



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Valdez-Santiago, Rosario; Martín-Rodríguez, Jorge; Arenas-Monreal, Luz; Híjar-Medina, Martha

Adherencia terapéutica a programas de reeducación para mujeres y hombres en relaciones de pareja violentas

Salud Pública de México, vol. 57, núm. 6, noviembre-diciembre, 2015, pp. 537-546

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642748008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Adherencia terapéutica a programas de reeducación para mujeres y hombres en relaciones de pareja violentas

Rosario Valdez-Santiago, PhD,^(1,2) Jorge Martín-Rodríguez, PhD,⁽³⁾ Luz Arenas-Monreal, PhD,⁽¹⁾ Martha Híjar-Medina, PhD.⁽⁴⁾

Valdez-Santiago R, Martín-Rodríguez J, Arenas-Monreal L, Híjar-Medina M. Adherencia terapéutica a programas de reeducación para mujeres y hombres en relaciones de pareja violentas. *Salud Publica Mex* 2015;57:537-546.

Valdez-Santiago R, Martín-Rodríguez J, Arenas-Monreal L, Híjar-Medina M. Therapeutic adherence to retraining programs for women and men involved in abusive relationships in Mexico. *Salud Publica Mex* 2015;57:537-546.

Resumen

Objetivo. Analizar la adherencia terapéutica en participantes de un programa de reeducación operado por los servicios estatales de salud en ocho estados de México en 2010. **Material y métodos.** Estudio transversal y descriptivo que evaluó la adherencia terapéutica de un programa de reeducación para hombres agresores y mujeres víctimas de violencia de pareja. La intervención fue coordinada por un equipo de profesionales previamente capacitados. La selección de los participantes se realizó con el cumplimiento estricto de criterios de inclusión/exclusión evaluados por una prueba de tamizaje. Con base en la asistencia, se clasificó en adherencia baja (1 a 12), media-alta (13 y más). Se realizó una prueba de t student, un análisis bivariado y un modelo de regresión logística para identificar la posibilidad de adherencia en cada programa. **Resultados.** Se aplicaron 5 539 tamizajes, 88.3% (n=4 891) fueron positivos; 85% (n=4 151) aceptó participar; 75% de los potenciales participantes asistió al menos a una sesión (n=3 699), siendo ésta la muestra del presente estudio. En el programa para mujeres hubo diferencias significativas por estado civil, religión y grupos de edad ($p<0.05$). En el programa para hombres hubo diferencias significativas por religión y grupos de edad ($p<0.05$). **Conclusiones.** En México son inexistentes los estudios que evalúan la adherencia a los programas de atención a la violencia; este estudio es una primera aproximación que abre la posibilidad de profundizar

Abstract

Objective. To analyze the therapeutic adherence among participants in the retraining program operated by the Ministry of Health of Mexico, in eight states in 2010. **Materials and methods.** This is a cross-sectional and descriptive study that assesses therapeutic adherence in a retraining intervention program for male perpetrators and female victims of intimate partner violence. The intervention was coordinated by a team of previously trained professionals. The selection of participants was made by means of a specific screening test. Overall performance for both groups was analyzed, and based on the attendance they were classified in low adhesion (1-12) medium to high (13 and >). To determine the possibility of adhesion, Student's t tests, a bivariate analysis, and a logistic regression model were performed for each program. **Results.** 5 539 screenings were applied, of which 88.3% (n = 4 891) were positive. 85% agreed to participate (n = 4 151), but only 75% of potential participants attended at least one session (n = 3 022). 78.5% attended between 1-12 sessions. In the women's program, significant differences in marital status, religion and age groups ($p<0.05$) were found. In the program for men, significant differences in religion and age groups ($p<0.05$) were found. **Conclusions.** In the Mexican context there are few studies that assess adherence to programs of care and retraining for partner violence. This study is a first approach that opens the possibility to enhance

(1) Centro Colaborador OMS/OPS para la Investigación en Lesiones y Violencia. México.

(2) Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(3) Centro de Proyectos para el Desarrollo, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

(4) Fundación Entornos, AC. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 13 de marzo de 2015 • **Fecha de aceptado:** 20 de agosto de 2015

Autor de correspondencia: Dr. Jorge Martín Rodríguez Hernández. Pontificia Universidad Javeriana, Cendex. Carrera 7 No. 40-90. Piso 5. Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: jrodriguez.h@javeriana.edu.co

en el diseño y evaluación de este tipo de intervenciones, cruciales para desarticular la violencia contra las mujeres.

Palabras clave: uso terapéutico; maltrato conyugal; México

the design and evaluation of such interventions, which are crucial to dismantle violence against women.

