



prevención de la violencia: la evidencia



prevención de la violencia: la evidencia

Serie de orientaciones sobre prevención de la violencia

Esta serie de siete orientaciones dirigidas a los promotores, los encargados de diseñar y ejecutar los programas, entre otros, resume los datos sobre la eficacia de las siguientes siete estrategias principales dirigidas a prevenir la violencia interpersonal y la autoinfligida: 1) aumentar las relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores; 2) desarrollar habilidades para la vida en los niños y los adolescentes; 3) reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol; 4) restringir el acceso a las armas de fuego, las armas blancas y los plaguicidas; 5) fomentar la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra las mujeres; 6) cambiar las normas sociales y culturales que propician la violencia; y 7) establecer programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas.

La base científica sobre las intervenciones para prevenir la violencia se puede consultar en: www.preventviolence.info

Una colección de las publicaciones sobre prevención de la violencia, incluida esta serie de orientaciones, se encuentra en: <http://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html>



Edición original en inglés:
Violence prevention: the evidence
© World Health Organization, 2012
ISBN 978-92-41-500845

Catalogación en la Fuente, Biblioteca de la Sede de la OPS – Oficina Frontera México-Estados Unidos

Organización Panamericana de la Salud.

Prevención de la violencia: la evidencia. El Paso, TX : OPS , 2013.
(Serie de orientaciones sobre prevención de la violencia: la evidencia)

1. Violencia – prevención y control. 2. Violencia doméstica – prevención y control. 3. Agresión. 4. Relaciones interpersonales. 5. Comportamiento social. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud.

(Clasificación NLM: HV 6625)

ISBN edición impresa: 978-92-75-31748-8 (Versión español)
ISBN edición electrónica: 978-92-75-31749-5 (Versión español)

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org), que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

La elaboración de esta publicación se dio como parte de la Iniciativa de Prevención de la Violencia y las Lesiones (VIP) en el marco de Salud y Seguridad Humana, desarrollado e implementado por un grupo de instituciones, coordinado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Oficina de la Frontera México-Estados Unidos con el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) de la Secretaría de Salud de México (SSA), la Secretaría de Salud de Chihuahua, la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, dependencias del Gobierno Municipal de Juárez y otras instancias involucradas en el Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas del Municipio de Juárez.

Esta publicación fue posible con el apoyo brindado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) Misión México y la OPS según lo establecido en el Subsidio No. AID 523 G10 000001. El contenido de este documento no necesariamente refleja los criterios o las políticas de USAID o de la OPS.

Impreso en El Paso, TX.

Índice

Reseña general	1
1. Prevención de la violencia mediante el desarrollo de relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores	9
2. Prevención de la violencia mediante el desarrollo de habilidades para la vida en los niños y los adolescentes	27
3. Prevención de la violencia mediante la reducción de la disponibilidad y del consumo nocivo de alcohol	45
4. Restricción del acceso a medios letales: armas de fuego, armas blancas y plaguicidas	61
5. Promoción de la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer	79
6. Cambios de las normas sociales y culturales que propician la violencia	95
7. Reducción de la violencia mediante programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas	111

prevención de la violencia:
la evidencia

Reseña general

Reseña general

Según se desprende del Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud, la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Actualmente mueren por esta causa más de 1,5 millones de personas cada año, y muchas más padecen lesiones no mortales y secuelas crónicas sin lesiones físicas como resultado de los intentos de suicidio, la violencia interpersonal (violencia juvenil, violencia en la pareja, maltrato de menores y ancianos y violencia sexual) y la violencia colectiva (guerras y otras formas de conflictos armados). En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo en la población de 15 a 44 años de edad.

“A pesar de que la violencia siempre ha estado presente, el mundo no tiene que aceptarla como una parte inevitable de la condición humana. Siempre ha habido violencia, pero también siempre han surgido sistemas —religiosos, filosóficos, jurídicos y comunales— para prevenirla o limitar su aparición. Ninguno ha sido completamente exitoso, pero todos han aportado algo a la disminución de este rasgo distintivo de la civilización. Desde principios de la década de 1980, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso cada vez más valioso en la respuesta a la violencia. Una amplia gama de profesionales, investigadores y sistemas de salud pública han procurado comprender las raíces de la violencia y evitar que surja”.¹

La experiencia y los estudios de investigación realizados muestran claramente que es posible prevenir la violencia y disminuir sus efectos, de la misma manera en que las medidas de salud pública han logrado prevenir y disminuir en muchas partes del mundo las complicaciones relacionadas con el embarazo, las lesiones en el lugar de trabajo, las enfermedades infecciosas y las afecciones resultantes del consumo de alimentos y agua contaminados. Es posible cambiar los factores que contribuyen a producir respuestas violentas, ya sean los

dependientes de la actitud y el comportamiento o los relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias.

La violencia se puede prevenir. Este no es un dogma de fe, sino una afirmación fundamentada en datos científicos. *Prevención de la violencia: la evidencia* engloba un conjunto de siete orientaciones basadas en revisiones rigurosas de la bibliografía que analiza las pruebas científicas (también llamadas evidencia o datos probatorios) sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a prevenir la violencia interpersonal y la autoinfligida.² Cada orientación se centra en una estrategia general de prevención de la violencia, y bajo esa perspectiva analiza los datos sobre la eficacia de las intervenciones específicas. Las estrategias de prevención de la violencia abarcadas en estas siete orientaciones son:

1. Desarrollar relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores
2. Desarrollar habilidades para la vida en los niños y los adolescentes
3. Reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol
4. Restringir el acceso a las armas de fuego, las armas blancas y los plaguicidas
5. Fomentar la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer
6. Cambiar las normas sociales y culturales que propician la violencia
7. Establecer programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas.

² Si bien las orientaciones y esta reseña general se basan en una amplia gama de literatura científica, se deben especialmente a las dos siguientes publicaciones previas: 1) Rosenberg ML et al. Interpersonal violence. In Jamison DT et al. (eds.) *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2ª edición. Washington, D.C.: Oxford University Press y Banco Mundial, 2006:755–770; y 2) Mercy JA et al. Preventing violence in developing countries: a framework for action. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2008;15(4):197–208.

¹ Krug EG et al. (eds.) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

En este documento se resumen las conclusiones más importantes de cada una de las siete orientaciones y se destacan las intervenciones específicas de cada estrategia que cuentan con los datos más sólidos relativos a la prevención de la

violencia. En el **cuadro 1** se presenta la reseña general y, para cada intervención, se indica la robustez de los datos derivada de su eficacia, así como los tipos de violencia que previenen.

CUADRO 1

Reseña general de las intervenciones de prevención de la violencia con algunos datos que demuestran la eficacia por tipo de violencia

Intervention	Tipo de violencia					
	MI	VP	VS	VJ	MA	S
1. Desarrollo de relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores						
Capacitación para la crianza de los hijos, con visitas del personal de enfermería a domicilio	●			○		
Programas de padres e hijos	○			○		
2. Desarrollo de habilidades para la vida en los niños y los adolescentes						
Programas de refuerzo preescolar				○		
Programas de desarrollo social				●		
3. Reducción de la disponibilidad y del consumo nocivo de alcohol						
Reglamentación de la venta de alcohol				○		
Aumento del precio del alcohol				○		
Intervenciones orientadas a los bebedores problemáticos		●				
Mejorar los entornos en los que se consume alcohol				○		
4. Restricción del acceso a las armas de fuego, las armas blancas y los plaguicidas						
Restringir la concesión de licencias y políticas de compra de armas de fuego				○		○
Aplicar la prohibición de llevar armas de fuego en público				○		
Políticas para restringir o prohibir las sustancias tóxicas						○
5. Promoción de la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer						
Programas en la escuela para abordar las normas y actitudes en materia de género		●	○			
Microfinanciación combinada con formación en materia de equidad de género		○				
Intervenciones de habilidades para la vida		○				
6. Cambios en las normas sociales y culturales que propician la violencia						
Comercialización social para cambiar las normas sociales		○	○			
7. Programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas						
Detección sistemática y remisión a la entidad correspondiente		○				
Programas de apoyo y defensa		●				
Intervenciones psicosociales				○		
Órdenes de protección		○				

LEYENDA

● Bien avalado por datos fidedignos (múltiples estudios controlados aleatorizados en diferentes poblaciones)

○ Nuevos resultados

MI: maltrato infantil; VP: violencia en la pareja; VS: violencia sexual; VJ: violencia juvenil; MA: maltrato de ancianos; S: suicidio y otras formas de violencia autoinfligida

Las intervenciones

Los siete documentos correspondientes a las orientaciones ofrecen más detalles acerca de estas y otras intervenciones, ejemplos complementarios de la puesta en práctica y una exposición completa de los puntos fuertes y las limitaciones de los datos sobre la eficacia de las intervenciones.

1. Desarrollar relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores

Se ha demostrado que las intervenciones que fomentan una relación estimulante entre padres (o cuidadores) e hijos durante los primeros años de vida previenen el maltrato infantil y disminuyen la agresividad en la infancia. Este tipo de intervenciones también tienen el potencial de prevenir las secuelas de por vida del maltrato infantil, que afectan a la salud física y mental, al funcionamiento social y laboral, al capital humano y a la seguridad y, en último término, al desarrollo social y económico. Además, están apareciendo pruebas de que estas intervenciones disminuyen el número de condenas y actos de violencia en la adolescencia y las primeras etapas como adulto y, probablemente, disminuyan la violencia en la pareja y la violencia autoinfligida en la vida adulta.

Ensayos con elevado rigor realizados en los Estados Unidos de América y otros países desarrollados han revelado que tanto el programa de visitas a domicilio de la Asociación entre Enfermeros y Familias (Nurse Family Partnership) como el Programa de Crianza Positiva (llamado Triple P, por sus siglas en inglés Positive Parenting Programme) reducen el maltrato de menores. En los programas de visitas a domicilio, personal capacitado visita a padres e hijos en los hogares y les proporciona asesoramiento y apoyo en materia de salud, desarrollo educativo para el niño y preparación a los padres con vistas a mejorar la salud del menor, fomentar la capacidad de los padres para cuidar a los hijos y evitar el maltrato infantil. Los programas en materia de educación de los hijos, como el Triple P, suelen desarrollarse en un centro y se ofrecen a grupos; el objetivo es evitar el maltrato de menores mediante el perfeccionamiento de las aptitudes de crianza de los padres, el aumento de sus conocimientos sobre el desarrollo de sus hijos y la promoción de estrategias positivas para el trato con ellos. Los datos de investigación también indican que los programas de padres e hijos —que normalmente incorporan la formación de los padres junto con la educación de los niños, servicios de apoyo social y otros— pueden prevenir el maltrato de menores y la violencia juvenil en etapas posteriores de la vida.

Dado que las pruebas de la eficacia de estos programas de crianza y de los programas de padres e hijos en los países de ingresos altos siguen aumentando, ha llegado el momento de iniciar su aplicación a gran escala y de evaluar los resultados en los países de ingresos medios y bajos.

2. Desarrollar habilidades para la vida en los niños y los adolescentes

Los datos de las investigaciones indican que las habilidades para la vida adquiridas mediante los programas de desarrollo social (que intentan desarrollar competencias sociales, emocionales y conductuales) pueden prevenir la violencia juvenil, mientras que los programas de refuerzo preescolar (que proporcionan a los niños aptitudes académicas y sociales a una edad temprana) parecen prometedores. Las habilidades para la vida ayudan a los niños y los adolescentes a afrontar eficazmente las dificultades de la vida diaria. Programas de esta naturaleza dirigidos a la infancia pueden prevenir la agresividad, reducir la participación en actos violentos, mejorar las aptitudes sociales, estimular el buen rendimiento escolar y aumentar las perspectivas laborales. Todos estos efectos son más pronunciados en los niños de familias y vecindarios económicamente desfavorecidos. Los beneficios de los programas de buena calidad que invierten en el comienzo de la vida de una persona tienen el potencial de perdurar en la edad adulta.

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo sobre programas de habilidades para la vida se han realizado en países de ingresos altos, particularmente en los Estados Unidos. Se necesitan más datos sobre los efectos de los programas de refuerzo preescolar y de desarrollo social en los países de ingresos medios y bajos.

3. Reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol

Están surgiendo pruebas de que la violencia se puede prevenir mediante la reducción del acceso al alcohol, con intervenciones breves y tratamientos a largo plazo para los bebedores problemáticos y mediante la introducción de mejoras en el servicio de los establecimientos en los que se sirven bebidas alcohólicas. Actualmente, los datos que prueban la eficacia de tales intervenciones rara vez proceden de ensayos controlados aleatorizados, y por lo general se generan en países desarrollados y algunas partes de América Latina.

La disponibilidad del alcohol puede regularse mediante la reducción de las horas o los días en los que se puede vender y del número de puntos de venta al por menor de bebidas alcohólicas. En general, se ha visto que una reducción del número de horas de venta está asociada con menos actos violentos y, por

el contrario, una mayor densidad de puntos de venta se asocia con más actos de violencia. Los modelos económicos indican con toda claridad que el aumento del precio del alcohol (por ejemplo, mediante la subida de los impuestos, los monopolios controlados por el estado y las políticas de precio mínimo) hace disminuir el consumo y, en consecuencia, se reduce la violencia.

Las intervenciones breves y el tratamiento a más largo plazo para los bebedores problemáticos —mediante, por ejemplo una terapia cognitiva conductual— han demostrado en varios ensayos su eficacia para disminuir diversas formas de violencia, como el maltrato infantil, la violencia en la pareja y el suicidio.

Algunos datos empiezan a respaldar las intervenciones en los establecimientos de consumo de alcohol y sus alrededores que están dirigidas a factores como el hacinamiento, el grado de confort, el diseño físico, la capacitación del personal y la facilidad de acceso al transporte de madrugada.

4. Restringir el acceso a las armas de fuego, las armas blancas y los plaguicidas

Datos incipientes sugieren que limitar el acceso a las armas de fuego y los plaguicidas puede prevenir los homicidios (la mayoría de los cuales se producen en hombres jóvenes de 15 a 29 años), los suicidios y las lesiones, y reducir los costos que representan para la sociedad estas formas de violencia. No obstante, se necesitan estudios más rigurosos.

Hay indicios, por ejemplo, de que las jurisdicciones con leyes restrictivas sobre las armas de fuego y con una tasa de posesión menor suelen tener cotas inferiores de violencia armada. La restricción en la concesión de licencias y en las políticas de compra de armas —sin olvidar las prohibiciones de portar armas, los planes de concesión de licencias, la edad mínima de los compradores y la investigación de antecedentes— se han puesto en práctica y, aparentemente, son eficaces en países como Australia, Austria, Brasil y Nueva Zelanda. Los estudios realizados en Colombia y El Salvador indican que el cumplimiento de la prohibición de portar armas en público puede reducir la tasa de homicidios.

Un almacenamiento más seguro de los plaguicidas, las prohibiciones y el reemplazo por otros menos tóxicos podrían prevenir muchos de los aproximadamente 370 000 suicidios anuales llevados a cabo por la ingestión de plaguicidas. Las convenciones internacionales intentan controlar las sustancias peligrosas; sin embargo, muchos plaguicidas altamente tóxicos todavía se usan con profusión. Las investigaciones realizadas indican, sin embargo, que las prohibiciones deben ir acompañadas

de evaluaciones sobre las necesidades agrícolas y el reemplazo por otras sustancias de menor riesgo para la eliminación de las plagas.

5. Fomentar la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer

Aunque debe investigarse más, algunos datos indican que las intervenciones en las escuelas y las comunidades pueden promover la igualdad de género y prevenir la violencia contra la mujer, al cuestionar los estereotipos y las normas culturales que otorgan a los hombres el poder y el control sobre las mujeres.

Los programas escolares abordan las actitudes y normas de género antes de que se arraiguen profundamente en los niños y los jóvenes. Los ensayos sobre programas como Citas Seguras (Safe Dates), de los Estados Unidos, y el Proyecto de Relaciones Juveniles (Youth Relationship Project), de Canadá, que también aborda la violencia en las citas, han informado resultados satisfactorios.

Los resultados de estudios de evaluación respaldan las intervenciones en las comunidades orientadas a prevenir la violencia contra la mujer mediante el fomento de la igualdad de género. Los datos de investigación indican que los programas que combinan microfinanzas con formación en materia de equidad de género reducen la violencia en la pareja. Algunas de las pruebas más fehacientes proceden de la iniciativa Intervención de Microfinanciación para el SIDA y la Equidad de Género (IMAGE), de Sudáfrica, que combina micropréstamos con la capacitación para la equidad de género. Otra intervención de la que se están acumulando pruebas sobre su eficacia es el programa Peldaños (Stepping Stones), en África y Asia, el cual trata de un programa de capacitación en habilidades para la vida que aborda la violencia por razón de género, la capacidad para mantener una relación, la capacitación para la confianza en uno mismo y la comunicación abierta acerca del VIH.

6. Cambiar las normas sociales y culturales que propician la violencia

Las reglas o las expectativas de comportamiento —normas— dentro de un grupo cultural o social pueden fomentar la violencia. Las intervenciones que cuestionan las normas sociales y culturales que propician la violencia pueden prevenir ese tipo de actos y se han utilizado ampliamente, pero los datos en los que basan su eficacia son actualmente escasos. Se requieren evaluaciones más rigurosas de intervenciones de esa naturaleza.

La eficacia de las intervenciones que abordan la violencia en las citas y el abuso sexual entre adolescentes y adultos jóvenes, que cuestionan las normas sociales y culturales relacionadas con el

sexo, está respaldada por algunos estudios. Otras intervenciones parecen prometedoras, como las que actúan sobre la violencia juvenil y la educación con actividades recreativas (para el que se ha acuñado en inglés el término “edutainment”), por ejemplo, programas educativos mediante juegos, cuyo objetivo es reducir la violencia infligida en la pareja.

7. Establecer programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas

Las intervenciones para identificar a las víctimas de la violencia interpersonal y prestar atención y apoyo eficaz son fundamentales para proteger la salud y romper el círculo vicioso de la violencia de una generación a otra.³

Hay datos incipientes sobre la eficacia de las intervenciones siguientes: instrumentos de detección sistemática o tamizaje orientados a identificar a las víctimas de la violencia infligida por la pareja y remitirlas a los servicios correspondientes; intervenciones psicosociales, tales como la terapia conductual cognoscitiva centrada en el trauma, orientadas a reducir los problemas de salud mental ligados a la violencia, como el trastorno de estrés postraumático; y órdenes de protección, que prohíben al agresor comunicarse con la víctima, orientadas a reducir la victimización reiterada en las personas que han sufrido la violencia infligida por su pareja. Diversos ensayos demuestran que los programas de apoyo y defensa —que prestan servicios de asesoramiento, orientación, planificación de la seguridad y remisión a otros organismos— aumentan el comportamiento seguro de las víctimas y reducen otros daños.

Sacar provecho de las políticas que abordan los determinantes sociales de la violencia

La violencia interpersonal está firmemente ligada a factores sociales macroeconómicos, tales como el desempleo, la desigualdad en los ingresos, los cambios sociales bruscos y el acceso a la educación. Cualquier estrategia integral de prevención de la violencia no solo debe abordar esos factores de riesgo tratados específicamente mediante las intervenciones descritas en estas orientaciones, sino que debe integrarse en las políticas dirigidas a estos factores sociales macroeconómicos y sacar provecho de su potencial para reducir las inequidades que alimentan la violencia interpersonal.

³ Esta orientación no abarca la atención médica prehospitalaria ni la atención de urgencia, ya que esto se aborda en las siguientes guías: Mock C et al. *Guidelines for trauma quality improvement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009; Sasser S et al. *Guías para la atención prehospitalaria de los traumatismos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005; Mock C et al. *Guidelines for essential trauma care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Pasos siguientes

En los últimos decenios ha aumentado mucho el nivel de concientización de que puede prevenirse la violencia. En los países de ingresos altos, en particular, ha habido un aumento notable del número de gobiernos que elaboran activamente políticas de prevención de la violencia y que aplican los programas inspirados en el tipo de datos probatorios examinados en el presente documento y en las siete orientaciones siguientes. Sin embargo, la dificultad de aumentar las inversiones para la prevención de la violencia en los países de ingresos medios y bajos sigue lastrando. Se debe alentar a los países ricos donantes a que dediquen más ayuda al desarrollo. Igualmente importante es que los gobiernos redirijan una parte mayor de sus presupuestos —actualmente dirigidos a la atención de las víctimas de la violencia y a la detección, el procesamiento y el castigo de los agresores— a la prevención de la violencia. Apoyados en estas reflexiones, los pasos siguientes expuestos a continuación, si se llevan a cabo, serían de gran ayuda para impulsar el propósito de prevenir la violencia, y con esto la seguridad, la protección y el bienestar de las personas en cualquier parte.

- La necesidad de ampliar la base científica no excluye de manera alguna la **adopción inmediata de medidas y la ejecución de las intervenciones**, guiadas por la base científica descrita en estas orientaciones, para prevenir la violencia interpersonal y autoinfligida en todos los países.
- **Intensificar y aumentar la concientización acerca de la prevención de la violencia entre los encargados de adoptar las decisiones** en los países de ingresos medios y bajos y los líderes de los países de ingresos altos y los organismos donantes internacionales.
- **Aumentar el flujo de los recursos económicos hacia los países de ingresos bajos y medianos junto con el apoyo técnico para la prevención de la violencia**. Actualmente, la comunidad internacional, mediante entidades como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, brinda apoyo a la prevención de las enfermedades en los países en desarrollo; también podría contribuir a aligerar los costos de la puesta en marcha de iniciativas nacionales de prevención de la violencia.
- **Fomentar el trabajo conjunto orientado a la prevención a partir de los datos científicos entre los organismos de salud pública y los sistemas de justicia penal**, que son los dos brazos del gobierno más afectados por la violencia y con mayor interés en su prevención.

- **Aumentar la inversión destinada a investigaciones sobre la violencia y su prevención**, especialmente en los países de ingresos medios y bajos y, en particular, con miras a ampliar el número de estudios de evaluación de resultados.

Se espera que *Prevención de la violencia: la evidencia* ayude a los promotores y activistas, a las instancias normativas y a los encargados de diseñar y ejecutar los programas a reducir la onerosa carga de muertes y lesiones causadas por la violencia. Asimismo, puede contribuir a reducir las repercusiones profundas que tiene la violencia en la salud física y mental, el rendimiento escolar, el desempeño laboral, la capacidad de las personas para relacionarse adecuadamente, la seguridad de las comunidades y, por último, el desarrollo económico y social de los países.

prevención de la violencia:
la evidencia

1.

**Prevención de la violencia
mediante el desarrollo de
relaciones sanas, estables y
estimulantes entre los niños y sus
padres o cuidadores**



Panorama

Las intervenciones que fomentan una relación sana, estable y estimulante entre los padres (o cuidadores) y los niños durante los primeros años de vida pueden prevenir el maltrato de menores y disminuyen la agresividad en la infancia.

Esta orientación analiza la eficacia de las intervenciones que fomentan las relaciones sanas, estables y estimulantes para prevenir el maltrato de menores y el comportamiento agresivo en la infancia. Se centra en los programas de prevención primaria que se aplican lo suficientemente pronto como para evitar el desarrollo de conductas violentas, tales como el maltrato de los niños y la agresividad en la infancia (un factor de riesgo de la violencia juvenil).

Hay cuatro tipos de programas de prevención de la violencia que están orientados a desarrollar esas relaciones estimulantes.

Los programas de crianza (por ejemplo, el Programa de Crianza Positiva [Positive Parenting Program, Triple P]) proporcionan información y apoyo para ayudar a los padres. Los programas de padres e hijos (por ejemplo, Educación Temprana [Early Head Start]) proporcionan tanto a los padres como a sus hijos apoyo familiar, educación preescolar, cuidados y atención sanitaria y servicios de la comunidad. Los grupos de apoyo social, como Padres Anónimos (Parents Anonymous) ayudan a los padres a crear redes de relaciones sociales para proporcionarse apoyo mutuo y reducir el aislamiento social. Las intervenciones de los medios de comunicación (por ejemplo, la serie de televisión “Families”) tratan de educar y aumentar los conocimientos de todos los padres y reforzar la concientización acerca del maltrato de menores.

Los datos probatorios indican que los programas de crianza y los de padres e hijos pueden reducir el maltrato de menores y el comportamiento agresivo de los niños.

Datos con elevado rigor demuestran que, por ejemplo, el programa de visitas a domicilio de la Asociación entre Enfermeros y Familias (Nurse Family Partnership) y el programa Triple P, en los Estados Unidos, reducen el maltrato de menores. Otros resultados indican también que los programas de crianza y el de padres e hijos pueden reducir a corto plazo las conductas problemáticas agresivas, perturbadoras y desafiantes en la infancia, así como los arrestos, condenas y actos de violencia en la adolescencia y las primeras etapas de la vida adulta.

Se deben realizar evaluaciones más rigurosas de los programas de prevención en todo el mundo.

Se necesitan evaluaciones más rigurosas que utilicen como criterio de valoración el maltrato real de los niños, en lugar de utilizar los factores de riesgo del maltrato de menores; también se necesitan más estudios sobre la eficacia en función de los costos o rentabilidad. Adicionalmente, se debe investigar más y urgentemente sobre la aplicabilidad y la eficacia de los programas de prevención de la violencia en los países en desarrollo.

Se pueden prevenir las secuelas de por vida del maltrato de menores.

Algunas pruebas fehacientes muestran que los programas que promueven una relación sana, estable y estimulante entre los padres (o cuidadores) y los niños reducen el maltrato de menores y las secuelas que perduran toda la vida y afectan a la salud física y mental, al funcionamiento social y laboral, al capital humano y a la seguridad, y, por último, al desarrollo económico.

1. Introducción

RECUADRO 1

Las relaciones de la infancia influyen en el desarrollo físico y social

Una relación de afecto positivo y seguro entre el niño y la persona a cargo está vinculada con:

- Aptitudes sociales bien desarrolladas en la infancia, tales como una mayor competencia social, sociabilidad, amabilidad, cooperación, conformidad, colaboración con los compañeros, desarrollo de la conciencia y capacidad de imitar a las madres
- Mayor actividad social, éxito, autoestima y una perspectiva positiva de la infancia
- Aptitudes bien desarrolladas para resolver problemas y aumento del cociente de inteligencia en la infancia y de las aptitudes académicas en la adolescencia
- Mayor capacidad para controlar el estrés en la infancia
- Opciones positivas del estilo de vida y de salud en la vida adulta.

Una relación de afecto incierto entre el niño y la persona a cargo está vinculada a:

- Agresividad a los cuatro años
- Aislamiento social en la niñez
- Mayor dependencia, inconformidad, hostilidad, impulsividad y agresión en la edad preescolar
- Trastorno de vinculación reactiva en la niñez, caracterizado por una conducta social alterada e inadecuada, incluido el comportamiento violento
- Ansiedad, depresión, trastornos de conducta, trastornos de la personalidad con tendencia antisocial y otros problemas de salud mental.

Una relación sana, estable y estimulante con los padres u otros cuidadores es fundamental para el desarrollo saludable del niño (1, 2). Las relaciones de esta naturaleza proporcionan afecto duradero, receptividad paterna, confianza y ayuda, lo que permite a los niños explorar con seguridad el mundo y desarrollar las aptitudes requeridas para establecer lazos de cariño y apoyo con los otros. Se cree que las primeras relaciones afectan al desarrollo estructural y funcional del cerebro y, a su vez, al desarrollo cognoscitivo, emocional y social del niño (recuadro 1) (2, 3). La falta o la interrupción de estas relaciones sanas, estables y estimulantes en las primeras etapas de la infancia puede tener efectos graves y duraderos y se relaciona con diversos problemas que aparecen en la niñez y a lo largo de la vida adulta, entre los que se pueden señalar: ansiedad y depresión, escasa capacidad de comunicación, autoestima baja,

dificultades para relacionarse con los compañeros, falta de empatía con otras personas en dificultad, comportamiento antisocial, rendimiento escolar y productividad económica bajos y riesgo de convertirse en un agresor o una víctima de la violencia (1–6).

La vejación es un riesgo específico de las familias que tienen dificultades para crear relaciones sanas, estables y estimulantes.¹ Por ejemplo, un menor tiene mayor riesgo de ser maltratado si sus padres tienen pocos conocimientos sobre el desarrollo infantil y, por consiguiente, expectativas poco realistas acerca de su

¹ “Se consideran abuso o maltrato infantil todas las formas de trato dañino, ya sea físico o emocional, o ambos, el abuso sexual, el abandono o el trato negligente, o la explotación comercial o de otro tipo que tengan como resultado daños reales o potenciales para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o autoridad” (7).

comportamiento. Esto mismo es válido en el caso de los padres que ofrecen menos estímulos y afecto; que son menos receptivos; que tienen un enfoque de la paternidad más controlador, agresivo o incoherente; y que son partidarios de recurrir al castigo físico para disciplinar al menor (7–9). Independientemente de si hay o no maltrato, de cualquier modo, una relación deficiente entre los cuidadores y los niños puede aumentar el riesgo de comportamientos agresivos y violentos en la niñez y en etapas posteriores de la vida (por ejemplo, violencia juvenil) (7).

Se emplean muchas estrategias para mejorar la relación entre padres e hijos y las aptitudes para criarlos y al mismo tiempo fomentar relaciones sanas, estables y estimulantes. Si bien muchas de estas estrategias no están explícitamente orientadas a reducir comportamientos violentos por parte de los padres o los hijos, su capacidad para mejorar las relaciones indica que también tienen potencial para prevenir tanto el maltrato de los menores como el comportamiento agresivo en la niñez. Ser víctima del maltrato infantil está asociado con victimizar y a perpetrar otros tipos de violencia, como la violencia en la pareja, la violencia sexual y la autoinfligida. En consecuencia, los programas que previenen el maltrato de menores tienen también potencial para reducir su participación en situaciones violentas en etapas posteriores de vida (10). La presente orientación proporciona una visión general muy

breve de los tipos de programas que promueven las relaciones sanas, estables y estimulantes. Se centra, en particular, en la eficacia de estos programas para evitar el maltrato de los menores y el comportamiento agresivo en la niñez. Trata fundamentalmente la prevención primaria, encaminada a prevenir conductas violentas, como el maltrato de menores, antes de que se manifiesten, en lugar de reaccionar frente a ellas una vez que han aparecido. La prevención primaria abarca programas orientados a reducir los comportamientos problemáticos de la niñez como el trastorno de conducta, ya que este es un factor de riesgo de violencia juvenil y otros tipos de violencia en etapas posteriores de la vida (7).

Los cuatro tipos principales de intervenciones que favorecen el desarrollo de relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y las personas a cargo son: los programas de crianza, los programas de padres e hijos, el apoyo social y las intervenciones de los medios de comunicación (**recuadro 2**). Estos tipos se diferencian en sus objetivos primordiales, que incluyen mejorar la salud del niño o de la madre, disminuir el comportamiento problemático de los niños, promover el bienestar familiar, crear redes de relaciones sociales, aumentar las habilidades de crianza y reducir el maltrato de menores. Todos, sin embargo, tienen el potencial de mejorar la relación entre padres e hijos.

RECUADRO 2

Tipos de programas para fortalecer las relaciones entre los hijos y los padres u otros cuidadores (véase también el **cuadro 1**)

PROGRAMAS DE CRIANZA (por ejemplo, el programa Asociación entre Enfermeros y Familias y el programa Triple P): Se centran en aumentar las aptitudes de los padres para la crianza de los hijos y en mejorar la relación entre padres e hijos. Mediante el apoyo y la información, estos programas fortalecen la capacidad de los padres para adaptarse a la evolución de las necesidades del hijo, a desarrollar estrategias para hacer frente a su comportamiento y adquieren conocimientos sobre el desarrollo y las capacidades del niño (7, 8, 11, 12, 13).

PROGRAMAS DE PADRES E HIJOS (por ejemplo, Educación Temprana [*Early Head Start*] y Comienzo Seguro [*Sure Start*]): Entre los componentes frecuentes de estos programas están el apoyo a la familia, la educación preescolar, el cuidado y la atención sanitaria de los hijos y los servicios comunitarios. Los objetivos son normalmente de amplio espectro, por ejemplo, promover los logros académicos de los niños, alentar a los padres a participar en la educación de los hijos, mejorar la salud materna, fomentar el desarrollo infantil y proporcionar formación y apoyo a los padres (14, 15).

APOYO SOCIAL (por ejemplo, Padres Anónimos y Círculo de Amigos [*Circle of Friends*]): Estos grupos ayudan a los padres a crear redes sociales que proporcionan apoyo entre pares, facilitan la resolución de problemas e incrementan las destrezas para hacer frente a las dificultades, disminuir el aislamiento social y reforzar la comunicación de los padres (16).

INTERVENCIONES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN (por ejemplo, “*Families*” y Juega con Cortesía [*Play Nicely*]): Proporcionan información a los padres a través de diversos medios: boletines informativos, revistas, televisión, etc. Tratan de aumentar los conocimientos de los padres y aumentar su concientización acerca del maltrato infantil (17).

Programas para fomentar una relación sana, estable y estimulante*

CRIANZA	<p>Programa de Crianza Positiva (<i>Positive Parenting Program, Triple P</i>)</p> <p>Ofrece diferentes niveles de apoyo a los padres, desde proporcionar información (nivel 1) hasta organizar sesiones para tratar problemas graves de la infancia (nivel 5). El objetivo de Triple P es crear una familia estable, armoniosa y alentadora; reducir los comportamientos problemáticos; crear relaciones positivas con los hijos; y resolver los problemas de forma eficaz.</p> <p>www.triplep.net Puesto en práctica, por ejemplo, en Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Hong Kong, Nueva Zelanda, Reino Unido, Singapur y Suiza.</p>	<p>Asociación entre Enfermeros y Familias (<i>Nurse Family Partnership</i>)</p> <p>Un programa de visitas de enfermeros a domicilio basado en datos probatorios cuyo objetivo es mejorar la salud, el bienestar y la autosuficiencia de las madres primerizas con ingresos bajos y el de sus hijos. Las mujeres deben inscribirse cuanto antes, de preferencia hacia la semana 16 de embarazo. En las visitas se ofrece a la madre apoyo y orientación sobre la salud prenatal, educación sobre el desarrollo del niño y preparación para la vida.</p> <p>www.nursefamilypartnership.org Puesto en práctica, por ejemplo, en los Estados Unidos.</p>
	<p>Educación Temprana (<i>Early Head Start</i>)</p> <p>Este programa comunitario está dirigido a las familias vulnerables con hijos de hasta tres años; su objetivo es mejorar la salud de las embarazadas, fortalecer el desarrollo infantil, proporcionar apoyo a las familias mediante visitas a domicilio o sesiones en la comunidad y proporcionar educación sobre las primeras etapas de vida y formación de los padres.</p> <p>www.ehsnrc.org Puesto en práctica, por ejemplo, en los Estados Unidos.</p>	<p>Comienzo Seguro (<i>Sure Start</i>)</p> <p>Esta iniciativa comunitaria aporta educación sobre las primeras etapas de vida, cuidado y atención sanitaria a los hijos y apoyo a la familia y abarca desde el embarazo hasta los 14 años. Algunos componentes están al alcance de todos los padres, pero otros se orientan a grupos vulnerables, como las familias que viven en barrios marginales.</p> <p>www.surestart.gov.uk Puesto en práctica, por ejemplo, en el Reino Unido.</p>
PADRES E HIJOS	<p>Círculo de Padres (<i>Circle of Parents</i>)</p> <p>Grupo de autoayuda semanal dirigido por los padres con la intención de compartir ideas, ayuda, información y recursos. Los grupos están destinados a todos los padres, con niños de cualquier edad, y el objeto es prevenir el descuido y el maltrato infantil y fortalecer las familias.</p> <p>www.circleofparents.org Puesto en práctica, por ejemplo, en los Estados Unidos.</p>	<p>Padres Anónimos (<i>Parents Anonymous</i>)</p> <p>Grupo de autoayuda cuyo objetivo es fortalecer las familias y crear comunidades preocupadas por evitar el descuido y el maltrato infantil. Está dirigido por padres y moderadores capacitados profesionalmente, está abierto a todos los padres y trata de reducir el aislamiento social, desarrollar estrategias para enfrentarse a las dificultades y ofrecer apoyo social.</p> <p>www.parentsanonymous.org Puesto en práctica, por ejemplo, en Bermudas, Canadá, Estados Unidos, Malawi, Nigeria y Sudáfrica.</p>
	<p>"Families"</p> <p>Desarrollado como un componente del programa de crianza Triple P, "Families" es una serie de televisión de 12 episodios que trata sobre las estrategias de los padres para enfrentarse a problemas de comportamiento frecuentes de los hijos y para prevenir las conductas problemáticas. También discute el funcionamiento familiar y ofrece un folleto de información para los padres.</p> <p>(17) Puesto en práctica, por ejemplo, en Australia.</p>	<p>Juega con Cortesía (<i>Play Nicely</i>)</p> <p>Es un CD-ROM de 30 minutos cuyo objetivo es informar a los padres sobre las formas más eficaces de responder a la agresividad en la niñez.</p> <p>(18) Puesto en práctica, por ejemplo, en los Estados Unidos.</p>
APOYO SOCIAL		
MEDIOS DE COMUNICACIÓN		

*No a todos estos programas se les ha evaluado su eficacia para prevenir el maltrato de menores y la agresividad infantil.

2. Programas de crianza

Los programas de crianza se encuentran entre las estrategias más frecuentes para mejorar las relaciones entre progenitores e hijos. Los programas pueden ofrecerse en grupo o individualmente, mediante visitas a domicilio (programas de visitas domiciliarias) o en determinados centros comunitarios, y pueden presentarse a todas las familias u orientarse a las más vulnerables (por ejemplo, las madres económicamente desfavorecidas o las adolescentes). Generalmente, los presentan enfermeros, asistentes sociales u otros profesionales (aunque a veces lo hacen madres experimentadas) durante los dos o tres primeros años de vida del niño (algunos programas empiezan en la etapa prenatal).

Varios factores pueden aumentar la eficacia de los programas de crianza, entre los que se señala:

- Ofrecer servicios en más de un ámbito (por ejemplo, en la oficina y en el hogar) (19)
- Ofrecer servicios tanto en grupo como individuales (en lugar de solo un tipo) (19, 20)
- Proporcionar al menos 12 sesiones (19) o intervenciones distribuidas de forma más espaciada en el tiempo (21, 22)
- Contar con enfermeros, asistentes sociales u otros profesionales (en lugar de personas no profesionales, como ayudantes empíricos) para trabajar en los programas (22)
- Aportar capacitación en materia de interacciones positivas entre padres e hijos, comunicación emocional, uso de tiempos muertos como una técnica disciplinaria, respuesta coherente al comportamiento del niño y dejar tiempo en las sesiones para que los padres practiquen las nuevas aptitudes con sus propios hijos (23).

2.1. Prevención del maltrato de menores

Varias evaluaciones de los programas de crianza indican que ayudan a evitar el maltrato de los niños (12, 21, 22, 24–26) y mejoran aspectos de la vida familiar que podrían estar relacionadas con el maltrato de menores, tales como las actitudes de los padres (20), la crianza de los hijos o las aptitudes para criar hijos (20, 27, 28), el bienestar familiar (21) y la relación con sus compañeros (29). Por ejemplo, una revisión de los programas de visitas a domicilio en las primeras etapas de vida indica que tras la intervención hubo una reducción general del maltrato de menores notificado de aproximadamente 39% (22). Sin embargo, la eficacia de estos programas en la reducción del maltrato no es uniforme (30). Asimismo, es difícil sacar conclusiones firmes sobre la eficacia de los programas de crianza en general por las siguientes razones:

- Las distintas evaluaciones definen y miden el maltrato de menores de modo diferente (31). Algunas usan medidas directas del maltrato de menores (por ejemplo, informes de los servicios de protección de menores), mientras otras usan factores de riesgo de maltrato (por ejemplo, medidas del posible maltrato o del estrés paterno)
- Las evaluaciones a menudo están limitadas por deficiencias metodológicas (32, 33) y hay pocos ensayos aleatorizados sobre si las intervenciones previenen o no el maltrato (30, 34)
- El maltrato de menores podría detectarse más fácilmente en los hogares que se visitan (este es un problema denominado “sesgo de vigilancia”) (33)
- Los programas suelen ser multifacéticos y complejos, lo que hace difícil cuantificar los efectos (35).

Prevención del maltrato de menores en la población mediante el Programa de Crianza Positiva (Triple P)

En una evaluación del Triple P en Carolina del Sur, Estados Unidos, 18 condados fueron asignados aleatoriamente a un grupo en el que se difundió el Triple P o un grupo de referencia con los servicios habituales. La difusión implicaba la capacitación profesional de la fuerza laboral existente en el Triple P (más de 600 prestadores de servicios), así como medios y estrategias de comunicación universales. Se observaron grandes efectos en tres indicadores de población obtenidos independientemente: el maltrato verificado de menores, los niños alojados fuera de su hogar y las lesiones infantiles por maltrato. El resultado obtenido del Triple P fue, por cada 100 000 niños de menos de ocho años, 688 casos menos de maltrato de menores, 240 niños menos en alojamientos fuera de su hogar y 60 menos con lesiones que requerían hospitalización o tratamiento de urgencia. Este estudio es el primero en aleatorizar las zonas geográficas y mostrar la repercusión de la prevención sobre el maltrato de menores en una población mediante intervenciones poblacionales orientadas a la crianza de los hijos.

También es posible que los efectos de los programas de crianza dependan de factores como la duración del programa y la frecuencia de las visitas o las sesiones, el tipo de profesionales empleados, el grupo al que van dirigidos, el contenido, los criterios de valoración y el período de seguimiento.

El programa con algunos de los mejores datos científicos de eficacia es el de la Asociación entre Enfermeros y Familias (véase el **cuadro 1**), en el que los enfermeros y enfermeras visitan el hogar de las familias con el fin de mejorar la salud, el bienestar y la autosuficiencia de los padres primerizos y con bajos ingresos, y de sus hijos. En un ensayo controlado aleatorizado de seguimiento durante 15 años de este programa realizado en Elmira (Estados Unidos), la probabilidad de identificar a los participantes como perpetradores de maltrato de menores fue 48% menor que la correspondiente a los miembros del grupo de referencia (36). Además, durante el embarazo y en los dos primeros años de vida del niño, los participantes con alto riesgo de padecer alguna disfunción como cuidadores mejoraron en el comportamiento relacionado con la salud prenatal, la respuesta al embarazo y la calidad del ambiente doméstico, y disminuyó el número de lesiones registradas en los expedientes médicos (37). Otro programa bien evaluado es Comienzo Temprano (*Early Start*), un programa intensivo de visitas a domicilio destinado a familias que se enfrentan a situaciones de estrés y dificultades. Un estudio controlado aleatorizado del programa realizado en Nueva Zelanda reveló que a la edad de tres años, los niños del programa Comienzo Temprano tuvieron aproximadamente un tercio de la tasa de maltrato físico notificado por los padres en comparación con los miembros del grupo de referencia. No hubo ninguna diferencia entre el porcentaje de participantes y de miembros del grupo

de referencia que se pusieron en contacto con los organismos oficiales de maltrato de menores. Sin embargo, dado que los participantes estuvieron bajo la vigilancia periódica de los trabajadores de apoyo a las familias, la probabilidad de ser enviados a estos organismos por cuestiones de maltrato de menores era mayor que para los del grupo de referencia (38).

