. Esto, junto con la capacidad de viralidad y la audiencia ampliada, supone un aumento del alcance de la victimización, que resulta más

traumática en el caso de las mujeres, por la diferente forma en la que se juzgan sus comportamientos e imágenes en la sociedad. Otra de las diferencias entre el acoso cara a cara y el ciberacoso es que en el caso de éste último aumenta el riesgo de que la víctima sufra depresión grave, aumentando también el riesgo de suicidio.⁽²¹⁾

Pero no sólo de internet han emergido nuevas formas de violencia contra la mujer. En los últimos años ha crecido el número de chicas captadas para ejercer la prostitución mediante el método “*Lover Boy*”, que consiste en que un joven enamora a la adolescente y la traslade lejos de su familia para obligarla a ejercer la prostitución.

Hasta hace poco las mujeres captadas de esta forma eran adolescentes extrajeras traídas a nuestro país, pero ya se están dando casos en los que las víctimas son de nacionalidad española. Las redes de trata utilizan a menores que conocen a las chicas en su centro de estudios, lugares de ocio o a través de las redes sociales, identificando a aquellas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, circunstancia que es aprovechada para iniciar el engaño y posterior captación.⁽²²⁾

PREVENCIÓN DE LA VG EN ADOLESCENTES

Evidencia disponible

La prevención de la VG en adolescentes es un área emergente sobre la que no se había puesto el foco hasta hace pocos años. Por ello, la información disponible no es excesivamente abundante y el grado de evidencia no es siempre muy elevado. No obstante, disponemos de algunas referencias significativas.

En la tabla 2 se describen los diversos tipos de intervenciones que han sido aplicadas y evaluadas en adolescentes o bien candidatas a ser aplicadas en adolescentes, y en qué grado han demostrado ser efectivas o no.⁽²³⁻²⁸⁾ Para clasificarlas, hemos determinado tres grupos de intervenciones modificando ligeramente los propuestos por R. S. Gordon en 1983⁽²⁹⁾: individualizadas (en personas con factores de riesgo identificados), selectivas (en grupos de riesgo) y universales (poblacionales). Según la evidencia disponible y el grado de efectividad demostrado hasta el momento, cada intervención viene acompañada de un calificativo: efectiva (efectividad suficientemente demostrada), prometedora (efectividad probable, pero no suficientemente demostrada), incierta (la evidencia disponible es contradictoria o muy poco sólida), no efectiva (no tiene efecto o tiene

un efecto negativo) e implementada pero no evaluada (no disponemos de evidencia).

TABLA 2: Evidencia de las intervenciones aplicables a la prevención de la VG en adolescentes

Intervención	Consejo basado en la evidencia disponible sobre su efectividad
Individualizadas	
Sesiones enfocadas al aprendizaje de habilidades interpersonales, la concienciación y la capacidad de búsqueda de ayuda contra la VG desde los Servicios Sociales.	Prometedora.
Entrevista motivacional para el cambio de conductas y desarrollo de habilidades enfocadas a la prevención de la VG.	Incierta; los resultados difieren según la vía a través de la que se interviene, el tiempo de seguimiento y el tipo e intensidad de la VG.
Detección y tratamiento de los trastornos afectivos y del comportamiento en la niñez y adolescencia.	Prometedora.
Folletos y guías dirigidos a madres que han sufrido VG y sus hijos adolescentes.	Incierta; resultados discordantes según el tipo e intensidad de la VG y el grado de exposición a ella.
Programas dirigidos a niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil o expuestos a VG	Prometedora.
Programas centrados en las mujeres que han sobrevivido a la VG (terapia psicosocial, anticoncepción de emergencia, profilaxis post-exposición, evaluación de riesgo, plan de huida...).	Incierta; evidencia contradictoria con respecto a la reducción de la prevalencia de VG; buenas perspectivas en cuanto a prevención primaria de la VG en los hijos cuando se mejora la salud mental de la madre.
Programas centrados en los maltratadores (terapia psicosocial, otros).	Incierta; evidencia contradictoria con respecto a la reducción de la prevalencia de VG.
Casas de acogida para víctimas de la VG.	Incierta; escasa evidencia disponible.
Centros multidisciplinarios de atención a víctimas de VG.	Incierta; no hay evidencia al respecto en países desarrollados.
Apoyo legal a víctimas de VG (información sobre sus derechos, servicios de abogacía, manejo del caso).	Prometedora; no evaluada en adolescentes por separado.
Órdenes de alejamiento y protección policial.	Prometedora; no evaluada en adolescentes por separado.
Servicios policiales especializados en atención a víctimas de VG.	Incierta; escasa evidencia disponible.
Servicios a través de las tecnologías de la información y la comunicación (líneas telefónicas, aplicaciones para móviles, etc.).	Incierta; evidencia insuficiente.
Selectivas (grupos de riesgo)	
Involucración de entrenadores e instructores en la prevención de la VG	Incierta; muy poca evidencia disponible, sólo en varones. Se ha observado una disminución de la VG cometida en todas sus variantes.
Orientación y formación en igualdad para madres y padres adolescentes (o futuros madres y padres adolescentes)	Incierta; muy poca evidencia disponible, con resultados poco prometedores.