Keywords: therapeutic use; spouse abuse; Mexico

La violencia de pareja ha sido reconocida como un problema social y de salud de gran impacto en la sociedad desde la década de los setenta en países de ingresos medios y altos,¹ sin embargo, este reconocimiento llegó con veinte años de retraso en países de América Latina,² lo que ha impactado en el desarrollo de políticas públicas para su atención y, sobre todo, para el desarrollo de estrategias de prevención.³

La intervención con mujeres y hombres inmersos en relaciones de pareja violentas ha sido motivo de estudio a nivel internacional;⁴⁻⁶ en América Latina son escasos los estudios que documenten intervenciones en ambas poblaciones,^{7,8} sobre todo con un enfoque de evaluación sobre su eficacia, impacto y reproducibilidad. En México hay pocos estudios evaluados, a pesar de existir experiencias de intervención.⁹

A pesar de los diferentes retos y características de las intervenciones para ambas poblaciones, un desafío en común es detener la violencia y garantizar la seguridad de las mujeres y los menores.^{3,10}

La evidencia generada hasta el momento pone de manifiesto algunas coincidencias y diferencias en ambos grupos: a) la baja adherencia terapéutica a los programas de intervención; b) la dificultad para incidir en la modificación de conocimientos, actitudes y creencias con respecto a la violencia de pareja y su relación con la transformación del comportamiento; c) la disminución sostenida de la perpetración de actos de violencia de pareja; este aspecto implica que los hombres que ejercen violencia dejen de hacerlo y, sobre todo, que los cambios perduren;¹¹ d) en el caso de las mujeres, un objetivo central es la disminución de la posibilidad de ser víctima de violencia por parte de la pareja, lo cual implica garantizar sus derechos básicos y acceso oportuno al sistema de justicia, un desafío enorme en los sistemas de impartición de justicia en países de América Latina.^{10,12}

El concepto de adherencia aplicado en el marco de los programas de tratamiento o intervención para hombres agresores adquiere especial relevancia ya que uno de los objetivos fundamentales en la aplicación del tratamiento es lograr la adherencia de cada sujeto al programa, lo que implica asistir a las sesiones, continuar y realizar las tareas asignadas.^{6,13}

En los países de ingresos altos, los programas para hombres agresores han sido evaluados con base en la adherencia al programa, la tasa de aquellos que completan el tratamiento y los cambios que se producen en relación con la reducción o desaparición de la violencia.¹³⁻¹⁵ Otros estudios presentan la tasa de abandono del programa o las reincidencias.¹⁶ En una revisión de 40 programas, E. Gondolf reporta un efecto mínimo o nulo sobre los cambios mencionados en los hombres agresores, señalando que la efectividad del programa depende de las características de la intervención del mismo.¹⁷ Otros autores presentan revisiones sistemáticas, bibliográficas o metaanalíticas sobre la efectividad de las intervenciones efectuadas con perpetradores y mujeres víctimas de violencia. En relación con los programas dirigidos a perpetradores se menciona que los resultados son contradictorios y, en algunos casos, no eficaces, lo cual puede deberse a deficiencias metodológicas. En el caso de los programas con víctimas, se señala que los programas estructurados en consejería parecen reducir la revictimización y las intervenciones breves no muestran resultados claros.¹⁸⁻²⁰

Caracterización del programa de reeducación en México

El programa de reeducación para mujeres víctimas y hombres agresores de pareja fue diseñado por un equipo multidisciplinario* y surge a partir de lo señalado en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2007), la cual estipula que deberá "brindar servicios reeducativos integrales a las

* El equipo estuvo conformado por Roberto Garda, de Hombres por la Equidad, A.C., y Mauro Vargas, de GENDES, A.C. Por otra parte, el equipo responsable de diseñar el Programa de Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja estuvo a cargo de Pilar Lomelín (consultora independiente), Claudia Gómez Lule (ENIFAC) y Luz Arenas Monreal. Ambos procesos se enriquecieron con el acompañamiento de Marta Torres Falcón (aspectos legales), Cristina Herrera (evaluación cualitativa) y Jorge Martín Rodríguez (evaluación cuantitativa), y coordinado por Martha Híjar Medina y Rosario Valdez-Santiago, lo cual permitió generar un modelo de intervención único e innovador.

víctimas y a los agresores, a fin de que logren estar en condiciones de participar plenamente en la vida pública, social y privada”.²¹ Esta ley indica que la Secretaría de Salud Federal tiene la responsabilidad de operar el nivel nacional.* Las premisas teórico-metodológicas del programa de reeducación fueron a) la perspectiva de género; b) la conceptualización de la violencia contra las mujeres;[‡] c) el modelo ecológico como elemento articulador de la *responsabilización* de los hombres del ejercicio de su violencia y d) la Educación para la Paz y la Terapia de Reencuentro.^{§,22,23}

Con estos ejes, se articuló un objetivo general para cada grupo blanco; en el caso de los hombres agresores se consideró “iniciar un proceso de reeducación a hombres que ejercen violencia para que la detengan y aprendan nuevas formas de relacionarse en diversos ámbitos (institucionales, comunitarios, familiares y personales), que les permita participar plenamente en la vida pública, social y privada”.

En el caso de las mujeres víctimas, se propuso como objetivo “proporcionar servicios de reeducación a mujeres que han vivido violencia de pareja para que puedan identificar y utilizar los recursos (institucionales, familiares, comunitarios, familiares y personales) que les permitan participar plenamente en la vida pública y privada”.

El encuadre metodológico se centró en un mínimo y un máximo de participantes (de 2 a 15 personas), que acudieran a una sesión de dos horas y media por semana, con posibilidad de completar las sesiones en grupos abiertos con enfoque modular, a nivel urbano.²²

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar la adherencia al programa de reeducación entre participantes del programa en ocho estados

de la República mexicana: Campeche, Querétaro, Tabasco, Veracruz, Colima, Sonora, Yucatán y Zacatecas, durante 2010.