El programa de la Asociación entre Enfermeros y Familias y Comienzo Temprano presentan características comunes que explican su eficacia para reducir el maltrato de menores, a saber: ambos se concibieron como programas de investigación en lugar de como modelos de prestación de servicios, ambos tienen trabajadores con título de una escuela de enfermería o universidad, y en ambos se han realizado inversiones significativas para garantizar la fidelidad en la ejecución de los programas (30).

Los programas de crianza también demuestran ser eficaces para reducir el maltrato de menores cuando se presentan fuera del hogar (**recuadro 3**). En un entorno hospitalario, por ejemplo, a todos los nuevos padres de las maternidades del oeste del estado de Nueva York se les dio un folleto de una página sobre la prevención del síndrome del niño sacudido con violencia; se les mostró un video de 11 minutos sobre los peligros de las sacudidas violentas, junto con métodos para tratar el llanto infantil crónico y se les pidió que firmaran una declaración de compromiso que confirmaba la recepción y comprensión de estos materiales. Mediante un diseño de cohortes, el estudio de evaluación mostró una reducción de 47% en el número de traumatismos craneoencefálicos por maltrato notificados al hospital infantil de la región (en el quinquenio siguiente) en comparación con un período similar antes de la intervención (39).

2.2. Prevención del comportamiento agresivo en los niños

Los programas de crianza han tenido éxito para resolver a corto plazo problemas emocionales y conductuales en los niños, como los trastornos de conducta caracterizados por un comportamiento violento y destructivo (40-47). Por ejemplo, en un estudio controlado aleatorizado del Triple P en Suiza se hizo un seguimiento de 150 parejas con hijos de 2 a 12 años. El porcentaje de madres participantes que informaron de un comportamiento infantil disfuncional pasó de 48% antes de la intervención a 22% un año después (en comparación con las madres del grupo de referencia que pasó de 53% antes a 55% después) (46). De manera análoga, en Noruega se puso en práctica un estudio controlado aleatorizado para evaluar la eficacia del programa Años Increíbles (*Incredible Years*),² destinado a tratar a niños con problemas de conducta. La evaluación puso de manifiesto que la puntuación media en una prueba de comportamiento infantil, en la cual las puntuaciones mayores indicaban mayor frecuencia de comportamientos problemáticos, disminuyó más en los participantes (41 puntos de diferencia entre antes y después del programa) que en los miembros del grupo de referencia (22 puntos en el mismo período) (48). Además, en el caso de los participantes la disminución en la puntuación de la prueba era todavía evidente un año después de finalizado el programa.

² Es un programa de capacitación acerca de las aptitudes sociales para los padres, los profesores y los niños que ha resultado eficaz para reducir la agresividad y los problemas de comportamiento de los niños y para aumentar las competencias sociales en casa y en la escuela.

También se han registrado beneficios a más largo plazo. Por ejemplo, en un ensayo aleatorizado del programa Familias Sanas Alaska (*Healthy Families Alaska*), realizado en los Estados Unidos, se hizo un seguimiento durante dos años. A final de ese período en comparación con los niños del grupo de referencia, hubo más niños participantes con una puntuación dentro del intervalo de normalidad en cuanto a comportamientos problemáticos, tales como externalización del comportamiento (por ejemplo, hiperactividad, agresividad, rebeldía: 82% de los participantes dentro del intervalo de normalidad frente a 77% en el grupo de referencia) e internalización del comportamiento (por ejemplo, inhibición, depresión, aislamiento: 87% de los participantes dentro del intervalo de normalidad frente a 79% en el grupo de referencia) (49). En otro ensayo controlado aleatorizado llevado a cabo en los Estados Unidos, en este caso de la Asociación entre Enfermeros y Familias, los investigadores hicieron un seguimiento de los participantes durante 15 años después del estudio inicial. En comparación con el grupo de referencia, los adolescentes cuyas madres habían recibido visitas a domicilio durante el embarazo y después del parto notificaron menos incidentes de escapadas, arrestos, condenas y violaciones de los términos de libertad condicional, así como problemas conductuales relacionados con el consumo de alcohol y drogas (50).

3. Programas de padres e hijos

Los programas de padres e hijos proporcionan las intervenciones más integrales para mejorar las relaciones familiares y otros efectos beneficiosos. Normalmente, estos programas se dirigen a las familias vulnerables con madres adolescentes o progenitores con ingresos bajos, y los servicios se prestan en centros designados de la comunidad; a menudo incorporan programas de crianza junto con otros servicios, como educación infantil y apoyo social.

3.1. Prevención del maltrato de menores

En dos revisiones sistemáticas se llega a la conclusión de que los programas de padres e hijos podrían ayudar a prevenir el maltrato de menores (27) y mejorar los factores que podrían estar relacionados con el maltrato, como el bienestar familiar (22). Nuestro conocimiento sobre las repercusiones de estos programas es, sin embargo, limitado debido a la escasez relativa de estudios de evaluación de los programas de padres e hijos en comparación con el número de evaluaciones de otros tipos de intervenciones específicas de las primeras etapas de vida. No obstante, en un estudio aleatorizado del programa de Educación Temprana, en los Estados Unidos (**cuadro 1**), se observó que en comparación con los padres del grupo de referencia, los participantes declaraban con menor frecuencia haber dado una zorra a su hijo en la semana anterior (47% de los participantes frente a 54% de los del grupo de referencia) (51). Un estudio de cohortes de grupos emparejados, no aleatorizado, con niños del programa preescolar del Centro Padre-Hijo (*Child-Parent Center*) de Chicago también mostró resultados ventajosos. El programa proporcionaba una educación integral con servicios familiares y de salud a los niños de 3 a 9 años que vivían en los vecindarios más pobres de esa ciudad. Esto incluía talleres educativos y visitas domiciliarias a los padres. De acuerdo con el estudio de cohortes, un seguimiento del programa 15 años más tarde mostró que los niños participantes, a los 17 años, habían tenido a lo largo de la vida porcentajes inferiores de maltrato que los niños del grupo de

referencia (5,0% de los participantes frente a 10,5% de los de referencia) (52), según se desprendía de las peticiones al tribunal y las remisiones de casos a los servicios de protección de menores.

3.2. Reducir el comportamiento agresivo de los niños

Los programas de padres e hijos pueden resultar eficaces para reducir el comportamiento agresivo o violento de los niños. Por ejemplo, en un ensayo aleatorizado del programa Educación Temprana, antes mencionado, se pidió a los padres que clasificaran el comportamiento agresivo de su hijo mediante una escala para evaluar la conducta. En comparación con los del grupo de referencia, la puntuación dada por los padres a sus niños participantes indicaba un grado inferior de agresividad en su comportamiento al final del programa, es decir, cuando la edad promedio de los niños era de 37 meses (51). Los efectos beneficiosos de los programas de padres e hijos también pueden mantenerse a largo plazo. En un seguimiento de 15 años de los participantes en el programa del Centro Padre-Hijo, de Chicago, se observó que, en comparación con el grupo de referencia, tenían porcentajes inferiores de arrestos juveniles (17% de los participantes frente a 25% de los miembros del grupo de referencia), arrestos múltiples (10% de los participantes frente a 13% de los miembros del grupo de referencia) y arrestos por delitos de violencia (9% de los participantes frente a 15% de los de referencia) (53). A la edad de 24 años y en relación con un grupo de referencia, los participantes de este programa también presentaron porcentajes inferiores de arrestos por delitos graves penados con encarcelamiento de más de un año (17% de los participantes frente a 21% de los miembros del grupo de referencia) y porcentajes inferiores de encarcelamiento (21% de los participantes frente a 26% de los miembros del grupo de referencia). Sin embargo, no hubo ninguna diferencia en los arrestos por delitos violentos (54).

En Seattle, Estados Unidos, se llevó a cabo el seguimiento de un ensayo controlado no aleatorizado de una intervención de padres e hijos cuando los hijos participantes tenían 18 años. El programa combinaba la capacitación de los profesores para la instrucción y el control en las aulas, la capacitación de los padres para controlar el comportamiento de los hijos y la formación de los niños en competencias sociales (niños de 6 a 12 años). A los 18 años, los actos delictivos con violencia notificados fue menor para el grupo participante en la intervención (48,3%) que para el grupo de referencia (59,7%) (55).

4. Apoyo social

Los grupos de apoyo social pueden funcionar independientemente, pero con frecuencia forman parte de un programa familiar más amplio como, por ejemplo, los programas con múltiples componentes. Si bien los profesionales pueden participar, los grupos pueden estar abiertos únicamente a pares, ya que lo que impulsa a los programas de apoyo social son las necesidades de los miembros del grupo y no la dirección de un profesional (26).

4.1. Prevención del maltrato de menores y comportamiento agresivo de los niños

Los padres negligentes o que maltratan a sus hijos tienen mayores probabilidades de estar aislados socialmente (56, 57), pero hay pocas pruebas que indiquen que la participación en los grupos de apoyo social pueda prevenir el maltrato de menores (16, 27) o el comportamiento agresivo de los niños. Sin embargo, los grupos de esa naturaleza han tenido éxito a la hora de mejorar factores, incluso el bienestar familiar, que podrían estar relacionados

con comportamientos violentos (21). Además, hay indicios de que los grupos sociales pueden mejorar la salud mental de la madre. Por ejemplo, en un estudio cualitativo con padres canadienses que participan en Organizaciones de Ayuda Mutua entre Padres (redes informales organizadas para padres involucrados en entidades a favor del bienestar infantil), 75% expresó que lo mejor de la participación era sentirse apoyado y menos solo (58). Se observó a lo largo de un año que el resultado promedio de la autoestima de los padres participantes se incrementó y el estrés percibido se redujo, en comparación con el grupo de referencia. Además, el porcentaje de padres que tuvieron que acudir a un profesional por asuntos relacionados con la familia y las responsabilidades del hogar disminuyó más en los participantes (32,3%) que en los miembros del grupo de referencia (15,6%). Algo similar ocurrió con el porcentaje de padres que consultó a un especialista en protección de la niñez, pues este disminuyó 61% en los participantes y 23% en los del grupo de referencia.

5. Intervenciones de los medios de comunicación

Aunque a menudo resulta costoso llevarlas a cabo, las intervenciones de los medios de comunicación son accesibles a una gran proporción de la población y pueden ayudar a los padres a reconocer y tratar las primeras señales de alerta de los problemas de comportamiento antes de que estos se desarrollen en los niños (17). Aunque las intervenciones de esta naturaleza pueden ser componentes de otros programas (por ejemplo, programas de crianza como el Triple P; véase el **cuadro 1**), también pueden ponerse en práctica de forma independiente.

5.1. Prevención del maltrato de menores

Se ha investigado poco sobre los resultados de las intervenciones independientes de los medios de comunicación para promover las relaciones sanas, seguras y estimulantes, y así prevenir los comportamientos violentos. No obstante, se ha visto que tales emisiones tienen un ligero efecto positivo sobre el bienestar familiar en general (21). Además, hay algunos datos probatorios de que pueden mejorar las aptitudes de crianza de los hijos, la autoestima materna y otros factores que quizá estén relacionados con el maltrato infantil. Por ejemplo, una encuesta realizada a padres de niños de 6 a 18 meses en los Estados Unidos reveló que, un año después de que empezaran a participar en la emisión multimedia *Juega con Cortesía* (**cuadro**

1), 65% pensaba que la emisión les había ayudado a gestionar el comportamiento agresivo del hijo (12). En Australia, en tanto, se evaluó la eficacia de la serie de televisión de 12 episodios, *“Families”* (parte del programa de crianza Triple-P; **cuadro 1**), mediante un estudio controlado aleatorizado, que evaluaba a los participantes antes y después de ver la serie. Esta ofrecía orientaciones sobre estrategias de crianza que abordan problemas de comportamiento frecuentes. A diferencia de los miembros del grupo de referencia (quienes no habían visto la serie de televisión), los participantes dijeron que se sentían más seguros en su labor de padres después de haber visto la serie (17).

5.2. Reducir el comportamiento agresivo en los niños

No hay suficientes datos de investigación, pero las intervenciones de los medios de comunicación parecen haber tenido éxito en reducir los problemas de comportamiento de los niños. Por ejemplo, con respecto a la serie australiana *“Families”*, 43% de los niños participantes en la intervención estaba en el intervalo de valores clínicamente alto por problemas de conducta perturbadora antes de que el programa comenzara. Inmediatamente después de la serie, el porcentaje descendió a 14% y, seis meses después, a 10% (17).

6. Costos y beneficios de los programas de prevención

En realidad, las intervenciones bien ejecutadas pueden reducir los costos de asistencia sanitaria, justicia penal, educación y otros servicios públicos. Un examen de los costos y los beneficios de los programas de intervención temprana llegó a la conclusión de que algunos programas de visitas domiciliarias orientados a las madres consideradas de alto riesgo o con ingresos bajos tenían un rendimiento de US\$2 a US\$3 por cada dólar gastado

(59). En otra revisión de nueve programas orientados a las primeras etapas de vida, se encontró que siete eran rentables, es más, producían entre \$2 y \$17 de beneficio por cada dólar invertido (60). A pesar de esto, la conclusión de ambas revisiones fue que no todas las intervenciones efectuadas durante la niñez eran eficaces en relación con los costos, pues algunas eran incluso ineficaces y muy costosas.

7. Resumen

Hay pruebas de que las intervenciones que fomentan las relaciones sanas, estables y estimulantes entre padres e hijos en la niñez pueden evitar el maltrato de menores y la agresividad en la infancia. En cuanto a la prevención del maltrato de menores, los programas de crianza son los más frecuentes y los más evaluados. Por otra parte, la Asociación entre Enfermeros y Familias y el Triple P se apoyan en los datos de investigación más consistentes. Algunos programas de padres e hijos también han generado resultados alentadores. Sin embargo, son necesarios más evidencia en cuanto a la eficacia del apoyo social y de los programas de los medios de comunicación para reducir el maltrato de menores, a pesar de que estas intervenciones mejoran algunos factores que quizá se relacionen con el maltrato de menores, como la autoestima de los padres, la confianza y el aislamiento.

En muchos estudios de evaluación se usan los factores de riesgo del maltrato de menores (por ejemplo, cambios en la actitud de los padres frente a la disciplina) para evaluar los programas, en lugar de medidas directas (por ejemplo, informes de maltrato de menores). Además, dado que muchos programas están diseñados para fomentar las relaciones sanas y aumentar las aptitudes para criar hijos, en lugar de prevenir o abordar comportamientos violentos, rara vez se utiliza la violencia como un criterio de valoración. Propiciar que en los programas se incorpore como criterio de valoración el maltrato de menores y que se utilicen medidas directas e indirectas del maltrato de menores contribuiría a comprender mejor la eficacia de las diferentes estrategias de prevención primaria.

En cuanto a la prevención de la agresividad en la infancia, la evidencia indica que los programas de crianza y las intervenciones de padres e hijos reducen a corto plazo el comportamiento agresivo, perturbador y rebelde y, a largo plazo, los arrestos, las condenas y los actos de violencia (en la adolescencia y los primeros años de la vida adulta). Además, hay indicios de que las intervenciones de los medios de comunicación pueden abordar las conductas perturbadoras de los niños a corto plazo, aunque faltan datos que avalen otros aspectos de estas intervenciones mediáticas.

Por otro lado, no hay pruebas de que los programas de apoyo social reduzcan el comportamiento agresivo en la infancia. Es más, no está nada claro si las mejoras en el comportamiento infantil que diversas intervenciones se esmeran en conseguir puedan vincularse a una disminución del uso de la violencia en etapas posteriores de la vida.

Dada la escasez de ensayos controlados aleatorizados que usan el maltrato real como un criterio de valoración, se necesitan más programas rigurosamente evaluados antes de que se pueda determinar con exactitud su eficacia para prevenir la violencia. Además, solo una pequeña proporción de evaluaciones hace un análisis de los beneficios económicos de la puesta en práctica de los programas. Debería propiciarse la realización de evaluaciones que midan no solo los efectos sobre los comportamientos violentos, sino también los beneficios y costos económicos del programa.

Aunque los programas orientados a las primeras etapas de la infancia han generado algunos resultados positivos, la mayoría de las evaluaciones se han centrado en los programas aplicados en Canadá, Estados Unidos y otros países desarrollados. Estos programas también se han puesto en práctica en países en desarrollo como Bangladesh (61), Siria (62) y Zambia (63), por ejemplo, pero rara vez se han evaluado sus efectos sobre el grado de comportamiento violento o los factores de riesgo. Debido a las diferencias sociales y culturales, no siempre se pueden aplicar los resultados de las investigaciones realizadas en los países desarrollados a otras partes del mundo. Por consiguiente, urge realizar en los países en desarrollo más investigaciones sobre la aplicabilidad y la eficacia de los programas de prevención de la violencia en las primeras etapas de la infancia.

Esta orientación muestra que hay algunas pruebas fehacientes de que los programas que fomentan las relaciones sanas, estables y estimulantes entre los padres (o cuidadores) y los niños reducen el maltrato de menores y sus consecuencias negativas a lo largo de la vida para la salud física y mental, el funcionamiento social y laboral, el capital humano y la seguridad y, por último, para el desarrollo económico.

Lecturas complementarias

Barlow J, Simkiss D, StewartBrown S. Interventions to prevent or ameliorate child physical abuse and neglect: findings from a systematic review of reviews. *Journal of Children's Services*, 2006, 1:6–28.

Bilukha O et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28:11–39.

Daro DA, McCurdy KP. Interventions to prevent child maltreatment. In Doll L et al., eds. *Handbook of injury and violence prevention*. Atlanta, EUA, Springer, 2006.

Geeraert L et al. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A metaanalysis. *Child Maltreatment*, 2004, 9:277–291.

Lundahl BW, Nimer J, Parsons B. Preventing child abuse: a metaanalysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 2006, 16:251–262.

MacMillan HL et al. *Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment*. Lancet 2008; DOI:10:1016/S0140-6736(08)61708-0.

Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, 48:355–391.

Sweet, MA, Appelbaum, MI. Is home visiting an effective strategy? A metaanalytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 2004, 75:1435–1456.

Referencias

1. Ranson KE, Urichuk LJ. The effect of parentchild attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: a review. *Early Child Development and Care*, 2006, 178:129–152.
2. Shonkoff JP, Phillips DA, eds. From neurons to neighborhoods. *The science of early childhood development*. Washington, National Academy of Sciences, 2000.
3. Knudsen EI et al. Economic, neurobiological, and behavioural perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2006, 103:10155–10162.
4. Anda RF et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and neurological sciences*, 2006, 256:174–186.
5. Waters E, Wippman J, Sroufe LA. Attachment, positive affect, and competence in the peer group. *Child Development*, 1979, 50:821–829.
6. Renken B et al. Early childhood antecedents of aggressive and passive withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality*, 1989, 57:257–281.
7. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.
8. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006.
9. Trickett PK, Schellenbach CI. *Violence against children in the family and the community*. Washington DC, American Psychological Association, 1998.
10. Foshee VA, McNaughton Reyes L, Wyckoff SC. Approaches to preventing psychological, physical, and sexual partner abuse. In K. O'Leary & E. Woodin (Eds.) *Psychological and Physical Aggression in Couples: Causes and Interventions* (pgs. 165-189). Washington D.C.: American Psychological Association, 2009.
11. Pinheiro PS. *World report on violence against children*. Ginebra, Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, 2006.
12. Prinz et al. Populationbased prevention of child maltreatment: the US Triple P system population trial. *Prevention Science*, 2009, DOI 10.1007/s11121-009-0123-3.
13. Sanders MR. Triple P Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1999, 2:71–90.
14. Early Head Start. (www.ehsnrc.org, consultado el 19 de junio de 2008).
15. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, 48:355–391.
16. Budde S, Schene P. Informal social support interventions and their role in violence prevention: an agenda for future evaluation. *Journal of Interpersonal Violence*, 2004, 19:341–355.
17. Scholer SJ et al. A multimedia program helps parents manage childhood aggression. *Clinical Pediatrics*, 2006, 45; 835–840.
18. Sanders MR, Montgomery DT, BrechmanToussaint ML. The mass media and the prevention of child behavior problems: the evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000, 41:939–948.
19. Krugman SD, Lane WG, Walsh CM. Update on child abuse prevention. *Current Opinion in Pediatrics*, 2007, 19:711–718.

20. Lundahl BW, Nimer J, Parsons B. Preventing child abuse: a metaanalysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 2006, 16:251–262.
21. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a metaanalytic review. *Child Abuse and Neglect*, 2000, 24:1127–1149.
22. Bilukha O et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28:11–39.
23. Kaminski JW et al. A metaanalytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2008, 36:567–589.
24. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, 48:355–391.
25. Geeraert L et al. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A metaanalysis. *Child Maltreatment*, 2004, 9:277–291.
26. Nelson G, Laurendeau M, Chamberland C. A review of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 2001, 33:1–13.
27. Barlow J, Simkiss D, StewartBrown S. Interventions to prevent or ameliorate child physical abuse and neglect: findings from a systematic review of reviews. *Journal of Children's Services*, 2006, 1:6–28.
28. Elkan R et al. The effectiveness of domiciliary home visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment*, 2000, 4:i–v,1–399.
29. Barlow J, Coren E and StewartBrown SSB. Parent training programmes for improving maternal psychosocial health, *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2003, 4:CD002020.
30. MacMillan HL et al. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2008; DOI:10.1016/S0140-6736(08)61708-0
31. Daro DA, McCurdy KP. Interventions to prevent child maltreatment. In Doll L et al, eds. *Handbook of injury and violence prevention*. Atlanta, EUA, Springer, 2006.
32. MacMillan HL et al. Development of a policy relevant child maltreatment research strategy. *Milbank Quarterly*, 2007, 85:337–374.
33. Chaffin M. Letter to the editor, *Child Abuse and Neglect*, 2005, 29:241–249.
34. Chaffin M. Is it time to rethink Healthy Start/Healthy Families? *Child Abuse and Neglect*, 2004, 28:589–595.
35. Sweet, MA, Appelbaum, MI. Is home visiting an effective strategy? A metaanalytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 2004, 75:1435–1456.
36. Olds DL et al. Longterm effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15 year followup of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:637–643.
37. Olds DL et al. Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78:65–78.
38. Fergusson DM et al. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics*, 2005, 116:e803–e809.
39. Dias MS et al. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital based, parent education program. *Pediatrics*, 2005, 115: e470–e477.
40. Dretzke J et al. The effectiveness and cost effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment*, 2005, 9:iii,ix–x,1–233.
41. De Graaf I et al. Effectiveness of the Triple P positive parenting program on behavioral problems in children: metaanalysis of randomized control trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, 32:714–735.
42. Thomas R and ZimmerGembeck MJ. Behavioral outcomes of parent child interaction therapy and Triple P – Positive Parenting Program: a review and metaanalysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2007, 35:475–495.
43. Barlow J, StewartBrown S. Behavior problems and group based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2000, 21:356–370.
44. Barlow J, Parsons J, StewartBrown S. Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child Care, Health and Development*, 2004, 31:33–42.
45. Nixon RDV. Treatment of behaviour problems in preschoolers: a review of parent training programmes. *Clinical Psychology Review*, 2002, 22:525–546.

46. Sanders MR, Bor W, Morawska A. Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P Positive Parenting program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2007, 35:983–998.
47. Bodenmann G et al. The efficacy of the Triple P Positive Parenting program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy*, 2008, 46:411–427.
48. Larsson B et al. Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2008. DOI 10.1007/s00787-008-0702-z
49. Caldera D et al. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse and Neglect*, 2007, 31:829–852.
50. Olds D et al. Longterm effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238–1244.
51. Love JM et al. The effectiveness of Early Head Start for 3year old children and their parents: Lessons for policy and programs. *Developmental Psychology*, 2005, 41:885–901.
52. Reynolds AJ, Robertson DL. School based early intervention and later child maltreatment in the Chicago longitudinal study. *Child Development*, 2003, 74:3–26.
53. Reynolds AJ et al. Long term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2339–2346.
54. Reynolds AJ et al. Effects of a schoolbased, early childhood intervention on adult health and wellbeing: a 19 year followup of low income families. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2007, 161:730–739.
55. Hawkins JD et al. Preventing adolescent healthrisk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
56. Seagull EAW. Social support and child maltreatment: a review of the evidence. *Child Abuse and Neglect*, 1987, 11:41–52.
57. Sidebotham P, Heron J, ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the “children of the nineties”: a cohort study of risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 2006, 30:497–522.
58. Cameron G. Motivation to join and benefits from participating in parent mutual aid organizations. *Child Welfare*, 2002, 81:33–57.
59. Aos S et al. *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia WA, Washington State Institute for Public Policy, 2004.
60. Kilburn R, Karoly LA. *The economics of early childhood policy. What the dismal science has to say about investing in children*. Santa Mónica CA, Arlington VA, Pittsburgh PA, RAND Corporation, 2008.
61. Aboud FE. Evaluation of an early childhood parenting programme in rural Bangladesh. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 2007, 25:3–13.
62. Bashour HN et al. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nursing*, 2008, 25:115–25.
63. Ransjö-Arvidson AB et al. Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 51:385–91.

prevención de la violencia:
la evidencia

2.

**Prevención de la violencia
mediante el desarrollo de
habilidades para la vida en los
niños y los adolescentes**

Panorama



La violencia en la infancia y la juventud es un problema de salud pública en todo el mundo.

Se calcula que cada día mueren en el mundo 227 niños y jóvenes (entre 0 y 19 años) como consecuencia de la violencia interpersonal (1) y por cada muerte muchos más son hospitalizados como consecuencia de las lesiones. La competencia social deficiente, el rendimiento académico bajo, la impulsividad, el ausentismo escolar y la pobreza son algunos de los factores que alimentan esta violencia.

Esta violencia puede prevenirse mediante el desarrollo de las habilidades para la vida en los niños pequeños.

Las habilidades para la vida de tipo cognoscitivo, emocional, interpersonal y social ayudan a la persona a enfrentarse a las dificultades de la vida diaria. Los datos científicos indican que los programas de refuerzo preescolar y los de desarrollo social, que están dirigidos a las etapas más tempranas de la infancia, pueden prevenir la agresividad, mejorar las aptitudes sociales, estimular el buen rendimiento escolar y mejorar las perspectivas laborales. Todos estos efectos son más pronunciados en los niños de familias y vecindarios económicamente desfavorecidos. Los beneficios de los programas de este tipo de buena calidad pueden también mantenerse en la madurez.

Los programas dirigidos a niños más grandes y a jóvenes también mejoran el comportamiento.

Aunque los estudios revelan efectos positivos en los resultados sobre el comportamiento, se debe investigar más acerca de los efectos sobre la prevención de la violencia de los programas de refuerzo académico, los incentivos para completar la enseñanza y los programas de formación vocacional. Estos efectos positivos pueden ser efímeros e incluso se ha observado que algunos programas destinados a los adolescentes tienen efectos perjudiciales.

Se debe investigar más para conocer mejor los programas de desarrollo social, especialmente en los países en desarrollo.

La mayoría de las investigaciones sobre los programas de habilidades para la vida se han realizado en los países de ingresos altos, concretamente en los Estados Unidos de América. Se necesitan más datos sobre las repercusiones de los programas de refuerzo preescolar y de desarrollo social en los países de ingresos medios y bajos. Aunque la evidencias de los efectos de prevención de la violencia de otro tipo de programas son escasos, la formación vocacional ha demostrado que mejora las perspectivas de empleo, especialmente en los países de ingresos medios y bajos.

1. Introducción

RECUADRO 1

Habilidades para la vida

Las habilidades para la vida pueden definirse como “capacidades para un comportamiento positivo y adaptativo que hacen posible que las personas afronten las exigencias y dificultades de la vida diaria eficazmente” (6). Se deben fomentar, entre otras, las aptitudes cognitivas, emocionales, interpersonales y sociales:

- **AUTOCONCIENCIA:** autoestima y aumento de la confianza, autovigilancia, autoevaluación, fijación de metas, etc.
- **AUTOGESTIÓN:** control de la ira y el estrés, gestión del tiempo, destrezas para hacer frente a los problemas, control de los impulsos, relajación, etc.
- **CONCIENCIA SOCIAL:** empatía, escucha activa, reconocimiento y aprecio de las diferencias individuales y del grupo, etc.
- **RELACIONES:** negociación, gestión de los conflictos, resistencia a la presión de los compañeros, formación de redes, motivación, etc.
- **CAPACIDAD DE DECISIÓN RESPONSABLE:** recopilación de información, pensamiento crítico y evaluación de las consecuencias de las acciones.

Se estima que cada día mueren en el mundo 227 niños y jóvenes (entre 0 y 19 años) como consecuencia de la violencia interpersonal (1), y por cada muerte muchos más son hospitalizados como consecuencia de las lesiones de esta violencia (2). Factores como una competencia social deficiente, un rendimiento académico bajo, la impulsividad, el ausentismo escolar y la pobreza aumentan el riesgo de violencia de la persona (2, 3). Por lo tanto, desarrollar las habilidades del niño para la vida (véase [recuadro 1](#)), aumentar la participación y los resultados escolares e incrementar las perspectivas de empleo pueden protegerle frente a la violencia, tanto en la niñez como en etapas posteriores de la vida. Las intervenciones orientadas a desarrollar aptitudes para la vida ayudan a los jóvenes a evitar la violencia, ya que mejoran sus competencias sociales y emocionales, enseñan a tratar los conflictos con eficacia y sin violencia y les facilitan el camino para encontrar empleo. En la presente orientación se esbozan los datos de las

repercusiones¹ que tienen las medidas de prevención de la violencia orientadas a desarrollar habilidades para la vida en los niños y los adolescentes. Se centra en cinco tipos de programa:

- **Programas de refuerzo preescolar**, que procuran aumentar la preparación y las probabilidades de éxito escolar del niño al fomentar desde el principio las aptitudes académicas y sociales
- **Programas de desarrollo social**, que tratan de proporcionar al niño las aptitudes sociales y emocionales para resolver los problemas, empatizar y abordar los conflictos

¹ Cuando sea posible, los datos probatorios se extraerán de estudios que miden las repercusiones de las intervenciones sobre el comportamiento violento. Sin embargo, muchos estudios no miden la violencia en sí, sino resultados en materia de justicia penal, tales como los arrestos. Cuando no se dispone de datos de ninguno de estos tipos, se recurre a otros resultados conductuales para mostrar las repercusiones sobre los factores de riesgo y de protección de la violencia.

- **Programas de refuerzo académico**, que procuran mejorar el rendimiento académico con refuerzo para el estudio y otras actividades fuera de los horarios escolares normales
- **Incentivos para que los jóvenes completen los ciclos de enseñanza**, tales como incentivos financieros para la asistencia y finalización de la escolaridad y para proseguir estudios de educación superior
- **Formación vocacional** para que los jóvenes menos privilegiados aumenten las probabilidades de encontrar empleo y alejarlos de la criminalidad.

En la práctica, este tipo de programas suelen solaparse. Por ejemplo, los programas de refuerzo preescolar y los de desarrollo social se combinan con frecuencia en las intervenciones para los niños pequeños (7), mientras que las intervenciones dirigidas a los adolescentes pueden abarcar tanto los programas de refuerzo académico como los incentivos para completar los ciclos de enseñanza (8).

De los cinco tipos de programa, los datos de investigación de los de refuerzo preescolar y de desarrollo social son por mucho los más sólidos, con estudios de alta calidad que asocian estas

intervenciones tempranas con una disminución de los comportamientos agresivos y los delitos violentos en la niñez y en etapas posteriores de la vida. En la actualidad, las pruebas de la eficacia de los programas de refuerzo académico, los incentivos y los programas de formación vocacional son, sin embargo, limitadas; pocos estudios rigurosos han determinado la repercusión de este tipo de intervenciones sobre la violencia, y los estudios existentes ofrecen resultados contradictorios. La gran mayoría de los análisis de estos programas se han hecho en países de ingresos altos, con la base científica supeditada a los estudios realizados en los Estados Unidos. A pesar de esto, las intervenciones orientadas a mejorar las habilidades para la vida se usan en todo el mundo con el fin de mejorar las oportunidades de los jóvenes, e incrementan la participación en cuestiones educativas (por ejemplo, programas preescolares [9] y laborales (por ejemplo, formación vocacional [10]). Si bien los datos internacionales del impacto de los programas de habilidades para la vida están desarrollándose, se necesitan estudios firmes que evalúen su transferibilidad y los efectos de prevención de la violencia en diferentes ámbitos, en particular en los países de ingresos medios y bajos.

2. Programas de refuerzo preescolar

RECUADRO 2

Dos evaluaciones a largo plazo de los programas de refuerzo preescolar

Estudio de Refuerzo Preescolar Perry de Alto Alcance

Este estudio controlado aleatorizado, comenzado entre 1962 y 1967, se dirigió a niños afroamericanos de 3 a 4 años que residían en barrios marginados de Michigan, en los Estados Unidos, a quienes se siguió hasta la edad adulta. El grupo de estudio tenía 58 participantes preescolares; el grupo de referencia, 65. Los del grupo de estudio tenían sesiones matutinas diarias en el aula y visitas a domicilio semanales. El programa de estudios aplicaba la teoría del aprendizaje social al juego de los niños, con profesores que promovían aptitudes como la toma de decisiones, el desarrollo del lenguaje, la solución de problemas, la empatía y el abordaje de los conflictos. A la edad de 40 años, los arrestos de los participantes a lo largo de toda la vida por delitos violentos fueron significativamente menores que los del grupo de referencia (32% frente a 48%). Otros de los beneficios asociados con el programa fueron el mayor progreso en la escuela y los mayores ingresos (11).

Estudio del Centro Padres-Hijos (CPC), de Chicago

Este programa, dirigido a niños de 3 a 9 años que viven en barrios marginados, proporciona refuerzo preescolar seguido de apoyo educativo y familiar constante cuando los niños empiezan la enseñanza formal. El programa preescolar prevé sesiones diarias de tres horas en el aula, con desarrollo de aptitudes para el lenguaje, las artes, la lectura y las matemáticas. Un programa intensivo también hace participar a los padres en las actividades escolares y prestar servicios educativos y de salud. El Estudio Longitudinal de Chicago ha seguido una cohorte de niños que habían participado en el Centro Padres-Hijos entre 1985 y 1986 y un grupo de referencia, en total 1 539 personas. A los 18 años, los que habían participado en el programa preescolar fueron arrestados significativamente menos veces por delitos violentos que los miembros del grupo de referencia (7% frente a 14%) (13). A los 24 años, los que habían permanecido en el programa durante períodos más largos tenían menos probabilidades de estar involucrados en delitos violentos (14). La participación en el programa preescolar estaba también asociada con niveles inferiores del maltrato de menores (15).

Los programas de refuerzo preescolar tratan de preparar a los niños para la escuela y les proporcionan aptitudes académicas y sociales a una edad temprana, lo que contribuye a aumentar sus probabilidades de éxito educativo y social (2). El contenido de tales programas es variado y puede abarcar desde el desarrollo del lenguaje hasta el aumento de la autoestima, la solución de problemas, la empatía, la alfabetización y enseña nociones elementales de cálculo aritmético (11). Aunque los programas de refuerzo preescolar pueden ofrecerse a todos los niños de una zona de captación escolar (universal) (12), a menudo están dirigidos a niños de

vecindarios con ingresos bajos y que están expuestos a un rendimiento académico bajo. Hay pruebas fehacientes derivadas de estudios realizados en Estados Unidos (recuadro 2) que demuestran que los programas de calidad dirigidos a poblaciones marginadas pueden tener repercusiones positivas a largo plazo en los participantes, como la reducción de su participación en situaciones de violencia y mejoras en los resultados educativos y laborales (7, 11, 13, 15, 16). Cuando estos programas se combinan con los de crianza, también han mostrado repercusiones positivas en la protección de los niños frente al maltrato de menores (15).

La base científica en el caso de los programas preescolares universales es menos sólida; sin embargo, los resultados sugieren que el refuerzo preescolar universal puede disminuir el comportamiento agresivo y aumentar el rendimiento escolar a corto plazo (7, 17). Un ejemplo es *Compañeros de Al (Al's Pals)*, un programa de prevención universal que fomenta el desarrollo de aptitudes sociales y emocionales en niños de preescolar y primaria (de 3 a 8 años). La educación de los padres también forma parte del programa. La evaluación de *Compañeros de Al*, según se puso en práctica en Virginia, Estados Unidos, indica que previene el desarrollo de comportamientos agresivos y antisociales y mejora las destrezas para hacer frente a las dificultades y las competencias sociales y emocionales en los niños de las aulas participantes (en comparación con los niños de las aulas del grupo de referencia [18]). En Argentina, se crearon aproximadamente 175 000 plazas de preescolar nuevas entre 1993 y 1999 para aumentar la asistencia a la escuela de los niños de 3 a 5 años. Esta ampliación de la educación preescolar universal se evaluó en un estudio de cohortes y se asoció con un mayor rendimiento escolar y efectos positivos sobre los indicadores conductuales, como la atención, el esfuerzo y la disciplina (19).

El refuerzo preescolar constituye una parte importante de los programas ampliados de padres e hijos puestos en práctica tanto en el Reino Unido (*Comienzo Seguro [Sure Start]*) como en los Estados Unidos (*Educación Temprana [Head Start/Early Head Start]*). En los Estados Unidos, los programas *Educación Temprana* están dirigidos a niños y padres de familias de ingresos bajos y proporcionan refuerzo preescolar a los niños, además de exámenes médicos y remisión al especialista adecuado, asesoramiento en cuestiones de nutrición, actividades para los padres y otros servicios de apoyo. Un estudio controlado aleatorizado del programa *Educación Temprana* (para niños de 0 a 3 años) encontró que los niños participantes de 3 años tenían un grado de comportamiento agresivo menor, según la valoración de sus padres, en comparación con los niños del grupo de referencia (20). En Inglaterra, el programa

Comienzo Seguro presta servicios similares a todos los niños que viven dentro de las zonas atendidas por un centro infantil de este programa, con la intención de proporcionar el acceso a sus servicios a todos los niños del país en 2010. En una evaluación de los programas *Comienzo Seguro* se compararon 5 883 niños de tres años de edad y sus familias procedentes de 93 zonas marginadas abarcadas por este programa, con 1 879 niños y sus familias procedentes de 72 barrios igualmente marginados que participan en el Estudio de Cohortes del Milenio. Este estudio encontró que los niños de las zonas del programa *Comienzo Seguro* tenían un mejor desarrollo de sus aptitudes sociales y un comportamiento social más positivo (21); sin embargo, todavía no se han valorado los efectos sobre el comportamiento agresivo.

Una serie de análisis de los costos y beneficios de las intervenciones en los centros de preescolar indica que los programas de alta calidad y bien ejecutados, que se dirigen a niños en situación de vulnerabilidad, pueden producir rendimientos económicos importantes (7, 22, 23). Por ejemplo, un metaanálisis de los estudios sobre educación en las primeras etapas de la infancia en niños de 3 y 4 años pertenecientes a familias de ingresos bajos, según un cálculo conservador, tenía un beneficio promedio de US\$ 2,36 por cada dólar invertido. Ese cálculo se basaba en las repercusiones observadas, como la disminución de la criminalidad, el descuido y el maltrato de menores y los cambios esperados en los ingresos a lo largo de la vida (22). Seguimientos a más largo plazo de programas preescolares eficaces respaldan las pruebas de su rentabilidad. Por ejemplo, los estudios de seguimiento realizados del Programa Refuerzo Preescolar Perry (**recuadro 2**) indican que los beneficios rondaron los US\$ 8,74 por dólar invertido cuando los participantes llegaron a la edad de 27 años. Cuando alcanzaron los 40, sin embargo, el rendimiento de la inversión en el programa fue de US\$ 17,07 por dólar invertido, debido a que los beneficios derivados del ahorro en los gastos de justicia penal fueron mayores de lo previsto (11, 23, 24).

3. Programas de desarrollo social

RECUADRO 3

Promoción de Estrategias Alternativas de Pensamiento (*Promoting Alternative Thinking Strategies [PATHS]*)

PATHS es un programa de desarrollo social dirigido a niños de preescolar a sexto grado (de edades comprendidas entre los 4 y los 12 años). En un principio se concibió durante la década de 1980 para niños sordos de los Estados Unidos, y se ha adaptado como un programa universal y focalizado (para niños con alto riesgo de tener un comportamiento antisocial) en Australia, el Reino Unido y otros países. Las asignaturas comunes constan de seis volúmenes de lecciones impartidas a lo largo de cinco años y tres unidades principales: disposición y autocontrol; sentimientos y relaciones; y solución de problemas interpersonales y cognoscitivos (38). Estas enseñanzas están apoyadas por la capacitación de los profesores, el material didáctico y los recursos para los padres. Un ensayo controlado aleatorizado del programa Vía Rápida (Fast Track), realizado con escolares de primer grado (de 6 a 7 años) en Estados Unidos, examinó las enseñanzas del PATHS impartidas de manera universal y también como parte de un paquete de medidas orientadas a niños en situación de alto riesgo. En el estudio se hizo el seguimiento de 7 560 niños, de los cuales 10% se clasificaron en peligro de comportamiento antisocial a largo plazo. Una versión algo modificada de las enseñanzas del PATHS (80% de las lecciones se basaron en el programa de estudios publicado) se impartió a todos los niños en las aulas que recibían la intervención, con un número igual de aulas que actuaban como grupo de referencia. Además, los niños en situación de alto riesgo recibieron otras intervenciones, tales como tutorías académicas, capacitación de los padres y visitas domiciliarias. Las evaluaciones del programa universal (excluyendo a los niños de alto riesgo) revelaron un menor grado de agresiones según la valoración de sus compañeros y de comportamiento perturbador hiperactivo, así como una atmósfera más positiva en las aulas participantes (39). El paquete de intervenciones más amplio ofrecido a niños de alto riesgo dio lugar a menos problemas de comportamiento agresivo y aptitudes sociales y emocionales mejoradas en los que recibieron la intervención (40). Un estudio de seguimiento del grupo de alto riesgo, tres años más tarde, descubrió efectos duraderos tanto en los niños como en los padres (41). Una intervención Vía Rápida más amplia, incluido el programa PATHS y la orientación a los niños de alto riesgo, también ha demostrado ser eficaz en función de los costos (42). Se cree que la puesta en práctica de programas de alta calidad y el apoyo decidido de los directores de las escuelas son fundamentales para su éxito (43).

Los programas de desarrollo social fomentan los comportamientos que favorecen la integración a grupos y comunidades y están orientados a prevenir la agresividad en los niños mediante la potenciación de aptitudes sociales como el control de la ira, el desarrollo ético, la empatía, el establecimiento y el mantenimiento de relaciones sanas, la solución de problemas y la resolución de conflictos. Estos programas de desarrollo social, a menudo ofrecidos en ámbitos escolares, pueden ser universales o estar dirigidos a grupos vulnerables. Las lecciones en el aula se combinan normalmente con intervenciones más

amplias para aumentar la participación social (por ejemplo, la participación en actividades escolares), fomentar el reconocimiento del comportamiento social positivo y fortalecer los lazos entre los niños y los modelos positivos a imitar. Por lo tanto, los programas de desarrollo social suelen tratar de modificar el aula entera o el ambiente escolar, convirtiéndolos en lugares con más oportunidades de crear lazos y obtener recompensas para los niños. La capacitación para el desarrollo social también puede ser una parte importante de las intervenciones centradas en la familia. Las pruebas de la eficacia de

los programas de desarrollo social son consistentes y están respaldadas por estudios que revelan que los programas bien aplicados mejoran las aptitudes sociales y disminuyen la agresividad en los jóvenes (25–37). En el **recuadro 3** se destacan los efectos positivos sobre la prevención de la violencia de un programa de desarrollo social denominado Promoción de Estrategias de Pensamiento Alternativas (*Promoting Alternative Thinking Strategies [PATHS]*).