Proyectos para la prevención y detección de factores de riesgo de VG en clases bajas	Incierta; resultados poco concluyentes, influidos por la etnia. Datos más prometedores en intervenciones a nivel escolar que a nivel comunitario/familiar.
Colectivización: apoyar el empoderamiento de las mujeres y chicas reforzando los vínculos con otras mujeres y chicas en circunstancias similares (por ejemplo, un colectivo para prostitutas).	Efectiva; no evaluada en adolescentes por separado.
Apoyo a personas pertenecientes a ciertos grupos de población para educar a sus iguales en igualdad de género y contra la VG.	Implementada pero no evaluada; no se ha comprobado su impacto sobre la reducción de la VG.
Universales	
Screening universal desde los Servicios Sanitarios.	No efectiva.
Integración de la concienciación y prevención de la VG dentro de los currículos escolares (CE), los planes de convivencia y el funcionamiento del centro.	Efectiva.
Integración de contenidos para la prevención de conductas de riesgo para la VG en los CE (conductas sexuales de riesgo, consumo de sustancias, conductas violentas...).	Prometedora; poca evidencia disponible respecto a sus efectos en la VG; efectos positivos en la reducción de conductas de riesgo.
Integración de contenidos para la mejora de las relaciones interpersonales en los CE.	No efectiva.
Programas escolares y talleres comunitarios para promover cambios en las normas y comportamientos sociales que refuerzan la VG y la desigualdad entre géneros.	Efectiva, tanto en el caso de implicar sólo a hombres y chicos, como cuando participan ambos géneros.
Integración de formación legal sobre VG en los CE.	Incierta; poca evidencia disponible. No se han objetivado efectos significativos.
Charlas y encuentros con líderes juveniles en la comunidad formados en la materia. Formación de personas influyentes que sirvan como modelo respecto a la concienciación sobre la desigualdad de género y la VG.	Incierta; muy poca evidencia disponible.
Charlas y encuentros con funcionarios formados en la materia (profesores, policías, personal sanitario).	No efectiva.
Consejo médico para la prevención de la VG.	Prometedora; muy poca evidencia disponible en adolescentes.
Programas de visita al domicilio por parte de personal sanitario.	Prometedora en la reducción de la VG; efectiva en la reducción del maltrato y abuso infantiles.
Capacitación a padres en habilidades de crianza y destrezas para la vida.	Prometedora en la reducción de la VG (<i>capacitación con enfoque de género</i>); efectiva en la reducción del maltrato y abuso infantiles.
Folleto y guías destinados a las familias con hijos adolescentes dirigidos a disminuir los factores de riesgo de VG.	Incierta; muy poca evidencia al respecto.
Educación sexual y educación en igualdad a nivel comunitario.	Incierta; muy poca evidencia disponible.
Reformas político-legislativas dirigidas a acabar con aspectos de la desigualdad entre géneros fuertemente relacionados con la VG.	Implementada pero no evaluada; no se ha comprobado su impacto sobre la VG.