Material y métodos

El presente análisis es parte de un estudio más amplio que se desarrolló en tres etapas. La primera fue el diseño de una intervención reeducativa para hombres y mujeres en relaciones de pareja violentas; la segunda fue la prueba piloto en cuatro estados; la tercera, la implantación a otros cuatro estados más, y la evaluación cuantitativa y cualitativa del proceso. El presente análisis corresponde a la tercera etapa y al análisis cuantitativo, el cual es un diseño transversal analítico en el que se examina la adherencia terapéutica de ambos grupos. Los estados fueron seleccionados por conveniencia según criterios de apoyo y colaboración establecidos por la responsable nacional del Programa de Atención a la Violencia Familiar, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, institución responsable de la implantación del programa a nivel nacional.*

La primera etapa consistió en la selección de los facilitadores y facilitadoras de cada entidad federativa, además de una responsable estatal del programa, la cual fue entrenada para operar y supervisar ambos programas.[‡] En la segunda etapa se llevó a cabo una capacitación teórica-vivencial con duración de 50 horas. En la tercera etapa, cada equipo estatal hizo una amplia convocatoria a participar en los programas; se utilizaron varios medios de difusión disponibles a nivel local (radio, tv, folletos, promotoras de salud y otras instituciones gubernamentales abocadas a la atención de mujeres maltratadas). Por último, se seleccionó a las y los participantes en los programas a través de tamizaje (el cuestionario había sido piloteado y validado con anterioridad), que tuvo como objetivo identificar, con base en los criterios de inclusión establecidos, a las personas a quienes va dirigido el programa; en el caso de mujeres, que no estuvieran viviendo violencia severa

* La Secretaría de Salud Federal, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, es la responsable de la operación del Programa, el cual ha sido implantado por etapas desde 2009. De entonces a la fecha, todos los estados del país que se han incorporado operan el Programa con recursos financieros etiquetados a nivel federal, con lo que se ofrecen servicios de reeducación a mujeres y hombres. Desde 2013, todos los estados del país tienen la responsabilidad de operar el programa.

‡ El programa de reeducación partió del supuesto de que la violencia que ejercen las parejas masculinas contra las mujeres no es por trastornos psicopatológicos ni cuestiones biológicas, sino que son actos de control y poder, para lo cual se tomó esta definición de violencia: “Cualquier acto u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte en el ámbito privado como en el público.”²¹

§ La educación para la paz representa una forma de resolver los conflictos de una manera pacífica. Se prioriza la igualdad, la equidad, la libertad y la transformación de las personas y las realidades mediante la construcción de capacidades y competencias individuales y grupales. La Terapia de Reencuentro es una metodología cuyo objetivo amplio es construir relaciones de paz, fortaleciendo los procesos de vinculación afectiva con la propia persona y con los demás.²³

* Por razones de carácter institucional, el programa se llama Estrategias de Reeducación para víctimas y Agresores de Violencia de Pareja. La coordinación está a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud y cuenta con fondos propios y está sujeto a evaluaciones anuales.

‡ Se trataba de profesionales en psicología, con experiencia en atención a casos de violencia de pareja y con perspectiva de género; de ser posible, que contaran con experiencia en manejo de técnicas grupales. Cabe señalar que en algunas entidades fue imposible cubrir este perfil, por lo que el equipo revisó los currículos de las y los postulantes, se realizaron entrevistas y se seleccionó a quien tuviera un perfil que se aproximara al establecido.

con su pareja y, en el caso de hombres, que no hubieran ejercido violencia severa en la última semana. Si cumplían con alguna de estas condiciones, se les invitaba a participar voluntariamente en los programas.

Instrumentos

Cuestionario

Una vez que mujeres y hombres aceptaban participar en alguno de los programas, se les aplicó un cuestionario estandarizado que exploraba aspectos sociodemográficos como edad, escolaridad, religión, derechohabiencia, actividad laboral, estado civil, número de parejas con convivencia, tiempo de la última unión, número de hijos e hijas, y personas que viven en el hogar. También incluyó preguntas acerca de la forma en que los participantes se enteraron del programa, sobre la motivación personal y se registró la fecha de inicio de las sesiones.

Diario de campo

Al final de las sesiones el equipo facilitador realizaba un registro etnográfico individual, en el que se anotaban comentarios y observaciones acerca de percepciones vividas durante el desarrollo de la sesión, y número de asistentes (primera vez y subsecuentes). También se llevaba un registro individual para identificar el número de sesiones a las que había acudido cada participante.