Otro ejemplo de programas de desarrollo social radicados en la escuela es Segundo Paso (*Second Step*), que usa un programa escolar para desarrollar aptitudes como la empatía, la resolución de problemas y el control de la ira y de los impulsos. La puesta en práctica universal de Segundo Paso se ha evaluado en varios países mediante diversas técnicas y se ha observado una disminución de las conductas problemáticas y una mejora en las competencias sociales de los niños, al menos a corto plazo. Véase, por ejemplo, las referencias de los resultados de un ensayo controlado aleatorizado realizado en los Estados Unidos (44), un estudio de cohortes en Noruega (45) y un ensayo controlado aleatorizado en Alemania (46). Sin embargo, la mayoría de los efectos positivos informados del programa son de gradación moderada y las investigaciones todavía no han aportado datos sólidos sobre la eficacia de estos programas a largo plazo. Se han informado también beneficios a corto plazo de un programa puesto en práctica en Lituania denominado Amigos de Zippy (*Zippy's Friends*). Los objetivos de este programa de 24 semanas consisten en desarrollar en los escolares (de 6 años, como promedio) destrezas para hacer frente a los problemas. Un estudio de cohortes encontró que el programa Amigos de Zippy está asociado con una disminución del comportamiento perturbador e hiperactivo (47).

Cuando los programas de desarrollo social se combinan con la formación de profesores y padres, también pueden proporcionar beneficios a más largo plazo. Por ejemplo, un estudio de cohortes reveló que la participación durante la escuela primaria en el Proyecto de Desarrollo Social de Seattle, Estados Unidos, de múltiples componentes, estaba asociada con una disminución de los informes de delincuencia violenta de los estudiantes seis años después de la intervención (48% en comparación con 60% en el grupo de referencia) (25). Los participantes en el proyecto también informaron que bebían de forma excesiva con menos frecuencia y los indicadores de salud sexual (por ejemplo, múltiples compañeros sexuales y embarazo en adolescentes) a los 18 años habían mejorado. El análisis de costos y beneficios indica

que el proyecto generó US\$ 3,14 de beneficios por cada dólar invertido (26) y, cuando los participantes llegaron a los 21 años, el programa se asoció con una mayor integración en la escuela y en el lugar de trabajo y mejor salud emocional y mental de los participantes. Los estudios del proyecto de Seattle, sin embargo, no revelan reducciones significativas en la criminalidad y el consumo de drogas de los participantes, en comparación con los del grupo de referencia (48). Otros programas de desarrollo social también han mostrado efectos positivos a corto plazo tanto sobre los comportamientos violentos como sobre los perjudiciales para la salud. Por ejemplo, un ensayo controlado aleatorizado del programa Capacitación de habilidades para la Vida, que había mostrado anteriormente beneficios al prevenir el consumo de drogas, también encontró una disminución de la agresión física y verbal de los participantes durante un seguimiento de tres meses (26).

La capacitación para el desarrollo social puede ser una parte importante de la prevención de la violencia doméstica. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el Programa de Fortalecimiento Familiar, de Iowa, proporciona capacitación para el desarrollo social de los niños (en la solución de problemas, el control del estrés y las emociones y las habilidades de rechazo), con sesiones simultáneas para que los padres obtengan conocimientos prácticos (sobre prácticas disciplinarias, comunicación eficaz con sus hijos y control de las emociones fuertes). Estos programas de capacitación van seguidos por sesiones conjuntas de padres e hijos para practicar las aptitudes aprendidas, facilitar la resolución de conflictos familiares y aumentar la cohesión familiar. Un ensayo controlado aleatorizado del programa en estudiantes de sexto grado (de 11 a 12 años) encontró grados inferiores de comportamiento agresivo y hostil en los niños participantes cuatro años después de la intervención, según valoraciones hechas a partir de las declaraciones de los propios niños y los informes de agresión y hostilidad en las interacciones entre padres e hijos presentados por observadores (49). Las intervenciones exitosas centradas en la familia, como la formación de los padres, pueden fortalecer la capacidad de los padres y los cuidadores para desarrollar aptitudes sociales y emocionales eficaces en sus hijos. (Para mayor detalle sobre la prevención de la violencia mediante programas que fomentan las relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores, véase la orientación pertinente del presente documento.)

4. Programas de refuerzo académico

Los programas de refuerzo académico procuran mejorar los resultados académicos y la participación escolar de los niños mediante el apoyo en los estudios y la oferta de actividades recreativas fuera del horario escolar normal. El rendimiento académico bajo y el ausentismo escolar son factores que aumentan el riesgo de violencia. Por consiguiente, los programas que mejoran este rendimiento académico y la asistencia a la escuela pueden ayudar a reducir la participación en situaciones de violencia. Los programas de refuerzo académico abarcan una amplia gama de temas y conocimientos prácticos, como el alfabetismo, las nociones elementales de cálculo aritmético, la revisión de asignaturas y exámenes, los idiomas extranjeros, los deportes, los trabajos manuales y las actividades de aventura. Se ha encontrado que estos programas, cuando se dirigen a niños de zonas marginadas socialmente, aumentan las nociones elementales de cálculo aritmético, el alfabetismo y la asistencia a clase, y mejoran los resultados académicos y la actitud hacia la escuela (50).

Los programas de refuerzo académico se utilizan ampliamente en los Estados Unidos y algunas de sus evaluaciones han utilizado como criterios de valoración los efectos en materia de justicia penal y de conducta. Sin embargo, los resultados son contradictorios y a menudo manifiestan no tener efectos o incluso ser contraproducentes. Por ejemplo, el programa Mejores de LA (*LA's BEST*), dirigido a jóvenes vulnerables que viven en barrios marginados de Los Ángeles, les ofrece gratuitamente refuerzo académico después de la escuela y actividades recreativas. La evaluación del programa indicó que este no tenía ningún efecto sobre los delitos violentos ni la delincuencia (51). En los Estados Unidos, los Centros Comunitarios de Aprendizaje del Siglo XXI (*21st Century Community Learning Centers [CCLC]*) reciben subvenciones del gobierno para proporcionar refuerzo académico fuera del horario escolar y están dirigidos particularmente a alumnos de comunidades

marginadas. La evaluación de este programa en cinco zonas no encontró ventajas con respecto al logro académico y sí algunas repercusiones negativas sobre el comportamiento; por ejemplo, los participantes en la intervención tenían mayor probabilidad de adoptar un comportamiento negativo que acababa en un castigo del profesor o la expulsión de la escuela (52).

Se han notificado resultados más alentadores para el programa de múltiples componentes CASASTART, que es un programa comunitario, centrado en la escuela y dirigido a niños vulnerables de 8 a 13 años. Cada administrador de casos del programa presta apoyo intensivo a un máximo de 15 niños vulnerables y sus familiares, en colaboración con las escuelas, los organismos de justicia penal y los servicios sociales y de salud comunitarios. El programa proporciona después de la escuela y en verano actividades recreativas, además de apoyo social, servicios a la familia, servicios educativos, mentores, incentivos, vigilancia policial de la comunidad e intervenciones de la justicia juvenil o penal y otros tipos de apoyo. La evaluación del programa en cinco ubicaciones encontró beneficios, tales como una menor participación en delitos violentos, menor consumo de drogas y menor asociación con compañeros delincuentes (53, 54).

Programas similares de múltiples componentes, conocidos como Servicios Escolares Completos o Ampliados (*Extended or Full-Service Schools*), están funcionando en varios países, como Australia (55), el Reino Unido (56) y los Estados Unidos (57). Estos programas prestan una serie de servicios y actividades para los jóvenes, las familias y las comunidades en las escuelas, fuera del horario escolar normal. Su objetivo es promover el progreso académico y un desarrollo social positivo en los jóvenes. Aunque en las evaluaciones no se han examinado los efectos sobre las conductas violentas, estos programas han tenido éxito en promover comportamientos que contribuyen a la integración social, alcanzar logros académicos y, en los Estados Unidos, reducir el porcentaje de

menores que empiezan a consumir alcohol (57). En el Reino Unido, los Servicios Escolares Completos o Ampliados se han extendido a todo el país y prestan servicios tales como el apoyo en el estudio, las actividades de la comunidad, el aprendizaje para adultos, la asistencia sanitaria y el cuidado infantil. La evaluación del lanzamiento nacional a lo largo de tres años de estos servicios adolecía de una falta de datos preliminares, no obstante informaba sobre las repercusiones positivas en el rendimiento escolar (en particular para los alumnos con dificultades de aprendizaje). Los datos cualitativos indicaron también que el apoyo escolar había reducido los problemas de conducta y la agresividad individual de los alumnos con mayor riesgo. Entretanto, otras estimaciones indican que aunque los costos para poner en práctica el programa son altos, generalmente el ahorro es superior a los costos, especialmente en el caso de los participantes vulnerables (56).

Se necesita investigar más sobre la eficacia de los programas de refuerzo académico para prevenir la violencia. Los resultados obtenidos hasta la fecha, sin embargo, indican que, si bien la orientación a las escuelas integradas por niños de barrios marginados puede alcanzar a los vulnerables a la violencia, se necesita hacer un esfuerzo especial para incorporar a los de mayor riesgo. Los programas con éxito suelen tener liderazgo y una participación alta en las escuelas, una gama amplia de actividades apropiadas

para las distintas edades y personal bien entrenado (56–59). Estos programas también pueden producir los mejores resultados cuando adoptan un enfoque estratégico adaptado al contexto local. Para ello se requieren fuertes vínculos con otras entidades y organizaciones de la comunidad que abordan temas similares, así como una colaboración sólida con las familias, las escuelas y las comunidades. Si bien las colaboraciones escolares, familiares y comunitarias no ofrecen directamente las habilidades para la vida, pueden ayudar a crear un ambiente que conduzca a ellas por otros métodos. Los estudios revelan que las colaboraciones de esa naturaleza se han relacionado con un mayor rendimiento escolar y la disminución de los problemas de comportamiento en los jóvenes (60, 61). Por ejemplo, el programa Comunidades que se Cuidan (*Communities that Care*), de los Estados Unidos, empodera a las comunidades para abordar problemas de comportamiento en los jóvenes mediante la identificación de los factores de riesgo y de protección de incumbencia local y la adopción de medidas. Un ensayo controlado aleatorizado de este programa encontró una menor iniciación a las actividades violentas, de robo y de vandalismo entre los niños de las comunidades participantes en comparación con los de un grupo de referencia (62). Este programa también se ha aplicado en otros países, como Australia, los Países Bajos y el Reino Unido.

5. Incentivos para que los jóvenes completen la enseñanza

Proporcionar a los jóvenes incentivos para asistir y completar los ciclos de enseñanza puede aumentar la participación y los logros escolares y, de este modo, promover factores que protejan a los jóvenes de verse involucrados en situaciones de violencia. Los programas de incentivos se usan normalmente en la escuela secundaria y conllevan ayudas económicas para alentar a los jóvenes a que se gradúen y prosigan la enseñanza superior. Están dirigidos generalmente a jóvenes de familias con ingresos bajos que corren

el riesgo de tener un rendimiento académico bajo. Si bien los programas de esta naturaleza han mostrado éxito al mejorar los resultados académicos y reducir el comportamiento antisocial, los criterios de valoración de las evaluaciones realizadas hasta la fecha no han tenido en cuenta la violencia. Las evaluaciones del Programa Oportunidades Quantum (*Quantum Opportunities Program*), de los Estados Unidos, sin embargo, han considerado las repercusiones sobre el comportamiento delictivo, aunque los resultados

RECUADRO 4

Efecto de la combinación de los incentivos y el refuerzo académico en los Estados Unidos

El Programa Oportunidades Quantum (Quantum Opportunities Program [QOP]), dirigido a jóvenes económicamente desfavorecidos, empezó en 1989 con estudiantes de noveno grado (de 14 a 15 años) y ofrecía apoyo económico y de otro tipo durante la secundaria. Al principio, se seleccionaron 25 jóvenes vulnerables de cada una de las cinco comunidades para participar en el plan, que contaba con tutorías, capacitación en habilidades para la vida y actividades de servicio a la comunidad. También se les proporcionaban incentivos económicos por participar en el programa (inicialmente US\$ 1 por hora, con una bonificación de US\$ 100 a las 100 horas) y a cada participante se le asignó un mentor adulto durante el programa. Un ensayo controlado aleatorizado encontró que, en comparación con los estudiantes de un grupo de referencia, los estudiantes del QOP se graduaron en mayor número, prosiguieron con la enseñanza superior y participaron en más proyectos comunitarios; y hubo menos que abandonaron los estudios. Asimismo fue menos probable que estos estudiantes se convirtiesen en padres adolescentes (24% de los estudiantes del QOP frente a 38% del grupo de referencia) y hubieran tenido problemas con la policía en los 12 últimos meses (6% de los estudiantes del QOP frente a 13% del grupo de referencia). Los análisis de costos y beneficios indicaron que el programa ahorraría entre US\$ 3 y US\$ 4 por cada dólar invertido (63).

Entre 1995 y 2001, se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado de un proyecto experimental del QOP en siete lugares de los Estados Unidos. En este caso, el éxito observado seis años después de que los participantes se graduaran en la escuela secundaria fue escaso. Los participantes no tenían más probabilidades de graduarse ni de proseguir una educación universitaria o una formación vocacional que los del grupo de referencia. Tampoco tenían más probabilidades de haber llegado a cursos más altos, de mejorar sus perspectivas laborales ni de presentar con menos frecuencia comportamientos arriesgados. Más bien al contrario, el QOP mostró efectos perjudiciales tanto sobre la delincuencia (aumento de 3%) como sobre las detenciones o cargos presentados (aumento de 6%). Los investigadores atribuyeron esta falta de éxito a no haber sido capaces de poner en práctica plenamente todos los aspectos del QOP, a la escasa participación de los estudiantes y al alcance del QOP, que no se orientó para influir en un ejercicio escolar más amplio. A diferencia de la puesta en práctica inicial del QOP, que estaba dirigido a estudiantes con ingresos bajos, el proyecto experimental se dirigió a los de menor rendimiento académico y por consiguiente los participantes tenían mayores carencias escolares. La evaluación indicó que se debía comenzar la intervención a una edad más temprana y garantizar que los servicios se adaptaran a las necesidades de los participantes (8).

son contradictorios (8, 63). El programa combina los incentivos económicos con otras actividades, como el refuerzo académico (véase el [recuadro 4](#)). En el Reino Unido, un plan de incentivos para alentar a los jóvenes a que prosigan la enseñanza superior se puso en práctica en todo el país desde 2004.

El plan de Asignación por Escolaridad para el Mantenimiento (*Education Maintenance Allowance scheme*) proporciona hasta £30 por semana a los jóvenes de las familias con ingresos por debajo de una cantidad determinada (alrededor de £30 000, en Inglaterra) para que prosigan con la enseñanza superior. Los estudios realizados indican que este plan ha impulsado la participación en la enseñanza superior y, para los jóvenes de sexo masculino, mejoró los logros académicos. Basándose en los resultados de una encuesta, se calculó que el plan había retenido en la enseñanza a 18 500 jóvenes en

2004–2005 (64). No obstante, el plan no aumentó significativamente la retención de los miembros de la mayoría de los grupos étnicos minoritarios.

También se usan otros incentivos como alimentos, por ejemplo, en los países en desarrollo para promover la participación en la enseñanza preescolar y primaria. Aunque no se han determinado sus repercusiones sobre la violencia, se ha visto que los programas que ofrecen incentivos aumentan la asistencia, la retención y el rendimiento escolar, con beneficios en particular para los niños pobres (65). En Kenia la participación preescolar resultó ser 30% más elevada en el caso de los niños que asistían a escuelas que les proporcionaban el desayuno (66). Los programas de alimentación también estaban asociados con mejores notas en las asignaturas, si bien esto solo se observó en las escuelas con profesores de mayor experiencia.

6. Formación vocacional para jóvenes menos privilegiados

La formación vocacional está orientada a proporcionar a los jóvenes económicamente desfavorecidos conocimientos prácticos para encontrar trabajo, tener más ingresos y evitar la delincuencia. Los programas contienen normalmente uno o más de los siguientes elementos: el aprendizaje en el aula, la experiencia laboral remunerada y la capacitación en el oficio (67). Tanto los países en desarrollo como los desarrollados han puesto en práctica programas de formación vocacional, y los estudios han mostrado que pueden tener efectos positivos sobre las perspectivas laborales de los participantes, en particular en los países en desarrollo. Un metaanálisis a escala mundial encontró que una formación de este tipo ofrecía en los países de ingresos medios y bajos 50% más de posibilidades de que los jóvenes encontrarán empleo que la misma formación en los países desarrollados (68). Las repercusiones de la formación vocacional sobre la violencia, sin embargo, no se han estudiado en toda su extensión y, aunque varios estudios realizados en los Estados Unidos han medido sus efectos sobre el comportamiento delictivo, los resultados son contradictorios.

En los Estados Unidos, una revisión de nueve estudios de programas de formación vocacional dirigidos específicamente a prevenir la criminalidad y la delincuencia juvenil encontró que solo dos presentaron repercusiones positivas a corto plazo, seis no tuvieron efectos y uno condujo a un mayor comportamiento delictivo (69, 70). Este estudio a gran escala midió las repercusiones de programas financiados mediante la Ley de Cooperación para la Capacitación Laboral (*Job Training Partnership Act*), de los Estados Unidos, que incluía una serie de programas de formación vocacional dirigidos a extraescolares de 16 a 21 años. Un ensayo controlado aleatorizado de seguimiento de los participantes tres años después de la incorporación a los programas de esta ley encontró que los hombres que no habían sido detenidos antes de la participación en el programa tenían más probabilidades de ser detenidos después de la incorporación, que los varones del grupo de referencia (26% frente a 19%, respectivamente) (69–71). En el recuadro 5 se describen los resultados de las evaluaciones del proyecto experimental JOBSTART en los Estados Unidos, que también han utilizado como criterio de valoración el impacto sobre el comportamiento delictivo.

RECUADRO 5

JOBSTART en los Estados Unidos

El proyecto experimental JOBSTART estaba dirigido a jóvenes de 17 a 21 años, entre 1985 y 1988, con dificultades económicas y que habían abandonado la escuela; el objetivo era mejorar sus perspectivas laborales y de ingresos. Se proporcionaba a los participantes formación vocacional y educativa, asistencia para la colocación y servicios de apoyo, tales como el cuidado y asesoramiento relativo a los niños. En el proyecto experimental se incluían 13 ubicaciones distintas de los Estados Unidos y se hizo un seguimiento de cuatro años de los participantes y los miembros del grupo de referencia seleccionados. Aunque no se valoró el comportamiento violento, el seguimiento inicial al cabo de un año encontró una ligera disminución del comportamiento delictivo (arrestos). Sin embargo, estos efectos no se mantuvieron después de cuatro años, cuando 29% tanto de los participantes en JOBSTART como de los miembros del grupo de referencia declararon haber sido detenidos a lo largo de su vida. El estudio sí reveló, no obstante, una reducción en el consumo de drogas durante esos cuatro años, en particular para los varones que habían sido detenidos antes de la incorporación al programa. En este caso, 3,7% declararon haber consumido otras drogas distintas a la marihuana en algún momento de su vida, en comparación con 10,5% de los miembros del grupo de referencia. Los participantes también tenían ingresos superiores, pero sin ninguna mejora en el logro académico (72).

7. Resumen

Las intervenciones que ayudan a los niños a desarrollar habilidades para la vida pueden tener un impacto positivo sobre las oportunidades de los jóvenes al mejorar sus capacidades que favorecen la integración social, los logros académicos y las perspectivas laborales, y pueden ayudar a prevenir la violencia. De los cinco tipos de intervenciones tratadas en la presente orientación, los datos científicos más sólidos proceden de las intervenciones de refuerzo preescolar y la capacitación para el desarrollo social dirigidas a los niños en una edad temprana, ambas valoradas tanto en resultados notificados como en número y calidad de los estudios que críticamente determinan las repercusiones sobre la violencia. Los estudios realizados sobre la eficacia en función de los costos también indican que la tasa de rendimiento de la inversión en dichas intervenciones orientadas a niños económicamente desfavorecidos es mayor cuanto antes se apliquen en su vida (73). Así pues, hay una buena base científica de la eficacia de los programas de refuerzo preescolar y de los programas de desarrollo social para prevenir la agresión y mejorar las aptitudes sociales, en particular en los niños más desprotegidos. Además, los programas de buena calidad han demostrado que estos efectos pueden mantenerse hasta bien entrada la edad adulta. Los programas de esta naturaleza también pueden mostrar efectos positivos sobre otros comportamientos de riesgo para la salud, como el consumo de drogas y las relaciones sexuales arriesgadas.

Nuestros conocimientos sobre las repercusiones del refuerzo académico, los incentivos para completar la escolaridad y los programas de formación vocacional sobre la prevención de la violencia son más limitados y se necesita hacer evaluaciones rigurosas a este respecto. Los estudios que han encontrado efectos positivos sobre los resultados conductuales indican a menudo que son efímeros, mientras que algunos programas para los adolescentes han mostrado incluso efectos perjudiciales. Si bien los mecanismos subyacentes de tales efectos negativos están poco claros, el hecho de reunir a los jóvenes

vulnerables puede tener un efecto normalizador sobre su conducta desviada (74). No obstante, los conocimientos prácticos enseñados a los adolescentes mediante el refuerzo académico, los incentivos y los programas de formación vocacional son a menudo significativamente diferentes de los enseñados en las intervenciones ofrecidas a niños pequeños. Si bien los programas de refuerzo preescolar y de desarrollo social en la escuela procuran por lo general promover las aptitudes sociales y emocionales, los programas que se dirigen a los adolescentes se centran mayormente en el desarrollo de aptitudes académicas y vocacionales. Esto, combinado con las diferencias en el modo de evaluación (por ejemplo, los métodos, la cantidad y la calidad de los estudios realizados y los criterios de valoración) complica la comparación entre los diferentes tipos de intervenciones.

La mayoría de los estudios sobre la repercusión de cualquier tipo de programas de habilidades para la vida sobre la prevención de la violencia se han realizado en países desarrollados, concretamente en los Estados Unidos. Mejorar los conocimientos de hasta qué punto los programas de habilidades para la vida que se sabe que son eficaces en ámbitos de ingresos altos pueden trasladarse a los de ingresos medios y bajos debe ser una prioridad clave de investigación. Dado que se han comprobado los beneficios y la rentabilidad en los países de ingresos altos, hay motivos para pensar que estos programas pueden ser también eficaces en los países de ingresos medios y bajos. Si bien la base científica en cuanto a los efectos sobre la prevención de la violencia de los otros tipos de programas son limitados, los programas de formación vocacional han demostrado que mejoran significativamente las perspectivas laborales en los países de ingresos medios y bajos. En su conjunto, los datos probatorios analizados en la presente orientación subrayan la importancia de aplicar los esfuerzos de prevención de la violencia lo antes posible en la vida para lograr mayores beneficios y proteger a los niños de los factores de riesgo que aumentan su propensión a la violencia.

Referencias

1. *The global burden of disease: 2004 update*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html, consultado el 29 de enero de 2009).
2. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
3. Farrington DP. Childhood risk factors and risk focussed prevention. In Maguire M, Morgan R, Reiner R, eds. *The Oxford Handbook of Criminology*, 4th ed. Oxford, Oxford University Press, 2007, 602–640.
4. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (<http://www.casel.org/basics/skills.php>, consultado el 26 de enero de 2009).
5. *Focusing resources on effective school health*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. http://www.unesco.org/education/efa/know_sharing/flagship_initiatives/fresh1.shtml. Consultado el 26 de enero de 2009.
6. World Health Organization. *Life skills education for children and adolescents in schools: introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997.
7. Reynolds AJ, Temple JA. Costeffective early childhood development programs from preschool to third grade. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2008, 4:109–139.
8. Schirm A, Stuart E, McKie A. *The Quantum Opportunities Program: demonstration. Final impacts*. Washington, DC, Mathematica Policy Research Inc., 2006.
9. Berlinski S, Galiani S, Manacorda M. *Giving children a better start: preschool attendance and schoolage profiles*. World Bank Policy Research Working Paper 4240. Banco Mundial, 2007.
10. Betcherman G et al. *A review of interventions to support young workers: findings of the Youth Employment Inventory*. Washington, DC, Banco Mundial, 2007.
11. Schweinhart L et al. *Lifetime effects: the High/Scope Perry Preschool Study through age 40*. Ypsilanti, MI, High/Scope Press, 2005.
12. Gormley WT et al. The effects of universal preK on cognitive development. *Developmental Psychology*, 2005, 41:872–884.
13. Reynolds AJ, Ou SR, Topitzes JW. Paths of effects of early childhood intervention on educational attainment and delinquency: a confirmatory analysis of the Chicago ChildParent Centers. *Child Development*, 2004, 75:1299–1328.
14. Reynolds AJ et al. Effects of a schoolbased, early childhood intervention on adult health and wellbeing: a 19year followup of lowincome families. *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2007, 161:730–739.
15. Reynolds AJ, Temple JA, Ou SR. Schoolbased early intervention and child wellbeing in the Chicago Longitudinal Study. *Child Welfare*, 2003, 82:633–656.
16. Nelson G, Westhues A, MacLeod J. A metaanalysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention and Treatment*, 2003, 6:31.
17. Gormley WT, Jr., Phillips D, Gayer T. The early years. Preschool programs can boost school readiness. *Science*, 2008, 320:1723–1724.
18. Lynch K, Geller S, Schmidt M. Multiyear evaluation of the effectiveness of a resilience based prevention program for young children. *The Journal of Primary Prevention*, 2004, 24:335–353.
19. Berlinski S, Galiani S, Gertler P. *The effect of preprimary education on primary school performance*. London, Institute for Fiscal Studies, 2006.

20. Love JM et al. The effectiveness of Early Head Start for 3-year-old children and their parents: Lessons for policy and programs. *Developmental Psychology*, 2005, 41:885–901.
21. Melhuish E et al. Effects of fully established Sure Start Local Programmes on 3-year-old children and their families living in England: a quasi-experimental observational study. *Lancet*, 2008, 372:1641–1647.
22. Aos S et al. *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia WA, Washington State Institute for Public Policy, 2004.
23. Kilburn MR, Karoly LA. *The economics of early childhood policy: what the dismal science has to say about investing in children*. Santa Monica, California, Rand Corporation, 2008.
23. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. *Early childhood interventions: proven results, future promises*. Santa Monica, California, Rand Corporation, 2005.
24. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
25. Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TD. Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prevention Science*, 2006, 7:403–408.
26. Hahn R et al. The effectiveness of universal school-based programs for the prevention of violent and aggressive behavior: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR. Recommendations and reports*, 2007, 56:1–12.
27. Wilson SJ, Lipsey MW. School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 33:5130–143.
28. Mytton JA et al. School-based violence prevention programs: systematic review of secondary prevention trials. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002, 156:752–762.
29. Mytton J et al. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, 3: CD004606.
30. Lösel F, Beelmann A. Effects of child skills training in preventing antisocial behaviour: a systematic review of randomized evaluations. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 2003, 587:84–109.
31. Flannery DJ et al. Initial behavior outcomes for the PeaceBuilders universal school-based violence prevention program. *Developmental Psychology*, 2003, 39:292–308.
32. Farrell AD, Valois RF, Meyer AL. Evaluation of the RIPP6 violence prevention program at a rural middle school. *American Journal of Health Education*, 2002, 33:167–172.
33. Flay BR, Allred CG, Ordway N. Effects of the Positive Action program on achievement and discipline: two matched-control comparisons. *Prevention Science*, 2001, 2:71–89.
34. Shapiro JP et al. Evaluation of the Peacemakers program: school-based violence prevention for students in grades four through eight. *Psychology in the Schools*, 2002, 39:87–100.
35. Jalongo N et al. The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 2001, 9:146–160.
36. Webster-Stratton C, Reid MJ, Stoolmiller M. Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, 49:471–488.
37. Elliott DS et al. *Blueprints for violence prevention book ten: Promoting Alternative Thinking Strategies*. Boulder, CO, University of Colorado at Boulder, 1998.
38. Conduct Problems Prevention Research Group. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:648–657.
39. Conduct Problems Prevention Research Group. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:631–647.
40. Conduct Problems Prevention Research Group. Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk of adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2002, 30:19–35.
41. Foster EM, Jones D, Conduct Problems Prevention Research Group. Can a costly intervention be cost-effective? An analysis of violence prevention. *Archives of General Psychiatry*, 2006, 63:1284–1291.

42. Kam C, Greenberg MT, Walls CT. Examining the role of implementation quality in schoolbased prevention using the PATHS curriculum. *Prevention Science*, 2003, 4:55–63.
43. Grossman DC et al. Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. A randomized controlled trial. *JAMA*, 1997, 277:1605–1611.
44. Holsen I, Smith BH, Frey KS. Outcomes of the social competence program “Second Step” in Norwegian elementary schools. *School Psychology International*, 2008, 29:71–88.
45. Schick A, Cierpka M. Faustlos: evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. *Applied and Preventive Psychology*, 2005, 11:157–165.
46. Mishara BL, Ystgaard M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy’s Friends. *Early Childhood Research Quarterly*, 2006, 21:110–123.
47. Hawkins JD et al. Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: longterm effects from the Seattle Social Development Project. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2005, 159:25–31.
48. Spoth RL, Redmond C, Shin C. Reducing adolescents’ aggressive and hostile behaviors: randomized trial effects of a brief family intervention 4 years past baseline. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 2000, 154:1248–1257.
49. MacBeth J et al. *The impact of study support: a report of a longitudinal study into the impact of participation in outofschool hours learning on the academic attainment, attitudes and school attendance of secondary school students*. Londres, Department for Education and Skills, 2001.
50. Goldschmidt P, Huang D, Chinen M. *The longterm effects of afterschool programming on educational adjustment and juvenile crime: a study of the LA’s BEST afterschool program*. Los Angeles, CA, University of California, 2007.
51. Dynarski M et al. *When schools stay open late: the national evaluation of the 21st Century Community Learning Centers program: new findings*. U.S. Department of Education, National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 2004.
52. Murray LF, Belenko S. CASASTART: a communitybased, schoolcentered intervention for highrisk youth. *Substance Use & Misuse*, 2005, 40:913–933.
53. SAMHSA national registry of evidencebased programs and practices. (http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=121, consultaado el 5 de febrero de 2009).
54. James P, St Leger P, Ward K. *Making connections: the evaluation of the Victorian Full Service Schools Program*. Melbourne, Department of Education and Training, 2001.
55. Cummings C et al. *Evaluation of the Full Service Extended Schools initiative: final report*. London, Department for Education and Skills, 2007.
56. Grossman J et al. *Multiple choices after school: findings from the Extended Service Schools initiative*. Philadelphia, Public/Private Enterprises, 2002.
57. Muijs D. Leadership in fullservice extended schools: communicating across cultures. *School Leadership and Management*, 2007, 27:347–362.
58. Vandell DL, Pierce KM, Dadsman K. Outofschool settings as developmental context for children and youth. *Advances in Child Development and Behavior*, 2005, 33:43–77.
59. Sheldon SB, Epstein JL. Improving student behaviour and school discipline with family and community involvement. *Education and Urban Society*, 2002, 35:4–26.
60. Simon BS. Family involvement in high school: predictors and effects. *NASSP Bulletin*, 2001, 85:8–19.
61. Hawkins JD et al. Early effects of Communities that Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health*, 2008, 43:15–22.
62. Hahn A, Leavitt T, Aaron P. *Evaluation of the Quantum Opportunities Program (QOP). Did the program work? A report on the post secondary outcomes and costeffectiveness of the QOP program (1989–1993)*. Waltham, MA, Brandeis University, 1994.
63. Aitken G et al. *Evaluation of the EMA national rollout*. Preston, RCU Ltd, 2007.
64. Birdsall N, Levine R, Ibrahim A. *Towards universal primary education: investments, incentives, and institutions*. Londres, Earthscan, 2005.
65. Vermeersch C, Kremer M. *School meals, educational achievement and school competition: evidence from a randomized evaluation*. Oxford, Nuffield College, University of Oxford, 2004.
66. Greenberg DH, Michalopoulos C, Robins PK. A metaanalysis of government sponsored training programs. *Industrial and Labor Relations Review*, 2003, 57:31–53.

68. Betcherman G et al. *Global inventory of interventions to support young workers: synthesis report*. Banco Mundial, 2007.
69. Howell J. *Guide for implementing the comprehensive strategy for serious, violent, and chronic juvenile offenders*. US Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1995.
70. Kellermann AL et al. Preventing youth violence: what works? *Annual Review of Public Health*, 1998, 19:271–292.
71. Bloom H et al. The benefits and costs of JTPA Title IIA programs: key findings from the national Job Training Partnership Act Study. *Journal of Human Resources*, 1996, 32:549–576.
72. Cave G et al. *JOBSTART: final report on a program for school dropouts*. Nueva York, Manpower Demonstration Research Corporation, 1993.
73. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 2006, 312:1900–1902.
74. Dishion TJ, McCord J, Poulin F. When interventions harm: peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 1999, 54:755–764.

prevención de la violencia:
la evidencia

3.

**Prevención de la violencia
mediante la reducción de la
disponibilidad y del consumo
nocivo de alcohol**

Panorama

La reducción de la disponibilidad y del consumo nocivo de alcohol puede reducir la violencia notablemente.

El consumo nocivo del alcohol es uno de los principales factores que contribuyen a la violencia. Los estudios han revelado que la violencia se puede reducir mediante la disminución de la disponibilidad del alcohol mediante la regulación de los puntos de venta, los horarios y los precios; con intervenciones breves y tratamientos a más largo plazo para los bebedores problemáticos; y con un mejor control de los establecimientos en los que se sirve alcohol. Si bien la base científica es promisoriosa, los estudios se limitan en gran parte a los países desarrollados.

La reglamentación de la disponibilidad del alcohol puede conducir a una disminución de la violencia.

La disponibilidad del alcohol se puede regular mediante la restricción de los horarios o los días de venta o la reducción del número de puntos de venta de alcohol al por menor. En general, se ha visto que una disminución del horario de venta se asocia a una reducción de la violencia, y un aumento en la densidad de los puntos de venta a un aumento de la violencia. En la antigua Unión Soviética, una reglamentación estricta sobre el alcohol a mediados de la década de 1980, que incluía entre otras medidas la restricción de los horarios y el número de puntos de venta, condujo a una notable disminución de la violencia.

El aumento del precio del alcohol disminuye el consumo y, en consecuencia, puede reducir la violencia.

El precio del alcohol se puede aumentar mediante la subida de los impuestos, los monopolios controlados por el estado y las políticas de precio mínimo. Los estudios que investigan la repercusión del aumento del precio del alcohol sobre la violencia son escasos, pero el modelo económico indica con toda claridad que el alza del precio del alcohol puede ser eficaz. Sin embargo, este tipo de medidas se puede complicar debido a conflictos de interés con la industria del alcohol y la presencia, especialmente en los países en desarrollo, de grandes mercados informales que escapan al control estatal.

Las intervenciones breves y los tratamientos a más largo plazo de los bebedores problemáticos pueden reducir la violencia.

Las intervenciones breves y el tratamiento a más largo plazo pueden ayudar a disminuir algunas formas de violencia como el maltrato de menores, la violencia en la pareja y el suicidio. Por ejemplo la terapia cognitiva-conductual, los programas dirigidos a la pareja de los bebedores y la terapia matrimonial conductual para los varones alcohólicos en fase de abstinencia reciente y su pareja han demostrado frenar la violencia.

Las intervenciones en la comunidad que mejoran los ambientes donde se consume alcohol pueden reducir la violencia.

Factores como el hacinamiento, un bajo grado de confort, el diseño del espacio físico de los establecimientos de bebidas alcohólicas, así como la capacitación deficiente del personal y el acceso limitado al transporte a altas horas de la noche pueden contribuir a la violencia. Varias intervenciones comunitarias que actúan sobre estos factores han resultado eficaces. Por ejemplo, el proyecto Estocolmo Previene los Problemas Asociados con el Alcohol y las Drogas puso en práctica medidas como la formación responsable del personal que atiende los bares, la capacitación de los supervisores de puerta en la gestión de conflictos y el cumplimiento estricto de las normas de concesión de licencias; la evaluación indicó que los delitos violentos se redujeron en 29%.

1. Introducción

El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores que contribuyen a la violencia. Aunque los vínculos entre el alcohol y la violencia son complejos, los estudios a escala mundial revelan que el consumo de alcohol suele preceder al comportamiento agresivo, y que el consumo nocivo está relacionado tanto con ser un agresor como una víctima de la violencia. Por lo tanto, las personas que empiezan a beber a una edad temprana, beben con mayor frecuencia, en cantidades mayores y hasta la ebriedad están más expuestas a la violencia (1–4). De manera análoga, los ambientes con una cultura de beber en exceso y mayor disponibilidad de alcohol experimentan grados superiores de violencia (5–7). A escala mundial, 30% de la mortalidad causada por la violencia es atribuible al alcohol, y esta cifra fluctúa entre 8% en Oriente Medio y África del Norte y 56% en Europa y Asia central (8). Estudios realizados en varios países indican que entre la tercera parte y la mitad de los agresores violentos han consumido alcohol antes de que se produzca la agresión (por ejemplo, en los Estados Unidos de América, 35% [9]; Sudáfrica, 44%

[10]; Inglaterra y Gales, 45% [11]; China, 50% [12]). Los estudios revelan que, en general, los hombres tienen mayor tendencia a consumir alcohol y a ser a la vez agresores y víctimas de la violencia relacionada con el alcohol (13). Es importante señalar que la función del alcohol en la agresión engloba numerosas y distintas formas de violencia, tales como la violencia juvenil, la violencia sexual, la violencia en la pareja, el maltrato de menores y el maltrato de ancianos (13–17). Además, 11% de la mortalidad mundial por suicidio se atribuye al alcohol, con fluctuaciones entre 2% en Oriente Medio y África del Norte y 31% en Europa y Asia central (8).

Teniendo en cuenta los fuertes vínculos entre el alcohol y la violencia (véase el **recuadro 1**), se deduce que las medidas para reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol constituyen estrategias importantes de prevención de la violencia. En el presente documento se resumen las pruebas del impacto de dichas intervenciones sobre la violencia y abarcan:

RECUADRO 1

Ejemplos de vínculos entre el alcohol y la violencia

- El alcohol tiene un efecto directo sobre las funciones físicas y cognitivas, que agrava la violencia ya que, por ejemplo, disminuye el autocontrol y la capacidad de reconocer las señales de alerta.
- Las creencias individuales y culturales de que el alcohol es causa de la agresión pueden conducir al consumo de bebidas alcohólicas para prepararse a cometer actos de violencia o para justificarlos.
- El alcoholismo crónico puede acarrear el incumplimiento de obligaciones, por ejemplo, el cuidado de los niños o los ancianos.
- El consumo problemático de alcohol puede producirse en las víctimas de la violencia como un mecanismo para hacer frente a las dificultades.
- La exposición prenatal al alcohol puede afectar al desarrollo fetal y en consecuencia está relacionada con problemas de comportamiento en etapas posteriores de la vida, como la conducta delictiva y la violencia.
- El alcohol y la violencia pueden estar vinculados mediante factores de riesgo comunes, por ejemplo, trastornos subyacentes de personalidad antisocial pueden conducir tanto a beber en exceso como a un comportamiento violento (13, 18).

- **Regulación de la disponibilidad de alcohol**

Medidas para controlar la venta de alcohol, por ejemplo, mediante restricciones en la venta, los horarios y el número de establecimientos

- **Aumento del precio del alcohol**

Medidas para restringir el acceso al alcohol mediante el aumento del precio, incluidos los impuestos y las políticas de precio mínimo

- **Reducción del consumo de alcohol en los bebedores problemáticos**

Medidas dirigidas a los bebedores individualmente, por ejemplo, intervenciones breves para bebedores problemáticos o tratamiento del alcoholismo

- **Intervenciones comunitarias para mejorar los ambientes en los que se consume alcohol**

Normalmente, estas incorporan una serie de medidas para movilizar recursos de la comunidad, promover la venta responsable al por menor, mejorar el confort y diseño de los establecimientos en los que se consume alcohol y aplicar estrictamente la legislación relativa al alcohol.

2. Reglamentación de la disponibilidad de alcohol

La venta de bebidas alcohólicas tiene lugar en los mercados formales e informales. Los mercados formales están regulados por los gobiernos y sujetos a controles de, por ejemplo, dónde y cuándo se puede vender alcohol (19). La capacidad de controlar la venta de alcohol proporciona a los gobiernos un medio de influir en su consumo y en los daños conexos. En algunos países, el gobierno se encarga de controlar la venta de alcohol, en particular mediante licencias¹ a monopolios que controlan la venta al por menor (por ejemplo, Costa Rica, Suecia y partes de Canadá y los Estados Unidos). A pesar de que los datos indican que estos monopolios pueden ayudar a reducir el consumo de alcohol y los daños conexos (por ejemplo, lesiones por accidentes de tránsito, enfermedades relacionadas con el alcohol) (20–22), esta práctica es cada vez menos frecuente. En su lugar, en muchos países la venta de alcohol se administra mediante un sistema de concesión de licencias que autoriza a determinadas entidades privadas a vender alcohol en condiciones controladas. Aunque en los países más desarrollados la mayoría de las compras de alcohol se concentran en los mercados formales, en las sociedades de muchos países en desarrollo una gran proporción de la producción y venta de alcohol tiene lugar en los mercados informales, no reglamentados (19, 23). Por ejemplo, un estudio realizado en 2002 en São Paulo, Brasil, encontró que solo 35% de los puntos de venta de alcohol encuestados tenían algún tipo de autorización, y que esos vendedores de alcohol, con autorización o sin ella, se enfrentaban a pocas restricciones concretas para la comercialización (24).

En este apartado se tratan los efectos sobre la prevención de la violencia que tienen las intervenciones para regular la disponibilidad del alcohol, y se abarcan

¹ Establecimientos sin licencia (o sin licencia plena) son los que venden bebidas alcohólicas para consumo en otro sitio (por ejemplo, supermercados, tiendas de licores), mientras que los establecimientos con licencia plena son los que venden bebidas alcohólicas para consumo en el lugar de la compra (por ejemplo, bares, restaurantes).

tanto las restricciones con respecto al servicio de dispensación de alcohol (horarios y días de servicio y prohibiciones de venta específicas) como la densidad de puntos de venta al por menor. En el **recuadro 2** se ofrece información sobre las repercusiones de una reglamentación estricta en materia de consumo de alcohol que incorpora ambos tipos de medidas en la antigua Unión Soviética bajo un sistema estatal de monopolio. Aunque esta reglamentación estricta quizá no sea factible en la mayoría de las sociedades, este ejemplo demuestra, no obstante, de qué modo las reducciones drásticas en la disponibilidad de alcohol pueden disminuir la violencia.