Refuerzo de los servicios legales (juzgados móviles, aumento de los recursos...)	<u>No efectiva.</u>
Cambio en la representación y la forma de informar en cuanto a VG, las mujeres o las relaciones entre géneros en los medios de comunicación.	Implementada pero no evaluada; no se ha comprobado su impacto sobre la VG.
Urbanismo con perspectiva de género (mejorar la iluminación de las calles y parques, aumentar la seguridad en el transporte público, diseñar espacios diáfanos y con múltiples accesos/salidas, establecimiento de rutas seguras...).	Implementada pero sólo evaluada en cuanto a prevención de acoso/abuso sexual por parte de personas diferentes a su pareja (efectiva); sin datos acerca de la VG en general.
Movilización y empoderamiento comunitarios (proyectos de participación ciudadana que involucren a múltiples actores en la comunidad y aborden la desigualdad de género).	Prometedora; poca evidencia en países ricos. Estudios realizados en países con ingresos bajos/medios han avalado su efectividad.
Implementación de procesos de evaluación en organizaciones, administraciones o empresas para identificar y reformar prácticas y estructuras que contribuyan a la desigualdad entre géneros. Uso de incentivos y estímulos.	Implementada pero no evaluada; no se ha comprobado su impacto sobre la prevalencia de la VG.
Campañas de marketing social y entretenimiento educativo a largo plazo para la concienciación y prevención de la VG (a través de redes sociales, aplicaciones para móviles, series de televisión, pósteres...) junto con educación grupal.	Prometedora; no evaluada en adolescentes por separado.
Campañas puntuales de concienciación en medios de comunicación u otras vías (anuncios en televisión, por ejemplo).	<u>No efectiva.</u>
Programas para enseñar a los jóvenes a analizar de forma crítica las representaciones de la mujer y las relaciones entre géneros en los medios de comunicación y la cultura popular.	Implementada pero no evaluada; no se ha comprobado su impacto sobre la VG.
Programas para el refuerzo de habilidades y conocimientos para tomar parte en una lucha positiva y pro-social contra actitudes y comportamientos que propugnan la VG o sus precursores.	Incierta; evidencia contradictoria.
Políticas para la reducción del consumo de alcohol.	<u>Efectiva</u> ; preferiblemente junto con otras intervenciones de carácter normativo contra la VG.
Programas de rehabilitación para alcohólicos.	<u>Efectiva</u> ; preferiblemente junto con otras intervenciones de carácter normativo contra la VG.
Programas escolares o comunitarios para enseñar a mujeres y niñas cómo reducir su riesgo de sufrir acoso o abusos sexuales y/o defenderse en el caso de sufrirlo (conductas de autoprotección).	Incierta; este tipo de intervenciones por sí solas podrían incrementar la culpabilización de la víctima y contribuir a un aumento de la VG de tipo sexual. Deben ir acompañadas de programas dirigidos al cambio de mentalidad sobre el género y la violencia entre varones.
Programas escolares o comunitarios de empoderamiento femenino.	<u>Efectiva.</u>

Intervenciones desarrolladas en nuestro entorno

La tabla 3 presenta un breve resumen de las principales intervenciones en materia de VG impulsadas desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y el Sistema de Salud de Castilla y León que se consideran aplicables o dirigidas a los adolescentes.