Características de los programas

Ambos programas consistieron en sesiones modulares; en el de mujeres eran 25 y en el de hombres, 24. Cada sesión se diseñó a partir de una carta descriptiva que contenía objetivos, temas, materiales y registro de duración. La sesión era coordinada por dos profesionales, uno en el papel de facilitador y otro en el papel de cofacilitador. Esta información se capturó a través de una plataforma informática que concentró la información de cada uno de los estados participantes en el programa.*

Análisis de la información

En primer lugar, se analizó el comportamiento global de los programas en sus dos componentes (hombres agresores y mujeres víctimas). En segundo lugar, el análisis se

orientó a caracterizar a los participantes. Para el análisis global se obtuvo la distribución de tamizajes aplicados a los participantes potenciales: aquellos que dieron positivos y aquellos quienes efectivamente asistieron a los programas (al menos a una sesión), todo esto, por entidad federativa. Se describen algunos indicadores del funcionamiento del programa, como proporción de tamizajes positivos (usuarios potenciales del programa entre el total de tamizajes aplicados) y proporción de participantes (participantes reales entre aquellos con tamizaje positivo), por estado, para hombres y mujeres. Los participantes reales se calcularon al incluir en el numerador a las personas que asistieron al menos a una sesión y en el denominador a aquellos que tenían tamizajes positivos (usuarios potenciales del programa).

También se identificó el promedio de asistentes por sexo y por entidad federativa. Para todos los participantes se obtuvieron medidas descriptivas para edad, tiempo de convivencia con la pareja, número de personas que habitaban el hogar y número de hijos e hijas de los participantes. Se obtuvieron medias y desviaciones estándar, y se realizaron pruebas t de Student para identificar diferencias estadísticamente significativas entre los programas de víctimas y agresores.

Para el análisis bivariado y múltiple se construyó una variable dependiente basada en el número de sesiones a las que asistían los participantes: aquellos que asistieron de 1 a 12 sesiones se clasificaron como nivel de adherencia baja (0) y quienes asistieron 13 o más sesiones se clasificaron como nivel de adherencia media-alta (1). Este punto de corte se basó en el uso del percentil 75, de forma similar a como lo han recomendado y usado autores en investigaciones que han requerido convertir indicadores cuantitativos en cualitativos, como en el presente caso.^{24,25}

Se realizó análisis bivariado por escolaridad, religión, estado civil, convivencia, número de uniones y actividad laboral; para identificar diferencias significativas, en ambos casos se emplearon valores $p < 0.05$.

Se realizó un modelo de regresión logística paso a paso o anterógrado, para intentar determinar la posibilidad de adherencia (adherencia baja y media-alta) para cada programa (víctimas y agresores). Las variables independientes incluidas en el modelo para ajustar correspondieron a grupos de edad (menor, 15 a 36 años y 37 o más), escolaridad (0=básica/primaria, 1=intermedia/universitaria), religión (0=católica, 1=otra), estado civil (0=soltero/separado, 1=casado/unión libre) y actividad laboral (0=hogar/desempleado, 1=empleado/estudiante).

Consideraciones éticas. La presente investigación fue aprobada por los comités de ética e investigación del

* La plataforma se diseñó en 2010, con el objetivo que fuera una herramienta que permitiera realizar el registro de los participantes, facilitar la evaluación de procesos y resultados de cada uno de los Programas. Se tiene evidencias de su uso activo para los años 2010 y 2011. Se encuentra alojada dentro de la plataforma y servidor del INSP.

Instituto Nacional de Salud Pública de México y por las autoridades sanitarias de cada entidad federativa.

Resultados

Durante 2010 se aplicaron 5 539 tamizajes, de los cuales 88.3% (n=4 891) resultó positivo; de este volumen, 85% aceptó participar (n=4 151), pero al final sólo 75% de los potenciales participantes (con tamizajes positivos) asistió al menos a una sesión (n=3 699); ésta es la muestra para el presente estudio. Se obtuvo registro por entidad federativa de la distribución de tamizajes aplicados, del volumen de quienes resultaron positivos, de quienes aceptaron participar y de quienes efectivamente acudieron a las sesiones de los programas.

Los estados donde hubo mayor participación de mujeres fueron Yucatán (72.2%) y Sonora (71.8%). Zacatecas fue el estado donde la participación de hombres (45.0%) y mujeres (55.0%) fue similar (figura 1).

En la figura 1 se observa la positividad porcentual de tamizajes aplicados por estados y por programa, donde Sonora (98.3%) y Yucatán (99.6%) tuvieron proporciones de positividad superiores a 97%, tanto a nivel general como por programas. En cambio, Querétaro tuvo proporciones globales cercanas a 75%, e inferiores a 70% en el programa para mujeres.

En la figura 2 se observa la proporción de asistentes entre usuarios potenciales, el cual se construyó al incluir en el numerador a las personas que asistieron al menos a una sesión de los programas y en el denominador a aquéllas que tenían pruebas de tamizajes positivos; Yucatán (95.2%) y Sonora (86.2%) tuvieron los porcen-

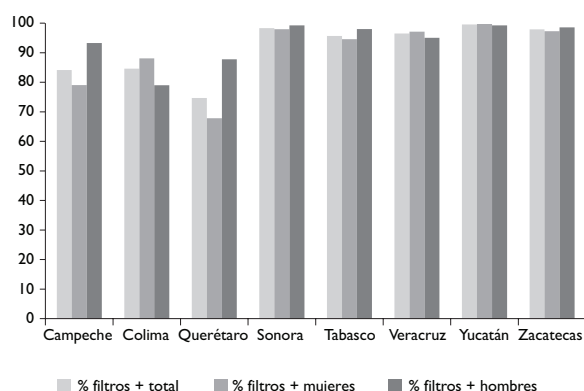


FIGURA 1. POSITIVIDAD PORCENTUAL DE TAMIZAJES APLICADOS POR ESTADOS Y PROGRAMAS PARA MUJERES Y HOMBRES INMERSOS EN RELACIONES DE PAREJA VIOLENTAS. MÉXICO, 2010