2.1. Cambio de los horarios permitidos de venta de alcohol

El cambio en las horas permitidas de servicio de alcohol se ha aplicado en varios países para reducir los daños relacionados con el alcohol, incluida la violencia. Actualmente, no existen datos claros de la repercusión que tiene sobre la violencia los cambios en las horas permitidas para beber alcohol y los estudios presentan resultados contradictorios.

Se han realizado estudios en Brasil y Australia, que evalúan el impacto de las intervenciones para reducir las horas de servicio de alcohol. En Brasil, la aplicación de una ley municipal en la ciudad de Diadema, que impedía la venta de alcohol después de las 23:00 se tradujo en una reducción significativa de la violencia, como se destaca en el **recuadro 3**. Resultados igualmente beneficiosos se observaron a raíz de la restricción en el horario en diversas ciudades de Colombia (por ejemplo, el programa DESEPAZ en la ciudad de Cali [25]). En Australia, se han aplicado restricciones sobre las ventas diurnas de alcohol en las comunidades de indígenas para reducir los daños ligados al alcohol. Por ejemplo, en el pueblo de Halls Creek se prohibieron todas las ventas de alcohol envasado antes del mediodía y se aplicaron normas específicas para el vino en tonel, que solo podía venderse entre las 16:00 y las 18:00,

RECUADRO 2

Efectos de una reglamentación estricta en materia de consumo de alcohol en la antigua URSS

En 1985 se puso en práctica una estricta campaña antialcohol en la antigua URSS para abordar los niveles crecientes del consumo de alcohol y el daño asociado. Estaba preparada por un monopolio estatal de la producción y venta de alcohol legal e incluía:

- Reducción de la producción estatal de alcohol
- Reducción del número de puntos de venta de alcohol
- Aumento en el precio del alcohol
- Una prohibición para impedir el consumo de alcohol en lugares públicos y funciones oficiales
- Aumento de la edad para comprar alcohol (a 21 años)
- Mayores sanciones a la producción y venta de alcohol casero y medidas para cumplir la prohibición

Los efectos de la campaña fueron notables. En Moscú, las ventas de alcohol estatal descendieron 61% (1984-1987), el consumo de alcohol 29%, el total de muertes violentas 33% y las muertes violentas relacionadas con el alcohol 51% (1984-1985/6). Sin embargo, la campaña se hizo cada vez más impopular, y en 1988 el consumo de bebidas alcohólicas ilegales estaba aumentando mientras que los fondos del gobierno sufrían debido a la escasez de los impuestos aplicados al alcohol. Al final del año, la producción de alcohol, los puntos de venta y el horario de comercialización aumentaron, concluyendo de hecho la campaña. En 1992, se introdujeron reformas del mercado consistentes en liberalizar los precios y el comercio, y al mismo tiempo aumentaron extraordinariamente las muertes violentas, que llegaron a superar las cotas anteriores. Teniendo en cuenta los cambios sociales y políticos que se estaban produciendo en la Federación Rusa en este periodo, es poco probable que el aumento de las muertes violentas se debiera únicamente al alcohol. Sin embargo, las relaciones temporales entre los cambios en la reglamentación del alcohol y la posterior variación en la violencia indican que, como mínimo, están estrechamente relacionadas (26-28).

RECUADRO 3

Prevención de los homicidios mediante la reducción de los horarios de venta de alcohol en Diadema, Brasil

Los datos de criminalidad de la ciudad de Diadema, Brasil, indicaron que 60% de los asesinatos y 45% de las quejas presentadas por violencia contra las mujeres se producían entre las 23:00 y las 06:00. Muchos de los asesinatos se producían en zonas de mayor concentración de establecimientos de consumo de alcohol, a su vez la violencia contra las mujeres con frecuencia estaba vinculada al alcohol.

Como respuesta, en 2002 se aplicó una ley municipal que impedía a los minoristas vender alcohol después de las 23:00. A la adopción de esta ley siguió una campaña de información pública dirigida a los residentes acerca del contenido de la ley. Los negocios minoristas que vendían alcohol recibieron dos visitas de guardias civiles municipales seis y tres meses antes de la aplicación de la ley, durante las cuales se debatió sobre la ley y sus implicaciones y se pidió a los minoristas que firmaran una declaración en la que reconocían tener conocimiento de la ley y sus implicaciones legales. Después de la entrada en vigor, la ley fue aplicada estrictamente por una unidad interinstitucional especializada que apoyaba a la guardia civil municipal. La evaluación de los efectos de la reglamentación, mediante un análisis de series cronológicas interrumpido, calculó que los homicidios disminuyeron hasta casi nueve por mes, lo que representaba una reducción de 44% con respecto al número esperado sin la reglamentación, y se evitaron unos 319 homicidios en tres años. Las agresiones contra las mujeres también disminuyeron durante el período de la evaluación. No obstante, estas agresiones ya estaban disminuyendo antes de que se aplicara la ley, de manera que esto no podía atribuirse directamente a la intervención (29, 30).

y se limitaba la compra a una caja por persona y día. Un estudio antes y después de tomar estas medidas encontró una disminución en el consumo de alcohol durante los dos años posteriores a la aplicación de las restricciones, así como una menor delincuencia y menos evacuaciones de urgencia por lesiones. La relación con la violencia en la pareja fue menos clara, con visitas al hospital por este tipo de violencia que fluctuaron a lo largo del período de evaluación (31).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que durante el período de la intervención el estudio no controló otros cambios que podrían haber influido en la violencia.

Los estudios que investigan la repercusión de la ampliación del horario de venta de alcohol sobre la violencia presentan resultados contradictorios. En Australia Occidental, la ley que permite a los establecimientos de bebidas alcohólicas ampliar el

horario de servicio de alcohol desde la medianoche hasta la 01:00 empezó a aplicarse en 1988. En un estudio de cohortes se examinaron los datos de la policía entre 1991 y 1997 para comprobar la variación en la tasa de agresiones en los establecimientos que habían prolongado la licencia, en comparación con la de los establecimientos que no modificaron su horario. El estudio encontró un aumento significativo de las agresiones producidas en los establecimientos con horario extendido de servicio de alcohol, que se vinculó a una mayor cantidad de bebidas con elevado contenido de alcohol adquiridas en esos establecimientos (32). En Inglaterra y Gales, sin embargo, las evaluaciones iniciales de la prolongación del horario permitido en virtud de la ley de Concesión de Licencias de 2003 encontraron pocas pruebas de que aumentara la violencia. A raíz de su entrada en vigor, en noviembre de 2005, la Ley cambió el sistema de concesión de licencias en Inglaterra y Gales, puso fin a las horas fijas de servicio de alcohol y permitió a los puntos de venta al por menor ponerse de acuerdo individualmente con las autoridades locales respecto al horario. Los estudios nacionales en los que se compararon los datos de la policía de antes y después de esta ley y otras fuentes (por ejemplo, los servicios de salud) no han encontrado pruebas de que la violencia hubiera aumentado (33, 34).

Algunos países imponen restricciones sobre los días de la semana en los que se puede vender alcohol. En 1981, por ejemplo, el gobierno sueco cerró las tiendas de bebidas alcohólicas los sábados con el fin de investigar los efectos sobre el consumo de alcohol y la criminalidad. Un análisis descriptivo antes y después del ensayo encontró a lo largo del período de prueba una reducción de las agresiones en lugares abiertos y cerrados y de los altercados domésticos y públicos (35). El cierre de los sábados se mantuvo en Suecia hasta el año 2000, cuando la medida se sometió a un estudio y, en 2001, se restituyó en todo el país la venta de alcohol los sábados. Un estudio controlado longitudinal encontró que las ventas de alcohol aumentaron después de la apertura de las tiendas de bebidas alcohólicas los sábados, sin embargo, no se encontraron cambios significativos en el número de agresiones (36).

Las investigaciones también indican que la prohibición de la venta de alcohol en las zonas con más casos de violencia relacionada con el alcohol puede contribuir a prevenir la violencia. Por ejemplo, en Estados Unidos se realizó un estudio para evaluar las repercusiones antes y después de prohibirse la venta y el consumo de alcohol en un estadio universitario. Se encontró que la prohibición estaba asociada con reducciones significativas de las agresiones y los arrestos, las expulsiones del estadio y la remisión de los estudiantes a la oficina de asuntos judiciales (37). En varios países se ha usado la legislación nacional

para controlar la venta y el consumo de bebidas alcohólicas en los estadios deportivos (por ejemplo, en Portugal y el Reino Unido) (38).

2.2. Densidad de tiendas de alcohol al por menor

Diversos estudios han investigado la relación entre la densidad de puntos de venta de alcohol y la violencia. Los resultados son generalmente coherentes, a pesar de las limitaciones metodológicas, y asocian la mayor densidad de puntos de venta de alcohol con cotas de violencia más elevadas (5). Por ejemplo:

- En Noruega, la mayor densidad de puntos de venta de alcohol (número de establecimientos públicos de bebidas alcohólicas por 10 000 habitantes) entre 1960 y 1995 se asoció con un mayor número de delitos violentos investigados por la policía. El aumento de una tienda de alcohol se correspondía con el aumento de 0,9 agresiones investigadas cada año (39).
- En Melbourne, Australia, mediante un análisis espacial se encontró una asociación entre la concentración de establecimientos expendedores de bebidas alcohólicas y el número de agresiones. En este caso, a medida que aumentaba la concentración de las licencias, aumentaba también el número de agresiones por licencia; pero los mayores incrementos observados se daban cuando la concentración de licencias era más alta. Esto indica que las autoridades podían identificar un umbral de concesión de licencias por encima del cual se podría producir un aumento brusco del número de agresiones (40).

En Los Ángeles, California, Estados Unidos, muchos puntos de venta de alcohol resultaron dañados durante los disturbios de 1992 y posteriormente cerrados. El análisis de la repercusión de estos cierres sobre la criminalidad mostró una reducción en la tasa de agresiones violentas, que se produjo un año después de disminuir la disponibilidad de alcohol y duró alrededor de cinco años (41). En California, el número permitido de tiendas de bebidas alcohólicas se determina teniendo en cuenta el número de habitantes de la ciudad o del condado (una licencia de venta de cerveza o de vino por cada 2 500 habitantes) (42, 43). Un análisis longitudinal que abarca 581 distritos postales de California calculó que la eliminación de un bar por distrito reduciría las agresiones de la zona en 1%, lo que equivaldría a 101 agresiones por año (42). Las decisiones sobre el número permitido de puntos de venta de alcohol en una zona, se determinan, a veces, en función de las necesidades percibidas o de las fuerzas de mercado. En consecuencia, la cuestión importante no es solo el proceso legislativo, sino también si los sistemas de concesión de licencias favorecen los intereses comerciales o la protección de la salud pública.

3. Aumento del precio del alcohol

La cantidad consumida de alcohol está vinculada a su precio. Una serie de metaanálisis han investigado la relación entre la variación en el precio y la demanda de cerveza, vino y licores e indican que un aumento de 1% en el precio de estas bebidas reduciría el consumo aproximadamente en 0,46% en el caso de la cerveza, 0,69% en el del vino y 0,80% en el de los licores (44). Estas conexiones tan fuertes entre el precio del alcohol y el consumo y, a su vez, entre el consumo y la violencia han propiciado que muchos estudios utilicen modelos económicos para calcular los efectos del aumento del precio del alcohol sobre la incidencia de la violencia. Los resultados hallados en los Estados Unidos indican que:

- Un aumento de 1% en el precio de una onza (29,6 mL) de alcohol puro reduciría la probabilidad de violencia en la pareja contra la mujer en 5,3% (45).
- Un aumento de 10% en el impuesto al consumo de la cerveza reduciría la probabilidad de maltrato de menores perpetrado por mujeres aproximadamente 2% (46); sin embargo, no tendría ninguna repercusión sobre el maltrato de menores perpetrado por hombres (47).
- Un aumento de 10% en el precio de la cerveza reduciría el número de estudiantes universitarios que participan en situaciones de violencia en 4% anualmente (48).

El precio del alcohol se puede aumentar mediante el incremento de los impuestos, los monopolios controlados por el estado, la aplicación de precios mínimos y la prohibición de las técnicas de promoción del alcohol. Sin embargo, la capacidad de poner en práctica estas medidas está con frecuencia

obstaculizada por factores como los reglamentos en materia de competencia y los acuerdos comerciales internacionales (49). En Finlandia, por ejemplo, la incorporación a la Unión Europea impulsó una disminución de 33% en los impuestos sobre el alcohol en 2004² lo que hizo disminuir el precio promedio del alcohol vendido al por menor 22% y condujo a un aumento del consumo (50). Un análisis de series temporales con datos nacionales asoció estos recortes en los impuestos a un aumento de 17% en el número promedio de muertes súbitas semanales con alcoholemia positiva (enfermedades cardiovasculares, accidentes, homicidios, suicidios y muerte súbita por causa indeterminada) (51). Sin embargo, un estudio que abarcaba la zona metropolitana de Helsinki realizado antes y después de la medida no encontró efectos adversos de esta reducción del precio sobre los delitos violentos registrados por la policía ni en las llamadas de urgencia relacionadas con la violencia doméstica (52). En otros países nórdicos (Suecia y Noruega), los modelos que preveían las repercusiones de las reducciones del precio en los monopolios estatales de venta al por menor y en los impuestos después de la incorporación a la Unión Europea indicaron que aumentaría tanto la mortalidad relacionada con el alcohol como la violencia (53). Sin embargo, en el caso de Suecia, análisis posteriores en busca de los efectos reales de la incorporación a la Unión Europea indicaron que no se habían producido los aumentos esperados de suicidios u homicidios ni de mortalidad relacionada con el alcohol en los hombres. A pesar de esto, se observó un aumento de las agresiones no mortales, los accidentes mortales y la mortalidad relacionada con el alcohol en las mujeres (54).

² La incorporación de Finlandia a la Unión Europea obligó a que se ajustara al requisito de libre circulación de productos entre los países de la Unión Europea. Los impuestos sobre el alcohol se rebajaron para impedir el aumento masivo de las importaciones de alcohol de otros países de la Unión Europea cuyos precios eran inferiores, en particular de la vecina Estonia, que se incorporó a la Unión Europea en 2004 (51).

El proyecto Viviendo con el Alcohol (*Living with Alcohol*), del Territorio Norte de Australia, utilizó más impuestos sobre el alcohol para financiar las intervenciones de prevención. Esto se asoció con una reducción de los daños graves relacionados con el alcohol (incluida la violencia); sin embargo, los impuestos sobre el alcohol se eliminaron de

conformidad con un fallo del Tribunal Superior que prohibió aplicarlos (véase el **recuadro 4**). En Inglaterra, se ha calculado mediante modelos económicos que la fijación de un precio mínimo de 50 peniques por unidad consumida de alcohol reduciría los delitos violentos en 2,1%, lo que equivale a 10 300 delitos de violencia menos por año (55).

RECUADRO 4

Programa Viviendo con el Alcohol (Living With Alcohol [LWA]) del Territorio Norte de Australia

El programa LWA, iniciado en 1992, procuraba reducir el consumo y el daño asociado del alcohol en el Territorio Norte de Australia hasta llegar a los niveles nacionales de 2002 mediante la educación, controles más estrictos de la disponibilidad del alcohol y mejores servicios de tratamiento. Desde el principio, el programa se financió con una recaudación estatal de las ventas de bebidas alcohólicas cuyo contenido de alcohol era de 3% por volumen, lo que añadía cinco centavos al precio de una bebida ordinaria. Este gravamen permaneció hasta 1997, cuando un fallo de Tribunal Superior australiano prohibió los impuestos sobre el alcohol, el tabaco y la gasolina. Después, se suprimió el gravamen, pero el programa LWA continuó gracias a otros fondos hasta 2002. Un análisis de series temporales del programa LWA investigó su relación con las muertes repentinas atribuibles al alcohol, que comprendían predominantemente los accidentes de tránsito (52%), las agresiones (16%), los suicidios (16%), los ahogamientos (4%) y las caídas (3%). Los estudios encontraron que la aplicación del gravamen y el programa LWA estaban asociados con una disminución en el consumo peligroso y nocivo de alcohol (particularmente para los hombres) y a una disminución de 36,6% en el número de muertes repentinas atribuibles al alcohol, en comparación con una disminución de 15,9% durante el mismo período en una zona de referencia. Después de suprimir el gravamen, sin embargo, no hubo cambios en el número de muertes repentinas atribuibles al alcohol en el Territorio Norte, mientras que seguían descendiendo en la zona de referencia. Aunque los resultados indican que los efectos pueden haber sido resultado del propio gravamen, el diseño del estudio impedía confirmarlo (56-58).

4. Reducción del consumo de alcohol en bebedores problemáticos

Una revisión sistemática de los estudios controlados aleatorizados llegó a la conclusión de que las siguientes medidas para abordar el consumo de alcohol en los bebedores problemáticos pueden reducir la violencia (59):

- En los Estados Unidos, la identificación e intervención breve³ puesta en práctica con bebedores problemáticos, que incluía dos sesiones de 15 minutos con los médicos y dos llamadas telefónicas de seguimiento realizadas por enfermeros, se asoció con menos arrestos por agresiones y menos violencia o maltrato de menores por parte de los participantes que en los que recibían la atención habitual (8% frente a 11%). También se notificaron disminuciones duraderas de los episodios de ebriedad (60, 61).
 - En Australia, los bebedores problemáticos que recibían terapia conductual cognoscitiva (por ejemplo, fijación de metas, autovigilancia, solución de problemas) mostraron menos riesgo de cometer agresiones en los seis meses que siguieron al tratamiento (0%) comparado con los que recibían terapia de exposición a estímulos (por ejemplo, comprender los factores desencadenantes del consumo de alcohol, resistirse a tomar más alcohol después de un consumo moderado) (5%) (62).
 - En Australia, las parejas de los bebedores problemáticos que participaban en el programa Presiones para Cambiar (*Pressures to Change*), que enseña a los participantes estrategias para fomentar cambios favorables en los hábitos de consumo de alcohol de su pareja, informaron sobre una reducción de la violencia en la pareja después de la intervención (4 de cada 16 participantes en el programa frente a 3 de cada 7 del grupo de referencia) (63).
- En los Estados Unidos, la asistencia telefónica postratamiento para los bebedores dependientes dados de alta de los servicios hospitalarios de tratamiento del alcoholismo, que proporciona una fuente de apoyo cada dos semanas a los pacientes durante un año después del tratamiento, redujo los intentos de suicidio de los participantes (4 de cada 125 receptores de las intervenciones frente a 11 de cada 167 del grupo de referencia) (64).

La revisión también encontró pruebas de que las intervenciones aplicadas a los bebedores problemáticos redujeron otro tipo de lesiones relacionadas con el alcohol (por ejemplo, las lesiones por accidentes de tránsito).

Otros estudios han revelado que el tratamiento estructurado del alcoholismo crónico reduce la violencia. Por ejemplo, un estudio realizado en los Estados Unidos evaluó a 301 hombres alcohólicos antes y después de un programa de tratamiento ambulatorio que incluía 8 sesiones de terapia individual y 16 en grupo durante un período de 12 semanas (65). En el año previo al tratamiento, 56% de los participantes dijeron haber sido violentos con su compañera, comparado con 14% de un grupo de referencia sin dependencia alcohólica. Un año después del programa, la violencia había disminuido a 25% en el grupo de alcohólicos. Sin embargo, más de la mitad de la muestra había recaído en el consumo de alcohol; entre los alcohólicos recuperados, la violencia había disminuido a 15%. Hubo también una disminución en las agresiones de las mujeres a los hombres entre los alcohólicos recuperados del programa. Efectos igualmente beneficiosos sobre la violencia de hombres a mujeres y viceversa se lograron, también en los Estados Unidos, mediante un programa orientado a la abstinencia para hombre alcohólicos combinado con el tratamiento conductual cognoscitivo de la depresión o con terapia de relajación (66) y mediante terapia matrimonial conductual⁴ para hombres alcohólicos en fase de abstinencia reciente y sus parejas (67, 68).

⁴ Se trata de promover factores relacionales que conducen a la abstinencia, como el desarrollo de relaciones más comunicativas y la inclusión de las parejas en las actividades dirigidas a fomentar la abstinencia.

³ Las intervenciones breves procuran identificar un problema de alcoholismo real o potencial y motivar al individuo a que haga algo para solucionarlo. Llevadas a cabo en diversos entornos, en particular en atención primaria y otros servicios de salud, constan normalmente de sesiones individuales cortas que proporcionan a los bebedores con riesgo información sobre las consecuencias negativas del alcohol y los métodos que ayudan a moderar su consumo.

5. Intervenciones comunitarias para mejorar los ambientes relacionados con el alcohol

La violencia asociada con el alcohol aparece en entornos relacionados con el alcohol y en sus alrededores (por ejemplo, tabernas, bares y clubes nocturnos). Las investigaciones revelan que hay factores ambientales específicos en los entornos de consumo de bebidas alcohólicas que pueden agravar la violencia, tales como un grado de confort bajo (debido, por ejemplo, a la escasez de asientos o al hacinamiento causado por flujos de tránsito entrecruzados resultantes de la ubicación inapropiada de las entradas y salidas, las zonas de servicio del bar, las pistas de baile y los baños), una capacitación del personal deficiente, la permisividad de conductas desviadas y la dificultad de acceso al transporte de madrugada (69). Por consiguiente, una serie de intervenciones comunitarias han procurado modificar y gestionar mejor los establecimientos autorizados y el ambiente de su entorno para reducir daños asociados con el alcohol, como la violencia (69–71). Una revisión sistemática informó sobre los efectos beneficiosos logrados en la reducción de la violencia (72). Por ejemplo, el proyecto Estocolmo Previene los Problemas de Alcohol y Drogas, de Suecia, informó de la reducción en 29% de los delitos violentos gracias a una combinación de la capacitación para la dispensación responsable de bebidas alcohólicas, la movilización comunitaria y

el cumplimiento estricto de la legislación existente sobre la concesión de licencias (73). También se encontró que la intervención tenía costos y beneficios significativos. Se proporciona más información en el **recuadro 5**.

En Australia, los Proyectos de Intervenciones de Seguridad de Queensland (*Queensland Safety Action Projects*) utilizaban la movilización comunitaria, los códigos de buena práctica para los establecimientos autorizados, la aplicación rigurosa de las normas de concesión de licencias y de las medidas de seguridad ambientales (por ejemplo, el alumbrado y el transporte público) para abordar los problemas asociados con el alcohol en los entornos de la vida nocturna. Un estudio controlado que evaluó la situación antes y después de la intervención, encontró una asociación entre la disminución de las disputas (28%), del maltrato verbal (60%) y de las amenazas (41%) en los establecimientos de consumo de alcohol a lo largo del desarrollo de la intervención. Las modificaciones dentro de estos lugares de reunión que más contribuyeron a estas disminuciones fueron el aumento del confort (por ejemplo, disponer de asientos), la mejora del transporte público, menos prácticas sexuales en público y menos hombres muy ebrios (75).

RECUADRO 5

El proyecto Estocolmo Previene los Problemas de Alcohol y Drogas, de Suecia

En 1996 se inició el proyecto Estocolmo Previene los Problemas de Alcohol y Drogas, en Suecia, con objeto de reducir los problemas asociados con el consumo de alcohol en establecimientos autorizados, entre ellos la violencia. El proyecto estableció una coalición entre los representantes de la junta de concesión de licencias, la policía, la administración municipal, la junta de salud nacional, el ayuntamiento de Estocolmo, la asociación de dueños de restaurantes, el sindicato del personal de restaurantes y los dueños de establecimientos autorizados de la ciudad. Las intervenciones ejecutadas mediante el proyecto incluían la formación del personal que trabaja en los bares, la capacitación de los supervisores de puerta en cuestiones como la gestión de conflictos, política interna de los establecimientos autorizados y la aplicación rigurosa de las normas de concesión de licencias. La evaluación de la intervención encontró que los delitos violentos disminuyeron 29% durante el período de la intervención (73). El análisis de eficacia en función de los costos calculó que el programa supuso un ahorro de €39 por cada euro invertido (74).

La actividad policial es fundamental para muchas estrategias de reducción de la violencia en lugares de consumo de alcohol. Esta actividad supone la presencia policial visible en las zonas de altercados por el alcohol y el control policial en los establecimientos autorizados. Las repercusiones del control policial se han investigado en varios países: Australia, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos, entre otros. Una revisión de estas estrategias (69) concluyó que los efectos del control policial aleatorizado (dirigido aleatoriamente a establecimientos autorizados) fueron moderados, con períodos de intervención y beneficios respecto a la violencia generalmente efímeros. Existen muchos más datos que respaldan el control policial dirigido a las prácticas *en el interior* de los establecimientos autorizados. En Nueva Gales del Sur, Australia, el Programa Vinculación al Alcohol (*Alcohol Linking Program*) mantiene un registro de las personas que participaron en incidentes con intervención policial que habían consumido alcohol antes del incidente y dónde habían consumido su última copa. Una vez identificado el establecimiento autorizado de la “última copa” se le enviaban comentarios que detallaban el número y las características de los delitos relacionados con el consumo de alcohol en ese establecimiento. A continuación, la policía hacía una visita al establecimiento para hacer una auditoría de la práctica de gestión y proporcionar recomendaciones para mejorarla; también se invitaba a los titulares de la licencia a asistir a un taller organizado por la policía sobre la gestión responsable de establecimientos. La evaluación mediante un diseño controlado aleatorizado encontró mayores reducciones de los incidentes y agresiones por el alcohol en los lugares de la intervención (76).

La capacitación del personal de los establecimientos autorizados también es un aspecto importante de las medidas preventivas comunitarias, y muchos programas se centran en el servicio de alcohol responsable por parte del personal que trabaja en los bares. En Canadá, el programa de capacitación Bares Más Seguros (*Safer Bars*) ha tenido éxito en reducir las agresiones gracias al desarrollo de aptitudes en el

personal para gestionar y reducir comportamientos agresivos. Bares Más Seguros incluye un programa de capacitación de tres horas para todo el personal del establecimiento, un cuaderno de anotaciones para los propietarios y gerentes del bar con el fin de ayudarles a evaluar los riesgos ambientales de sus establecimientos que pueden favorecer la violencia, y un folleto para informar a los propietarios y al personal de sus responsabilidades legales en la prevención de la violencia. Un ensayo aleatorizado indicó que el programa redujo las agresiones graves y moderadas en los establecimientos que aplicaron la intervención; estos efectos se atenuaron por el recambio de los gerentes y del personal de puerta en los bares, y se observó que cuanto mayor era el recambio, más agresiones se producían después de la intervención (77).

También se ha visto que las intervenciones comunitarias que incorporan ámbitos en los que se sirve alcohol, aunque van más allá, tienen efectos beneficiosos. En Suecia, el proyecto *Trelleborg* abordó la bebida en los jóvenes y los daños asociados, y elaboró y ejecutó políticas de la comunidad y las escuelas sobre la gestión del alcohol y de las drogas, una asignatura del programa escolar sobre el consumo de alcohol y drogas, material de información para los padres y actividades de control de los minoristas de venta de alcohol. La evaluación indicó que la violencia debida al consumo de alcohol notificada por la propia persona se había reducido durante el período de la intervención y esto se atribuyó a haber reducido los excesos y la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas destiladas (78). En los Estados Unidos, un análisis longitudinal de series temporales investigó la repercusión de la combinación entre la movilización de las comunidades y los medios de comunicación, la dispensación responsable de bebidas alcohólicas, el refuerzo de las normas de concesión de licencias, y la aplicación rigurosa de la prohibición de vender alcohol a los menores de edad, de conducir en estado de ebriedad y de las normas de concesión de licencias. La intervención se asoció con una reducción del consumo de alcohol, de las agresiones y de los accidentes de tránsito (79).

6. Resumen

La base científica de la prevención de la violencia mediante intervenciones que se centran en el alcohol es esperanzadora. Sin embargo, la aplicación y el estudio de estas intervenciones, en particular las que requieren cambios legislativos, puede ser complejo y en consecuencia los datos científicos existentes actualmente son escasos y proceden, en gran parte, de los países desarrollados.

En general, los estudios en los que se investigó el impacto de la reducción del horario de venta de alcohol han puesto de manifiesto que esta reducción se asocia con una disminución de la violencia, incluidos los homicidios. Por el contrario, la prolongación del horario de servicio de alcohol se ha asociado con un aumento de la violencia, aunque en algunos entornos no se ha observado una repercusión muy notable. En cuanto a la fijación del precio del alcohol, los estudios que emplean modelos económicos indican con toda claridad que el aumento del precio sería una estrategia eficaz para la reducción de la violencia. Para que las medidas relativas a la reglamentación de la disponibilidad de alcohol se apliquen con éxito es necesario establecer un sistema estatal de concesión de licencias o cualquier otro control formal a escala nacional o local. En caso de que no existan sistemas eficaces, la implantación de uno será un requisito previo para la gestión eficaz de la disponibilidad de alcohol.

Varios estudios de buena calidad han revelado que las intervenciones breves y el tratamiento estructurado del alcoholismo en los bebedores problemáticos reducen el riesgo de violencia de las

personas. De manera análoga, diversos estudios sobre las intervenciones comunitarias en los entornos donde se sirven bebidas alcohólicas han señalado su éxito en la reducción de la violencia. El desarrollo de asociaciones interinstitucionales para coordinar los diversos componentes de las intervenciones en la comunidad también facilita la ejecución de estrategias de prevención más amplias que hacen hincapié en el alcohol y la violencia.

Si bien los datos que vinculan el consumo de alcohol con la violencia son abundantes, los modelos para abordar esta relación están limitados tanto por el número como por la distribución geográfica. Así pues, entre todos los tipos de intervenciones tratadas aquí que hacen referencia especial al alcohol, los datos se limitan en gran parte a los estudios realizados en los países de ingresos altos. Sin embargo, los datos actuales sí respaldan el uso de intervenciones centradas en el alcohol para prevenir la violencia. Además, los beneficios de reducir el consumo nocivo de alcohol son sustanciales y van mucho más allá de la reducción de la violencia, ya que abarcan la disminución de los accidentes, los diferentes tipos de cáncer, las hepatopatías y una amplia gama de problemas de salud y sociales de otro calibre. Aplicar con éxito las medidas restrictivas y asegurar que no se pasan por alto requiere, sin embargo, el compromiso de los gobiernos para priorizar la salud pública sobre los beneficios comerciales, además de una mejor comprensión pública de los daños asociados con el alcohol, sin olvidar los vínculos entre el alcohol y la violencia.

Referencias

1. Steen K, Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an Accident and Emergency department: a two year prospective study. *Medical Science Monitor*, 2004, 10:CR75-79.
2. Swahn MH, Donovan JE. Predictors of fighting attributed to alcohol use among adolescent drinkers. *Addictive Behaviors*, 2005, 30:1317-1334.
3. Rossow I. Alcohol related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction*, 1996, 91:1651-1661.
4. Pedersen W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimisation: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565-581.
5. Livingston M, Chikritzhs T, Room R. Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol related harm. *Drug and Alcohol Review*, 2007, 26:557-566.
6. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J. Attributable risk of injury associated with alcohol use: cross national data from the emergency room collaborative alcohol analysis project. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:266-272.
7. Rossow I. Alcohol and homicide: a cross cultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction*, 2001, 96:S77-S92.
8. Ezzati M et al. Comparative quantification of mortality and burden of disease attributable to selected risk factors. In Lopez AD et al. (eds). *Global burden of disease and risk factors*. Nueva York, Banco Mundial y Oxford University Press, 2006.
9. Bureau of Justice Statistics. *Alcohol and Crime*. (<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/ac.pdf>, consultado el 13 de septiembre de 2005).
10. Burton P, du Plessis A, Leggett T. *National victims of crime survey*, South Africa 2003. (<http://www.iss.co.za/pubs/Monographs/No101/contents.html>, consultado el 10 de octubre de 2005).
11. Kershaw C, Nicholas S, Walker A. *Crime in England and Wales 2007/08: findings from the British Crime Survey and police recorded crime*. Londres, Home Office, 2008.
12. Zhang L et al. Alcohol and crime in China. *Substance Use and Misuse*, 2000, 35:265-279.
13. *Interpersonal violence and alcohol*. Sinopsis de políticas OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
14. *Intimate partner violence and alcohol*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
15. *Youth violence and alcohol*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
16. *Elder abuse and alcohol*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
17. *Child maltreatment and alcohol*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
18. Bellis MA, Hughes K. Comprehensive strategies to prevent alcohol related violence. *IPC Review*, 2008, 2:137-168.
19. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
20. Wagenaar AC, Holder HD. Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: results from five US states. *Journal of Studies on Alcohol*, 1995, 56:566-572.
21. Mäkelä P, Tryggvesson K, Rossow I. Who drinks more or less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. In Room R (ed.). *The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when control systems change?* Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2002.
22. Miller T et al. Retail alcohol monopolies, underage drinking, and youth impaired driving deaths. *Accident Analysis and Prevention*, 2006, 38:1162-1167.
23. Room R et al. *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 2002.

24. Laranjeira R, Hinkly D. Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. *Revista de Saude Publica*, 2002; 36:455–461.
25. Guerrero R, Concha Eastman A. An epidemiological approach for the prevention of urban violence: the case of Cali, Colombia. (www.longwoods.com/view.php?id=&aid=17590&cat=389, consultado el 19 de febrero de 2008).
26. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 1998; 93:1501–1510.
27. *Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation: policy briefing*. Roma: Oficina Regional de la OMS para Europa y Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
28. Cohen AB. *Sobering up: the impact of the 1985–1988 Russian anti-alcohol campaign on child health*. Boston, MA, Tufts University, 2007.
29. Duailibi S et al. *The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence*. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:2276–2280.
31. Douglas M. Restriction of the hours of sale of alcohol in a small community: a beneficial impact. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1998, 22:714–719.
30. Pacific Institute for Research and Evaluation. *Prevention of murders in Diadema, Brazil: the influence of new alcohol policies*. Calverton, MA, Pacific Institute for Research and Evaluation, 2004.
32. Chikritzhs T, Stockwell T. The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 63:591–599.
33. *Evaluation of the impact of the Licensing Act 2003*. London, Department for Culture, Media and Sport, 2008.
34. Hough M et al. *The impact of the Licensing Act 2003 on levels of crime and disorder: an evaluation*. London, Home Office, 2008.
35. Olsson O, Wikström PH. Effects of the experimental Saturday closing of liquor retail stores in Sweden. *Contemporary Drug Problems*, 1982, 11:325–353.
36. Norstöm T, Skog O. Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. *Addiction*, 2005, 100:767–776.
37. Bormann CA, Stone MH. The effects of eliminating alcohol in a college stadium: the Folsom Field Beer Ban. *Journal of American College Health*, 2001, 50:81–88.
38. O'Brien F, Hughes K, Vicente ES. Violence at major events. In Council of Europe. *Drugs and alcohol: violence and insecurity*. Estrasburgo, Consejo de Europa, 2005.
39. Norstrom T. Outlet density and criminal violence in Norway, 1960–1995. *Journal of Studies on Alcohol*, 2000; 61:907–911.
40. Livingston M. Alcohol outlet density and assault: a spatial analysis. *Addiction*, 2008, 103:619–628.
41. Yu Q et al. Multilevel spatiotemporal dual changepoint models for relating alcohol outlet destruction and changes in neighbourhood rates of assaultive violence. *Geospatial Health*, 2008, 2:161–172.
42. Gruenewald PJ, Remer L. Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcoholism: Experimental and Clinical Research*, 2006; 30:1184–1193.
43. California Department of Alcoholic Beverage Control. (<http://www.abc.ca.gov/questions.html>, consultado el 11 de noviembre de 2008).
44. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 2009, 104: 179–190.
45. Markowitz S. The price of alcohol, wife abuse, and husband abuse. *Southern Economic Journal*, 2000, 67:279–303.
46. Markowitz S, Grossman M. Alcohol regulation and domestic violence towards children. *Contemporary Economic Policy*, 1998, 16:309–320.
47. Markowitz S, Grossman M. The effects of beer taxes on physical child abuse. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:271–282.
48. Grossman M, Markowitz S. Alcohol regulation and violence on college campuses. In Grossman M, Hsieh CR eds. *Economic analysis of substance use and abuse: the experience of developed countries and lessons for developing countries*. Cheltenham, Edward Elgar, 2001.
49. Zeigler DW. International trade agreements challenge tobacco and alcohol control policies. *Drug and Alcohol Review*, 2006; 25:567–579.
50. *Statistical yearbook of alcohol and drug statistics 2008*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2008.
51. Koski A et al. Alcohol tax cuts and increase in alcohol positive sudden deaths: a timeseries intervention analysis. *Addiction*, 2007, 102:362–368.
52. Herttua K et al. The impact of a large reduction in the price of alcohol on area differences in interpersonal violence: a natural experiment based on aggregate data. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:995–1001.

53. Holder HD et al. Potential consequences from possible changes to Nordic retail alcohol monopolies resulting from European Union membership. *Addiction*, 1995, 90:1603–1618.
54. Andreasson S et al. Estimates of harm associated with changes in Swedish alcohol policy: results from past and present estimates. *Addiction*, 2006, 101:1096–1105.
55. Meier P et al. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: part B. *Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield Alcohol Policy Model*. Sheffield, University of Sheffield, 2008.
56. Chikritzhs T, Stockwell T, Pascal R. The impact of the Northern Territory's Living With Alcohol program, 1992–2002: revisiting the evaluation. *Addiction*, 2005, 100:1625–1636.
57. Stockwell T et al. The public health and safety benefits of the Northern Territory's Living with Alcohol programme. *Drug and Alcohol Review*, 2001, 20: 167–180
58. Holder HD. The public policy importance of the Northern Territory's Living With Alcohol program, 1992–2002. *Addiction*, 2005, 100:1571–1572.
59. Dinh Zarr TB et al. Interventions for preventing injuries in problem drinkers (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, 3:CD001857.
60. Fleming MF et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized controlled trial in communitybased primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1039–1045.
61. Fleming MF et al. Brief physician advice for problem drinkers: longterm efficacy and benefitcost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2002, 26:36–43.
62. Sitharthan T et al. Cue exposure in moderation drinking: a comparison with cognitivebehavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65:878–882.
63. Barber J, Crisp BR. The 'pressures to change' approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*, 1995, 90:269–276.
64. Fitzgerald JL, Mulford HA. An experimental test of telephone aftercare contacts with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 1985, 46:418–424.
65. O'Farrell TJ et al. Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71:92–102.
66. Stuart GL et al. Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence*, 2003, 18:1113–1130.
67. O'Farrell TJ, Murphy CM. Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63:256–262.
68. O'Farrell TJ et al. Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, 60:317– 321.
69. Graham K, Homel R. *Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Portland, Willan Publishing, 2008.
70. Bellis MA, Hughes K. Comprehensive strategies to prevent alcoholrelated violence. *IPC Review*, 2008, 2:137–168.
71. Hughes K, Bellis MA. *Use of environmental harm to tackle alcoholrelated harm in nightlife environments: the UK experience*. Lisbon, European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction, 2007.
72. Ker K, Chinnock P. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2008, 3:CD005244.
73. Wallin E, Norström T, Andréasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, 64:270–277.
74. Månsdotter AM et al. A costeffectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:618– 623
75. Homel R et al. Making licensed venues safer for patrons: what environmental factors should be the focus of interventions? *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:19–29.
76. Wiggers J et al. Strategies and outcomes in translating alcohol harm reduction research into practice: the Alcohol Linking Program. *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:355–364.
77. Graham K et al. The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23: 31–41.
78. Stafström M, Östergren P. A communitybased intervention to reduce alcoholrelated accidents and violence in 9th grade students in southern Sweden: the example of the Trelleborg Project. *Accident Analysis and Prevention*, 2008, 40:920–925.
79. Holder HD et al. Effect of communitybased interventions on highrisk drinking and alcoholrelated injuries. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:2341–2347.

prevención de la violencia:
la evidencia

4.

**Restricción del acceso a medios
letales: armas de fuego, armas
blancas y plaguicidas**

Panorama

Los datos de investigación indican que limitar el acceso a las armas de fuego, a las armas blancas y a los plaguicidas salva vidas, previene lesiones y reduce costos a la sociedad.

Cada año en el mundo se producen 600 000 homicidios y 844 000 suicidios. Esto supone un costo notable para la sociedad, tanto psicológico como económico, y obstaculiza el progreso para alcanzar los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Esta masacre podría reducirse significativamente, sin embargo, si se limita el acceso a tres de los elementos de violencia más mortales: las armas de fuego, los objetos cortantes (como los cuchillos) y los plaguicidas.

Armas de fuego: Las jurisdicciones cuyas leyes sobre las armas de fuego son restrictivas y con tasas de posesión más bajas suelen tener grados inferiores de violencia armada.

Una serie de medidas como las prohibiciones, los planes de concesión de licencias, la edad mínima de los compradores, la investigación de antecedentes y los requisitos de almacenamiento seguro se han aplicado con éxito en países como Austria y Brasil y en varios estados de los Estados Unidos de América. Introducir estos temas en la legislación nacional no siempre es fácil, pero puede hacerse mucho a escala local. El cumplimiento estricto de las leyes, las amnistías y la mayor seguridad de los suministros estatales de armas de fuego son ejemplos de estrategias prometedoras. También se necesitan estrategias multifacéticas para reducir la demanda de armas de fuego, como por ejemplo disuadir a los jóvenes proclives a pertenecer a una pandilla.

Objetos cortantes: Además de las medidas de control, los gobiernos necesitan estrategias de gran alcance para reducir los factores socioeconómicos subyacentes en el uso violento de este tipo de armas.

Hay menos pruebas de la repercusión de los esfuerzos para reducir la violencia asociada con los objetos cortantes que en el caso de las armas de fuego. Hasta la fecha, las autoridades pertinentes se han centrado en medidas similares a las usadas para el control de las armas de fuego. En el Reino Unido, estas han consistido en reformas legislativas (prohibición de las navajas de muelle, edad mínima de los compradores, etc.), cumplimiento más rígido (iniciativas de “detención y registro”) y amnistías; sin embargo, su repercusión todavía no está clara.

Plaguicidas: El almacenamiento más seguro, las prohibiciones y el reemplazo por otros menos tóxicos podrían prevenir muchos de los aproximadamente 370 000 suicidios causados por ingestión de plaguicidas cada año.

Los miembros de las comunidades agrícolas de los países de ingresos medios y bajos están excesivamente representados en la cifra de muertes por suicidio vinculado con los plaguicidas. El control del acceso a los plaguicidas no solo es fundamental para reducir la violencia autoinfligida, sino también para prevenir la intoxicación accidental y el terrorismo. Las convenciones internacionales intentan controlar las sustancias peligrosas; sin embargo, muchos plaguicidas tremendamente tóxicos todavía se usan en muchos lugares. Los estudios indican que las prohibiciones deben ir acompañadas de evaluaciones sobre las necesidades agrícolas y el reemplazo por otras sustancias de menor riesgo para la eliminación de las plagas.

Es necesario investigar más, en particular, en los países de ingresos medios y bajos.