TABLA 3: Intervenciones contra la VG en la adolescencia en España

Tipo de intervención	Ejemplos	Observaciones
Campañas en medios de comunicación tradicionales y YouTube	“Cuéntalo, Hay Salida a la Violencia de Género” (2014) ⁽³⁰⁾	Campaña contra la VG en adolescentes. Consta de tres vídeos, una cuña para la radio y cuatro pósters. En 2015 se editó un díptico.
	“Si tu Chico Te da Miedo, Cuéntalo” (2015) ⁽³¹⁾	Continuación de la campaña anterior. Consta de un vídeo y un póster.
	“Diez formas de violencia de género digital” (2017) ⁽²⁰⁾	Consta de un vídeo disponible en YouTube.
Servicios telefónicos de atención a las víctimas	016	Atención 24 horas. Información sobre recursos sociales, ayudas, alojamiento, orientación laboral o cuestiones legales. Derivación de llamadas de emergencia (112), relacionadas con la trata de mujeres y niñas (Ministerio del Interior) y realizadas por menores (Fundación ANAR).
	012 (983 32 78 50)	Servicio de Atención al Ciudadano de Castilla y León. El 012Mujer ofrece información y atención a las víctimas de VG.
	900 20 20 10 (Fundación ANAR)	Atención psicológica profesional dirigida a niños y adolescentes.
	Teléfono de texto 900 116 016	Adaptado para personas con discapacidad auditiva y/o del habla.
	ATENPRO (900 22 22 92)	Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de VG 24 horas. Seguimiento de todos los casos. Se deben cumplir una serie de requisitos para acceder al servicio.
Servicios online	016 online (016-online@msssi.es)	Correo electrónico de atención a las víctimas de maltrato.
	Escuela Virtual de Igualdad ⁽³²⁾	Oferta de cursos online gratuitos en materia de Igualdad para profesionales y población general.
Aplicaciones para teléfonos móviles	App Libres ⁽³³⁾	Queda oculta en el móvil. Ofrece información para víctimas de VG y su entorno.
Guías y protocolos sanitarios	“Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja” de la Gerencia Regional de Salud de la JCyL(2010) ⁽³⁴⁾	Propone estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, así como actuaciones en situaciones de especial vulnerabilidad. Se menciona el diferente abordaje en adolescentes.

	“Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género” (2012) ⁽³⁵⁾	Establece un marco común para la detección, valoración y abordaje de los casos de VG desde los servicios sanitarios españoles.
	“Guía clínica sobre el Ciberacoso para profesionales de la salud” (2015) ⁽²¹⁾	Propone métodos de prevención, detección y actuación en consulta.
Folletos, guías y material didáctico	Cómic “Pillada por ti” (1ª ed. 2010; 2ª ed. 2015) ⁽³⁶⁾	Persigue la concienciación sobre la VG entre los adolescentes. Informa sobre detección y abordaje.
Planes de atención integral a las víctimas	“Objetivo Violencia Cero” de la JCyL (2015) ⁽³⁷⁾	Tiene como objetivos la sensibilización sobre la VG, su prevención y la atención de forma individual, unificada e integral de cada caso.

DISCUSIÓN

La comparación de la información recogida en este estudio, relativa a la evidencia de diversas intervenciones, frente a las actuaciones desarrolladas nos permite realizar un análisis crítico y el establecimiento de diversas propuestas de mejora.

En primer lugar, debe hacerse mención a las campañas en medios de comunicación, intervenciones que están más cerca de ser calificadas como “campañas puntuales” que como “campañas de marketing social y entretenimiento educativo a largo plazo”, por lo que es de esperar que su efectividad sea bastante escasa. No solamente es discutible su evidencia, sino que las tres campañas analizadas reducen el concepto de VG a violencia dentro de la pareja y las dos primeras ponen el foco solo en la víctima, dejando que caiga sobre ella todo el peso de acabar con esa situación de violencia.

La evidencia referente a las líneas telefónicas, servicios online y aplicaciones para móviles de atención a las víctimas es limitada, y lo mismo podemos decir de la información de la que disponemos relativa a este tipo de iniciativas en España. No podemos comprobar si han contribuido a la prevención secundaria puesto que en el portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la VG no están disponibles los datos de denuncias por VG antes de que se implantasen este tipo de intervenciones.⁽³⁸⁾ Si bien es verdad que la progresión del número de llamadas al 016 es similar a la del número de denuncias por año, no sabemos si éste último se habría mantenido sin la existencia del servicio telefónico para víctimas. Lo único que podemos concluir es que la medida parece haber tenido muy buena aceptación, a juzgar por las más de 85.000 llamadas que recibió este servicio en el

año 2016. Lo mismo podemos decir del teléfono de la fundación ANAR, que en 2015 atendió 2.684 llamadas relacionadas con la VG (453 por situaciones en las que la víctima directa era la menor y el resto por VG en el entorno familiar).⁽³⁹⁾ En cambio, la app *Libres*, cuyo formato y vía de comunicación son quizá más adecuados para su uso en adolescentes, parece no haber tenido demasiado éxito considerando el escaso número de descargas (entre 5.000 y 10.000 en dispositivos Android[®] desde su lanzamiento en 2013⁽³³⁾), por lo que sería necesaria una mayor promoción de la misma para esperar que tenga impacto en la prevalencia de la VG.