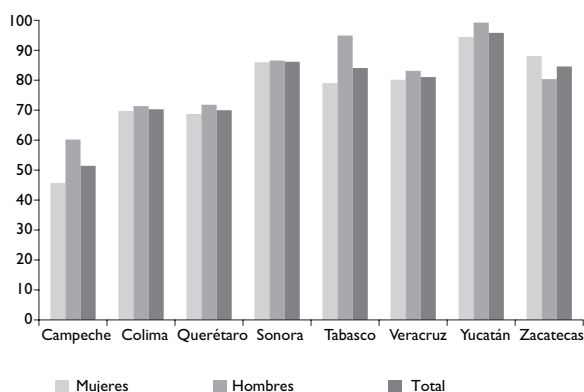


FIGURA 2. PORCENTAJE DE ASISTENTES ENTRE USUARIOS POTENCIALES POR ESTADOS Y PROGRAMAS PARA MUJERES Y HOMBRES INMERSOS EN RELACIONES DE PAREJA VIOLENTAS. MÉXICO, 2010

tajes más altos, mientras Querétaro (70.0%) y Campeche (51.4%) los más bajos.

En cuanto al promedio de asistentes a los diferentes programas, se observó que para el de mujeres Colima tuvo el promedio de asistencia más alto (8.9), seguido de Campeche (8.6); aquéllos con los promedios de asistencia más bajos fueron Querétaro (4.6) y Yucatán (5.7). En el programa de hombres, los promedios de asistentes más altos fueron en Colima (7.2) y Veracruz (6.6), y los promedios más bajos fueron en Zacatecas (3.7) y Querétaro (3.3).

Respecto a la proporción de participantes por grupos de sesiones, se obtuvo que el mayor porcentaje de personas fue de aquéllas que asistieron de entre 1 a 12 sesiones (78.5%); aquéllas que participaron en 13 o más sesiones fueron 21.5% del total. Estos resultados sirvieron para generar el punto de corte de la variable dependiente: nivel de adherencia. Se observó que en las primeras sesiones los hombres tuvieron mayor participación respecto de las mujeres, situación que se invirtió en las sesiones finales. La proporción de mujeres participantes fue mayor respecto de los hombres ($p < 0.05$).

El cuadro I muestra algunas características de los participantes. Hubo diferencias significativas en el promedio de edad por programas, el cual es mayor en mujeres respecto de hombres ($P < 0.05$). En el cuadro II se observa el análisis bivariado por programas, en el cual se analizó el nivel de adherencia (baja, media-alta) con algunas características de los participantes (escolaridad, religión, estado civil, convivencia, número de veces de unión, actividad laboral).

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES EN LOS PROGRAMAS DE REEDUCACIÓN

Características/Participantes	Agresores	\bar{X}	Victimas	\bar{X}	Valor P
Edad (años)	1352	35.4	2347	38.0	0.0001
Tiempo de convivencia (años)	763	2.1	1625	2.4	0.06
Número de personas	1339	4.5	2346	4.6	0.22
Total hijos	1298	0.8	2345	1.1	0.0001
Total hijas	1297	0.66	2346	0.95	0.0001

\bar{X} : Valores promedio

Cuadro II
ADHERENCIA A LOS PROGRAMAS DE REEDUCACIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

Características/ Participantes	Victimas				Valor P	Agresores				Valor P
	Baja		Media/alta			Baja		Media/alta		
Escolaridad		%	n	%		n	%	n	%	
Sin escolaridad	169	9.5	44	7.65		144	12.73	33	14.93	
Primaria/secundaria	602	33.97	251	43.65		309	27.32	54	24.25	
Preparatoria/normal	784	44.24	216	37.57		596	52.70	122	55.2	
Universitaria	217	12.25	64	11.13	0.0001	82	7.25	12	5.43	0.502
Religión										
Católica	1,464	82.62	441	76.7		841	74.36	150	67.87	
Otra religión	308	17.38	134	23.3	0.002	290	25.64	71	32.13	0.046
Estado Civil										
Soltero/separado	1,186	66.97	438	76.31		638	59.07	127	57.73	
Casado/Unión libre	585	33.03	136	23.69	0.0001	442	40.93	93	42.27	0.711
Convivencia										
Viven juntos	1,049	88.37	399	91.1		570	89.34	117	92.13	
Esporádicamente	138	11.63	39	8.9	0.118	68	10.66	10	7.87	0.334
Veces de casado										
Una vez	1,006	84.75	375	85.62		538	84.33	106	83.46	
Dos o más veces	181	15.25	63	14.38	0.665	100	15.67	21	16.54	0.808
Actividad laboral										
Hogar/desempleado	823	46.44	239	41.57		942	83.29	179	81.0	
Empleado/estudiante	949	53.56	336	58.43	0.041	189	16.71	42	19.0	0.407

Respecto a los motivos por los que las personas participaban en los diferentes programas, la mayoría de las mujeres dijeron querer mejorar las relaciones familiares; 15% reportó que vivía situaciones de violencia

y una proporción similar reportó que necesitaban con quién platicar; al menos 2% refirió que deseaba separarse de su pareja. El principal motivo reportado por los hombres fue querer mejorar las relaciones familiares;

12% reconoció que quería dejar de ejercer violencia, es decir, identificaba esta situación como un problema al interior de su hogar. Al menos 5% reportó que asistía por obligación a participar de parte de jefes, superiores o directores de establecimientos, quienes los enviaban al programa de reeducación a agresores (figura 3).