Hace falta desarrollar sistemas consistentes de recopilación de datos relacionados con estos eventos y emprender otros estudios que profundicen nuestra comprensión del impacto de las medidas para reducir el acceso a los medios letales, especialmente en los países de ingresos medios y bajos.

1. Introducción

Anualmente en todo el mundo, los homicidios y los suicidios cobran la vida de 600 000 y 844 000 personas, respectivamente. Aunque en términos mundiales no son causas de muerte tan devastadoras como las enfermedades diarreicas (2 160 000 personas muertas cada año) o la infección por el VIH (2 040 000 personas), sobrepasan ampliamente a muchas otras, como las guerras y los conflictos civiles (184 000) (1).

Hay pruebas de que prevenir esta violencia interpersonal y autoinfligida exige estrategias amplias que limiten el acceso a los medios letales frecuentes —como las armas de fuego, los objetos cortantes y los plaguicidas—, al tiempo que se reduzca la demanda al actuar sobre los determinantes sociales de este tipo de violencia (2).

Que la tentativa de homicidio o de suicidio sea un hecho consumado dependerá en gran medida de los medios utilizados (3, 4). Las armas de fuego y los objetos cortantes son los instrumentos utilizados con más frecuencia en los homicidios. Según los cálculos más recientes, 60% de todos los homicidios son por armas de fuego, que cobran la vida de aproximadamente 360 000 personas por año (5). Las armas de fuego también se utilizan con frecuencia en la violencia autoinfligida, lo mismo que sustancias de toxicidad aguda, tales como los plaguicidas. A la ingestión de plaguicidas, por ejemplo, corresponden cerca de 370 000 suicidios cada año (6).

El acceso y el uso violento de los medios letales varían enormemente, según se desprende de los datos y cifras sobre armas de fuego, objetos cortantes y plaguicidas que se exponen a continuación (**recuadros 1, 4, 5**) (4, 6–8). Igualmente variable es el costo descomunal de la violencia mortal para la sociedad: la destrucción de familias, la onerosa carga que imponen a los servicios públicos y, en el caso de la violencia interpersonal, el temor generalizado que desencadena. Restringir el acceso a los medios

letales es, por consiguiente, un factor fundamental al abordar las prioridades mundiales relacionadas con la salud pública, el acceso a las necesidades básicas, el desarrollo económico y la seguridad. En concreto, la violencia mortal entorpece el progreso hacia la consecución de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (9).

Lo bueno es que la violencia se puede prevenir. En la presente orientación se resumen las pruebas de las investigaciones realizadas sobre la repercusión de las estrategias de prevención de la violencia a todas las escalas de gobierno (nacional, estatal y local) cuyo objetivo es reducir el acceso a las armas de fuego, los objetos cortantes y los plaguicidas. Entre las estrategias abordadas están las medidas legislativas, la aplicación de la normativa, las amnistías y los planes de recolección, la gestión de las provisiones estatales, el almacenamiento seguro y las características de seguridad.

Los datos de las investigaciones sobre las medidas para restringir el acceso a las armas de fuego son mucho más abundantes que los relativos a las políticas y programas para el control de los objetos cortantes y los plaguicidas. Además, la mayoría de los estudios sobre el acceso a las armas de fuego y los objetos cortantes se han llevado a cabo en países de ingresos altos. No obstante, en los países de ingresos bajos están aumentando los estudios sobre estos temas, y merecen mucho mayor apoyo.

En el presente documento no se tratan las medidas internacionales para controlar los medios letales, aunque se sabe que existe el comercio legal e ilegal de estos elementos a través de numerosas fronteras. Controlar este comercio mediante intervenciones a escala nacional, estatal y local está entre los objetivos de una serie de acuerdos e iniciativas internacionales, y es responsabilidad de todos los estados nacionales.

2. Restricción del acceso a las armas de fuego

RECUADRO 1

Armas de fuego: datos y cifras

- Actualmente hay al menos 875 millones de armas de fuego en el mundo, de las cuales 75% están en manos de la población civil (más de un tercio pertenecen a la población civil de los Estados Unidos). Se calcula que solo 9% de las armas de fuego civiles están registradas por las autoridades competentes (8).
- Cada año, cerca de 360 000 personas son asesinadas con armas de fuego en situaciones ajenas a conflictos. Otras 184 000 muertes violentas se producen también anualmente en los conflictos armados (1).
- Las armas de fuego están asociadas con la mayor parte de los homicidios en numerosos países. En Medellín, Colombia, las armas de fuego figuran en 89% de los homicidios (10); en Montenegro, 85% (11); en Yemen, 80% (8); en Estados Unidos, 70% (12); y en Brasil, 69% (13). La proporción de homicidios por armas de fuego fluctúa entre 19% en Europa occidental y central y 77% en América Central (5).
- La proporción de suicidios asociados con armas de fuego fluctúa entre 0,2% en Japón y 60,6% en Estados Unidos, en el caso de varones; y entre 0% en Islandia, Kuwait y otros países y 35,7% en Uruguay y Estados Unidos, en el caso de las mujeres (14). En cuanto a los varones europeos de 15 a 24 años, fluctúa entre 2,3% en Inglaterra y 43,6% en Suiza (15).
- En Sudáfrica, el costo del tratamiento hospitalario de, únicamente, los traumatismos abdominales graves por armas de fuego se calcula que representa 4% del presupuesto sanitario anual nacional (16). En Inglaterra y Gales, se calcula que cada homicidio le cuesta a la sociedad £ 1,5 millones (17).

Durante muchos años se ha investigado la repercusión de las medidas que restringen el acceso a las armas de fuego sobre la violencia. Las intervenciones tratadas aquí abarcan: medidas legislativas, aplicación estricta de las leyes, amnistías por posesión de armas de fuego, control de las provisiones de armas estatales, provisión de un almacenamiento más seguro y características de seguridad de las armas de fuego. Sin duda, este abanico de intervenciones es de carácter general, pero hay otras actividades cuyo objetivo es restringir el acceso a las armas de fuego, tales como impedir la manufactura casera o la reconversión de réplicas, y reducir el tráfico ilegal a través de las fronteras. Sin embargo, se ha investigado poco sobre la repercusión de estas medidas en la prevención de la violencia. Además, aunque la presente orientación no se ocupa de las medidas de control internacionales de las armas de fuego, es importante reconocer que los acuerdos internacionales, concretamente el *Protocolo contra la fabricación y el tráfico ilícitos de armas de fuego*,

sus piezas y componentes y munición de las Naciones Unidas (2001), comprometen a los países signatarios a aplicar su propia legislación sobre armas de fuego y medidas de control.

2.1. Medidas legislativas

Las jurisdicciones con políticas más restrictivas sobre las armas de fuego y cuya población tiene menos armas en propiedad suelen experimentar grados de violencia armada inferiores (18–22). Por consiguiente, las medidas en todas las esferas del gobierno para prevenir la violencia por armas de fuego se centran a menudo en el endurecimiento de la legislación con el objeto de controlar la venta, la compra y el uso de armas. Para que tenga éxito, una legislación de esta naturaleza se debe aplicar, divulgar y hacer cumplir eficazmente. Las medidas legislativas abarcan:

- Prohibiciones de cierto tipo de armas de fuego
- Planes de concesión de licencias y registro para los propietarios y proveedores
- Edad mínima para la compra de armas de fuego

- Investigación de antecedentes o pruebas psicológicas a los compradores
- Períodos de espera mínimos entre la expedición de la licencia y la compra
- Límite de la cantidad a adquirir
- Controles de los portadores de armas de fuego
- Requisitos para el almacenamiento seguro.

Australia, Austria, Brasil y Nueva Zelanda proporcionan ejemplos de reformas de las leyes nacionales sobre armas de fuego que han tenido efectos prometedores.

AUSTRALIA: Las leyes sobre armas de fuego australianas se reformaron en 1996 a raíz de un tiroteo múltiple. La nueva legislación prohibió las escopetas semiautomáticas y de trombón y los fusiles e introdujo un plan nacional de concesión de licencias y registro de armas de fuego, que incluía una prueba de seguridad escrita para los compradores. El gobierno también ofrecía una compensación económica a los que entregaran las armas. Los estudios realizados después de las reformas proporcionan resultados contradictorios e ilustran algunas de las dificultades para analizar los efectos de las medidas de prevención de la violencia (23–27). Algunos estudios encontraron una disminución tanto de los homicidios como de los suicidios por armas de fuego (24, 25), mientras otros solo encontraron una disminución de los suicidios (26). En un estudio se llegó a la conclusión de que la disminución de los suicidios por arma de fuego no había aumentado las otras formas de suicidio (24).

AUSTRIA: En 1997, Austria introdujo leyes nuevas que exigían una edad mínima de 21 años a los compradores de armas de fuego, un motivo válido para adquirir el arma y un control de antecedentes y pruebas psicológicas. Por otro lado, la legislación exige un período de espera de tres días entre la concesión de la licencia y la adquisición, además de un almacenamiento más seguro para las armas de fuego. Las tasas de suicidios estaban disminuyendo desde antes de entrar en vigor las nuevas leyes, pero la proporción de suicidios por armas de fuego aumentaba. Las reformas cambiaron esta dinámica, de modo que la proporción de suicidios por armas de fuego empezó a disminuir, sin que aumentaran los suicidios por otros medios. Las nuevas leyes de Austria también se han asociado con una reducción en las solicitudes de licencias y una disminución en el número de homicidios por armas de fuego (28).

BRASIL: En 2003, Brasil reformó la legislación sobre armas de fuego como reacción a sus tasas de homicidios, que se encuentran entre las más elevadas del mundo. La nueva ley elevó la edad mínima de compra a 25 años, convirtió en ilegal poseer armas de fuego no registradas, prohibió llevar armas fuera del hogar o del lugar de trabajo, introdujo la investigación de antecedentes a los compradores y el control de las importaciones de armas de fuego. También se puso en marcha un plan de desarme voluntario, que, según fuentes oficiales, condujo a la entrega de más de 450

000 armas de fuego. Los análisis realizados indican que después de la reforma se produjo un descenso de 8,8% en la mortalidad por armas de fuego entre 2003 y 2005, con una disminución tanto de los homicidios (8,0%) como de los suicidios (8,2%). Las muertes accidentales por arma de fuego disminuyeron 15,2% y las muertes relacionadas con las armas de fuego “sin intención determinada” disminuyeron 26,3%. Al mismo tiempo, las hospitalizaciones relacionadas con las armas disminuyeron 4,6%, la mayoría después de una tentativa de suicidio o un traumatismo accidental (29).

NUEVA ZELANDA: A raíz del tiroteo múltiple de 1990, el gobierno estableció un sistema riguroso de concesión de licencias. Este sistema exige fotos de los propietarios de armas y renovaciones periódicas, exámenes para garantizar que los solicitantes comprenden las leyes que rigen las armas de fuego y una evaluación policial de todos los solicitantes. También requiere el almacenamiento en un lugar seguro y bajo llave de las armas de fuego y que estén separadas de las municiones. Con este sistema se han reducido significativamente los suicidios por armas de fuego, en particular de personas de 25 años o menos. Los estudios, sin embargo, todavía no han determinado si ha habido aumento de otras formas de suicidio al disminuir los causados por las armas de fuego (30).

Por otra parte, las nuevas legislaciones estatales y municipales en Colombia, El Salvador y Estados Unidos han restringido el acceso a las armas de fuego.

COLOMBIA: La legislación del país prohibió portar armas de fuego en las ciudades de Cali y Bogotá durante los días feriados, los fines de semana después de los días de pago y las jornadas electorales. La prohibición se hizo cumplir mediante controles policiales en determinados puntos, registros de la policía cuando el tránsito está detenido y durante el trabajo habitual de la brigada. Los estudios revelaron que la incidencia de homicidios descendió en ambas ciudades los días en los que se puso en práctica la prohibición, en comparación con otros días similares de la etapa en que se permitía llevar armas de fuego (31).

EL SALVADOR: Los municipios que participaban en el proyecto Municipios Sin Armas, que empezó en agosto de 2005, decretaron ilegal portar armas de fuego en los parques, las escuelas, las plazas, los centros recreativos y otros lugares. El proyecto también estaba orientado a aumentar la capacidad policial para hacer cumplir las prohibiciones de armas; lanzar una campaña por los medios de comunicación sobre el peligro de las armas de fuego y el contenido de los nuevos reglamentos; poner en práctica un plan de entrega voluntaria y recolección de armas de fuego; y evaluar el proyecto. A pesar de algunas dificultades en su ejecución y entre otros éxitos, el proyecto registró en un principio una reducción de 47% de los homicidios en los municipios participantes; sin embargo, estas reducciones no se mantuvieron durante todo el primer año del proyecto (32, 33).

ESTADOS UNIDOS: En el **recuadro 2** se presentan ejemplos de las repercusiones que tiene la legislación estatal de armas de fuego sobre la violencia. Si bien en una revisión de las leyes sobre armas de fuego de los Estados Unidos no se encontraron pruebas suficientes para determinar la eficacia de las leyes individuales, o su combinación, sobre la violencia interpersonal o autoinfligida (34), los autores insistieron en que esto no significa necesariamente que dichas leyes fueran ineficaces. Al contrario, defendían que se requerían datos e investigaciones más rigurosos para acrecentar las pruebas científicas en las que basarse.

2.2. Aplicación estricta de la legislación

La legislación que restringe el acceso a las armas de fuego solo será eficaz si se aplica rigurosamente. Por ejemplo, a pesar de los controles de los armeros en los Estados Unidos, un número reducido de distribuidores clandestinos son, a menudo, responsables de la venta de la mayor parte de las armas usadas en actividades delictivas (44). Por otro lado, la mayoría de las armas de fuego usadas en estas actividades se adquieren en un principio legalmente, pero se transfirieron por medios ilegales a manos criminales (45). Esto explica por qué la mayoría de las armas de fuego recuperadas

en investigaciones penales en Canadá, Haití y México habían sido importadas ilegalmente desde los Estados Unidos (45, 46). El sistema de concesión de licencias de armas de fuego, sin embargo, puede permitir que los datos sobre las transacciones (número de serie del arma, detalles acerca de los compradores y los armeros, etc.) se recopilen y se usen para rastrear las armas asociadas con la criminalidad y, de esta forma, capturar y castigar a los agresores (47). Sin embargo, un enfoque proactivo en el cumplimiento de la ley puede tener efectos disuasivos fuertes y por esa razón es importante para controlar el acceso a las armas de fuego.

A escala estatal y local, se pueden aplicar medidas para hacer cumplir la legislación sobre la concesión de licencias. En algunos estados de los Estados Unidos, los oficiales de policía se han presentado en operaciones secretas como criminales para adquirir armas de fuego en los distribuidores autorizados. Se encontró que estas operaciones reducían significativamente el suministro de armas de fuego a los criminales cuando se seguía un proceso legal contra los armeros infractores y una gran cobertura en los medios de comunicación. En cambio, los resultados eran menos alentadores cuando no se

RECUADRO 2

Ejemplos de controles legislativos estatales sobre las armas de fuego en los Estados Unidos

PROHIBICIONES DE CIERTAS ARMAS DE FUEGO: La prohibición en Maryland de las pistolas pequeñas, de baja calidad y bajo costo se asoció con un aumento de la compra de armas antes de entrar en vigor su aplicación y a un aumento de los homicidios por las armas de fuego inmediatamente después de la prohibición. Sin embargo, luego disminuyeron los homicidios por armas (35), lo que indica que la prohibición tenía un efecto retardado.

UN ARMA POR MES: Las leyes que limitan la compra de armas de fuego a una por persona y por mes tienen por objeto restringir el acceso de los traficantes potenciales a las armas. Se encontró que la aplicación de estas leyes en el estado de Virginia redujo el tráfico interestatal de armas adquiridas en ese estado (36).

MANTENER LAS ARMAS DE FUEGO FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS: Las leyes sobre la prevención del acceso a los niños exigen a los propietarios que almacenen las armas de fuego en un lugar seguro fuera del alcance de los niños (por ejemplo, guardadas bajo llave); el incumplimiento se considera un delito penal (37). Los estudios han asociado estas leyes con una ligera disminución de los suicidios con armas de fuego en los adolescentes (y en general) (38) y, en los estados en los que la violación de estas leyes es un delito grave, una disminución de las muertes accidentales de niños por armas de fuego (39–41).

REGLAMENTACIÓN DE LAS EXPOSICIONES DE ARMAS DE FUEGO: En California, donde las exposiciones de armas de fuego están reglamentadas, los promotores deben estar autorizados y la venta privada de armas de fuego está sumamente restringida. Estas restricciones están asociadas con una menor incidencia de las ventas anónimas e indocumentadas de armas de fuego y de las compras ilegales mediante testaferro, en comparación con los estados que tienen una reglamentación menos rigurosa y exposiciones de armas (42). (Compra mediante testaferro es la realizada por una persona que presta su nombre a alguien a quien no se le permite por ley adquirir o poseer el objeto de la compra.)

MANTENER LAS ARMAS DE FUEGO LEJOS DE LOS AGRESORES VIOLENTOS: Las leyes federales prohíben la tenencia de armas de fuego a los agresores que están sujetos a una orden de alejamiento para proteger a la pareja o a sus hijos; pero no a todos los agresores sujetos a órdenes de alejamiento les afecta esta ley. Para que desaparezca esta diferencia, varios estados han sancionado otras leyes que permiten, mediante la investigación de los antecedentes de los compradores, impedir la compra y posesión de armas de fuego a los acusados de violencia en la pareja. Estas leyes también autorizan a la policía a confiscar las armas de fuego en el propio lugar de los hechos violentos contra la pareja. Las investigaciones sobre la repercusión de estas leyes revelaron que las órdenes de alejamiento han reducido el número de homicidios en las parejas en los estados en los que las autoridades tienen capacidad para realizar investigaciones de antecedentes e impedir a los agresores la adquisición de armas de fuego (43).

emprendía acción legal alguna y se publicitaban menos las operaciones (48). En Boston, la operación Alto al Fuego (Ceasefire) llevada a cabo mediante el proyecto interinstitucional Boston Gun (49), utilizó investigaciones y datos de rastreo de armas de fuego, que servían de apoyo a las estrictas medidas policiales, y medidas disuasivas dirigidas a los traficantes de armas y a los pandilleros violentos. Las medidas disuasivas incluían reuniones y divulgación entre los pandilleros para informarles de las medidas de aplicación rigurosa y de que no se toleraría más la violencia (49). Una evaluación de la eficacia de estas medidas, que no obstante no usó un grupo ni una zona de referencia, encontró que estaban asociadas con disminuciones en los homicidios juveniles, las agresiones con armas de fuego y las intervenciones policiales en altercados en los que había habido disparos (50).

2.3. Amnistías de armas de fuego y planes de recolección

Las amnistías por posesión de armas de fuego civiles y los planes de recompra se usan generalmente a escala nacional, estatal o local para retirar las armas de fuego ilícitas en posesión del público. Las amnistías pueden ser voluntarias o coercitivas y, como se señaló anteriormente, a veces proporcionan una compensación a cambio. Además, como parte de reformas legislativas más amplias, suelen estar acompañadas de actividades para aumentar la concientización o de medidas de mantenimiento de la paz después de los conflictos armados.

Las reformas australianas de 1996 incluían un plan de recompra mediante el cual el estado compraba a la población civil las armas de fuego recién prohibidas a precio de costo. Esto dio lugar a la destrucción de más de 700 000 armas de fuego (24). Por otro lado, las leyes controlaban el acceso de la población civil a las armas de fuego de reemplazo. Hay pocos datos, sin embargo, que señalen la eficacia de los planes de recompra como medidas independientes. Los estudios sobre tres planes aplicados en los Estados Unidos no encontraron ninguna reducción significativa de la criminalidad (51), y los tipos de armas de fuego devueltas eran diferentes de las usadas (52). Además, se encontraron pocas pruebas de que las armas de fuego hubieran sido entregadas por quienes tienen mayor probabilidad de cometer delitos (53). Los análisis económicos han indicado, entretanto, que si no se aplican medidas para restringir el acceso a las armas nuevas, la repetición de los planes de recompra solo reducirá temporalmente el número de armas en circulación. Peor aún, los estudios sugieren que en realidad podrían aumentar la tenencia de armas de fuego debido a la disminución de los costos de adquisición en propiedad (ya que la compensación al devolver las usadas reduce el costo real de las compradas) (54).

En contextos posteriores a un conflicto, sin embargo, el desarme puede ser esencial para el establecimiento de la paz. En Camboya, la recolección

de armas después de la guerra civil suprimió entre 1998 y 2006 unas 130 000 armas de fuego que no estaban controladas por el gobierno. Las medidas, emprendidas con la ayuda internacional, comportaban el respaldo y el apoyo económico a proyectos de desarrollo locales en las zonas que habían entregado las armas de fuego y al desarrollo de sistemas de registro y almacenaje del arsenal por el gobierno y la policía. Los análisis indican que las medidas ayudaron a reducir tanto los homicidios por armas de fuego como los homicidios en general (55).

El Salvador y Sudán proporcionan otros ejemplos de desarme posterior a un conflicto, pero no se han determinado las repercusiones de estas intervenciones sobre la violencia. El final de la guerra civil en El Salvador impulsó un importante desarme de los grupos guerrilleros, que habían ganado legitimidad política en el proceso de paz. El desarme estuvo facilitado por los antiguos combatientes, que proporcionaron una lista de las armas que poseían al grupo de vigilancia de las Naciones Unidas. Dos rondas de recolección (la segunda incluía armas almacenadas fuera de El Salvador) sirvieron para recuperar más de 9 000 armas individuales, 9 000 granadas y 4 millones de rondas de munición (56). En Sudán, las amnistías de armas después de los años de guerra civil tuvieron un éxito desigual. Al norte, en la región de Jonglei, una amnistía (inicialmente) voluntaria contribuyó a aumentar las tensiones políticas y tribales, la violencia y la escasez alimentaria, por no haber sabido garantizar la seguridad de la población civil ni aclarar las condiciones del desarme; el desarme coercitivo recuperó con el tiempo más de 3 000 armas de fuego. Un programa de desarme posterior en la región de Akobo ofreció garantías de seguridad y compensación por las armas entregadas. También utilizó comités comunitarios para gestionar el desarme y se capacitó a los maestros para aceptar, registrar y almacenar las armas entregadas. El programa, que solo se ejecutó durante un período corto, condujo al retorno pacífico de alrededor de 1 400 armas de fuego (57).

2.4. Gestión de las provisiones de armas estatales

Las existencias de armas estatales almacenadas sin un buen sistema de seguridad pueden ser un punto importante de acceso a armas de fuego ilícitas, mediante el robo o las ventas ilegales. Al igual que en Camboya (véase el [apartado 2.3](#)), los programas de gestión de armas, generalmente puestos en práctica con ayuda internacional, están mejorando el control de las existencias almacenadas del gobierno y de la policía en muchos países. En Papúa Nueva Guinea, por ejemplo, una auditoría indicó que 30% de las armas de fuego de la policía habían caído en manos criminales. Los programas de desarrollo de las armerías, aplicados con la asistencia de Australia y Nueva Zelanda, han ayudado a construir armerías nuevas, destruir las armas excedentes, capacitar a la policía y al personal militar y permitir la creación

RECUADRO 3

Reducción de la demanda de armas de fuego y objetos cortantes: tres cuestiones clave

ALTOS NIVELES DE VIOLENCIA: La autoprotección frente a los altos niveles de violencia es a menudo la principal razón expuesta por los individuos para acceder, tener o portar armas de fuego u otros medios letales. En países como Brasil (67) y Sudán (57), los intentos para controlar las armas de fuego se han visto obstaculizados por la necesidad percibida de los individuos de protegerse debido a los altos niveles de violencia, a la inseguridad entre la población civil y la falta de confianza en la capacidad de la policía (o del Estado) para protegerles. Como resultado, entre los pasos fundamentales para reducir la demanda civil de los medios letales está hacer que los sistemas de justicia penal sean más eficaces y garantes de lo que aparentan ser.

PERTENENCIA A UNA PANDILLA: Se ha visto que al pertenecer a una pandilla aumenta el acceso de los jóvenes a las armas, en particular a las armas de fuego (68–70). Las medidas para evitar que los jóvenes entren en una pandilla, así como para que salgan de ellas, deberían ayudar a reducir el acceso a las armas de los jóvenes. Medidas de esta naturaleza incluyen la creación de oportunidades educativas y laborales para los jóvenes vulnerables y las intervenciones conductuales cognoscitivas, tales como el desarrollo de habilidades para la vida. Las últimas revisiones sistemáticas, sin embargo, señalan la urgencia de realizar estudios rigurosos de estas medidas para evaluar su eficacia en cuanto a evitar que los jóvenes entren en las pandillas (71, 72).

MERCADOS DE DROGAS ILEGALES: Una amplia gama de datos vincula la posesión y el uso de los medios letales con la presencia y participación en los mercados de la droga ilegal (70, 73, 74). Dado que estos mercados carecen de controles formales, la violencia es el medio de resolver las controversias, sancionar a los informantes, eliminar a los rivales y castigar a los deudores, entre otros propósitos (73, 75). Por consiguiente, las armas se utilizan sin reparo, tanto en la delincuencia como en la autoprotección. Las medidas para desmontar el tráfico ilegal y reducir la demanda de droga también deberían ayudar a reducir la necesidad y la disponibilidad de los medios letales.

de inventarios de armas, entre otras ventajas. También se cree que los programas han reducido extraordinariamente el trasiego de armas policiales a manos criminales (58). La Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa ha elaborado un manual con orientaciones para la gestión de las existencias nacionales de armas pequeñas y armas ligeras almacenadas (59).

2.5. Almacenamiento más seguro de las armas de fuego

La presencia de un arma de fuego en el hogar es un factor de riesgo importante tanto para los homicidios como para los suicidios por armas de fuego (60, 61). Además, muchas armas de este tipo, causantes de lesiones deliberadas o accidentales en los niños, se consiguen por intermedio de los miembros de la familia o los amigos, a menudo en el propio hogar. Por consiguiente, los requisitos para el almacenamiento seguro son una parte importante en las reformas de la legislación sobre armas de fuego de varios países (véase el apartado 2.1). Algunos de los procedimientos seguros de almacenamiento consisten en guardar las armas de fuego descargadas en un receptáculo cerrado bajo llave y almacenar las municiones separadas de las armas y también bajo llave. Todos estos procedimientos se han asociado con efectos protectores frente a las lesiones por arma de fuego en los jóvenes (62). A falta de legislación, las medidas para restringir el acceso de los niños a las armas de fuego se han centrado en enseñar a los padres las técnicas seguras de almacenamiento. Tales intervenciones a menudo cuentan con profesionales sanitarios que prestan asesoramiento a los padres sobre el almacenamiento de las armas de fuego. En un estudio se encontraron mejoras notables en las

prácticas de almacenamiento seguro de este tipo de armas entre los pacientes que habían asistido a una sesión de orientación breve con un médico de familia (63). Otros estudios, sin embargo, han revelado que tales medidas en los centros de atención primaria tienen poco efecto sobre la posesión o las prácticas de almacenamiento de las armas de fuego (37, 64).

2.6. Características de seguridad de las arma de fuego

Hay una amplia gama de características de seguridad y de productos que pueden usarse para prevenir las lesiones por arma de fuego accidentales y para evitar que los niños u otras personas no autorizadas las utilicen. Entre otros están las empuñaduras, los cargadores y el basculante con dispositivo de seguridad y el bloqueo del gatillo. Si bien es probable que mejores medidas de seguridad del producto puedan en principio reducir las lesiones y restringir el uso de las armas de fuego, hasta ahora no se han hecho suficientes estudios al respecto y ha aumentado la preocupación de que la propia cantidad de armas de fuego no personalizadas en circulación limitaría la utilidad de medidas de este tipo al menos a corto plazo (65).

2.7. Reducción de la demanda de armas de fuego

Junto con las medidas orientadas a restringir el acceso a las armas de fuego, se puede hacer mucho más para reducir la demanda de cualquier tipo de arma. Una discusión detallada de los factores de riesgo de la violencia por armas de fuego está más allá del alcance de esta orientación (66), pero en el recuadro 3 se esbozan tres factores que deben abordarse para reducir el riesgo de que las personas tengan acceso a las armas de fuego y los objetos cortantes.

3. Restricción del acceso a los objetos cortantes

RECUADRO 4

Objetos cortantes: datos y cifras

- Los objetos cortantes son armas usadas frecuentemente para los homicidios en Malasia (se utilizaron objetos cortantes en 41% de los homicidios de Kuala Lumpur) (76), Escocia (cuchillos, 47%) (77), Nigeria (cuchillos, 40%) (78) y Australia (cuchillos, 34%) (79).
- Aproximadamente uno de cada diez niños israelíes dice haber llevado un cuchillo a la escuela en el último mes (80).
- En Inglaterra y Gales, 6% de todos los casos de violencia contra los adultos son con armas blancas y en 4% se han utilizado vasos o botellas como armas (81).
- Habitualmente, el uso de objetos cortantes explica solo una minoría de los suicidios: por ejemplo, 2,5% en Japón (82) y 2% en Australia (4).
- Un estudio con jóvenes de 15 y 16 años reveló que cortarse era la forma más frecuente de daño autoinfligido deliberado en la mayoría de los países participantes (Australia, Bélgica, Inglaterra, Irlanda, Noruega y Países Bajos). En 2009, la prevalencia del daño autoinfligido deliberado fluctuó entre 1,6% y 4,2% en los varones y entre 3,6% y 11,7% en las mujeres (83).

Las investigaciones acerca de las medidas para restringir el acceso a los objetos cortantes están menos avanzadas que las de las armas de fuego, y la mayoría procede del Reino Unido, donde la violencia por arma blanca, en particular entre los jóvenes, es una de las principales preocupaciones sociales y políticas (84). A diferencia de las armas de fuego y los plaguicidas, los objetos cortantes no suelen utilizarse para los suicidios; sin embargo, se usan con frecuencia en daño autoinfligido no suicida (por ejemplo, automutilación) (83), un asunto que va más allá del alcance de la presente orientación. Los cuchillos y otros objetos cortantes son instrumentos frecuentes en el hogar y el lugar de trabajo. El hecho de poder disponer de estos objetos fácilmente y su utilidad complican las medidas de control. Por lo tanto, se necesitan estrategias más amplias que reduzcan los factores de riesgo individuales, relacionales, comunitarios y sociales de la violencia para evitar las situaciones violentas con objetos cortantes. Hasta la fecha, no obstante, las medidas para restringir el acceso a los objetos cortantes para uso violento han sido generalmente similares a las usadas para las armas de fuego. Esta orientación se centra en las reformas legislativas, la aplicación de la legislación y las amnistías de armas.

3.1. Medidas legislativas

Al igual que ocurre con las armas de fuego, la legislación en muchos países procura limitar el acceso a los cuchillos y otros objetos cortantes. En el Reino Unido, por ejemplo, constituye un delito penal llevar un cuchillo u otro objeto cortante¹ en público sin una razón justificada y se han prohibido muchos tipos de cuchillo (por ejemplo, las navajas de muelle) y otras armas ofensivas. Es ilegal fabricar, vender, alquilar, poseer o exponer para la venta, prestar o dar a otra persona armas prohibidas (85). Desde 2006, los cambios legislativos han elevado la edad mínima para adquirir cuchillos de 16 a 18 años, han aumentado la sentencia máxima de prisión por posesión de armas blancas de 2 a 4 años, han facultado a la policía con mayores poderes para registrar a las personas en busca de cuchillos, han facultado a los profesores para registrar a los estudiantes y han agregado a la lista de armas prohibidas las réplicas de espadas de samurái. En Escocia, se está introduciendo un sistema de concesión de licencias que exigirá que los negocios de cuchillería y hojas cortantes para usar fuera del hogar adquieran una licencia. Sin embargo, todavía no se ha determinado la repercusión de estos

¹ Se hace una exención a los cuchillos de hoja plegable (de bolsillo) de menos de tres pulgadas.

cambios legislativos sobre la violencia o el acceso a las armas blancas en el Reino Unido.

En algunos países las autoridades han aprobado leyes, a escala local, con objeto de reducir la violencia grave por utilizar vasos y botellas rotos como arma. A diferencia de otros objetos cortantes, como las navajas, que suelen obtenerse con toda la intención y los llevan consigo las personas, los vasos y las botellas que se usan normalmente en las peleas son los de los establecimientos de consumo de alcohol.² En el Reino Unido, donde cualquier establecimiento que sirva alcohol debe estar autorizado, numerosos servicios de concesión de licencias locales han puesto condiciones para la autorización que exigen a los establecimientos de consumo de alcohol el uso de vasijas que no sean de vidrio (por ejemplo, de policarbonato³). Aunque actualmente hay pocos datos sobre la repercusión de estas prohibiciones sobre la violencia, los primeros estudios han encontrado que el uso de vasos de policarbonato aumenta la impresión de seguridad de los clientes (86). También se ha favorecido el uso de cristalerías endurecidas (con la intención de que tengan más resistencia a los golpes que las de cristal corriente) en los establecimientos de consumo de alcohol. No obstante, un estudio de la repercusión de las cristalerías endurecidas señaló la existencia de problemas de control de la calidad en la fabricación de estos productos; la cristalería endurecida probada tenía en realidad una resistencia al impacto inferior y su uso había causado más lesiones en los camareros (87). El aumento de la resistencia de los vasos usados en los establecimientos de consumo de alcohol al impacto es, por consiguiente, fundamental en la prevención de lesiones.

Se han introducido también localmente en varios países, como el Reino Unido (88) y Nueva Zelanda (89), prohibiciones para evitar el consumo de bebidas alcohólicas o el portar recipientes de bebidas alcohólicas abiertos en determinados lugares públicos. Estas prohibiciones reducen la cantidad de vasos y botellas en las calles, donde se pueden alcanzar y utilizar como armas. De nuevo, se dispone de pocos datos sobre la repercusión de tales prohibiciones, aunque su aplicación en Nueva Zelanda se considera que ha contribuido a disminuir la violencia y los altercados y ha evitado la basura de vasos rotos peligrosos en los lugares públicos (89).

3.2. Aplicación de la legislación

Aunque la aplicación de la normativa sobre armas de fuego ha demostrado ser importante para restringir el acceso a ellas, se han realizado pocas

² El consumo del alcohol es un factor de riesgo de violencia conocido y con bastante frecuencia se señala por contribuir al homicidio y al suicidio. En una de las orientaciones de esta serie se abordan las medidas para reducir la disponibilidad y el consumo abusivo de alcohol.

³ Las vasijas de policarbonato son una especie de recipientes plásticos de aspecto y tacto similar al vidrio, pero prácticamente irrompibles.

investigaciones sobre la aplicación de las medidas que hacen frente a la posesión o la venta ilícitas de armas blancas. Bajo el amparo de una ley de 1997 relativa a las armas blancas, la policía del Reino Unido utiliza la táctica de “detención y registro” para cachear a las personas sospechosas de portar armas ofensivas, no obstante, la eficacia de tales métodos es cuestionable. En Inglaterra y Gales, las técnicas de detención y registro (“anticipándose a la violencia”) se usaron en un total de 18 900 personas entre 2001 y 2002. De esta cantidad, sin embargo, resultó que 1 367 (7%) llevaban un instrumento ofensivo o peligroso y, de estos, únicamente 203 (15%) fueron detenidos por su posesión (90). Por otro lado, el uso, desproporcionado o percibido como tal, de poderes de esta naturaleza con grupos concretos de la población (por ejemplo, hombres jóvenes negros) puede crear resentimientos y desconfianza hacia la policía, lo que afecta a las relaciones entre ciertas comunidades y la policía (91).

3.3. Amnistías de armas blancas

Las amnistías de armas se usan también con frecuencia para retirar los objetos cortantes, como los cuchillos, que están en posesión del público. Las amnistías de armas blancas se aplican con frecuencia en el Reino Unido, con tasas elevadas de retorno, pero demuestran poca eficacia a largo plazo. En 2006, por ejemplo, una amnistía nacional de armas blancas en Inglaterra y Gales recogió 89 864 armas blancas en aproximadamente dos meses. En Londres, el Servicio Metropolitano de Policía informó reducciones de los delitos por arma blanca que empezaron cinco semanas después de la amnistía; no obstante, estas se mantuvieron durante solamente ocho semanas, al cabo de las cuales se volvió a las mismas cotas de antes de la operación (92). En Strathclyde, Escocia, la policía impulsó una iniciativa, Operación Cuchilla (*Blade*), para prevenir la delincuencia por arma blanca que combinaba una amnistía de armas blancas con una campaña en los medios de comunicación, mejores medidas de seguridad en los establecimientos de consumo de alcohol e intercambios tanto con los vendedores minoristas de armas blancas como con los jóvenes. Después de la intervención se observaron reducciones tanto de los delitos con arma blanca informados por la policía como de los apuñalamientos graves tratados en el departamento de urgencias y accidentes; sin embargo, los efectos no se mantuvieron al año siguiente de la intervención (93).

3.4. Reducción de la demanda de objetos cortantes

Muchos de los factores de riesgo en cuanto al acceso y la utilización de objetos cortantes con fines violentos coinciden con los de las armas de fuego. Aunque una discusión detallada sobre estos factores de riesgo está más allá del alcance de la presente orientación, en el **recuadro 3**, más arriba, se esbozan tres factores clave que deben abordarse para reducir el peligro generado cuando se tiene acceso a los objetos cortantes y se utilizan.

4. Restricción del acceso a los plaguicidas

RECUADRO 5

Plaguicidas: datos y cifras

- La ingestión de plaguicidas es el medio utilizado anualmente en unos 370 000 suicidios en todo el mundo, más de un tercio del total de suicidios (6).
- La proporción de suicidios por ingestión de plaguicidas fluctúa entre 4% en la Región Europea de la OMS y 56% en la Región del Pacífico Occidental (6). En los países de ingresos medios y bajos se produce un número desproporcionado de suicidios por intoxicación voluntaria con plaguicidas.
- En muchas zonas rurales de Asia Sudoriental, la ingestión de plaguicidas representa más de 60% del total de suicidios (94). Los cálculos indican que más de 160 000 personas de esta región se suicidan cada año con la ingestión de plaguicidas (6).
- La toxicidad de los plaguicidas para los seres humanos es muy variable; la ingestión de paraquat es mortal en más de 60% de los casos de intoxicación voluntaria (95), comparado con menos de 10% en el caso del insecticida clorpirifós (96).
- La intoxicación por plaguicidas es una carga enormemente onerosa para los servicios de salud en los países en desarrollo. Entre 1995 y 1996, 41% de las camas de cuidados intensivos de un hospital de Sri Lanka estuvieron ocupadas por personas intoxicadas con organofosforados (97). En 2004, el costo global del tratamiento de los casos de intoxicación voluntaria en Sri Lanka fue de aproximadamente \$1 millón (98).

Los problemas relacionados con los plaguicidas difieren mucho, en apariencia, de los de las armas de fuego y las armas blancas, no obstante, las medidas utilizadas para restringir el acceso a ellos son similares. Los plaguicidas se asocian sobre todo con actos impulsivos de daño autoinfligido y el peso de esta carga recae, en gran parte, en las comunidades agrícolas de los países en desarrollo. Además, muchos actos de daño autoinfligido relacionados con los plaguicidas en los que la persona no busca realmente morir acaban en la muerte, debido a la gran toxicidad de los plaguicidas y a la falta de tratamientos disponibles, particularmente en las zonas rurales. Controlar el acceso a los plaguicidas no solo es fundamental para reducir la violencia autoinfligida, sino también para prevenir otras formas de lesión y violencia, que van desde el daño autoinfligido, la intoxicación accidental hasta incluso los ataques terroristas. Aunque no se trata en la presente orientación, los plaguicidas causan daños muy importantes por intoxicación accidental y podrían usarse como armas mortales si se contaminaran alimentos (99).

Los diferentes plaguicidas tienen grados desiguales de toxicidad para los seres humanos y, en consecuencia, presentan distintos riesgos para nuestra salud. Desde 1975, la OMS ha mantenido un sistema de clasificación para distinguir entre los plaguicidas más y menos peligrosos basándose en los riesgos graves para la salud (100).⁴ En 1985, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) elaboró un *Código Internacional de Conducta sobre la Distribución y Utilización de Plaguicidas* (101). El código establece normas de carácter voluntario para todas las entidades que intervienen en la distribución y utilización de plaguicidas, en particular las que operan en países con una legislación inadecuada para regular los plaguicidas. Se han aplicado otros convenios internacionales para alentar a las naciones y la industria de los plaguicidas a controlar las sustancias peligrosas eficazmente, como el Convenio de Estocolmo (2004), cuyo objetivo es eliminar la utilización de nueve de los plaguicidas más nocivos (102).

⁴ Clasificación de la OMS: clase 1a = extremadamente peligroso; clase 1b = altamente peligroso; clase 2 = moderadamente peligroso; clase 3 = ligeramente peligroso

Diversos países de ingresos altos han prohibido ya el uso y la exportación de estas sustancias (por ejemplo, los países de la Unión Europea [103]). Sin embargo, todavía se utilizan en muchos países en desarrollo en los que el uso y el control más seguros de los plaguicidas están limitados por la falta de fondos, técnicas, recursos humanos, capacitación, datos, conocimientos técnicos, concientización del público y otros elementos (104–106). Por ejemplo, según la Red Internacional de Acción en Plaguicidas, 73% de los plaguicidas importados por Tailandia pertenecen a las clases 1a o 1b, según la clasificación de la OMS (107). Aun cuando exista una legislación, el cumplimiento puede ser insuficiente, y en muchos países funcionan mercados informales no autorizados que suministran plaguicidas reenvasados, diluidos o mezclados con otras sustancias y, por consiguiente, etiquetados inapropiadamente (108).

Impedir el acceso a los plaguicidas más peligrosos es esencial para la prevención de los suicidios. Las medidas que se deben emprender para prevenir el acceso a los tipos más peligrosos abarcan las políticas de regulación que restringen o prohíben la producción, la importación o venta de ciertos plaguicidas y las medidas para mejorar la seguridad de su almacenamiento.

4.1. Medidas legislativas

Las políticas que restringen o prohíben el uso de sustancias altamente tóxicas pueden reducir el acceso a los medios letales y disminuir la mortalidad por suicidio. Los datos relativos a la repercusión de estas prohibiciones sobre el suicidio proceden de diversos países. Por ejemplo, después de que Jordania prohibiera el organofosforado paratión (que había sido la causa de más de 90% de las muertes por plaguicidas) en 1981, en Ammán hubo una disminución de 80% en las muertes por intoxicación que requirieron autopsia (104). Un estudio

posterior reveló que los carbamatos, en lugar de los organofosforados, se habían convertido en los plaguicidas más frecuentes en las intoxicaciones mortales (109).

Sri Lanka tiene la reglamentación de plaguicidas que probablemente se haya estudiado más (**recuadro 6**). El caso de Sri Lanka, sin embargo, también muestra que la restricción de plaguicidas específicos pueden llevar a los agricultores a sustituirlos por otras sustancias peligrosas. En consecuencia, aunque las restricciones y las prohibiciones de sustancias sumamente tóxicas pueden ser eficaces, la aplicación de dichas medidas debe ir acompañada del trabajo de evaluación correspondiente para conocer las necesidades agrícolas y facilitar el reemplazo de esas sustancias por otras de menor riesgo para contener las plagas (112).