El servicio *ATEMPRO* es un tipo especial de servicio telefónico puesto que se trata además de un programa centrado en las mujeres que han sobrevivido a la VG, si bien tampoco podemos concluir que se trate de una medida efectiva. Asimismo, debemos añadir que no es sencillo acceder a dicho servicio, puesto que hay que cumplir una serie de requisitos (entre ellos no convivir con el maltratador y participar en programas de atención especializada) y la solicitud de incorporación sólo puede hacerse desde los Servicios Sociales o los Servicios de Igualdad locales, lo que complica que sea todo lo efectivo que podría llegar a ser como medida de prevención terciaria. Si, por ejemplo, se pudiera acceder a él solicitándolo a través de tu médico de familia y los requisitos fueran algo más laxos, la protección y ayuda que proporciona probablemente llegarían a más mujeres.

La *Escuela Virtual de Igualdad* podría ser enmarcada dentro de los proyectos de educación en igualdad a nivel comunitario, cuya evidencia en lo referente a la reducción de la VG es muy escasa. No obstante, tampoco tenemos ningún dato en contra de esta medida.

Sobre la *Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja* del Sacyl debemos destacar, como punto a su favor, que se hace mención al diferente abordaje en adolescentes en algunos puntos (preguntas facilitadoras adaptadas, obligaciones legales del profesional), aunque se echa en falta a este colectivo en otros puntos, por ejemplo en la elaboración de un plan de protección y huida: la víctima en este caso seguramente no convive con el maltratador, sino que coincidirá con él en el barrio, en el instituto, quizá pertenecen al mismo grupo de amigos... Si se presenta un caso así, la guía no da ninguna pauta ni información al profesional sanitario para saber qué plan proponer a su paciente.

Probablemente el mayor punto débil de la guía está en lo referente a prevención primaria, ya que afirma que a este respecto «el papel del personal sanitario es limitado» y apenas hace propuestas de intervención. Cabe preguntarse si no podría tratar de añadirse la tarea de fomentar la capacitación a los padres y madres en habilidades de crianza con enfoque de género, o el consejo médico para la prevención de la VG a la práctica diaria de matronas y pediatras, del mismo modo que se está haciendo con el fomento de hábitos saludables. Debe recordarse que tanto el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género* como la *Guía clínica sobre el Ciberacoso para profesionales de la salud* hacen mención a la importancia de la prevención primaria de la VG desde los servicios sanitarios.

La edición y divulgación del cómic *Pillada por ti* por sí solo entraría en la categoría de campañas puntuales de concienciación, si bien una intervención de este tipo puede suponer un buen punto de partida para realizar una campaña de marketing social y entretenimiento educativo a largo plazo, en la cual las instituciones sanitarias podrían colaborar con las educativas y los ayuntamientos para llevar a cabo una actuación conjunta.

Por último, el enfoque del modelo *Objetivo Violencia Cero* es muy interesante y probablemente acertado, ya que implica la participación coordinada de múltiples agentes a través de diversas vías, pudiéndose combinar dentro del mismo prácticamente todas las intervenciones posibles contra la VG. A esto hay que añadir que incluye entre las personas destinatarias no sólo a las víctimas, sino también a los maltratadores y a la ciudadanía de forma global, unificando la prevención primaria, secundaria y terciaria de todos los tipos de VG en un único proyecto. Por todo ello es perfectamente aplicable a la población adolescente desde cualquier ámbito, incluido el sanitario. Aunque no se tiene evidencia de la efectividad de este tipo de planes de acción, cabe esperar resultados positivos al poder enmarcarse en ellos actuaciones que sí han demostrado ser efectivas o de las que se tienen datos prometedores.

PROPUESTAS

Terminamos con un resumen de las medidas contra la VG que han tenido buenos resultados (efectivas y prometedoras) y que podrían aplicarse en los servicios de salud para la reducción de la VG en la población adolescente.