En el cuadro III se presentan los resultados de los modelos de regresión logística. Se pretendió identificar la posibilidad de participación y adherencia en alguno de los programas de reeducación, ajustado por estado civil, escolaridad, actividad laboral, religión y edad agrupada. Se excluyeron de estos modelos las variables convivencia, número de veces de unión y número de hijos, dado que tanto en el análisis bivariado como en el multivariado no se generaron resultados estadísticamente significativos ($p>0.2$).

En el programa de mujeres se encontraron diferencias significativas con estado civil, religión y grupos de edad ($p<0.05$); para el primer caso, la posibilidad de participación de las mujeres solteras o separadas fue 1.54 veces más baja respecto a las casadas o en unión libre; también la posibilidad de participación fue 1.44 veces más alta en aquellas mujeres practicantes de una religión diferente a la católica respecto de aquellas que se declaraban católicas; finalmente, la posibilidad de participación fue casi dos veces más alta en las mujeres de 37 o más años respecto de aquellas de entre 15 a 36.

No hubo diferencias por nivel de escolaridad o actividad laboral ($p>0.05$).

En el programa de hombres se encontraron diferencias significativas con religión y grupos de edad ($p<0.05$); en cuanto a religión, la posibilidad de participación de hombres no católicos fue cerca de 1.5 veces más alta respecto de los católicos; también la posibilidad de participación fue 1.47 veces más alta en hombres de 37 o más años respecto de aquellos entre 15 a 36 años. No existieron diferencias estadísticamente significativas por estado civil, escolaridad o antecedentes laborales ($p>0.05$).

Discusión

A nivel mundial existen iniciativas documentadas donde se han incorporado intervenciones psicoterapéuticas para detectar procesos de adherencia a los servicios que éstas brindan; algunos ejemplos se observan en estudios para controlar y prevenir las adicciones o desórdenes de abuso de sustancias psicoactivas, tanto en población adulta como en adolescentes.²⁶⁻²⁸ No obstante, son escasos los estudios que evalúan la adherencia a programas de atención, control o prevención de la violencia de pareja.

Por lo anterior, es necesario resaltar la relevancia de contar por primera vez con la evaluación de un pro-

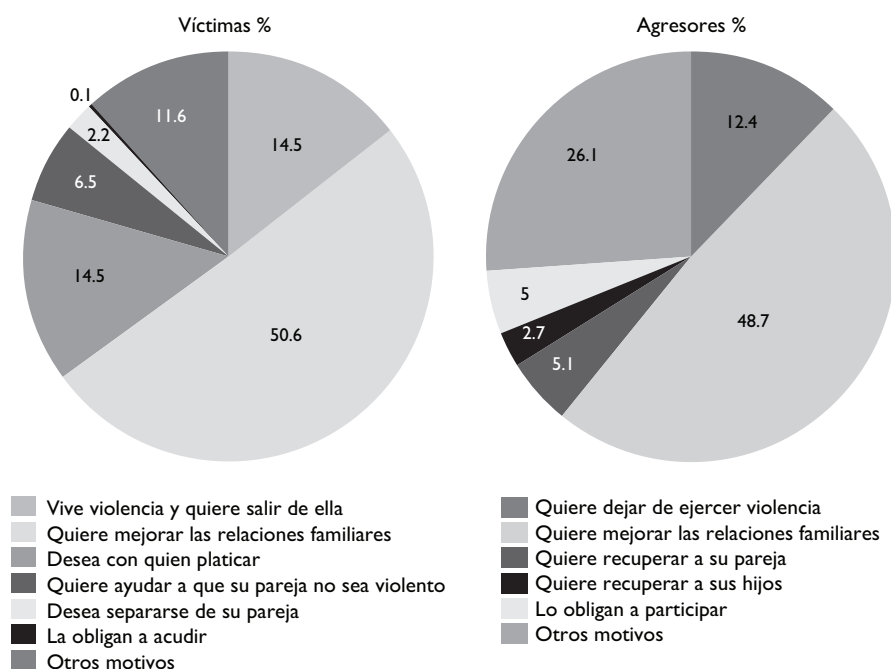


FIGURA 3. MOTIVACIONES PARA PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS DE REEDUCACIÓN PARA MUJERES Y HOMBRES INMERSOS EN RELACIONES DE PAREJA VIOLENTAS. MÉXICO, 2010