En Samoa, se produjo un aumento súbito de las intoxicaciones voluntarias y los suicidios a raíz de la introducción del paraquat en 1974. La disminución de las importaciones de paraquat a partir de 1982, y no una prohibición de tipo legislativo, dio lugar a una reducción en las tasas de suicidio a partir de esa fecha (104).

4.2. Almacenamiento más seguro de los plaguicidas

El acceso a los plaguicidas puede restringirse mediante la adopción y el mantenimiento de prácticas más seguras de almacenamiento de los plaguicidas. En los países en desarrollo, gran parte de la agricultura consiste en pequeñas plantaciones agrícolas, en las que cada familia de agricultores almacena y utiliza sus propias existencias de plaguicidas. Prácticas de almacenamiento inseguras son con frecuencia la norma. Así, una encuesta realizada entre los agricultores de algodón y piña tropical en Benín reveló que la mayoría almacenaba los plaguicidas en sus

RECUADRO 6

Repercusión de las prohibiciones específicas de plaguicidas en Sri Lanka

En Sri Lanka, las tasas de suicidio se multiplicaron por ocho entre 1950 y 1995 (110), y más de dos tercios de los suicidios se debieron a intoxicación por plaguicidas (111). A partir de 1991, las importaciones de plaguicidas de clase 1, según la clasificación de la OMS (altamente o extremadamente peligrosos), se redujeron gradualmente hasta que se aplicó una prohibición total de su importación y venta en 1995. Esta prohibición estuvo seguida de una disminución brusca de la mortalidad por suicidio. El número de ingresos hospitalarios por intoxicación voluntaria con plaguicidas aumentó, sin embargo, al igual que lo hizo la tasa de mortalidad intrahospitalaria por intoxicación con plaguicidas. Estos hechos se produjeron a raíz de la prohibición de 1995 que impulsó a los agricultores a cambiar al insecticida de clase 2 (moderadamente peligroso) endosulfán. A su vez, esto condujo a un aumento de las intoxicaciones voluntarias con esta sustancia, que, paradójicamente, es más difícil de tratar que la intoxicación por plaguicidas más tóxicos de la clase 1. El endosulfán se prohibió en 1998, una iniciativa asociada con disminuciones aún mayores de la mortalidad por suicidio (incluido en este caso la mortalidad intrahospitalaria). Hubo aproximadamente 20 000 suicidios menos en el período de 1996 a 2005 en comparación con el comprendido entre 1986 y 1995 (110, 111). Otros factores, como la guerra civil, el desempleo, el divorcio, el consumo abusivo de alcohol y las cantidades utilizadas actualmente de plaguicidas no se asociaron con tasas reducidas de suicidio (111). Es importante señalar que la prohibición de los plaguicidas no guardaba relación con pérdidas en la producción agrícola (112).

hogares, cerca de 75% en alcobas y 5% en la cocina. Menos de uno de cada diez los guardaba en un lugar aparte fuera del hogar y el resto en los campos o en los graneros (113). Los estudios realizados indican que muchos casos de intoxicación voluntaria mortal en los países en desarrollo son actos impulsivos facilitados por la disponibilidad inmediata de los plaguicidas en los hogares rurales (114, 115).

La Iniciativa de la OMS sobre el Impacto de los Plaguicidas en la Salud ha identificado una serie de intervenciones comunitarias para promover el almacenamiento más seguro de los plaguicidas (116). Entre ellas se encuentran:

- Proveer cajas o armarios cerrados con llave para almacenar los plaguicidas en los hogares agrícolas
- Fomentar el almacenamiento comunal centralizado de los plaguicidas
- Educar a los que utilizan los plaguicidas acerca de los peligros para la salud asociados con su uso y acerca de la utilización, el almacenamiento y la eliminación seguros de los plaguicidas.

Las dos primeras medidas se tratan a continuación. Hasta hace poco había habido pocas evaluaciones de la eficacia de estas medidas sobre las prácticas de almacenamiento y la intoxicación por plaguicidas, aunque ahora son más numerosas. Para fomentar una amplia puesta en práctica y evaluación del almacenamiento seguro y las medidas educativas, la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio han publicado los detalles acerca de las actividades necesarias para ejecutar y evaluar las diferentes intervenciones y han empezado a preparar estudios experimentales (116, 117).

4.2.1. Provisión de cajas cerradas con llave para el almacenamiento de los plaguicidas

Las cajas de almacenamiento cerradas con llave proporcionadas a las familias que utilizan plaguicidas pueden ayudar a restringir el acceso a los medios letales, ya que mejoran el método de almacenamiento en el hogar de las personas que las utilizan. La introducción de las cajas de almacenamiento debe ir acompañada de la educación de los miembros de la comunidad o el hogar sobre la importancia del almacenamiento seguro de los plaguicidas, con instrucciones acerca del uso y mantenimiento de la caja. Se proporcionaron cajas de almacenamiento con llave para los plaguicidas en las comunidades agrícolas de Sri Lanka. Un estudio que investiga la repercusión de este plan en las prácticas de almacenamiento encontró aumentos significativos del almacenamiento seguro de los plaguicidas, ya que siete meses después de la puesta en práctica del plan 82% de los hogares participantes dijeron haber almacenado los plaguicidas en la casa en cajas cerradas con llave, comparado con 2% al inicio del estudio. La proporción de hogares que almacenaban

los plaguicidas en los campos, sin embargo, bajó de 46% al inicio del estudio a 2% durante el seguimiento. Este modo de aumentar el almacenamiento de plaguicidas tóxicos en el hogar podría incrementar el riesgo de intoxicación voluntaria, si las cajas no se mantienen cerradas bajo llave todo el tiempo (118).

Otro estudio que proporcionaba cajas de un almacenamiento con llave en Sri Lanka, encontró aumentos similares de su uso 30 semanas después de la intervención. A los 18 meses, se observó una ligera reducción en el uso de estas cajas, aunque 75% de los hogares participantes seguía utilizándolas. Si bien los autores recopilaron datos sobre suicidios y daños autoinfligidos, el tamaño relativamente pequeño del estudio impidió extraer conclusiones sobre la repercusión de la intervención en las intoxicaciones voluntarias con plaguicidas (119). Actualmente se están realizando en Sri Lanka otros estudios sobre la repercusión del uso de las cajas cerradas con llave en las intoxicaciones deliberadas y el suicidio (116, 117).

4.2.2. Fomentar el almacenamiento comunal centralizado de los plaguicidas

La creación de establecimientos centralizados de almacenamiento de los plaguicidas en las comunidades agrícolas puede mejorar la supervisión del acceso a los plaguicidas. Los establecimientos de almacenamiento comunales operan a diferentes niveles. En un establecimiento de bajo nivel, el almacenamiento centralizado en cajas seguras facilita el acceso de las familias a sus propios plaguicidas en cualquier momento. Los establecimientos de nivel más alto emplean a una persona responsable que controla el acceso de las familias a sus reservas de plaguicida, por ejemplo, proporcionándoles la cantidad requerida de plaguicida diariamente. Otra posibilidad consiste en usar un sistema centralizado de adquisición y distribución, con una persona autorizada que controle el acceso a los plaguicidas para toda la comunidad. Este modo de actuar exige la selección y capacitación adecuada de los responsables, de forma que el sistema opere de una manera razonable y los responsables estén preparados para asesorar con fundamentos sobre la seguridad de los plaguicidas a los participantes.

Las unidades de almacenamiento comunales también pueden proveer la eliminación sin riesgos de los plaguicidas sobrantes y de los envases vacíos. Actualmente no existen datos publicados sobre la eficacia de los sistemas comunales de almacenamiento de los plaguicidas, no obstante, la Iniciativa sobre el Impacto de los Plaguicidas en la Salud, de la OMS, está fomentando los esfuerzos para desarrollar y evaluar proyectos experimentales (117). Una preocupación clave de este enfoque es su sostenibilidad, ya que depende de que las personas estén de acuerdo en almacenar sus plaguicidas en una ubicación central a pesar de que esta práctica aumenta el tiempo y el esfuerzo necesarios para su labor de rociar los campos.

5. Resumen

En la presente orientación se han esbozado los datos científicos del impacto sobre la violencia de una serie de medidas destinadas a restringir el acceso a las armas de fuego, los objetos cortantes y los plaguicidas. A pesar de la falta de datos probatorios en algunos ámbitos, los resultados son generalmente esperanzadores, y sugirieron que las medidas para restringir el acceso a esos medios letales puestos en práctica de forma adecuada pueden ayudar a reducir la violencia. La gran mayoría de los datos actuales se centran en la aplicación de las leyes nacionales o locales para controlar la compra, la venta y el uso de los medios letales. En este sentido, varios estudios han revelado que la legislación que controla eficazmente el acceso a los medios letales reduce tanto los homicidios (con armas de fuego) como los suicidios (con armas de fuego y plaguicidas). No obstante, incluso en el caso de las armas de fuego, que han sido el objeto de la mayoría de las investigaciones, se necesitan datos y estudios más rigurosos para avanzar en la comprensión de las repercusiones de estas medidas (34).

El endurecimiento de la legislación nacional para restringir el acceso a los medios letales, aun cuando esto sea posible, puede ser un proceso largo y complejo. Sin embargo puede hacerse mucho a escala local para aplicar la normativa en vigor, facilitar un almacenamiento más seguro de los elementos letales y retirar las armas mortales de manos civiles. Ejemplos prometedores de las medidas comunitarias se encuentran en países de ingresos altos, medios y bajos. Por ejemplo, el almacenamiento más seguro de los plaguicidas, en Sri Lanka; el proyecto *Municipios Sin Armas*, en El Salvador; el proyecto *Boston Gun*, en los Estados Unidos; y la Operación Cuchilla, en Escocia. Los programas comunitarios a menudo combinan las medidas para restringir el acceso a los medios letales con la capacitación (de los usuarios

de plaguicidas, la policía y otros) y el aumento de la concientización del público. Estos programas están diseñados y organizados por miembros de la comunidad y también pueden adaptarse a las necesidades locales. Proyectos de este tipo requieren, no obstante, un compromiso sostenido a escala local, que puede ser difícil de mantener, por lo que los beneficios pueden ser efímeros. Ampliar más la base científica sobre medidas eficaces de la comunidad con resultados sostenibles es, por consiguiente, un paso esencial para reducir la violencia mediante los medios letales.

La evaluación de las medidas preventivas de la violencia interpersonal y de la autoinfligida es difícil si los datos son limitados. Si bien esto es un problema universal, se siente más vivamente en los países en desarrollo, donde la necesidad de los datos sobre la eficacia de las medidas para restringir el acceso a los medios letales es más urgente. El desarrollo de sistemas sólidos de recopilación de datos acerca de las lesiones debe, por consiguiente, estar entre las prioridades principales.

La prevención del acceso a los medios letales requiere una amplia colaboración a todos los niveles, y comienza con el compromiso y apoyo fuerte de las autoridades gubernamentales y de las comunidades. Las intervenciones para restringir el acceso a los medios letales se centran principalmente en controlar dichos medios; pero para evitar que las personas encuentren fácilmente otros medios de violencia, estas intervenciones deben formar parte de medidas más amplias orientadas a reducir la pobreza y las desigualdades sociales, detener el mercado de las drogas ilegales, reducir la criminalidad y garantizar que los sistemas de justicia penal sean eficientes, justos y percibidos como protectores de la sociedad ante la violencia.

Referencias

1. The global burden of disease: 2004 update. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html, consultado el 31 de octubre del 2008).
2. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
3. Hemenway D. *Private guns, public health*. Ann Arbor, University of Michigan Press, 2004.
4. Elnour AA, Harrison J. Lethality of suicide methods. *Injury Prevention*, 2008, 14:39–45.
5. Geneva Declaration Secretariat. *Global burden of armed violence*. Ginebra, Secretariado de la Declaración de Ginebra, 2008.
6. Gunnell D et al. The global distribution of fatal pesticide selfpoisoning: systematic review. *BMC Public Health*, 2007, 7:357.
7. Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL. Firearmrelated deaths in the United States and 35 other high and uppermiddleincome countries. *International Journal of Epidemiology*, 1998, 27:214–221.
8. Small Arms Survey, ed. *Small arms survey 2007: guns and the city*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
9. Butchart A et al. *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies can help*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
10. Cardona M et al. Homicidios en Medellín, Colombia, entre 1990 y 2002: actores, móviles y circunstancias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2007, 22:231–238.
11. “A house isn’t a home without a gun”: SALW survey, Republic of Montenegro. Belgrade, Small Arms Survey/South Eastern Europe Clearing House for the Control of Small Arms and Light Weapons, 2004.
12. Fox JA, Zawitz MW. *Homicide trends in the United States*. Washington, DC, United States Department of Justice, Bureau of Justice Statistics (<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/homtrnd.htm>, consultado el 10 de marzo de 2008).
13. Gawryszewski VP. Homicide trends and characteristics – Brazil, 1980–2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2004, 53:169–171.
14. AjdacicGross V et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2008, 86:726–732.
15. Värnika A et al. Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, 2008; doi:10.1016/j.jad.2008.06.004.
16. Allard D, Burch VC. The cost of treating serious abdominal firearmrelated injuries in South Africa. *South African Medical Journal*, 2005, 95:591–594.
17. Dubourg R, Hamed J, Thorns J. *The economic and social costs of crime against individuals and households 2003/04*. Home Office online report 20/05. Londres, Home Office, 2005 (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr3005.pdf>, consultado el 23 de julio de 2008).
18. AjdacicGross V. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:1752–1755.
19. Killias M, van Kesteren J, Rindlisbacher M. Guns, violent crime, and suicide in 21 countries. *Canadian Journal of Criminology*, 2001, 43:429–448.
20. Rosengart M et al. An evaluation of state firearm regulations and homicide and suicide death rates. *Injury Prevention*, 2005, 11:77–83.
21. Miller M, Hemenway D, Azrael D. Statelevel homicide victimization rates in the US in relation to survey measures of household firearm ownership, 2001–2003. *Social Science and Medicine*, 2007, 64:656–664.
22. Conner KR, Zhong Y. State firearm laws and rates of suicide in men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 25:320–324.
23. OzanneSmith J et al. Firearm related deaths: the impact of regulatory reform. *Injury Prevention*, 2004, 10:280–286.
24. Chapman S et al. Australia’s 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Injury Prevention*, 2006, 12:365–372.
25. Neill C, Leigh A. *Weak tests and strong conclusions: a reanalysis of gun deaths and the Australian firearms buyback*. Discussion paper no. 555. Canberra, Centre for Economic Policy Research, 2007.

26. Baker J, McPhedran S. Gun laws and sudden death: did the Australian firearms legislation of 1996 make a difference? *British Journal of Criminology*, 2007, 47:455-469.
27. McPhedran S, Baker J. Australian firearms legislation and unintentional firearms deaths: a theoretical explanation for the absence of decline following the 1996 gun laws. *Salud Pública*, 2008, 122:297-299.
28. Kapusta ND et al. Firearm legislation reform in the European Union: the impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria. *British Journal of Psychiatry*, 2007, 191:253-257.
29. Marinho de Souza MdF et al. Reductions in firearm related mortality and hospitalizations in Brazil after gun control. *Health Affairs*, 2007, 26:575-584.
30. Beautrais AL, Fergusson DM, Horwood LJ. Firearms legislation and reductions in firearm-related suicide deaths in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, 40:253-259.
31. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities. *JAMA*, 2000, 283:1205-1209.
32. Cano I. *Living without arms? Evaluation of the ArmsFree Municipalities Project: an experience in risktaking in a risky context*. San Salvador, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo El Salvador, 2006.
33. Muggah R, Stevenson C. *On the edge: considering the causes and consequences of armed violence in Central America*. Documento de antecedentes para Crimen y Violencia en Centroamérica del Banco Mundial ESW, 2008.
34. Hahn RA et al. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: firearms laws. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52(RR14):11-20.
35. Webster DW, Vernick JS, Hepburn LM. Effects of Maryland's law banning "Saturday night special" handguns on homicides. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 155:406-412.
36. Weil DS, Knox RC. Effects of limiting handgun purchases on interstate transfer of firearms. *JAMA*, 1996, 275:1759-1761.
37. Hardy MS. Keeping children safe around guns: pitfalls and promises. *Aggression and Violent Behaviour*, 2006, 11:352-366.
38. Webster DW et al. Association between youth-focused firearm laws and youth suicides. *JAMA*, 2004, 292:594-601.
39. Cummings P et al. State gun safe storage laws and child mortality due to firearms. *JAMA*, 1997, 278:1084-1086.
40. Hepburn L et al. The effect of child access prevention laws on unintentional child firearm fatalities, 1979-2000. *Journal of Trauma*, 2006, 61:423-428.
41. Webster DW, Starnes M. Reexamining the association between child access prevention gun laws and unintentional shooting deaths of children. *Pediatrics*, 2000, 106:1466-1469.
42. Wintemute GJ. Gun shows across a multistate American gun market: observational evidence of the effects of regulatory policies. *Injury Prevention*, 2007, 13:150-155.
43. Vigdor ER, Mercy JA. Do laws restricting access to firearms by domestic violence offenders prevent intimate partner homicide? *Evaluation Review*, 2006, 30:343-346.
44. Bureau of Alcohol, Tobacco and Firearms. *Commerce in firearms in the United States*. Washington, DC, United States Department of the Treasury, 2000.
45. Small arms survey 2002. Cited by Wintemute GJ. Gun shows across a multistate American gun market: observational evidence of the effects of regulatory policies. *Injury Prevention*, 2007, 13:150-155.
46. Muggah R. *Securing Haiti's transition: reviewing human insecurity and the prospects for disarmament, demobilization, and reintegration*. Ginebra, Small Arms Survey, 2005.
47. Bureau of Alcohol, Tobacco, Firearms and Explosives. (<http://www.atf.gov/firearms/fflc/index.htm>, consultado el 10 de marzo de 2008).
48. Webster DW et al. Effects of undercover police stings of gun dealers on the supply of new guns to criminals. *Injury Prevention*, 2006, 12:225-230.
49. Kennedy DM, Braga AA, Piehl AM. Developing and implementing Operation Ceasefire. In Ashcroft J. *Reducing gun violence: the Boston Gun Project's Operation Ceasefire*. Washington, DC, United States Department of Justice, 2001.
50. Braga AA et al. Measuring the impact of Operation Ceasefire. In Ashcroft J. *Reducing gun violence: the Boston Gun Project's Operation Ceasefire*. Washington, DC, United States Department of Justice, 2001.
51. Callahan CM, Rivara FP, Keopsell TD. Money for guns: evaluation of the Seattle gun buyback program. *Public Health Reports*, 1994, 109:472-477.
52. Kuhn EM et al. Missing the target: a comparison of buyback and fatality related guns. *Injury Prevention*, 2002, 8:143-146.
53. Romero MP, Wintemute GJ, Vernick JS. Characteristics of a gun exchange program, and an assessment of potential benefits. *Injury Prevention*, 1998, 4:206-210.
54. Mullin WP. Will gun buyback programs increase the quantity of guns? *International Review of Law and Economics*, 2001, 21:87-102.
55. Wille C. Finding the evidence: the links between weapons collection programmes, gun use and homicide rates in Cambodia. *African Security Review*, 2005, 15:57-73.
56. Chloros A et al. *Breaking the cycle of violence: light weapons destruction in Central America*. BASIC papers: occasional papers on international security policy. Londres, British American Security Information Council, 1997.

57. Anatomy of civilian disarmament in Jonglei State: recent experiences and implications. *Sudan Issue Brief 3* (2nd edition). Noviembre 2006–Febrero 2007. Ginebra, Small Arms Survey, 2007.
58. Alpers P. *Gunrunning in Papua New Guinea: from arrows to assault weapons in the Southern Highlands*. Ginebra, Small Arms Survey, 2005.
59. *Handbook of best practices on small arms and light weapons*. Viena, Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa, 2003.
60. Hepburn LM, Hemenway D. Firearm availability and homicide: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 2004, 9:417–440.
61. Dahlberg LL, Ikeda RM, Kresnow M. Guns in the home and risk of a violent death in the home: findings from a national study. *American Journal of Epidemiology*, 2004, 160:929–936.
62. Grossman DC et al. Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries. *JAMA*, 2005, 293:707–714.
63. Albright TL, Burge SK. Improving firearm storage habits: impact of brief office counselling by family physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:40–46.
64. Grossman DC et al. Firearm safety counselling in primary care pediatrics: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 2000, 106:22–26.
65. Teret SP, Culross PL. Productoriented approaches to reducing youth gun violence. *The Future of Children*, 2002, 12:119–131.
66. Small Arms Survey, eds. *Small arms survey 2008: risk and resilience*. Ginebra, Small Arms Survey, 2008.
67. Goldstein D. Gun politics: reflections on Brazil's failed gun ban referendum in the Rio de Janeiro context. In Springwood CF, ed. *Open fire: understanding global gun cultures*. Oxford, Berg, 2007.
68. Thornberry T et al. *Gangs and delinquency in developmental perspective*. Cambridge, Cambridge University Press, 2003.
69. Bjerregaard B, Lizotte AJ. Gun ownership and gang membership. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1995, 86:37–58.
70. Bennett T, Holloway K. Gang membership, drugs and crime in the UK. *British Journal of Criminology*, 2004, 44:305–323.
71. Fisher H, Gardner FEM, Montgomery P. Cognitivebehavioural interventions for preventing youth gang involvement for children and young people (7–16). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, 2:CD007008.
72. Fisher H, Montgomery P, Gardner FEM. Opportunities provision for preventing youth gang involvement for children and young people (7–16). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, 2:CD007002.
73. Goldstein PJ. The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 1985, 39:143–174.
74. Penglase RB. The shutdown of Rio de Janeiro: the poetics of drug trafficker violence. *Anthropology Today*, 2005, 21:3–6.
75. Lupton R et al. *A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods*. Londres, Home Office, 2002.
76. Kumar V et al. A study of homicidal deaths in medicolegal autopsies at UMMC, Kuala Lumpur. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 2005, 12:254–257.
77. Leyland AH. Homicides involving knives and other sharp objects in Scotland, 1981–2003. *Journal of Public Health*, 2006, 28:145–147.
78. Hazen JM, Horner J. *Small arms, armed violence, and insecurity in Nigeria: the Niger Delta in perspective*. Ginebra, Small Arms Survey, 2007.
79. *Crime and criminal justice statistics*. Canberra, Australian Institute of Criminology (<http://www.aic.gov.au/stats/crime/weapons.html>, consultado el 10 de marzo de 2008).
80. KhouryKassabri M, Astor RA, Benbenishty R. Weapon carrying in Israeli schools: the contribution of individual and school factors. *Health Education & Behaviour*, 2007, 34:453–470.
81. Kershaw C, Nicholas S, Walker A. *Crime in England and Wales 2007/08: findings from the British Crime Survey and police reported crime*. Londres, Home Office, 2008.
82. Fukube S et al. Retrospective study on suicidal cases by sharp force injuries. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2008, 15:163–167.
83. Madge N et al. Deliberate selfharm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Selfharm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, 49:667–677.
84. HM Government. *Youth crime action plan 2008*. London, Central Office of Information, 2008.
85. *Criminal Justice Act 1988* (http://www.opsi.gov.uk/ACTS/acts1988/ukpga_19880033_en_1, consultado el 19 de noviembre de 2008).
86. Forsyth AJM. Banning glassware from nightclubs in Glasgow (Scotland): observed impacts, compliance and patron's views. *Alcohol & Alcoholism*, 2007, doi:10.1093/alcalc/agm142.
87. Warburton AL, Shepherd JP. Effectiveness of toughened glassware in terms of reducing injury in bars: a randomised controlled trial. *Injury Prevention*, 2000, 6:36–40.
88. Hughes K, Bellis MA. *Use of environmental strategies to tackle alcohol related harm in nightlife environments: the UK experience*. Lisbon, European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction, 2007.
89. Webb M, MarriottLloyd P, Grenfell M. *Banning the bottle: liquor bans in New Zealand*. 3rd Australasian Drug Strategy Conference. Melbourne, Australia ([http://www.ndp.govt.nz/moh.nsf/pagescm/1047/\\$File/banningbottleliquorbans.pdf](http://www.ndp.govt.nz/moh.nsf/pagescm/1047/$File/banningbottleliquorbans.pdf), consultado el 19 de noviembre de 2008).

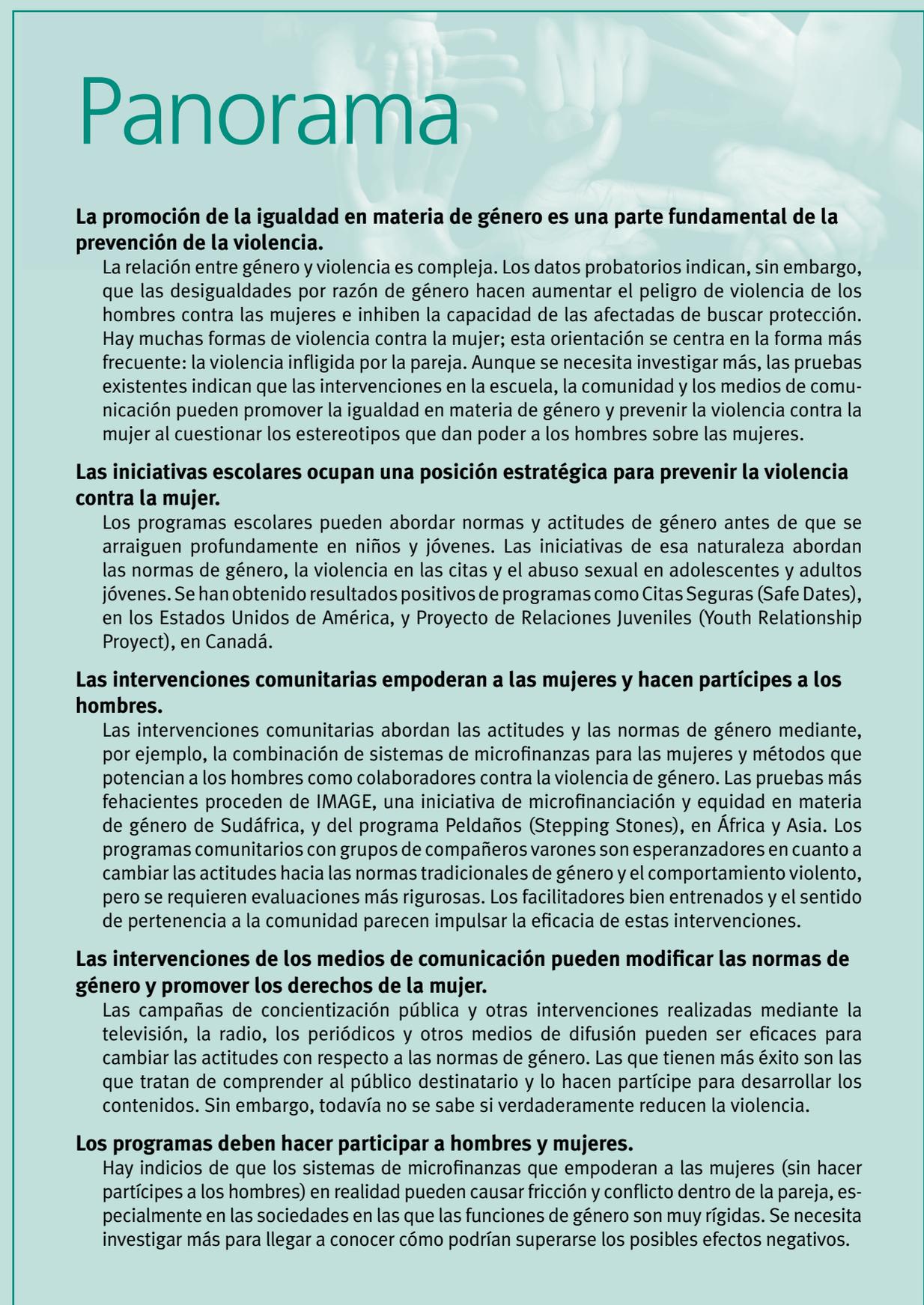
90. Brookman F, Maguire M. *Reducing homicide: a review of the possibilities*. Londres, Home Office, 2003.
91. Sharp D. Serve and protect? Black young people's experiences of policing in the community. In Wilson D, Rees G eds. *Just justice: a study into black young people's experiences of the youth justice system*. Londres, The Children's Society, 2006.
92. *Knife amnesty: impact on knife-enabled offences*. London, Metropolitan Police Service, 2006 (http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/o6_12_o6_knife_amnesty.pdf, consultado el 19 de noviembre de 2008).
93. Bleetman A et al. Effect of Strathclyde police initiative "Operation Blade" on accident and emergency attendances due to assault. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 1997, 14:153-156.
94. Gunnell D, Eddleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:902-909.
95. Wilks MF et al. Improvement in survival after paraquat ingestion following introduction of a new formulation in Sri Lanka. *PLoS Medicine*, 2008, 5: e49.
96. Eddleston M et al. Differences between organophosphorus insecticides in human self-poisoning. *Lancet*, 2005, 366:1452-1459.
97. Eddleston M, Sheriff MHR, Hawton K. Deliberate self harm in Sri Lanka: an overlooked tragedy in the developing world. *BMJ*, 1998, 317:133-142.
98. Wickramasinghe K et al. Financial costs to the government health care services for treating acute self-poisoning in a rural Asian district. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:180-185.
99. *Terrorist threats to food: guidance for establishing and strengthening prevention and response systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
100. *The WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
101. *Código internacional de conducta sobre la distribución y utilización de plaguicidas*. Roma, Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2003.
102. *Stockholm Convention* (<http://chm.pops.int/>, consultado el 18 de julio de 2008).
103. Pesticide Action Network UK. Which pesticides are banned in Europe? *Food & Fairness Briefing No.1* (<http://www.panuk.org/projects/fairness/documents.html>), consultado el 19 de noviembre de 2008.
104. Eddleston M et al. Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list. *The Lancet*, 2002, 360:1163-1167.
105. Bertolote JM et al. Deaths from pesticide poisoning: a global response. *British Journal of Psychiatry*, 2006, 189:201-203.
106. Pinto Pereira LM, Boysielal K, SiungChang A. Pesticide regulation, utilization, and retailers' selling practices in Trinidad and Tobago, West Indies: current situation and needed changes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2007, 22:83-90.
107. *Pesticide Action Network International. Community-based monitoring of pesticide impacts: A PAN international position paper – working group 5*. 2007 (<http://www.paninternational.org/panint/files/WG5%20Community%20Base%20Monitoring.pdf>, consultado el 18 de julio de 2008).
108. *The chemical trap: stories from African fields*. Londres, Pesticide Action Network UK, 2007.
109. Abdullat EM et al. Agricultural and horticultural pesticides fatal poisoning: the Jordanian experience 1999-2002. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 2006, 13:304-307.
110. Gunnell D et al. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:1235-1242.
111. Roberts DM et al. Influence of pesticide regulation on acute poisoning deaths in Sri Lanka. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2003, 81:789-798.
112. Manuweera G et al. Do targeted bans of insecticides to prevent deaths from self-poisoning result in reduced agricultural output? *Environmental Health Perspectives*, 2008, 116:492-495.
113. Williamson S, Ball A, Pretty J. Trends in pesticide use and drivers for safer pest management in four African countries. *Crop Protection*, 2008, 27:1327-1334.
114. Li XY et al. Characteristics of serious suicide attempts treated in general hospitals. *Chinese Mental Health Journal*, 2002, 16:681-684.
115. Eddleston M et al. Choice of poison for intentional self-poisoning in rural Sri Lanka. *Clinical Toxicology*, 2006, 44:283-286.
116. World Health Organization/International Association for Suicide Prevention. *Safer access to pesticides: community interventions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
117. World Health Organization/International Association for Suicide Prevention. *Prevention of suicidal behaviours: feasibility demonstration projects on community interventions for safer access to pesticides*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
118. Konradsen F et al. Community uptake of safe storage boxes to reduce self-poisoning from pesticides in Sri Lanka. *BMC Public Health*, 2007, 7:13.
119. Hawton K et al. *Prevention of self-poisoning with pesticides: evaluation of acceptability and use of lockable storage devices in Sri Lanka*. Oxford, Centre for Suicide Research, University of Oxford, 2008 (informe inédito).

prevención de la violencia:
la evidencia

5.

**Promoción de la igualdad en
materia de género para prevenir
la violencia contra la mujer**

Panorama



La promoción de la igualdad en materia de género es una parte fundamental de la prevención de la violencia.

La relación entre género y violencia es compleja. Los datos probatorios indican, sin embargo, que las desigualdades por razón de género hacen aumentar el peligro de violencia de los hombres contra las mujeres e inhiben la capacidad de las afectadas de buscar protección. Hay muchas formas de violencia contra la mujer; esta orientación se centra en la forma más frecuente: la violencia infligida por la pareja. Aunque se necesita investigar más, las pruebas existentes indican que las intervenciones en la escuela, la comunidad y los medios de comunicación pueden promover la igualdad en materia de género y prevenir la violencia contra la mujer al cuestionar los estereotipos que dan poder a los hombres sobre las mujeres.

Las iniciativas escolares ocupan una posición estratégica para prevenir la violencia contra la mujer.

Los programas escolares pueden abordar normas y actitudes de género antes de que se arraiguen profundamente en niños y jóvenes. Las iniciativas de esa naturaleza abordan las normas de género, la violencia en las citas y el abuso sexual en adolescentes y adultos jóvenes. Se han obtenido resultados positivos de programas como Citas Seguras (Safe Dates), en los Estados Unidos de América, y Proyecto de Relaciones Juveniles (Youth Relationship Project), en Canadá.

Las intervenciones comunitarias empoderan a las mujeres y hacen partícipes a los hombres.

Las intervenciones comunitarias abordan las actitudes y las normas de género mediante, por ejemplo, la combinación de sistemas de microfinanzas para las mujeres y métodos que potencian a los hombres como colaboradores contra la violencia de género. Las pruebas más fehacientes proceden de IMAGE, una iniciativa de microfinanciación y equidad en materia de género de Sudáfrica, y del programa Peldaños (Stepping Stones), en África y Asia. Los programas comunitarios con grupos de compañeros varones son esperanzadores en cuanto a cambiar las actitudes hacia las normas tradicionales de género y el comportamiento violento, pero se requieren evaluaciones más rigurosas. Los facilitadores bien entrenados y el sentido de pertenencia a la comunidad parecen impulsar la eficacia de estas intervenciones.

Las intervenciones de los medios de comunicación pueden modificar las normas de género y promover los derechos de la mujer.

Las campañas de concientización pública y otras intervenciones realizadas mediante la televisión, la radio, los periódicos y otros medios de difusión pueden ser eficaces para cambiar las actitudes con respecto a las normas de género. Las que tienen más éxito son las que tratan de comprender al público destinatario y lo hacen partícipe para desarrollar los contenidos. Sin embargo, todavía no se sabe si verdaderamente reducen la violencia.

Los programas deben hacer participar a hombres y mujeres.

Hay indicios de que los sistemas de microfinanzas que empoderan a las mujeres (sin hacer partícipes a los hombres) en realidad pueden causar fricción y conflicto dentro de la pareja, especialmente en las sociedades en las que las funciones de género son muy rígidas. Se necesita investigar más para llegar a conocer cómo podrían superarse los posibles efectos negativos.

1. Introducción

La relación entre género y violencia es compleja. Las diferentes funciones y comportamientos de las mujeres y los hombres, tanto de niños como de adultos, se configuran y refuerzan por medio de las normas de género establecidas en el seno de la sociedad. Las normas de género son expectativas sociales que definen el comportamiento apropiado que deben tener las mujeres y los hombres (por ejemplo, en algunas sociedades ser varón está asociado con correr riesgos, ser fuerte y agresivo y tener múltiples parejas sexuales). Las diferencias en las funciones de género y los comportamientos a menudo crean desigualdades, en virtud de las cuales un sexo se potencia en detrimento del otro. De esta manera, en muchas sociedades, las mujeres se consideran subordinadas a los hombres y tienen una posición social inferior, lo que facilita el control de los hombres sobre ellas y también el mayor poder de toma de decisiones de estos.

Las desigualdades por razón de género tienen repercusiones de amplio espectro en la sociedad. Por ejemplo, pueden contribuir a las inequidades de género en la salud y en el acceso a la asistencia sanitaria, las oportunidades de empleo y ascenso, la cantidad de ingresos, la participación y representación política y la educación.

A menudo, las desigualdades por razón de género aumentan el riesgo de actos violentos de los hombres contra las mujeres (véanse las definiciones, **recuadro 1**). Por ejemplo, las creencias tradicionales de que el hombre tiene derecho a controlar a la mujer hacen que las mujeres y las niñas sean más vulnerables a la violencia física, psicoafectiva y sexual de los hombres (1, 2). También entorpece la capacidad de las afectadas para salir de la situación de maltrato o para buscar ayuda (véase **recuadro 2**) (3). La violencia contra la mujer es casi siempre perpetrada

RECUADRO 1

Definiciones

IGUALDAD EN MATERIA DE GÉNERO. La igualdad de trato de mujeres y hombres con respecto a las leyes y las políticas y la igualdad de acceso a los recursos y los servicios en las familias, las comunidades y la sociedad en general (11).

EQUIDAD EN MATERIA DE GÉNERO. La justeza y la justicia en la distribución de los beneficios y las responsabilidades entre mujeres y hombres. Se necesitan a menudo programas y políticas que empoderen específicamente a las mujeres para lograr esta equidad (12).

VIOLENCIA POR MOTIVOS DE GÉNERO. La violencia que afecta al hombre y a la mujer, en la que la mujer es generalmente la víctima, y que deriva de las relaciones desiguales de poder entre los hombres y las mujeres. Violencia que se dirige específicamente contra una mujer porque es mujer, o que afecta desproporcionadamente a las mujeres. Entre las diferentes formas de esta violencia están el daño físico, sexual y psicológico (intimidación, sufrimiento, coacción o privación de libertad en el seno de la familia o de la comunidad en general). Incluye la violencia perpetrada o tolerada por el estado (13). Esta definición ampliamente aceptada de violencia de género a menudo se amplía para incluir la violencia que resulta de las relaciones desiguales de poder entre los propios hombres y entre las propias mujeres (por ejemplo, violencia homofóbica).

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. Cualquier acto público o privado de violencia por motivos de género que resulta, o puede resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en sufrimiento para la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad (14).

VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA. Cualquier comportamiento de un hombre o una mujer dentro de una relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico a los integrantes de la relación. Esta es la forma más frecuente de violencia contra la mujer.

RECUADRO 2

Violencia infligida por la pareja

En un estudio sobre la violencia infligida por la pareja en diez países, el porcentaje de mujeres que notificaron violencia física o sexual por su pareja, o ambas, durante toda su vida variaba de 15% (en una ciudad de Japón) a 71% (en una provincia de Etiopía). El porcentaje de mujeres que notificaron violencia física o sexual, o ambas, en el último año fluctuaba entre 4% (en ciudades de Japón, Montenegro y Serbia) y 54% (en una provincia de Etiopía) (15).

por su pareja, pero adopta muchas otras formas: la violencia por un miembro de la familia, el acoso sexual y el maltrato por parte de las autoridades, el tráfico de personas para la prostitución, los matrimonios de menores, la violencia relacionada con la dote, las muertes por honor, la violencia sexual perpetrada por los soldados durante las guerras y muchas más (4). Las consecuencias de este tipo de violencia para la salud van desde las lesiones físicas y los embarazos no deseados hasta las infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH), los problemas psicoafectivos, tales como la ansiedad y la depresión, y (en casos extremos) el homicidio o el suicidio (3, 5, 6–10).

Por consiguiente, durante decenios, fomentar la igualdad de género ha sido una parte fundamental de la prevención de la violencia. Con este fin se han incluido intervenciones que afrontan las creencias y normas culturales arraigadas que dan lugar al desarrollo de las desigualdades por razón de género, así como iniciativas para que participen todos los sectores de la sociedad en la reparación de estas desigualdades, y se piensa que ambas reducen la violencia de género. Sin embargo, a pesar de la larga historia y la gran visibilidad de estas medidas, muy pocas han sido sometidas a algún tipo de evaluación científica.

En la presente orientación se revisan algunos de los métodos más prometedores de promoción de la igualdad de género y su eficacia para reducir la violencia contra la mujer. Hay muchos tipos de violencia contra la mujer, pero esta orientación se centra específicamente en las intervenciones para prevenir la violencia infligida en la pareja y la violencia en las citas, ya que se han evaluado más que otras intervenciones en este ámbito. Se tratarán las siguientes:

- **Intervenciones en la escuela**

En estas intervenciones se trabaja con los escolares antes de que se arraiguen en ellos con mayor profundidad las actitudes y los comportamientos de género. Las intervenciones más ampliamente evaluadas son las de las citas, que tratan de crear relaciones igualitarias y cambiar las actitudes y las normas de las citas amorosas.

- **Intervenciones en la comunidad**

Estas tratan de lograr cambios en las personas y en toda la comunidad y abordan las normas de género y las actitudes. Pueden incluir métodos para lograr la independencia económica de las mujeres y para utilizar a los hombres como compañero en la lucha contra la violencia por motivos de género.

- **Intervenciones de los medios de comunicación**

Las campañas de concientización del público utilizan los medios de comunicación para recusar las actitudes y las normas de género y tratan de que toda la sociedad se sensibilice con el comportamiento violento hacia las mujeres y en cómo prevenirlo.

Las intervenciones del gobierno para promover la igualdad de género, como las leyes y las políticas (véase el **recuadro 3**), también pueden desempeñar un papel importante en la prevención primaria de la violencia. Sin embargo, estas no se tratarán con todo detalle en la presente orientación, ya que se han evaluado pocas medidas de esa naturaleza.

RECUADRO 3

Leyes y políticas para promover la igualdad en materia de género

El desarrollo de marcos jurídicos nacionales e internacionales que promueven la igualdad de género desempeña un papel importante en la prevención de la violencia contra la mujer. En el ámbito internacional, varios acuerdos de derechos humanos requieren a los Estados para que adopten medidas dirigidas a suprimir la violencia contra la mujer por motivos de género (15). Entre estos se encuentran la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. También están en marcha cambios significativos en todo el mundo para reforzar las leyes y las políticas nacionales. Entre estos cambios se encuentran las leyes que tipifican como delito la violencia contra la mujer (por ejemplo, la violencia infligida por la pareja, la violación en el matrimonio y el tráfico de personas para la prostitución); las leyes y las políticas que apoyan y protegen a las personas afectadas (por ejemplo, la ejecución de las órdenes de protección, las unidades encargadas de la protección de la familia y los niños, los equipos de respuesta especializados, los albergues de mujeres y los tribunales de familia); el mejoramiento de la respuesta de la policía y otros funcionarios de la justicia penal a los casos de violencia contra la mujer; y, por último, el aumento de los derechos de las mujeres en el matrimonio, el divorcio, la posesión de propiedades, la herencia y la manutención de los niños (3, 16, 17).