TABLA 4: Propuestas para la prevención de la VG en adolescentes I

Aplicadas de forma directa desde los servicios sanitarios
Programas dirigidos a niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil o expuestos a VG (Atención Primaria y Salud Mental).
Programas de atención a largo plazo desde los servicios de Salud Mental a víctimas de VG (prevención primaria en los hijos).
Programas encaminados a la detección precoz y el tratamiento de los trastornos afectivos y del comportamiento en la niñez y adolescencia.
Fomento de la colectivización de las mujeres: información a las pacientes, participación de los profesionales sanitarios. Especial importancia si presentan factores de riesgo (embarazo, depresión, consumo de drogas...).
Consejo médico para la prevención de la VG a mujeres y hombres de todas las edades. En la infancia y la pubertad pueden aprovecharse las revisiones y vacunaciones.
Inclusión de la capacitación en habilidades de crianza con enfoque de género a padres y madres en los programas de atención pre y postparto.
Programas de visita al domicilio por parte de los profesionales de Atención Primaria.
Programas de detección precoz y rehabilitación de menores con problemas de adicción al alcohol y otras sustancias.

TABLA 5: Propuestas para la prevención de la VG en adolescentes II

Aplicadas desde las administraciones sanitarias
Campañas de marketing social y entretenimiento educativo a largo plazo para la concienciación y prevención de la VG. Podría incluirse dentro de éstas el fomento de la colectivización de las mujeres.
Políticas para la reducción del consumo de alcohol y otras sustancias en los menores de edad.

CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa de la vida clave en la prevención de la VG, puesto que se trata del periodo en el que los estereotipos de género se afianzan, lo cual se suma a que muchos de los factores que facilitan este tipo de violencia son muy frecuentes en la adolescencia (baja autoestima, consumo de alcohol, habilidades de comunicación deficientes...). Como hemos podido percibir por los resultados de las encuestas que se han comentado en este trabajo, es muy necesario abordar estas perspectivas de una forma más contundente, puesto que apenas ha habido cambios en los últimos años a este respecto.

El nivel de evidencia de las medidas para la prevención de la VG es por lo general bajo o incluso nulo para algunas propuestas, más aún si hablamos de su aplicación en adolescentes. Por consiguiente, es necesario generarla a través de la implementación de aquellas que hipotéticamente puedan lograr efectos positivos y la posterior evaluación de su efectividad.

Debe priorizarse e impulsarse la aplicación de intervenciones cuya efectividad está probada, dejar de emplear aquellas que no son efectivas y realizar estudios experimentales de calidad sobre aquellas cuyos resultados desconocemos.

Las instituciones y servicios sanitarios deberían contribuir más que nadie a esta tarea: primero, porque la VG es principalmente un problema de Salud Pública; segundo, porque la práctica totalidad de la ciudadanía utiliza alguna vez en su vida los servicios sanitarios, lo que pone a los mismos en una posición privilegiada a la hora de actuar en pro de la prevención de dicho problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 48º periodo de sesiones. 23 de febrero de 1994. Asamblea General de Naciones Unidas; 1994.
2. Violencia contra la mujer [Internet]. OMS; Nov, 2016 [citado 27 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
3. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria* 2004; 34(3):117-27.
4. Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L, et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bull World Health Organ* 2006; 84:739-44.
5. Villagómez E. The economic and social costs of domestic violence against women in Andalusia. Ginebra: Conference of European Statisticians, UNECE Work Session on Gender Statistics, Session III. United Nations Economic Commission for Europe; 2010 Apr, working paper 8.
6. European Institute for Gender Equality. Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
7. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. La evolución de la adolescencia española en la igualdad y la prevención de la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2013.
8. Miguel Luken V de. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2015.
9. Víctimas Mortales por Violencia de Género [Internet]. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades [citado 27 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/VictimasMortalesVG.htm>
10. Foshee VA, McNaughton Reyes HL, Gottfredson NC, Chang L-Y, Ennett ST. A Longitudinal Examination of psychological, behavioral, academic, and relationship consequences of dating abuse victimization among a primarily rural sample of adolescents. *J Adolesc Health* 2013; 53(6):723-9.
11. Díaz-Aguado Jalón MJ, Carvajal Gómez MI. Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2011.
12. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Rahway, N.J.: Princeton University Press; 1965.
13. Megías Quirós I, Ballesteros Guerra JC. Jóvenes y Género. Estado de la Cuestión. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud; 2014.
14. Rubio-Garay F, Carrasco MÁ, Amor PJ, López-González MA. Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anu Psicol Juríd*. 2015; 25(1):47-56.
15. Herranz Bellido J. Violencia de género en la población adolescente. Guía para jóvenes. Alicante: Excma. Diputación de Alicante. Unidad de Igualdad; 2015.
16. Gabbiadini A, Riva P, Andrighetto L, Volpato C, Bushman BJ. Acting like a Tough Guy: Violent-Sexist Video Games, Identification with Game Characters, Masculine Beliefs, & Empathy for Female Violence Victims. *PLoS ONE*. 2016; 11(4):e0152121.
17. Foshee VA, McNaughton Reyes HL, Vivolo-Kantor AM, Basile KC, Chang L-Y, Faris R, et al. Bullying as a Longitudinal Predictor of Adolescent Dating Violence. *J Adolesc Health*. 2014; 55(3):439-44.