Cuadro III
ADHERENCIA EN LOS PROGRAMAS DE REEDUCACIÓN PARA VÍCTIMAS Y AGRESORES. MÉXICO, 2010

	Víctimas (n = 2 345)				Agresores (n = 1300)			
	OR	ES	P	IC95%	OR	ES	P	IC95%
Estado civil								
Casado/Unión libre	I				I			
Soltero/Separado	0.65	0.075	0.000	0.522 - 0.820	1.04	0.167	0.79	0.76 - 1.43
Escolaridad								
Básica/Primaria	I				I			
Preparatoria/Universidad	0.83	0.084	0.079	0.69 - 1.021	1.02	0.159	0.87	0.76 - 1.39
Actividad laboral								
Empleado/Estudiante	I				I			
Hogar/discapacitado	1.04	0.106	0.687	0.85 - 1.272	1.41	0.284	0.085	0.95 - 2.09
Religión								
Católica	I				I			
Otras	1.44	0.171	0.002	1.14 - 1.82	1.50	0.252	0.015	1.08 - 2.09
Grupo de edad								
15 a 36	I				I			
37 o más	1.96	0.199	0.000	1.60 - 2.39	1.47	0.229	0.013	1.09 - 1.99

OR: odds ratio o razón de momios. ES: error estándar P: valor P. IC95%: intervalo de confianza al 95%

grama gubernamental de atención a mujeres y hombres inmersos en relaciones de violencia en México, ya que si bien se han implementado diversas intervenciones en nuestro país desde hace tres décadas, hasta el momento no se han realizado evaluaciones sistemáticas que permitan conocer más sobre la respuesta de la población beneficiaria de los servicios gubernamentales, los cuales son financiados con recursos federales.

La evaluación de la adherencia de hombres y mujeres a un programa de reeducación ofrece la oportunidad de conocer, por un lado, a quienes participan y se mantienen en el programa y, por el otro, a quienes lo abandonan, lo cual permitirá focalizar más los esfuerzos en ambos grupos para lograr mayor penetración del programa, que actualmente tiene presencia nacional.

En relación con la adherencia entre mujeres y hombres, es necesario resaltar dos variables que favorecen la adherencia media-alta al programa de reeducación: una de ellas fue la religión, en relación con que las y los participantes que reportaron tener una religión diferente a la católica. Estos resultados refuerzan lo que se ha documentado sobre las dificultades a las que se enfrentan los practicantes de la religión católica, la cual, en algunas ocasiones, promueve valores discriminatorios

contra la mujer, refuerza la desigualdad entre hombres y mujeres, y es una promotora activa de la unión familiar por encima de los derechos humanos de las mujeres y de los menores. En este estudio, adscribirse a la religión católica fue un obstáculo para que mujeres y hombres participen en programas que motivan el cese de la violencia de pareja.²⁹

A pesar de los pocos estudios que exploran la relación entre violencia contra la mujer y religión, algunas autoras sugieren que las comunidades religiosas pueden ser un apoyo importante para las mujeres que sufren violencia, siempre y cuando promuevan la equidad entre los géneros y un sentido más amplio de la espiritualidad.^{30,31}

Una variable que favoreció la adherencia media-alta tanto para mujeres como para hombres fue ser mayor de 37 años en relación con la población más joven, lo cual puede interpretarse en dos sentidos: por un lado, muestra una mayor disposición al cambio de la población que ha estado expuesta más tiempo a la violencia de pareja, ya sea como víctima o agresor, y su necesidad de resolver la situación; pero, por otro lado, se plantea el desafío de diseñar programas más atractivos para la población joven, o bien, que los programas se dirijan tanto a la mujer como a su pareja, ya que, como señala

Straus MA, proporcionar servicios tanto a mujeres como a sus parejas puede contribuir en una mayor eficacia de los programas.³²

Este estudio tiene varias limitantes. No identifica variables predictoras de rechazo, abandono o fracaso terapéutico como lo planteó Echeburúa;³³ tampoco permite determinar la prevalencia de recaídas de estos eventos en la población intervenida. No incluyó de forma específica otras variables/conductas, como lo señala Zaldívar,³⁴ para evaluar la adherencia terapéutica. Finalmente, las técnicas de selección de los participantes y de autoexclusión de algunas personas aptas para participar (que cumplieran los criterios de inclusión) podrían generar un potencial sesgo de selección. Para subsanar las potenciales limitantes anteriores se sugiere diseñar e implementar estudios observacionales con diseños longitudinales prospectivos que permitan detectar cambios de comportamiento o mantenimiento de conductas en el mediano o largo plazo.