2. Intervenciones en la escuela

Las intervenciones en la escuela tratan de abordar las normas y la igualdad en materia de género desde la niñez, antes de que los estereotipos de género se arraiguen profundamente en los niños y los jóvenes. Se han diseñado varias iniciativas para abordar las normas de género, la violencia en el noviazgo y el abuso sexual entre los adolescentes y los adultos jóvenes (18). Estas intervenciones se dirigen ya sea a grupos de compañeros varones o conjuntamente a jóvenes de uno y otro sexos; el objetivo es que conozcan más sobre la violencia infligida por la pareja, poner en tela de juicio los estereotipos y las normas en materia de género y reducir el grado de violencia en las citas amorosas. Las evaluaciones de estos programas indican que pueden aumentar el conocimiento sobre la violencia en el noviazgo y mejorar las actitudes frente a la violencia; la eficacia para reducir el grado de maltrato real de las mujeres es esperanzadora, aunque no se ha demostrado sistemáticamente y las evaluaciones se han centrado en gran parte en resultados a corto plazo (18-21).

No obstante, se han informado resultados positivos, en particular del programa Citas Seguras (*Safe Dates*), en los Estados Unidos, y del Proyecto Relaciones Juveniles (*Youth Relationship Project*), en Canadá. Citas Seguras es una iniciativa escolar y comunitaria orientada a niñas y niños de octavo y noveno grados (de 13 a 15 años). La iniciativa está formada por un programa educativo de diez sesiones, una obra de teatro, un concurso de carteles, capacitación para los proveedores de los servicios comunitarios y servicios de apoyo para los adolescentes afectados. Un ensayo controlado aleatorizado del programa encontró que, en comparación con los miembros de un grupo de referencia, los participantes declararon haber reducido el maltrato psicológico y la violencia sexual y física contra su pareja actual un mes después de que el programa concluyera (22) y cuatro años después (23).

Los programas orientados a las citas amorosas son más eficaces si se ofrecen en varias sesiones durante un mayor tiempo (en vez de en una única sesión) y cuando procuran cambiar las actitudes y las normas en lugar de suministrar solo información (24). Además, hay indicios de que para los varones, los programas presentados a grupos de ambos sexos a la vez son menos eficaces en cuanto a cambiar las actitudes que los presentados a grupos de varones solamente (25). Aunque la mayoría de los programas escolares evaluados de violencia en el noviazgo se habían realizado en los Estados Unidos y otros países de ingresos altos, algunas iniciativas se están aplicando en países en desarrollo. Por ejemplo, ahora se está evaluando en Sudáfrica una adaptación del programa Citas Seguras para estudiantes de octavo grado (de 13 a 14 años). Por otra parte, el programa Los Hombres como Compañeros (*Men as partners*) (véase Intervenciones en la comunidad, más adelante) estableció grupos para estudiantes de quinto a octavo grados (de 10 a 14 años). Estos programas estimulan a los niños a que detengan la violencia doméstica y sexual contra las mujeres y las niñas y a que se conviertan en padres responsables (26). Sin embargo, este programa todavía no se ha evaluado.

El proyecto Relaciones Juveniles desarrollado en Ontario, Canadá, es una intervención comunitaria para ayudar a los adolescentes vulnerables, de 14 a 16 años, a desarrollar relaciones sanas, sin que haya maltrato en el noviazgo, proporcionándoles educación acerca de una relación sana y el maltrato, la resolución de conflictos, las aptitudes de comunicación y las actividades de acción social. Un ensayo controlado aleatorizado mostró que la intervención había sido eficaz por reducir los incidentes de maltrato físico y psicológico y los síntomas de sufrimiento psicoafectivo durante un período de 16 meses después de la intervención (27).

Otros programas dirigidos tanto a varones como a mujeres han cambiado las actitudes frente a la violencia. Por ejemplo, en los Estados Unidos, un programa de cinco sesiones sobre la violencia en las citas amorosas, orientado a estudiantes de 9.^o a 12.^o grados (de 14 a 18 años), abordó cómo la desigualdad por razón de género fomenta la violencia, cuestionó las actitudes individuales y sociales de la violencia como una forma de resolver conflictos, ayudó a los estudiantes a crear aptitudes de comunicación no violentas e identificó recursos para apoyar a las víctimas de una agresión en el noviazgo. Una evaluación bien diseñada encontró que el programa había disminuido significativamente la tolerancia de los participantes de uno u otro sexo frente a la violencia en las citas amorosas (en comparación con los miembros de un grupo de referencia) (28).

Otro programa ejecutado en los Estados Unidos, Mentores en la Prevención de la Violencia (*Mentors in Violence Prevention*), proporciona seis o siete sesiones educativas de dos horas a estudiantes de secundaria y universitarios, en grupos mixtos o de un solo sexo. En este caso, a los estudiantes se les alecciona sobre los diferentes tipos de maltrato, los estereotipos de género y la aceptación social de la violencia contra la mujer. Por otro lado, los juegos de roles ayudan a los participantes a afrontar las actitudes sexistas y a prevenir activamente la violencia (29). Una evaluación del programa realizada en diez escuelas examinó los conocimientos y las actitudes de los participantes antes del programa y entre dos y cinco meses después del mismo. Se encontró que, comparado con los miembros de un grupo de referencia, el conocimiento de los participantes acerca de la violencia contra la mujer aumentó significativamente después del programa. El estudio también indicó que el programa había mejorado la actitud de los participantes frente a la violencia contra la mujer y les daba confianza para intervenir o hablar abiertamente en contra (30).

Se ha demostrado que las iniciativas que se aplican exclusivamente a grupos de compañeros varones también modifican a corto plazo las actitudes relacionadas con la violencia, concretamente con la violencia sexual, y que promueven nuevas ideas

de masculinidad basadas en la no violencia y el respeto hacia las mujeres. En los Estados Unidos, por ejemplo, estudiantes universitarios de pregrado participaron en un programa de una hora dirigido por cuatro educadores varones. Se incluía un vídeo que describía una escena que acababa en una violación y enseñaba conocimientos básicos para ayudar a una mujer a recuperarse de una violación y comunicarse con naturalidad en las relaciones sexuales y cuestionar la banalización social de la violación. Una evaluación controlada aleatorizada encontró que, inmediatamente después del programa, el grado de aceptación de los mitos sobre la violación y la probabilidad de violar (valorada mediante una pregunta conductual) disminuyó significativamente entre los participantes respecto a antes del programa, pero no se observó ninguno de estos cambios en el grupo de referencia. Un estudio de seguimiento siete meses más tarde indicó que los cambios benéficos perduraban; sin embargo, no se encontraron cambios en el grado de coacción sexual antes y después de la intervención (31).

En una iniciativa relacionada con esta, El Programa de los Hombres (*The Men's Program*), se proyectó un video a estudiantes varones de secundaria que describía una violación homosexual entre hombres, para enseñarle a los estudiantes cómo puede sentirse uno si es violado. El video también hacía referencia a la violación hombre-mujer para promover empatía hacia los violados. Además, se enseñó a los participantes cómo apoyar a las víctimas de una violación y cómo reaccionar frente a los compañeros que bromean o se jactan de violar a las mujeres. Una evaluación de esta intervención asignaba aleatoriamente a los participantes a uno de los otros dos módulos de capacitación que trataban ya sea de la intervención de los transeúntes en situaciones relacionadas con el alcohol en las que hay riesgo de que se produzca una violación, o de la definición del consentimiento en las situaciones con alcohol. Un ensayo controlado aleatorizado encontró que los participantes (con respecto a los miembros del grupo de referencia) tenían significativamente menos probabilidades de aceptar los mitos acerca de la violación o de cometer una agresión sexual o una violación (32).

3. Intervenciones en la comunidad

Las intervenciones en la comunidad para reducir la desigualdad en materia de género tratan generalmente de empoderar a las mujeres, aumentar su independencia económica (mediante, por ejemplo, los sistemas de microfinanzas) y cambiar los estereotipos y las normas de género (17, 24, 33, 34). Estos programas se han introducido principalmente en los países en desarrollo. Aunque la mayoría de los programas aceptan a las mujeres (solas o con hombres), algunos programas comunitarios se aplican exclusivamente a grupos de compañeros varones y hacen hincapié en la masculinidad, las normas de género y la violencia. Esto refleja la conciencia creciente sobre la importancia de hacer participar a los hombres y los niños en las intervenciones, no solo para redefinir los conceptos de masculinidad basados en la dominación y el control, sino también para que se comprometan a abandonar la violencia contra la mujer. Las intervenciones en la comunidad tratan de cambiar no solo la manera de pensar y comportarse de las personas, sino también de movilizar a poblaciones o distritos enteros en el intento de erradicar la violencia contra la mujer.

3.1. Microfinanciación

Se han establecido varias iniciativas relacionadas con la microfinanciación para aumentar la independencia económica y el poder social de las mujeres. Estas iniciativas conceden pequeños préstamos para movilizar los recursos de los proyectos que generan ingresos y que pueden aliviar la pobreza. Aunque los programas de microfinanciación pueden operar como entidades independientes, los que de verdad tienen éxito suelen incorporar sesiones de educación y talleres de desarrollo de aptitudes para ayudar a cambiar las normas de género, mejorar la comunicación en las relaciones y empoderar a las mujeres de diferentes formas (35).

Uno de los programas evaluados con mayor rigor y de más éxito es Intervención de Microfinanciación para el SIDA y la Equidad de Género (IMAGE), en Sudáfrica. Está dirigido a las mujeres de las familias más pobres que viven en zonas rurales y combina servicios financieros con sesiones de capacitación y desarrollo de aptitudes para la prevención de la infección por el VIH, las normas de género, las creencias culturales, la comunicación y la violencia en la relación de pareja (36–38). El programa también fomenta una mayor participación comunitaria para atraer a los hombres y los niños. El objetivo es mejorar las oportunidades laborales de las mujeres, aumentar su influencia en las decisiones domésticas y su capacidad para resolver los conflictos matrimoniales, fortalecer sus redes de relaciones sociales y reducir la transmisión del VIH.

Un ensayo controlado aleatorizado encontró que, dos años después de finalizar el programa, las participantes notificaron 55% menos de actos de violencia infligida por la pareja en los 12 meses anteriores, que los notificados por las del grupo de referencia (37). Comparado con el grupo de referencia, estas mujeres informaron haber tenido menos experiencias de comportamiento dominante por parte de su pareja (34% de las participantes frente a 42% de las del grupo de referencia), a pesar de que antes de entrar en el programa era al revés. Por otro lado, era más probable que las participantes pudieran estar en desacuerdo con las declaraciones que toleran la violencia física y sexual en la pareja (52% de las participantes frente a 36% de las del grupo de referencia) (37). Además, un porcentaje mayor de las mujeres del programa dijeron que existía comunicación en el hogar sobre cuestiones sexuales y actitudes que ponen en tela de juicio las funciones de género. Sin embargo, el programa no tuvo ningún efecto sobre el porcentaje de mujeres que la última vez habían tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja no conyugal ni sobre la incidencia de la infección por el VIH (37).

Otros programas de crédito independientes dirigidos a las mujeres parecen esperanzadores en cuanto a la reducción de la violencia infligida por la pareja. Por ejemplo, los programas de Desarrollo Rural de Grameen Bank y del Comité de Desarrollo Rural de Bangladesh (BRAC)¹, en Bangladesh.

En este caso, las mujeres participantes fueron entrevistadas en retrospectiva y se les preguntó si el programa había cambiado su experiencia sobre la violencia infligida por la pareja. Las respuestas revelaron que tenían menos de la mitad de probabilidades de haber sido golpeadas por su pareja en el año anterior que las mujeres que vivían en aldeas sin la menor exposición a programas de esta naturaleza (39). La protección de las mujeres frente a la violencia infligida por la pareja se debía a que aportaban al hogar un recurso que beneficiaba a la pareja, lo cual mejoraba su estatus en el hogar. Dado que la participación les permitía un mayor intercambio de impresiones y comunicación con otras personas fuera del hogar, sus vidas (y, por consiguiente, la experiencia de la violencia en la pareja) también se hacían más visibles. Estos programas demostraron tener también ventajas para el resto de la comunidad. El grado de violencia en la relación de pareja de las mujeres que no participaron en los programas de crédito pero que vivían en aldeas en las que se habían introducido los programas fue aproximadamente 30% inferior que el de las mujeres que tampoco habían participado pero que además vivían en aldeas sin programas de crédito.

No obstante, la promesa de estos programas está difuminada por los informes de prestamistas que explotan a los prestatarios desfavorecidos con tasas de interés muy altas, que pueden dejarles atrapados en las deudas y contribuir a aumentar su pobreza (40), y por el aumento de la violencia en la pareja (41). En efecto, los desacuerdos sobre el control del capital y los ingresos recién adquiridos, junto con el cambio de actitud de las mujeres respecto a las funciones tradicionales de género, el aumento del apoyo social y la mayor confianza en sí mismas para defenderse contra la autoridad del varón conlleva, a veces, a conflictos matrimoniales y a la violencia contra la mujer perpetrada por su pareja (39). También se han notificado aumentos de la violencia a raíz de la participación en los programas de crédito en otros lugares (42), al menos en las etapas iniciales de la afiliación (43).

¹ El Grameen Bank y el Programa de Desarrollo Rural del BRAC son los dos programas de crédito no gubernamental más importantes en Bangladesh. Los participantes se organizan en grupos solidarios pequeños que comparten responsabilidades en la devolución del crédito.

Estos resultados negativos pueden ser explicados por las diferencias entre los programas de crédito de Grameen Bank y de BRAC, en Bangladesh, y la intervención IMAGE, en Sudáfrica, descrita anteriormente. IMAGE provee sesiones educativas y de desarrollo de aptitudes que abordan una serie de temas sociales y hacen partícipes a los hombres y los niños. Sin embargo, los programas de Grameen Bank y de BRAC no ofrecen en estas sesiones educativas y de desarrollo de aptitudes (excepto para los que trabajan por cuenta propia, a menudo un año después de la afiliación). Además, estos programas son exclusivamente para las mujeres. Las funciones de género preexistentes parece que afectan a los resultados relacionados con la violencia en los programas de crédito. En efecto, en las comunidades con funciones de género rígidas, la participación de las mujeres puede dar lugar a una mayor violencia infligida por su pareja, pero no en las que tienen funciones del género más flexibles (44). Mediante la educación, el desarrollo de aptitudes y la participación de los niños y los hombres, la intervención IMAGE tiene el potencial de cambiar las actitudes de comunidades enteras, haciéndolas más receptivas al empoderamiento de las mujeres, sin que se produzca un retroceso.

3.2. Cuestionamiento de las normas de género y las actitudes

Otros programas comunitarios ponen en tela de juicio las normas de género y las actitudes que justifican la violencia infligida por la pareja. El programa más ampliamente aplicado y rigurosamente evaluado es Peldaños (*Stepping Stones*), una intervención de capacitación en habilidades para la vida que se desarrolló para prevenir la infección por el VIH y se ha puesto en práctica en África y Asia. Esta intervención aborda temas como la violencia por motivos de género, la comunicación acerca de la infección por el VIH y las aptitudes de relación y confianza en sí mismo, mediante una serie de métodos, como la reflexión sobre las propias actitudes y el comportamiento, juegos de roles y obras de teatro. Consta de trece sesiones de tres horas que se imparten en paralelo a grupos de mujeres y hombres por separado. Estas se complementan con reuniones mixtas entre el grupo de compañeros y la comunidad. Peldaños está diseñado para mejorar la salud sexual mediante el desarrollo de relaciones igualitarias y más fuertes entre las personas de distinto sexo. Se han evaluado versiones del programa en diferentes países (45); sin embargo, la más minuciosa es la de un ensayo controlado aleatorizado en la provincia de Cabo Oriental, en Sudáfrica, con participantes de 15 a 26 años. Según datos del estudio, en los dos años posteriores al programa, la proporción de hombres que infligieron violencia física o sexual contra su

RECUADRO 4

El retroceso nicaragüense demuestra que los hombres deben participar también

Durante el último decenio, Nicaragua ha promovido varias iniciativas para proteger a las mujeres de la violencia doméstica. Entre ellas se incluyen:

- Una red de comisarías de policía para las mujeres (Comisaría de la Mujer), en las que las mujeres que han sido maltratadas reciben apoyo psicológico, social y jurídico
- Un ministerio para los asuntos familiares (Mi Familia), que tiene entre otras responsabilidades la de asegurar un cobijo para las mujeres y los niños que sufren violencia doméstica
- La reforma del programa nacional de salud reproductiva para abordar el abuso sexual y de género.

Al mismo tiempo, grupos de la sociedad civil han hecho una campaña para promover los derechos de las mujeres y facultarlas para que se opongan al maltrato doméstico. A pesar de los esfuerzos realizados, el número notificado de actos de violencia doméstica y sexual contra la mujer ha aumentado extraordinariamente. Por ejemplo, los informes de abuso sexual recibidos en la Comisaría de la Mujer se incrementaron de 4 174 (de enero a junio de 2003) a 8 376 (de enero a junio de 2004).

Los investigadores de la Universidad Centroamericana y del Instituto para los Estudios de Género explican este aumento mediante dos factores: la mejor notificación de los casos, ya que ahora se anima a las mujeres a hablar claro sobre lo que les ocurre, y la concientización creciente entre las mujeres de que las tradiciones culturales que fomentan la violencia ya no son aceptables de acuerdo con el derecho internacional. A su vez, dado que las mujeres nicaragüenses se han opuesto más activamente a la hegemonía del sexo masculino, los conflictos domésticos han aumentado y más hombres recurren a la violencia doméstica.

Estos resultados sugieren que las respuestas a la violencia doméstica no deben centrarse en las mujeres exclusivamente, sino que también deben dirigirse a los hombres para evitar un retroceso (49).

pareja fue inferior en el grupo de participantes en el programa que en el de referencia (46). Además, una evaluación cualitativa en Gambia con un seguimiento de las parejas participantes durante un año encontró que, en comparación con las parejas de un grupo de referencia, las participantes tenían mejor comunicación y reñían menos, y los hombres aceptaban de mejor grado la negativa de sus esposas a tener relaciones sexuales y tenían menos tendencia a golpearlas (47).

En Uganda, Levantando las Voces (*Raising Voices*) y el Centro de Prevención de la Violencia Doméstica pusieron en marcha una iniciativa comunitaria para hombres y mujeres, diseñada para cuestionar las normas de género y prevenir la violencia contra las mujeres y los niños (48). La iniciativa trataba de aumentar la conciencia sobre la violencia doméstica y crear redes de apoyo y acción dentro de la comunidad y los sectores profesionales; organizar actividades comunitarias como obras de teatro, debates y visitas domiciliarias; y promover los derechos de la mujer a través de la radio, la televisión y los periódicos. Una revisión del programa después de dos años indicó que en la comunidad habían disminuido todas las formas de violencia infligida por la pareja (48). Sin embargo, 8% de las mujeres y 18% de los hombres declararon que había un aumento de la violencia física contra la mujer a raíz de la introducción del programa. Este retroceso se atribuyó a que los hombres se sentían amenazados por el empoderamiento de las mujeres (véase el recuadro 4).

Varios programas trabajan específicamente con grupos de compañeros varones y abordan valores y actitudes asociadas con la violencia contra la mujer, redefinen los conceptos de masculinidad e implican a los varones en la prevención de la violencia. En general, sin embargo, hay pocas evaluaciones rigurosas que se hayan encargado de las repercusiones de estos programas sobre la violencia. En África, Asia, América Latina y los Estados Unidos, el programa Los Hombres como Compañeros proporciona educación y talleres de desarrollo de habilidades para que los hombres analicen sus actitudes con respecto a la sexualidad y las cuestiones de género y promuevan la igualdad entre los sexos en las relaciones (50). El proyecto facilita establecimientos de asistencia sanitaria mejorados para los hombres, dirige campañas locales y nacionales de educación pública y aboga por el cambio a escala nacional e internacional. Una revisión de un taller de cinco días en Sudáfrica presentó algunos resultados positivos, si bien no fue un estudio independiente y no contó con un grupo de referencia para comparar. No obstante, se notificaron cambios en las actitudes en materia de género entre los hombres que participaban y completaban la encuesta (67% de los participantes completaron la encuesta). Por ejemplo, en una entrevista previa a la capacitación, 54% de los hombres *discreparon* de la afirmación: “los hombres deben tomar siempre las decisiones en una relación”, comparado con 75% tres meses después. De manera análoga, 61% de los hombres *discreparon* de la afirmación: “las mujeres

que se visten sexy desean que las violen” antes de la capacitación, comparado con 82% tres meses después (50).

Otra intervención que usa grupos de compañeros varones es el Programa H, de Brasil. En este programa se fomentan las relaciones saludables y está orientado a prevenir la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. El Programa H tiene dos componentes principales: las sesiones educativas (con vídeos, juegos de roles y debates) de dos horas por semana durante seis meses para promover cambios en las actitudes y el comportamiento; y una campaña de creación de conciencia social (comercialización social) para promover cambios en las normas de masculinidad y los modos de vida. En una evaluación realizada con varones de 14 a 25 años se compararon tres comunidades: la primera recibió el componente educativo del Programa H; la segunda, el componente educativo y la campaña de creación de conciencia social; y la tercera (grupo de referencia) no recibió ninguna intervención. Comparado con la comunidad de referencia, a los seis meses de la intervención era menos probable que los participantes de las otras comunidades que habían recibido una o ambas intervenciones defendieran las normas de género tradicionales (51).

En la India también se probó una versión del Programa H con el mismo diseño y marco de tiempo que la de Brasil. Una evaluación encontró que alentaba a los varones participantes a que cuestionaran las normas tradicionales de género. Además, la proporción de hombres del programa de la India que declaraba haber infligido violencia contra su pareja en los tres meses previos descendió significativamente en los grupos de la intervención, comparado con el grupo de referencia (52).

Si bien las evaluaciones de las intervenciones en la comunidad indican que estas pueden ayudar a reducir la violencia y a cambiar las normas y actitudes en materia de género (17, 24, 33, 34), se necesitan más estudios de evaluación científicos, en particular de los programas que se centran en grupos de varones. Las intervenciones comunitarias son más eficaces cuando los facilitadores están bien entrenados y se han ganado la confianza de la comunidad. El éxito también se vincula a las comunidades que toman para sí la responsabilidad de las intervenciones, el uso concurrente de una serie de métodos y actividades (24), una financiación suficiente y sostenida, y el apoyo de importantes políticos con poder de decisión.

4. Intervenciones de los medios de comunicación

En las intervenciones mediáticas se utiliza la televisión, la radio, los periódicos, las revistas y otras publicaciones impresas con el fin de llegar a un amplio abanico de personas y producir un cambio en el seno de la sociedad. Su objetivo es aumentar los conocimientos, cuestionar las actitudes y modificar los comportamientos. Estas intervenciones también pueden modificar las pautas o normas sociales y los valores establecidos (por ejemplo, la creencia de que la masculinidad está asociada con la agresión) mediante el debate público y la interacción social. Las campañas a través de los medios de comunicación han resultado eficaces para dar a conocer la violencia infligida por la pareja e influir en las actitudes frente a las normas de género, pero se sabe menos sobre su capacidad para eliminar los comportamientos violentos, ya que es difícil medir los posibles cambios en el grado de violencia asociados con las intervenciones de los medios de comunicación (21, 24, 33, 53). Las investigaciones revelan, sin embargo, que las intervenciones de los medios más exitosas son las que empiezan por comprender el comportamiento de la audiencia e involucran a sus miembros en el desarrollo de la propia intervención (24).

Uno de los programas mediáticos más conocidos y mejor evaluados es el llamado Ciudad con Alma (*Soul City*), en Sudáfrica (54). Este se basa en una serie de episodios de radio y televisión para llamar la atención sobre la violencia infligida por la pareja, la violación en una cita y el acoso sexual, entre otros problemas sociales. La emisión se acompaña de folletos de información que se distribuyen en todo el país. Una evaluación de la cuarta serie, que estaba centrada en la violencia por motivos de género, presentó dos paquetes de entrevistas a una muestra aleatoria de la población nacional, con un intervalo de separación de ocho meses, antes y después del programa. El estudio observó una asociación entre la exposición a la serie y los cambios en las actitudes y

los conocimientos en cuanto a la violencia infligida por la pareja (55). Por ejemplo, en el seguimiento, el porcentaje de personas que *estaban de acuerdo* con la afirmación: “jamás una mujer merece ser golpeada” había aumentado de 77% a 88%, mientras que el porcentaje que *discrepaba* de la afirmación: “se espera que las mujeres maltratadas aguanten el maltrato” había aumentado de 68% a 72%. Sin embargo, no se informó de ningún cambio significativo en otras actitudes como la reflejada por la afirmación: “como jefe del hogar, un hombre tiene derecho a golpear a su esposa” (55) y el diseño del estudio no permitía establecer si la intervención tenía repercusiones sobre el comportamiento violento.

En Nicaragua, una estrategia de comunicación de masas (Somos Diferentes, Somos Iguales) ha promovido el cambio social en el sentido de mejorar la salud sexual y reproductiva. Esta estrategia estaba orientada a facultar a las mujeres y los jóvenes para tomar las riendas de su vida y a promover los derechos de la mujer y la igualdad en materia de género. Las actividades incluían una serie de televisión de difusión nacional titulada Sexto Sentido, un programa de entrevistas de radio para la juventud y algunas actividades de la comunidad, como los talleres de capacitación para jóvenes y los campamentos para líderes jóvenes. La serie de televisión era una telenovela semanal cuyo guión giraba en torno a diversos problemas; además de en Nicaragua, se transmitió en otros países centroamericanos y los Estados Unidos. Una evaluación realizada con una muestra de jóvenes nicaragüenses de 13 a 24 años encontró asociación entre la estrategia y el cambio positivo de actitud en cuanto a la equidad de género en las personas que siguieron la serie. Sin embargo, el estudio carecía de un grupo de referencia para poder comparar y tampoco midió los cambios en el grado de violencia hacia la mujer (56).

Se han dirigido varias campañas específicamente a los hombres con objeto de cuestionar los conceptos tradicionales de masculinidad asociada con la violencia. No obstante, las evaluaciones no han considerado el efecto sobre la violencia. Por ejemplo, la campaña australiana de 2001 denominada *La Violencia contra las Mujeres Va Contra Todas las Reglas (Violence Against Women—It's Against All the Rules)* estaba dirigida a hombres de 21 a 29 años. En ella, famosos del mundo del deporte presentaban el mensaje de que la violencia contra las mujeres era inadmisibles y que un hombre con masculinidad no es un hombre violento (57). De manera análoga, en los Estados Unidos, el programa *Los Hombres Pueden Detener la Violación (Men Can Stop Rape)* lanza una campaña de educación pública para hombres y niños con el mensaje: “Mi fuerza no es para hacer daño”. Los materiales de la campaña destacan cómo los hombres pueden ser fuertes sin aplastar a otros y tratan de redefinir la masculinidad (58). En el ámbito internacional, la campaña de la Cinta Blanca implica a los hombres y los niños en la labor de acabar con la violencia contra la mujer. Esta iniciativa educativa aumenta la concientización acerca de la violencia contra la mujer y reta a los hombres para que hablen abiertamente en contra de ello. Los defensores llevan una cinta blanca, que simboliza su promesa de no cometer, aprobar o permanecer jamás en silencio frente a la violencia contra la mujer (59).

Muchas otras campañas de información pública promueven la igualdad en materia de género y elevan el nivel de conciencia sobre la violencia infligida por la pareja, aunque se hayan evaluado pocas. Estas campañas son útiles para defender la aplicación de leyes y políticas que contribuyen a la igualdad de género (véase el **recuadro 3**). Entre las campañas internacionales están:

- “16 Días de Activismo Contra la Violencia de Género”: Esta campaña anual, establecida en 1991 por el Centro para el Liderazgo Mundial de la Mujer, ha conseguido la participación de organizaciones de más de 130 países. Las actividades se orientan al aumento de la concientización acerca de la violencia como una cuestión de derechos humanos, al fortalecimiento del trabajo local en cuanto a la violencia contra la mujer y a presionar a los gobiernos para que hagan los cambios necesarios para eliminar la violencia (<http://www.unfpa.org/16days/>).
- “Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres”: Campaña lanzada por el Secretario General de las Naciones Unidas en febrero de 2008, está orientada a aumentar la concientización de la población, incrementar la voluntad política y los recursos para prevenir y actuar frente a la violencia contra las mujeres y las niñas (<http://endviolence.un.org>).
- “Decir NO a la violencia contra las mujeres”: Promovida por el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, defiende el derecho de toda mujer a llevar una vida en la que no haya violencia (<http://www.unifem.org/campaigns/vaw/>).
- “No más violencia contra las mujeres”: Lanzada en 2004 por Amnistía Internacional, defiende la igualdad de derechos para las mujeres y los niños, e insta a los gobiernos a abolir las leyes y prácticas que perpetúan la violencia contra la mujer y a adoptar políticas que las protejan (<http://www.amnesty.org/en/campaigns/stop-violence-against-women>).

5. Resumen

Promover la igualdad en materia de género es una parte fundamental de la prevención de la violencia. Una serie de intervenciones escolares, comunitarias y mediáticas procuran promover la igualdad en materia de género y las relaciones no violentas mediante intervenciones que abordan los estereotipos de género que conceden a los hombres más poder y control sobre las mujeres o asocian la masculinidad a la agresión y la violencia. Algunas de estas intervenciones están bien evaluadas, pero se necesita realizar otras que utilicen como criterio de valoración el comportamiento violento real en lugar de las mejoras en las actitudes o los conocimientos, ya que su relación con el comportamiento violento podría desconocerse.

Algunos programas escolares han demostrado su eficacia. No obstante, a excepción del programa Citas Seguras y el Proyecto de Relaciones Juveniles, las evaluaciones de estos programas han considerado los resultados a corto plazo y debe investigarse más sobre los efectos a largo plazo. Los programas escolares ocupan una posición estratégica para prevenir la violencia contra la mujer, ya que tienen el potencial de abordar las actitudes y normas de género antes de que se arraiguen más profundamente. Son también ambientes óptimos para trabajar con grupos de compañeros varones, donde las ideas rígidas acerca de la masculinidad se pueden poner en duda y redefinir. Entre las intervenciones

comunitarias, IMAGE y Peldaños son dos de los programas respaldados por los datos científicos más fehacientes. Los programas comunitarios con grupos de compañeros varones son prometedores en cuanto a cambiar la actitud frente a las normas tradicionales de género y el comportamiento violento, pero requieren evaluaciones más rigurosas de sus resultados. Por último, las intervenciones de los medios de comunicación, como Ciudad con Alma en Sudáfrica, parecen ser eficaces para abordar actitudes frente a las normas de género y los derechos de la mujer que podrían influir en el comportamiento violento. Sin embargo, todavía no sabemos si realmente reducen el comportamiento violento.

Hay pruebas de que el éxito de algunos programas de microfinanciación, al empoderar a las mujeres sin implicar a los hombres, podría en realidad causar fricción y conflictos en la pareja, especialmente en las sociedades en las que las funciones de género son rígidas (44). Se debe investigar más para examinar cómo pueden superarse estos posibles efectos negativos. Cuando las funciones de género se hacen más flexibles, la mayoría de las mujeres gozan de más poder, mejor estatus e independencia económica y la amenaza de violencia contra ellas disminuye (60). Es importante, por consiguiente, implicar tanto a los hombres como a las mujeres, los niños y las niñas en las intervenciones que promueven la igualdad de género y previenen la violencia contra la mujer.

Referencias

1. Ilika AL. Women's perception of partner violence in a rural Igbo community. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:77–88.
2. Mitra A, Singh P. Human capital attainment and gender empowerment: the Kerala paradox. *Social Science Quarterly*, 2007, 88:1227–1242.
3. Heise L, GarciaMoreno C. Intimate partner violence. In Krug et al., eds. *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
4. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of genderbased violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002, 78: S5–S14.
5. *Violence against women*. Fact sheet No. 239. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/print.html>, consultado el 5 de febrero de 2009).
6. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008, 28:266–71.
7. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence and Abuse*, 2007, 8:149–77.
8. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 2004, 19:1296–323.
9. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–36.
10. Dutton MA et al. Intimate partner violence, PTSD and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 2006, 21:955–968.
11. *Transforming health systems: gender and rights in reproductive health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
12. UN Economic and Social Council (ECOSOC). *Agreed Conclusions 1997/2. 18 July 1997*. (<http://www.unhcr.org/refworld/docid/4652c9fc2.html>, consultado el 5 de febrero de 2009).
13. United Nations Population Fund (UNFPA). Violence against girls and women: a public health priority (<http://www.unfpa.org/intercenter/violence/>, consultado el 5 de febrero de 2009).
14. United Nations General Assembly A/RES/48/104 20th December 1993. (<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>, consultado el 5 de febrero de 2009).
15. GarciaMoreno C et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 2002, 368: 1260–69.
16. Commonwealth Secretariat. *Integrated approaches to eliminating genderbased violence*. Londres, Commonwealth Secretariat, 2003.
17. Morrison A, Ellsberg M, Bott S. *Addressing genderbased violence in the Latin American and Caribbean region: a critical review of interventions*. World Bank policy research working paper 3438. (<http://www.wds.worldbank.org/>, consultado el 5 de febrero de 2009).
18. Hickman LJ, Jaycox LH, Aronoff J. Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention programme effectiveness. *Trauma, Violence and Abuse*, 2004, 5: 123–142.
19. AveryLeaf S, Cascardi, M. Dating violence education: prevention and early intervention strategies. In: Schewe PA, ed. *Preventing violence in relationships: interventions across the life span*. Washington, DC, American Psychological Association, 2002.

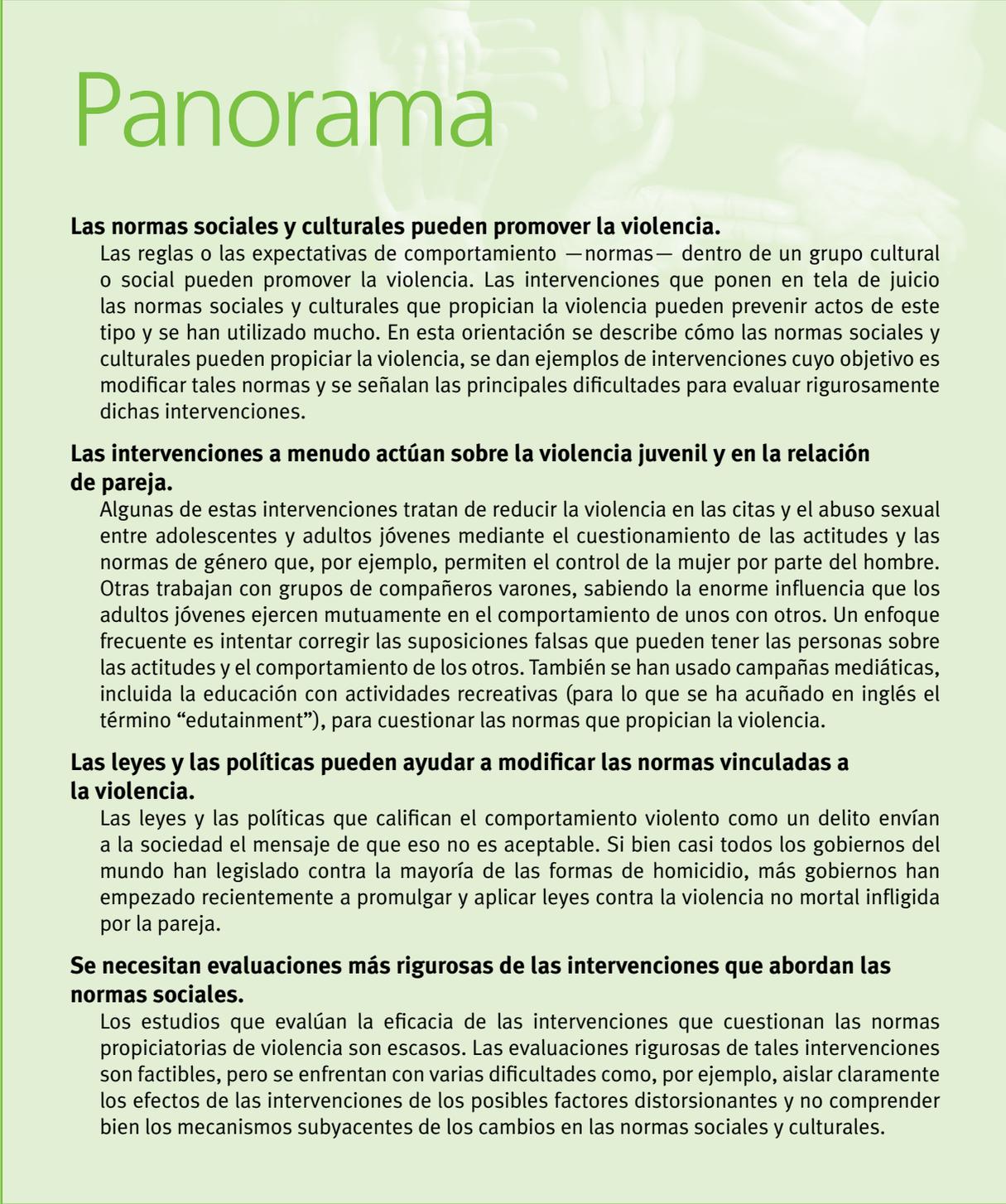
20. Wekerle C, Wolfe DA. Dating violence in midadolescence: theory, significance and emerging prevention initiatives. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:435–456.
21. Whittaker DJ, Baker CK, Arias I. Interventions to prevent intimate partner violence. In: Doll LS et al., eds. *Handbook of injury and violence prevention*. Nueva York, Springer, 2007.
22. Foshee VA et al. An evaluation of safe dates an adolescent dating violence prevention programme. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:45–50.
23. Foshee VA et al. Assessing the effects of the dating violence prevention program “Safe Dates” using random coefficient regression modelling. *Prevention Science*, 2005, 6:245–257.
24. Harvey A, GarciaMoreno C, Butchart A. *Primary prevention of intimate partner violence and sexual violence: background paper for WHO expert meeting May 2–3, 2007*. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/IPVSV.pdf, consultado el 5 de febrero de 2009).
25. Brecklin LR, Forde DR. A metaanalysis of rape education programs. *Violence and Victims*, 2001, 16:303–321.
26. Sonke Gender Justice Project. *Men as partners: engaging men to reduce children’s vulnerabilities to HIV/AIDS and genderbased violence in Nkandla, KwaZuluNatal and OR Tambo, Eastern Cape*. (www.genderjustice.org.za, consultado el 5 de febrero de 2009).
27. Wolfe D et al. Dating violence prevention with at risk youth: a controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2): 279–291.
28. Avery Leaf S et al. Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression. *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21:11–17.
29. Ward, KJ. *MVP Evaluation 1999–2000* (<http://www.sportinsociety.org/files/mvpevaluation1.pdf>, consultado el 5 de febrero de 2009).
30. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–36 (<http://www.sportinsociety.org/files/completeformat.doc>, consultado el 5 de febrero de 2009).
31. Foubert JD. The longitudinal effects of a rape prevention program on fraternity men’s attitudes, behavioral intent, and behavior. *Journal of American College Health*, 2000, 48:158–163.
32. Foubert JD, Newberry JT. Effects of two versions of an empathybased rape prevention program on fraternity men’s survivor empathy, attitudes and behavioural intent to commit rape or sexual assault. *Journal of College Student Development*, 2006, 47:133–148.
33. Guedes A. *Addressing genderbased violence from the reproductive health/HIV sector: a literature review and analysis. Report commissioned by USAID Interagency Gender Working Group (IGWG)*. Washington, DC, POPTech project, 2004.
34. *Engaging men and boys in changing genderbased inequity in health: evidence from programme interventions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
35. Kim J et al. Assessing the incremental benefits of combining health and economic interventions: experience from the IMAGE Study in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:824–832.
36. Rural AIDS and Development Action Research Programme (RADAR). *Social interventions for HIV/AIDS. Intervention with Microfinance for AIDS and gender equity (IMAGE) study*. Evaluation Monograph No. 1. South Africa, RADAR, 2002.
37. Pronyk PM et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet*, 2006, 368:1973–83.
38. Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR et al. Understanding the impact of a microfinancebased intervention on women’s empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1794–1802.
39. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men’s violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729–1742.
40. Rhyne E. *Commercialization and crisis in Bolivian microfinance*. Bethesda USA, Microenterprise Best Practices, 2001.
41. Kabeer N. Conflicts over credit: reevaluating the empowerment potential of loans to women in rural Bangladesh. *World Development*, 2001, 1:63–84.
42. Rahman A. Microcredit initiatives for equitable and sustainable development: who pays? *World Development*, 1999, 27:67–82.
43. Ahmed SM. Intimate partner violence against women: experiences from a womanfocused development programme in Matlab, Bangladesh. *Journal of Health and Population Nutrition*, 2005, 23:95–101.

44. Koenig MA et al. Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: Individual and Community level effects. *Demography*, 2003, 40:269–288.
45. ActionAid International. Evaluating Stepping Stones. A review of existing evaluations and ideas for future M&E work. (http://alextechw10.co.uk/steppingstones/downloads/AAISS_review_finalMay_2006.pdf, consultado el 5 de febrero de 2009).
46. Jewkes R et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 337: a506. doi: 10.1136/bmj.a506
47. Paine K et al. "Before we were sleeping, now we are awake": preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. *African Journal of AIDS Research*, 2002, 1:41–52.
48. Raising Voices and the Center for Domestic Violence Prevention. *Mobilising communities to prevent domestic violence, Kawempe Division, Uganda. Impact Assessment*. (<http://www.preventgbvafrica.org/images/publications/evaluations/rv.cedovip.impactassess.pdf>, consultado el 21 de agosto de 2008).
49. Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R, eds. *Developing policies to prevent injuries: guidelines for policymakers and planners*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
50. Peacock D, Levack A. The men as partners in South Africa: reaching men to end genderbased violence and promote sexual and reproductive health. *International Journal of Men's Health*, 22 September 2004. (http://findarticles.com/p/articles/mi_moPAU/is_3_3/ai_n13733408?tag=artBody;col1, consultado el 21 de agosto de 2008).
51. Pulerwitz J et al. Promoting gender equity among young Brazilian men as an HIV prevention strategy. *Horizons Research Summary*. Washington, DC, Population Council, 2006.
52. Verma RK et al. *From research to action—addressing masculinity and gender norms to reduce HIV/AIDS related risky sexual behavior among young men in India*. Washington, DC, Population Council, 2008.
53. Campbell JC, Manganello J. Changing public attitudes as a prevention strategy to reduce intimate partner violence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 2006, 13:13–39.
54. Soul City Institute. Johannesburg (<http://www.soulcity.org.za>, consultado el 21 de agosto de 2008).
55. Usdin S, Scheepers E, Goldstein S et al. Achieving social change on genderbased violence: a report on the impact evaluation on Soul City's fourth series. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:2434–2445.
56. Solórzano I et al. *Catalyzing personal and social change around gender, sexuality, and HIV: impact evaluation of Puntos de Encuentro's communication strategy in Nicaragua*. Washington, DC, Population Council, 2008.
57. Flood M. Engaging Men: Strategies and dilemmas in violence prevention education among men. *Women Against Violence: A Feminist Journal*, 2002–2003, 13:25–32.
58. Men Can Stop Rape. *Strength Campaign*. (<http://www.mencanstoprape.org>, consultado el 5 de febrero de 2009).
59. White Ribbon Campaign (<http://www.whiteribbon.ca>, consultado el 5 de febrero de 2009).
60. Archer J. Crosscultural differences in physical aggression between partners: a social role analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 2006, 10(2):133–53.

prevención de la violencia:
la evidencia

6.