18. Schwab-Reese LM, Parker EA, Peek-Asa C. Interactions of adolescent social experiences and dopamine genes to predict physical intimate partner violence perpetration. PLoS ONE. 2017; 12(3):e0172840
19. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. El ciberacoso como forma de ejercer la violencia de género en la juventud: un riesgo en la sociedad de la información y el conocimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2014.
20. Gabinete de Prensa. Notas de Prensa [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 28 de marzo de 2017 [citado 9 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4128>
21. Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Madrid: Ministerio de Industria, Energía y Turismo, Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es; 2015.
22. Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Equipo de Incidencia Política y Estudios de UNICEF Comité Español. Son niños y niñas, son víctimas. Situación de los menores de edad víctimas de trata en España. Madrid: Huygens Editorial; 2017.
23. McNaughton Reyes HHL, Foshee VA, Chen MS. Dating Abuse: Primary Prevention Efforts. En: Levesque RJR, editor. Encyclopedia of Adolescence. Cham: Springer International Publishing; 2016; p. 1-27.
24. Webster K, Flood M. Framework foundations 1: A review of the evidence on correlates of violence against women and what works to prevent it. Melbourne: Our Watch, Australia's national Research Organisation for Women's Safety, VicHealth; 2015. Change the Story: A shared framework for the primary prevention of violence against women and children in Australia.
25. Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Ellsberg M. Interventions to Prevent or Reduce Violence Against Women and Girls: A Systematic Review of Reviews. Washington, DC: World Bank Group; 2014. Women's Voice and Agency Research Series 2014: No.10.
26. Abad JM. Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes, basados en el trabajo con la comunidad y la familia, con enfoque de género. Washington, DC. OPS; 2006.
27. World Health Organization. Violence prevention: the evidence. Overview. Ginebra: WHO; 2010. Series of briefings on violence prevention.
28. Organización Mundial de la Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011.
29. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. 1983; 98(2):107-9.
30. Campañas - Campaña contra la Violencia de Género. Cuéntalo, Hay Salida a la Violencia de Género [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [citado 2 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/campañas/campañas14/haySalida016.htm>
31. Campañas - Campaña contra la Violencia de Género- Si tu chico te da miedo [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [citado 9 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/campañas/campañas15/haySalida016.htm>
32. Escuela Virtual de Igualdad [Internet]. [citado 13 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.escuelavirtualigualdad.es/>
33. Libres [Internet]. Telefónica Soluciones; 2016 [citado 10 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.fraileyblanco.android.libres&hl=es>
34. Junta de Castilla y León. Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja. Valladolid: Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud; 2010.
35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones; 2012.
36. Durán C, Giner Bou MA. Pillada por ti. 2ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
37. Acuerdo 130/2015, de 10 de septiembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se establecen las directrices de funcionamiento en castilla y león del modelo de atención integral a las víctimas de violencia de género «Objetivo Violencia Cero». Boletín Oficial de Castilla y León. Cortes de Castilla y León, (14 de septiembre de 2015).
38. Portal Estadístico Violencia de Género [Internet]. [citado 14 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>
39. Fundación ANAR. Informa Violencia de género 2015. Teléfono ANAR. Madrid: Fundación ANAR; 2015.