Agradecimientos

En primer lugar, a todas las mujeres y hombres que participaron en el Programa de Reeducación en su etapa inicial, pues gracias a su participación y respuesta hoy es una Estrategia para la Reeducación que opera a nivel nacional. A todo el personal de los estados participantes en esta primera etapa, por su entusiasmo y confianza en el equipo responsable que estuvo a cargo de esta iniciativa. Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, con quien se mantuvo una estrecha y crítica relación; y a la LXII Legislatura del H. Congreso de la Unión, especialmente a la Comisión de Equidad de Género de la Cámara de Diputados, quien financió durante tres años este proceso.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. Valdez-Santiago R, Ruiz-Rodríguez M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Publica Mex* 2009;51:505-511.
3. Heise L. What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview. Centre for Gender Violence and Health. London UK: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011.
4. Wathen CN, MacMillan HL. Intervention for violence against women: scientific review. *J Am Med Assoc* 2003;289(5):589-600.
5. Carrasco-Portiño M, Vives-Cases C, Gil-González D, Álvarez-Dardet C. ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2007;22(1):55-63.
6. Whitaker DJ, Baker CK, Arias I. Interventions to prevent intimate partner violence. In: Doll LS, Bonzo SE, Sleet DA, Mercy JA, eds. *Handbook of injury and violence prevention*. New York: Springer, 2006:203-221.
7. Valdez-Santiago R. Del silencio privado a las agendas públicas el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México. En: Torres M, comp. *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: El Colegio de México, 2004:417-447.
8. Híjar M, Valdez-Santiago R. Programa de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores: experiencia internacional y mexicana. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.
9. Garda R. Caminando Hacia la Equidad: Aprendizajes de la Intervención con hombres que ejercen violencia en México, 2001 [consultado el 22 de junio de 2015]. Disponible en: <http://caminandohaciaequidad.blogspot.mx/>
10. Mojarro M, Valdez-Santiago R, Pérez-Núñez R, Salinas A. «No More! Women Reporting Intimate Partner Violence in Mexico. *J Fam Violence* 2014;29(5):527-537.
11. Echeburúa E. Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: realidad actual y retos de futuro. *Psychosocial Intervention* 2013;22(2):87-93.
12. Jubb N, Camacho G, D'Ángelo A, Hernández K, Macassi I, Melendez L, et al. Comisariías de la mujer en América Latina. Una puerta para detener la violencia y acceder a la justicia. Quito-Ecuador: CEPLAES- Centro de Planificación y Estudios Sociales, 2010.
13. Subirana-Malaret M, Andrés-Pueyo A. Retención proactiva y adherencia terapéutica en programas formativos para hombres maltratadores de la pareja. *Psychosocial Intervention* 2013;22:95-104.
14. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Int J Clin Health Psychol* 2009;9(1):5-20.
15. Pérez-Ramírez M, Giménez-Salinas A, Framis A, Espinosa MJ. Evaluación de la eficacia del programa de tratamiento con agresores de pareja (PRIA) en la comunidad. *Psychosocial Intervention* 2013;22:105-114.
16. Carbajosa P, Boira S. Estado actual y retos futuros de los programas para hombres condenados por violencia de género en España. *Psychosocial Intervention* 2013;22:145-152.
17. Gondolf EW. Evaluating batterer counseling programs: A difficult task showing some effects and implications. *Aggress Violent Behav* 2004;9:605-631.
18. Eckhardt CI, Murphy CM, Whitaker DJ, Sprunger J, Dykstra R, Woodward K. The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner abuse* 2013;4(2):196-226.
19. Whitaker DJ, Murphy CM, Eckhardt CI, Hodges AE, Cowart M. Effectiveness of primary prevention efforts for intimate partner violence. *Partner abuse* 2013;4(2):175-195.
20. Arias E, Arce R, Vilariño M. Batter intervention programs: A meta-analytic review of effectiveness. *Psychosocial intervention* 2013;22:153-160.
21. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: Diario Oficial de la Federación, 2013.
22. Híjar M, Valdez-Santiago R (eds). Programa de Re-educación para víctimas y agresores de violencia de pareja. Manual para responsables de programa. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.
23. Valdez-Santiago R, Vargas-Urías Mauro A, González-Focke M. Bases conceptuales del Programa de Re-educación para agresores de violencia de pareja. En: Ramírez JC, Cervantes-Ríos JC (coord). *Los hombres en México. Veredas recorridas y por andar*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, CUEA-AMEGH, 2013:111-132.
24. Kaufer-Horwitz M, Toussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2008;65(56):502-518.
25. Molinero L. Elección de los puntos de corte para convertir una variable cuantitativa en cualitativa. Madrid, España: Sociedad Española de la Hipertensión, 2003.

26. Carroll K, Nich C, Sifry R, Nuro R, Frankforter T, Ball S, et al. A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug Alcohol Depend* 2000;57(3):225-238.
27. Hogue A, Dauber S, Stambaugh LF, Cecero JJ, Liddle HA. Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:121-129.
28. Hogue A, Henderson C, Dauber S, Barajas P, Fried A, Liddle H. Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(4):544-555.
29. Morales R, Serrano-García J, Miranda-García D. Discriminación de género y cultura. Obstáculos estructurales para la atención de los derechos humanos de las mujeres. *Psicología Nueva Época* 2013;2(4):51-62.
30. Ospina-Muñoz D, Jaramillo-Vélez D, Cabarcas I, Humphreys JR. Espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Salud Pública* 2005;7(3):281-292.
31. López J. Violencia doméstica y religión: implicaciones en la consejería. *Cuadernos de Investigación en la Educación* 2007;22:77-106.
32. Straus Murray A. Addressing Violence by female partners is vital to prevent or stop violence against women: Evidence from the multisite batterer intervention evaluation. *Violence Against Women* 2014;20(7):889-899.
33. Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I. Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *Int J Clin Health Psychol* 2010;10(3):403-420.
34. Zaldivar D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*. 2003 [consultado el 4 abril de 2013]. Disponible en: www.info-med.sld.cu