**Cambio de las normas sociales
y culturales que propician la
violencia**



Panorama

Las normas sociales y culturales pueden promover la violencia.

Las reglas o las expectativas de comportamiento —normas— dentro de un grupo cultural o social pueden promover la violencia. Las intervenciones que ponen en tela de juicio las normas sociales y culturales que propician la violencia pueden prevenir actos de este tipo y se han utilizado mucho. En esta orientación se describe cómo las normas sociales y culturales pueden propiciar la violencia, se dan ejemplos de intervenciones cuyo objetivo es modificar tales normas y se señalan las principales dificultades para evaluar rigurosamente dichas intervenciones.

Las intervenciones a menudo actúan sobre la violencia juvenil y en la relación de pareja.

Algunas de estas intervenciones tratan de reducir la violencia en las citas y el abuso sexual entre adolescentes y adultos jóvenes mediante el cuestionamiento de las actitudes y las normas de género que, por ejemplo, permiten el control de la mujer por parte del hombre. Otras trabajan con grupos de compañeros varones, sabiendo la enorme influencia que los adultos jóvenes ejercen mutuamente en el comportamiento de unos con otros. Un enfoque frecuente es intentar corregir las suposiciones falsas que pueden tener las personas sobre las actitudes y el comportamiento de los otros. También se han usado campañas mediáticas, incluida la educación con actividades recreativas (para lo que se ha acuñado en inglés el término “edutainment”), para cuestionar las normas que propician la violencia.

Las leyes y las políticas pueden ayudar a modificar las normas vinculadas a la violencia.

Las leyes y las políticas que califican el comportamiento violento como un delito envían a la sociedad el mensaje de que eso no es aceptable. Si bien casi todos los gobiernos del mundo han legislado contra la mayoría de las formas de homicidio, más gobiernos han empezado recientemente a promulgar y aplicar leyes contra la violencia no mortal infligida por la pareja.

Se necesitan evaluaciones más rigurosas de las intervenciones que abordan las normas sociales.

Los estudios que evalúan la eficacia de las intervenciones que cuestionan las normas propiciatorias de violencia son escasos. Las evaluaciones rigurosas de tales intervenciones son factibles, pero se enfrentan con varias dificultades como, por ejemplo, aislar claramente los efectos de las intervenciones de los posibles factores distorsionantes y no comprender bien los mecanismos subyacentes de los cambios en las normas sociales y culturales.

1. Introducción

Las normas sociales y culturales influyen enormemente en la configuración del comportamiento individual, incluso en el uso de la violencia. Las normas pueden proteger contra la violencia, pero también pueden propiciarla y promover su uso. Por ejemplo, la aceptación cultural de la violencia, ya sea como un método normal de resolver conflictos o como algo frecuente en la crianza de un niño, constituye un factor de riesgo para cualquier tipo de violencia interpersonal (1). Del mismo modo, ayuda a explicar por qué los países que experimentan altas cotas de un tipo de violencia experimentan también mayores cotas de los otros tipos (2). La tolerancia social hacia el comportamiento violento se aprende probablemente en la niñez, mediante la práctica del castigo corporal (2) o por ser testigo de la violencia en la familia (3, 4), en el entorno (5) o en otros ambientes.

Las intervenciones que cuestionan las normas sociales y culturales propiciadoras de violencia ayudan a reducir y prevenir el comportamiento violento y, aunque se hayan usado ampliamente, rara vez se han evaluado. Dada la escasez de datos científicos sobre los que apoyarse, es prematuro examinar su eficacia. El objetivo de la presente orientación es, por consiguiente, promover más iniciativas para aplicar y evaluar intervenciones bien diseñadas que cuestionan las normas sociales y culturales propiciadoras de violencia. En consecuencia, esta orientación:

- define las normas sociales y culturales e ilustra cómo propician la violencia
- proporciona ejemplos de intervenciones que tratan de modificar estas normas
- identifica las principales dificultades afrontadas en la evaluación de la eficacia de tales intervenciones.

2. Normas sociales y culturales que propician la violencia

Las normas sociales y culturales son reglas o expectativas de comportamiento dentro de un grupo cultural o social específico. Estas normas son a menudo tácitas (nada explícitas) y presentan pautas sociales de comportamiento apropiado o inapropiado, dictan lo que es (y no es) aceptable y coordinan nuestras interacciones con los otros (6). Las normas sociales y culturales persisten dentro de la sociedad debido a que las personas prefieren ajustarse a ellas, con la expectativa de que los otros también se ajustarán (7). Se cree que lo que mantiene las normas sociales y culturales son una serie de presiones externas e internas (6). Así pues, las personas no se atreven a infringir estas normas por temor a la desaprobación social o al castigo, y a los sentimientos de culpa y vergüenza derivados de la interiorización de las normas.

Las normas sociales y culturales no se corresponden necesariamente con las actitudes (sentimientos positivos o negativos hacia un objeto o una idea) de una persona y sus creencias (percepciones de que ciertas premisas son ciertas), aunque si las normas llegan a interiorizarse pueden influir en estas actitudes y creencias. Además, la variedad de normas sociales y culturales es enorme, por lo que un comportamiento aceptable en un grupo social, pandilla o cultura puede ser intolerable en otro.

Las diferentes normas sociales y culturales respaldan diversos tipos de violencia, como se ilustra en el **recuadro 1**. Por ejemplo, la creencia tradicional de que los hombres tienen derecho a controlar o disciplinar a las mujeres con medios físicos las hace vulnerables a la violencia infligida por la pareja (8, 9) y pone a las niñas en peligro de abuso sexual (10). Igualmente, la aceptación cultural de la violencia, incluida la violencia sexual, como un asunto privado

obstaculiza la intervención externa e impide a las personas afectadas hablar claro sobre lo que les ocurre y conseguir ayuda (11). En muchas sociedades, las víctimas de la violencia sexual también se sienten estigmatizadas, lo que las inhibe de notificar las agresiones (12).

Además, hay pruebas irrefutables de la asociación entre el consumo de alcohol y el comportamiento violento, lo que significa que las normas sociales y culturales relacionadas con el consumo de alcohol y los efectos que produce también pueden alentar a cometer actos de violencia y justificarlos. En varios países se ha calculado que el consumo nocivo de alcohol es el responsable de 26% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)¹ perdidos como resultado de homicidios en los varones y de 16% en las mujeres (13). Las sociedades que toleran tasas mayores de intoxicación alcohólica aguda (alcoholismo agudo) presentan una relación más estrecha entre el consumo de alcohol y la violencia que en las que se bebe con más moderación (14). Por otro lado, la violencia relacionada con el alcohol se produce con más frecuencia en las culturas en las que muchos creen que el alcohol desempeña una función positiva al ayudar a las personas a liberarse de sus inhibiciones (15). En estos casos, el alcohol se usa como justificación del comportamiento violento o se consume para tener el coraje necesario para cometer actos violentos. Las intervenciones que abordan las normas sociales y culturales subyacentes del comportamiento peligroso relacionado con el consumo de alcohol y las expectativas sociales en torno al alcohol pueden ayudar a prevenir la violencia (16, 17). Para más información sobre la relación entre el alcohol y la violencia, véase en la presente serie la orientación relativa a la prevención de la violencia al reducir la disponibilidad y el consumo abusivo de alcohol.

¹ AVAD es una medida de la repercusión de la enfermedad, la discapacidad y la mortalidad sobre la salud de la población.

RECUADRO 1

Normas sociales y culturales que propician diferentes tipos de violencia

Maltrato de menores

- Las niñas están menos valoradas en la sociedad que los niños (por ejemplo, en Perú [18], donde se considera que las niñas tienen menos potencial social y económico).
- Los niños se consideran de baja categoría en la sociedad y en la familia (por ejemplo, en Guatemala [19]).
- El castigo físico se acepta o es normal en la crianza de los niños (por ejemplo, en Turquía [20] y Etiopía [21]).
- Las comunidades siguen prácticas culturales tradicionales perjudiciales, como la mutilación genital (por ejemplo, en Nigeria [22] y Sudán [23]) o el matrimonio de niños (24).

Violencia infligida por la pareja

- El hombre tiene derecho a ejercer su poder sobre la mujer y es superior socialmente (por ejemplo, en la India [8], Nigeria [9] y Ghana [25]).
- El hombre tiene derecho a “corregir” o disciplinar el comportamiento de la mujer (por ejemplo, en la India [26], Nigeria [27] y China [28]).
- La libertad de la mujer debe estar restringida (por ejemplo, en Pakistán [29]).
- La violencia física es una manera aceptable de resolver conflictos en una relación (por ejemplo, en Sudáfrica [30] y China [28]).
- La mujer es responsable de que funcione bien el matrimonio (por ejemplo, en Israel [31]).
- La violencia en la relación de pareja es un tema tabú (por ejemplo, en Sudáfrica [32]) y notificar el maltrato es irrespetuoso (por ejemplo, en Nigeria [9]).
- El divorcio es vergonzoso (por ejemplo, en Pakistán [11]).
- Cuando la dote de la novia (bienes entregados por la familia de la novia al esposo) o la dote del novio (bienes entregados por el esposo a la familia de la novia) forma parte de lo esperado en el matrimonio (por ejemplo, en Nigeria [27] y la India [33]), puede producirse violencia porque las expectativas económicas no se han cumplido o porque la dote del novio viene a ser sinónimo de compra y, por lo tanto, de posesión de la esposa.
- El honor de un hombre se vincula al comportamiento sexual de la mujer. En este caso, cualquier desviación de las normas sexuales es considerada una desgracia para toda la familia y puede conducir más tarde a las muertes por honor (por ejemplo, en Jordania [34, 35]).

Suicidio y daño autoinfligido

- Los problemas de salud mental son embarazosos y vergonzosos, lo que disuade a la persona de buscar ayuda (por ejemplo, en Australia [36] y Brasil [37]).
- Algunas personas no son toleradas en diferentes grupos sociales dentro de una sociedad o cultura (por ejemplo, los homosexuales en Japón [38]).

Violencia sexual

- Las relaciones sexuales son un derecho del varón en el matrimonio (por ejemplo, en Pakistán [11]).
- Las niñas son responsables de controlar los deseos sexuales del varón (por ejemplo, en Sudáfrica [10, 39]).
- La violencia sexual es una manera aceptable de poner a las mujeres en su sitio o de castigarlas (por ejemplo, en Sudáfrica [10]).
- La actividad sexual (incluida la violación) es un indicador de masculinidad (por ejemplo, en Sudáfrica [39]).
- El sexo y la sexualidad son temas tabú (por ejemplo, en Pakistán [11]).
- La violencia sexual, como la violación, es una vergüenza para la víctima, lo que impide su revelación (por ejemplo, en los Estados Unidos [12]).

Violencia juvenil

- Denunciar la violencia juvenil o la intimidación es inadmisibles (por ejemplo, en el Reino Unido [40]).
- La violencia es una manera aceptable de resolver los conflictos (por ejemplo, en los Estados Unidos [41]).

Violencia comunitaria

- La intolerancia cultural, la aversión intensa y crear estereotipos de “diferentes” grupos dentro de la sociedad (por ejemplo, nacionalidades, grupos étnicos, homosexuales) puede contribuir al comportamiento violento o agresivo de unos hacia otros (por ejemplo, la xenofobia o violencia racista [42] y la violencia homofóbica [43]).

3. Cuestionamiento de las normas que propician la violencia: ejemplos de intervenciones

Las intervenciones que cuestionan las normas sociales y culturales que propician la violencia se integran a menudo con otras estrategias. Sin embargo, los ejemplos descritos aquí se limitan a intervenciones orientadas exclusiva o principalmente a cambiar las normas sociales y culturales para prevenir la violencia. Aunque no se han evaluado todas, se presentan algunos ejemplos para adquirir una mejor comprensión de este enfoque de prevención de la violencia. En el **recuadro 2** se explican los conceptos en pos del *enfoque vinculado a las normas sociales*, uno de los marcos más prominentes para intervenciones de esta naturaleza. Una dificultad particular para cualquier intervención que aborde las normas culturales o sociales es dar cabida a grupos con diferentes normas o pautas de la población general. Las intervenciones a menudo deben adaptarse a estos subgrupos, en lugar de dirigirse a la población en su totalidad.

3.1. Violencia sexual y en la relación de pareja

En los Estados Unidos y otros países desarrollados, se han diseñado iniciativas orientadas a disminuir la violencia en las citas y el abuso sexual, en particular en los adolescentes y adultos jóvenes, que incorporan componentes dirigidos a modificar las normas sociales y culturales. Estas normas engloban estereotipos de género, convicciones acerca de la masculinidad y la agresión o violencia e ideas tales como “la violencia dentro de una relación de pareja o en las citas es normal”. Algunas iniciativas se centran en grupos de compañeros varones, por ejemplo, los clubes Hombres de Fuerza (*Men of Strength*) (44); otros se dirigen tanto a hombres como a mujeres, por ejemplo, Hombres Contra la Violencia (*Men Against Violence*) (45) y Mentores en la Prevención de la Violencia (*Mentors in Violence Prevention*) (46). En programas de este tipo se sabe la gran influencia que los adultos jóvenes ejercen mutuamente en el

RECUADRO 2

Enfoque vinculado a las normas sociales

El enfoque vinculado a las normas sociales de promoción de la salud presupone que las personas tienen una percepción errónea de las actitudes y la conducta de los otros. La prevalencia de comportamientos peligrosos (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol o tolerancia de un comportamiento violento) generalmente se sobreestima, mientras que los comportamientos protectores se subestiman. Esto afecta al comportamiento individual de dos maneras: justificando y aumentando la prevalencia de comportamientos peligrosos y aumentando la probabilidad de que un individuo guarde silencio acerca de cualquier molestia causada por tales comportamientos (reforzándose de ese modo la tolerancia social). El enfoque vinculado a las normas sociales trata de corregir estas suposiciones falsas o percepciones erróneas dando a las personas un sentido más realista de las normas de comportamiento auténticas y, de este modo, reducir los comportamientos peligrosos. La teoría se ha aplicado de forma general en los Estados Unidos para disminuir el consumo excesivo de alcohol en los estudiantes universitarios y se ha asociado con una reducción del consumo abusivo de alcohol y tabaco (47, 48). Las estrategias en el ámbito de las normas sociales también han tenido cierto éxito al cambiar las actitudes de grupos de compañeros varones frente a comportamientos sexuales arriesgados (véase el apartado “Violencia sexual y en la relación de pareja”). También se han documentado suposiciones falsas de las actitudes frente al comportamiento violento en el caso de la intimidación (49), lo que sugiere que las estrategias en el ámbito de las normas sociales podrían reducir esta forma de violencia.

comportamiento de unos con otros y las presiones sociales sobre la masculinidad que equiparan el poder masculino y la posición con la violencia. Al aumentar la concientización sobre la violencia en las citas y reforzar normas compartidas que apoyan el comportamiento no violento, se promueve el papel de los adultos jóvenes como aliados o protectores de sus amigos en contra de la violencia sexual y en las citas. Además, se supone que al cuestionar la participación en actos de violencia, los jóvenes darán a entender a sus compañeros que un comportamiento de ese estilo es inadmisibles. Lamentablemente, aún no se ha evaluado bien la eficacia de estos programas en la prevención de los comportamientos violentos.

El enfoque vinculado a las normas sociales, descrito en el **recuadro 2**, se ha utilizado en los Estados Unidos para abordar la violencia sexual entre estudiantes universitarios. Entre estos estudiantes, se cree que los chicos subestimaban la importancia que la mayoría de los chicos y las chicas le dan al consentimiento sexual y la disposición de la mayoría de los chicos a intervenir contra la agresión sexual (50). Aunque se dispone de pocos datos de investigación, se han presentado algunos resultados positivos. Por ejemplo, en una universidad, un proyecto titulado *Un Hombre Respeta a Una Mujer* (*A Man Respects a Woman*) intentaba reducir las agresiones sexuales contra las mujeres, aumentar las percepciones correctas de las normas de comportamiento sexual no coercitivo y disminuir los comportamientos coercitivos notificados por los propios hombres. El proyecto utilizó una campaña de difusión de las normas sociales dirigida a los hombres, una representación de teatro que abordaba la socialización y reuniones de educación “de igual a igual” por varones, para transmitir las siguientes conclusiones positivas de una encuesta entre estudiantes:

- El hombre respeta a la mujer: nueve de cada diez hombres se detienen la primera vez que su novia dice “no” a las relaciones sexuales.
- El hombre siempre evita la manipulación: tres de cada cuatro hombres piensan que no es aceptable incitar a la novia a que consuma alcohol para aumentar las posibilidades de tener relaciones sexuales con ella.
- El hombre conversa antes de la aventura amorosa: la mayoría de los hombres cree que hablar de sexo no estropea la aventura amorosa del momento, y esto puede confirmarles que tienen el consentimiento.

Para la campaña de comercialización social, los estudiantes diseñaron carteles y folletos y los probaron con otros estudiantes de la universidad con objeto de asegurarse de que los mensajes iban

a recibir respuestas positivas. La evaluación de la campaña dos años después de la puesta en marcha encontró que la percepción de los hombres se había vuelto más correcta en cuanto al comportamiento de los otros hombres y ellos mismos informaron un comportamiento y actitudes más positivos. Por ejemplo, proporcionalmente menos hombres creían que un estudiante varón medio tiene relaciones sexuales cuando su pareja está ebria; que no detendría la actividad sexual aunque se lo pidan si ya está sexualmente estimulado; y que cuando le apetece manosear a alguien, prueba a ver cómo reacciona su pareja. La evaluación encontró, sin embargo, un aumento en la proporción de hombres que declaraban haber tenido relaciones sexuales cuando su pareja estaba ebria (51).

Las campañas universitarias en los Estados Unidos también han destacado el papel desempeñado por los transeúntes para prevenir actos de abuso sexual; esta es otra opción a la hora de dirigirse a los agresores o a las víctimas de la violencia. En estas campañas se abordan las normas que propician o toleran la coacción en las relaciones y alientan tanto a los hombres como a las mujeres a hablar claro contra el abuso sexual y a ayudar a los que están en peligro. Por ejemplo, una campaña de carteles en una universidad tenía este mensaje: “Conoce tu poder. Actúa, di lo que piensas. Puedes lograr un cambio”. Se desplegaron una serie de carteles durante cuatro semanas por todo el campus universitario y en los alrededores que ilustraban diferentes situaciones: por ejemplo, un hombre que subía las escaleras con una mujer ebria a la fiesta de una casa. Los carteles también mostraban el comportamiento correcto de los transeúntes que intervenían y evitaban el abuso sexual: por ejemplo, un grupo de amigos que planea detener al hombre que subía con la mujer a la casa. Aunque no había ninguna referencia para comparar, una evaluación de la campaña informó que los participantes que vieron los carteles estaban más sensibilizados con la agresión sexual y tenían mayor voluntad de participar en las acciones orientadas a reducir la violencia sexual, en comparación con los que no vieron los carteles (52).

En Australia Occidental, la campaña *Liberarse del Temor* (*Freedom from Fear*) se dirigió a los agresores de sexo masculino (y agresores potenciales) de la violencia doméstica. Las investigaciones preliminares con los agresores de sexo masculino encontraron que mensajes del tipo “Los hombres de verdad no le pegan a las mujeres” y “Tus compañeros te rechazarán” o los que resaltaban las consecuencias de la violencia doméstica en la pareja no tendrían ninguna eficacia. Por el contrario, los que transmitían el efecto perjudicial que tenía la violencia en la relación de pareja sobre los hijos resultaron ser

muy eficaces y lógicamente se les dio preferencia en la campaña. Estos mensajes exhortaban a los hombres a que aceptaran la responsabilidad de su comportamiento y adoptaran medidas para acabar con los malos tratos (53). Se utilizó la televisión, la radio y otros medios e iba acompañada de una línea telefónica de ayuda para que los hombres pudieran recibir orientación, asesoramiento e información. La evaluación de la campaña a los cinco años del lanzamiento encontró que había una proporción menor de hombres que declaraban haber maltratado emocionalmente a su pareja con respecto a la que había antes de la campaña. Además, había una reducción significativa en la proporción de mujeres que dijeron que “les habían gritado” o “les habían amenazado con golpearlas” (54).

Otra campaña prometedora, *Elige el Respeto (Choose Respect)*, es una iniciativa nacional desarrollada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos que aborda las normas sociales y culturales que rigen las relaciones y la violencia infligida por la pareja. El objetivo es motivar a los adolescentes a cuestionar las convicciones dañinas acerca del abuso en las citas y tomar medidas para crear relaciones saludables y respetuosas, y así prevenir el abuso antes de que comience. Las investigaciones para fundamentar la iniciativa revelaron que la mayoría de los adolescentes tiene actitudes positivas y saludables en sus relaciones con los otros. *Elige el Respeto* trata de reforzar y mantener estas actitudes positivas de los adolescentes cuando crecen y empiezan a tener relaciones de noviazgo, y para ello:

- alienta a los adolescentes, los padres, los cuidadores y los profesores a que se decidan a tratar a los otros y a sí mismos con respeto
- crea oportunidades para que los adolescentes y los padres aprendan formas positivas de comportamiento en las relaciones
- aumenta la capacidad de los adolescentes para reconocer y prevenir las relaciones malsanas y violentas
- promueve formas de conseguir información y otros instrumentos para diversos públicos con objeto de prevenir el abuso en las citas.

Elige el Respeto está dirigido al segmento de 11 a 14 años, un grupo de edad cuyos miembros están todavía formando actitudes y creencias que influirán en cómo son tratados y tratarán a los demás. La iniciativa también implica a los padres, profesores, líderes de los jóvenes y otros cuidadores que influyen en la vida de los adolescentes más jóvenes. Los mensajes se difunden mediante materiales, como tarjetas postales electrónicas (cibertarjetas),

carteles, marcadores de libros, guías de bolsillo, juegos y concursos en línea, anuncios televisivos, cuñas publicitarias por radio y televisión, y otras actividades que estimulan a los jóvenes a decantarse por el respeto. Esta campaña se lanzó en mayo de 2006 y se puso en práctica como una iniciativa integrada de comunicación en diez de las principales ciudades de los Estados Unidos (55).

Cuidad con Alma (Soul City), en Sudáfrica, utilizó la televisión (con series de una telenovela), la radio y materiales impresos (es decir, programas educativos mediante juegos, véase el **recuadro 3**) para llamar la atención sobre asuntos sociales como la violencia infligida por la pareja, la violación en las citas y el acoso sexual. La serie iba acompañada de folletos de información que se distribuyeron en todo el país. Una evaluación de la cuarta serie, que se centró en la violencia en la relación de pareja, utilizaba una muestra aleatoria de la población nacional y realizaba entrevistas antes y después de la intervención (con ocho meses de intervalo). Después de la serie, los participantes contestaron que había disminuido su aceptación de la violencia en la relación de pareja y aumentado el convencimiento de que las comunidades desempeñan un papel importante en la prevención de este tipo de violencia. Por ejemplo, se produjo un aumento desde el momento inicial hasta la evaluación, ocho meses más tarde, de los que creían que “en mi comunidad se piensa que la violencia entre un hombre y una mujer no es un asunto privado”. Se cree que la intervención facilitó la cooperación comunitaria, los debates públicos y la acción contra la violencia en la relación de pareja. Aunque la evaluación no incluía mediciones del comportamiento violento, se observaron algunos cambios positivos de actitud frente a la violencia infligida por la pareja. Por ejemplo, el número de los que estaban totalmente de acuerdo con la afirmación “jamás una mujer merece ser golpeada” aumentó, al igual que lo hizo el porcentaje de los que discrepaban de la aserción “se espera que las mujeres maltratadas aguanten el maltrato” (56). Aunque no se sabe si estos cambios se habrían producido sin la intervención (no había un grupo de referencia), la mayor exposición a la intervención se asoció con cambios de actitud más positivos.

La iniciativa *Somos Diferentes, Somos Iguales*, en Nicaragua, también utilizó programas educativos mediante juegos y estaba orientada principalmente a prevenir la infección por el VIH. En el programa también se abordaban otros temas relacionados, como la violencia de género, cuyo objetivo era empoderar a las mujeres y a los jóvenes y promover los derechos de la mujer y la igualdad en materia de género. Se utilizó una serie semanal de la telenovela *Sexto Sentido*; un programa nocturno de debate

RECUADRO 3

Intervenciones de los medios de comunicación

Las campañas mediáticas transmiten mensajes sobre comportamientos saludables a grandes grupos de la población por medio de la televisión, la radio, Internet, los periódicos, las revistas y otros materiales impresos. Asimismo, incrementan la cantidad de información disponible sobre un tema y pueden reducir los comportamientos indeseables. Las campañas en los medios de comunicación usan diferentes estrategias para cambiar las normas sociales y culturales. Por ejemplo, pueden proporcionar información para corregir las percepciones erróneas acerca de las normas (ver **recuadro 2**, Enfoque vinculado a las normas sociales) o asignar un estigma social a un comportamiento indebido. Aunque las campañas se centran generalmente en las consecuencias negativas de la violencia, también pueden hacer exhortaciones positivas, por ejemplo, fomentar estilos de crianza de los hijos que contribuyan a una vida familiar más feliz (59).

Las estrategias de los medios de comunicación ayudan a que los temas de salud se mantengan en los programas sociales y políticos y se legitimen las intervenciones comunitarias y, además, actúan como un catalizador para otras iniciativas (60). Si bien tratan de modificar el comportamiento individual directamente a través de mensajes informativos, las campañas mediáticas también pueden actuar sobre el comportamiento de forma indirecta al estimular cambios en la percepción de las normas sociales o culturales gracias a la interacción social (60). En este caso, un cambio en la percepción de las normas proporciona una motivación adicional para un cambio en el comportamiento individual (61). Algunas estrategias mediáticas utilizan métodos de educación con actividades recreativas (“*edutainment*”), que procuran impartir conocimiento y suscitar el cambio social mediante telenovelas y otras actividades de recreo frecuentes. Los programas educativos mediante juegos pueden contribuir a mejorar las normas sociales y culturales al lograr una fuerte identificación del público con los personajes de la televisión, que se convierten en auténticos modelos a imitar.

Las campañas mediáticas se han empleado con éxito para abordar un amplio abanico de actitudes y comportamientos relacionados con la salud (62), como comer de forma saludable y hacer ejercicio (63), dejar de fumar (64), tener relaciones sexuales sin riesgo (65), reducir el consumo de alcohol (66) y no conducir en estado de ebriedad (67). Un metaanálisis de 48 campañas de comportamientos vinculados con la salud informó que, por término medio, 9% más de las personas tenía comportamientos saludables después de la campaña (62). También se han utilizado las campañas mediáticas para abordar la violencia. Sin embargo, son pocos los estudios que han evaluado su eficacia para reducirla. Por el contrario, en muchos estudios se ha examinado la eficacia de otras campañas para promover comportamientos saludables.

Entre los factores que parecen contribuir al éxito de las campañas mediáticas están los mensajes sobre sanciones legales por comportamientos culpables, la información reciente (es decir, un nuevo comportamiento recomendado para resolver un problema de salud) y el llegar a una proporción mayor del público destinatario (62). Además, el éxito es más probable si los mensajes se adaptan al público destinatario mediante principios de comercialización social y la creación de un entorno favorable que le permita hacer los cambios, por ejemplo, con la movilización de las comunidades para apoyar la campaña (68). Para desarrollar campañas eficaces, es también importante hacer investigaciones, como las entrevistas a los interesados directos clave y los grupos de discusión con miembros del público destinatario, para determinar las actitudes y convicciones existentes y las maneras de motivar a las personas a que cambien su comportamiento (69). Los mensajes de las campañas también deben probarse antes en los públicos destinatarios para asegurar que se comprenden correctamente y para reducir al mínimo cualquier efecto negativo no intencional sobre otro tipo de público (69).

radiofónico, en el que los que llamaban podían tratar los asuntos planteados en la serie de televisión; y actividades comunitarias como el entrenamiento para el liderazgo de los jóvenes. En una evaluación del proyecto se encuestó a una muestra de jóvenes nicaragüenses de 13 a 24 años en un período de dos años. Aunque no había un grupo de referencia, la exposición al programa se asoció con una mayor aceptación de la igualdad de género como norma social (57). El estudio no midió si hubo cambios en el comportamiento violento.

3.2. Violencia juvenil

En los Estados Unidos, una intervención contra la violencia denominada Resuélvelo, Solúcionalo (*Resolve It, Solve It*) constaba de una campaña mediática en la comunidad para los jóvenes de poblados pequeños realizada por estudiantes de secundaria, quienes sirvieron como modelo para sus compañeros (58). Los estudiantes ayudaron a desarrollar los medios para la campaña, por ejemplo, materiales muy bien impresos y anuncios publicitarios para la radio y la televisión, con tres temas clave: respetar las diferencias individuales, resolver los conflictos y evitar la intimidación. La campaña

Prohibición del castigo corporal

En 1979, Suecia introdujo una ley para abolir todas las formas de castigo físico de los niños por parte de sus cuidadores. La prohibición estaba dirigida, en parte, a cuestionar la frecuente actitud según la cual el castigo corporal formaba parte de la crianza de los niños y a establecer una nueva norma social: que el castigo físico era inadmisibles. Aunque la repercusión directa de la prohibición es difícil de determinar, varios datos probatorios indican que las actitudes hacia el castigo corporal y el grado de violencia física contra los niños cambiaron después de su aplicación (70, 71). Por ejemplo, un estudio realizado 30 años después de que se aplicara la prohibición reveló que el apoyo público al castigo corporal descendió de 53% en 1965 a 11% en 1994 (70). Los niños suecos nacidos en la década de 1950 fueron casi todos golpeados por sus madres antes de los cuatro años. Sin embargo, de los nacidos a fines de la década de 1980, solo 14% había sido golpeado alguna vez por sus madres (71). Además, en 1965, la mitad de la población sueca creía que el castigo físico era necesario para criar a un niño, pero a mediados de los noventa, solo 11% de la población se “inclinaban positivamente” aun hacia las formas leves de castigo físico (71). Los informes de las agresiones contra los niños sí aumentaron entre 1981 y 1996, pero esto puede ser el reflejo de una mayor voluntad de la población de notificar formas menos graves de violencia (72). Sigue estando poco claro, sin embargo, qué proporción del cambio en las normas y el comportamiento puede atribuirse a la legislación. Algunos observadores señalan que la actitud de los suecos hacia el castigo corporal había estado cambiando de forma sostenida durante los años precedentes a la introducción de la prohibición y precisamente esto habría impulsado el cambio en la legislación (73).

funcionó durante un año e incluía presentaciones a los escolares en las aulas y auditorios e, incluso, a audiencias mayores durante los acontecimientos comunitarios. Un ensayo controlado aleatorizado de la campaña realizado en comunidades de cinco estados diferentes mostró resultados contradictorios. Unos meses después de la intervención, los estudiantes informaron de una gran disminución en el uso de la violencia física en comparación con el grupo de referencia, pero no había ninguna diferencia en cuanto a la agresión verbal. Además, en comparación con el grupo de referencia, los participantes notificaron una disminución mayor en cuanto a la victimización verbal, pero no en la física. Sin embargo, los efectos eran diferentes según el sexo (58).

3.3. Leyes y políticas

La legislación puede ser un instrumento clave para cambiar el comportamiento y la percepción de las normas sociales y culturales. Las leyes y las políticas que hacen del comportamiento violento un delito envían un mensaje a la sociedad de que eso no es aceptable. Los países difieren en cuanto a las leyes aplicadas al comportamiento violento. Si bien casi todos los países tienen leyes que tipifican como

delito la mayoría de las formas de homicidio, solo algunos tienen leyes para proteger a las mujeres de la violencia infligida por la pareja o a los niños del maltrato de los cuidadores. Sin embargo, ha habido un movimiento internacional reciente en favor de la promulgación y la aplicación de leyes de esa naturaleza; en particular para evitar la violencia en la relación de pareja, donde ha habido mayor actividad internacional a favor de los derechos de la mujer. Recientemente, por ejemplo, se han establecido leyes contra la violencia doméstica en Brasil (2006), Ghana (2007), India (2006) y Zimbabue (2006). Los factores distorsionantes dificultan la evaluación de los efectos de las leyes y las políticas sobre las normas sociales y culturales y el comportamiento violento (no obstante, véase el recuadro 4). Además, la introducción de leyes que tipifican el comportamiento violento como un delito penal aumenta las tasas de violencia notificada y hace que la evolución de las estadísticas oficiales sea difícil de interpretar. Por último, aunque la aplicación de las leyes puede tener un efecto sobre el comportamiento por el temor al castigo, los cambios de las creencias profundamente arraigadas que justifican un comportamiento de ese tipo necesitan mucho más tiempo.

4. Dificultades en la evaluación de la eficacia

A pesar de que las intervenciones para modificar las normas sociales y culturales se encuentran entre las estrategias más visibles de prevención de la violencia, rara vez se evalúan rigurosamente. En cambio, las intervenciones para modificar las normas relacionadas con otras cuestiones de salud pública, como el tabaquismo, la conducción en estado de ebriedad y el consumo de alcohol, se han sometido a numerosas evaluaciones minuciosas, incluso a metaanálisis.

No obstante, las evaluaciones rigurosas de las intervenciones para cambiar las normas sociales y culturales que propician la violencia son factibles, como se indica con los ejemplos descritos en esta orientación, aunque presentan las siguientes dificultades:

- *Factores distorsionantes:* A menudo las intervenciones sobre las normas sociales y culturales se integran con otras estrategias, como la capacitación práctica para la resolución de conflictos, los modelos a imitar o las actividades comunitarias (por ejemplo, micropréstamos). Esto hace difícil aislar los efectos independientes de las intervenciones dirigidas a cambiar las normas relacionadas con la violencia.
- *La violencia real se usa rara vez como un criterio de valoración:* Incluso cuando se hayan emprendido evaluaciones, estas miden con frecuencia los cambios en las actitudes y normas en lugar de los comportamientos violentos. Las evaluaciones de las intervenciones de las normas sociales y culturales orientadas a prevenir los actos de violencia que se cometan en el futuro deberían utilizar como criterio de valoración la violencia real.
- *La dificultad de seleccionar un grupo de control o referencia equivalente:* Cuando se evalúan las intervenciones de las normas dirigidas a grupos grandes o poblaciones enteras, como las campañas mediáticas, suele ser difícil, cuando no imposible, encontrar un grupo de referencia que sea equivalente en todos los aspectos importantes al grupo que recibe la intervención. Esto limita la certidumbre con la que los evaluadores pueden atribuir los cambios en el grado de violencia a la propia intervención.
- *Mecanismos aun no comprendidos:* Saber cómo funcionan las intervenciones sigue siendo casi un misterio, hay pocos estudios que investigan los mecanismos subyacentes gracias a los cuales, al modificar las normas sociales y culturales, cambia el comportamiento. Incluso las definiciones de los términos clave, como cultural, social, normas, convicciones o creencias y actitudes, todavía requieren aclaración y consenso.

5. Resumen

El comportamiento violento está fuertemente influido por las normas sociales y culturales; por lo que los intentos de prevenir la violencia deben considerar de qué manera las presiones sociales y las expectativas influyen en el comportamiento individual. Las intervenciones que tratan de modificar las normas sociales y culturales para prevenir la violencia se encuentran entre las más destacadas y extendidas. Sin embargo, rara vez se han evaluado de forma minuciosa, por lo que actualmente es difícil valorar su eficacia. Las evaluaciones científicas rigurosas de las intervenciones que abordan las normas que propician la violencia presentan dificultades particulares —aunque superables—, lo que explica en parte su escasez. No obstante, se han presentado varios resultados positivos.

Aunque el efecto de las intervenciones mediáticas, dirigidas a sociedades enteras, sobre el grado de comportamiento violento rara vez se ha evaluado, su éxito al abordar otras cuestiones de salud pública (tabaquismo y conducción en estado de ebriedad, por ejemplo) sugiere que tienen un papel crucial a desempeñar en la prevención de la violencia. Además, las iniciativas con programas educativos mediante juegos, como Ciudad con Alma, en Sudáfrica, han sido promisorias en cuanto a modificar las normas sociales y culturales y las actitudes ligadas al comportamiento violento. Aunque es difícil evaluar la eficacia de las leyes y las políticas para cambiar las actitudes sociales, la adopción y aplicación de estas leyes puede enviar mensajes claros a la sociedad de que el comportamiento violento no es aceptable.

Referencias

1. *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
2. Lansford JE, Dodge KA. Cultural norms for adult corporal punishment of children and societal rates of endorsement and use of violence. *Parenting: Science and Practice*, 2008, 8:257–270.
3. Abrahams N, Jewkes R. Effects of South African men's having witnessed abuse of their mothers during childhood on their levels of violence in adulthood. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1811–1816.
4. Brookmeyer KA, Henrich CC, SchwabStone M. Adolescents who witness community violence: can parent support and prosocial cognitions protect them from committing violence? *Child Development*, 2005, 76:917–929.
5. Johnson, JG et al. Television viewing and aggressive behavior during adolescence and adulthood. *Science*, 2002, 295:2468–2471.
6. Durlauf SN, Blume LE. *New Palgrave Dictionary of Economics*, Second Edition. Londres, Macmillan, 2008.
7. Lewis D. *Convention: a philosophical study*. Cambridge MA: Harvard University Press, 1969.
8. Mitra A, Singh P. Human capital attainment and gender empowerment: the Kerala paradox. *Social Science Quarterly*, 2007, 88:1227–1242.
9. Ilika AL. Women's perception of partner violence in a rural Igbo community. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:77–88.
10. Jewkes R, PennKekana L, RoseJunius H. "If they rape me, I can't blame them": reflections on gender in the social context of child rape in South Africa and Namibia. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:1809–1820.
11. Hussain R, Khan A. Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health. *Health Care for Women International*, 2008, 29:468–483.
12. Sable MR et al. Barriers to reporting sexual assault for women and men: perspectives of college students. *Journal of American College Health*, 2006, 55:157–162.
13. *WHO global status report on alcohol 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
14. Rossow I. Alcohol and homicide: a crosscultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction*, 2001, 96:S77–S92.
15. MacAndrew D, Edgerton RB. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, Aldine, 1969. Cited in Krug EG et al. *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
16. *Interpersonal violence and alcohol*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
17. *Alcohol and interpersonal violence*. Policy briefing. Copenhague, Organización Mundial de la Salud (Oficina Regional para Europa) y Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2005.
18. Larme AC. Health care allocation and selective neglect in rural Peru. *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1711–1723.
19. Coope CM, Theobald S. Children at risk of neglect: challenges faced by child protection practitioners in Guatemala City. *Child Abuse and Neglect*, 2006, 30:523–536.
20. Orhon FS et al. Attitudes of Turkish parents, pediatric residents and medical students toward child disciplinary practices. *Child Abuse and Neglect*, 2006, 30:1081–1092.

21. Admassu F et al. Children's rights and corporal punishment in Assendabo town and the surrounding area, South West Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 2006, 44:9-16.
22. Amusan OA, AsekunOlarinmoye EO. Knowledge, beliefs, and attitudes to female genital mutilation (FGM) in Shao Community of Kwara State, Nigeria. *International Quarterly of Community Health Education*, 2006-2007, 27:337-349.
23. Satti A et al. Prevalence and determinants of the practice of genital mutilation of girls in Khartoum, Sudan. *Annals of Tropical Pediatrics*, 2006, 26:303-310.
24. Ouattara M, Sen P, Thomson M. Forced marriage, forced sex: the perils of childhood for girls. *Gender and Development*, 1998, 6:27-33.
25. Amoakohene MI. Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Social Science and Medicine*, 2004, 59:2373-2385.
26. Go VF et al. Crossing the threshold: engendered definitions of socially acceptable domestic violence in Chennai, India. *Culture, Health and Sexuality*, 2003, 5:393-408.
27. Adegoke TG, Oladeji D. Community norms and cultural attitudes and beliefs factors influencing violence against women of reproductive age in Nigeria. *European Journal of Scientific Research*, 2008, 20:265-273.
28. Liu M, Chan C. Enduring violence and staying in marriage. Stories of battered women in rural China. *Violence Against Women*, 1999, 5:1469-1492.
29. Ali TS, Khan N. Strategies and recommendations for prevention and control of domestic violence against women in Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2007, 57:27-32.
30. Jewkes R, Levin J, PennKekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:1603-1617.
31. Espanioly N. Violence against women: a Palestinian women's perspective. Personal is political. *Women's studies International Forum*, 1997, 20:587-592.
32. Fox AM et al. In their own voices: a qualitative study of women's risk for intimate partner violence and HIV in South Africa. *Violence Against Women*, 2007, 13:583-602.
33. Rao V. Wifebeating in rural south India: a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1169-1180.
34. Faqir F. Intrafamily femicide in defence of honour: the case of Jordan. *Third World Quarterly*, 2001, 22:65-82.
35. Kulwicki AD. The practice of honor crimes: a glimpse of domestic violence in the Arab world. *Issues in Mental Health Nursing*, 2002, 23:77-87.
36. Barney LJ et al. Stigma about depression and its impact on helpseeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, 40:51-54.
37. Peluso ED, Blay SL. Public stigma in relation to individuals with depression. *Journal of Affective Disorders*, 2009, 115:201-206.
38. DiStefano AS. Suicidality and selfharm among sexual minorities in Japan. *Qualitative Health Research*, 2008, 18:1429-1441.
39. Petersen I, Bhana A, McKay M. Sexual violence and youth in South Africa: the need for communitybased prevention interventions. *Child Abuse and Neglect*, 2005, 29:1233-1248.
40. Yates J. "You just don't grass": youth, crime and "grassing" in a working class community. *Youth Justice*, 2006, 6:195-210.
41. Champion HL, Durant RH. Exposure to violence and victimization and the use of violence by adolescents in the United States. *Minerva Pediatrics*, 2001, 53:189-197.
42. Sharp J. "Fortress SA": Xenophobic violence in South Africa. *Anthropology Today*, 2008, 24:1-3.
43. Willis DG. Hate crimes against gay males: an overview. *Issues in Mental Health Nursing*, 2004, 25:115-132.
44. Men of Strength Clubs (<http://www.mencanstoprape.org/>, consultado el 17 de noviembre de 2008).
45. Men Against Violence (<http://www.menagainstviolence.org/>, consultado el 17 de noviembre de 2008).
46. Mentors in Violence Prevention (<http://www.mvpngnational.org/>, consultado el 17 de noviembre de 2008).
47. Turner JC, Perkins HW, Bauerle J. Declining negative consequences related to alcohol misuse among students exposed to a social norms marketing intervention on a college campus. *Journal of American College Health*, 2008, 57:85-94.
48. Berkowitz AD. An overview of the social norms approach. In Lederman LC, Stewart LP, eds. *Changing the culture of college drinking. A socially situated health communication campaign*. New Jersey, Hampton Press, 2005.

49. Bigsby MJ. Seeing eye to eye? Comparing students' and parents' perceptions of bullying behaviour. *School Social Work*, 2002, 27:37-57.
50. Fabiano P et al. Engaging men as social justice allies in ending violence against women: evidence for a social norms approach. *Journal of American College Health*, 2003, 52:105-112.
51. Bruce S. *The "A Man" campaign: marketing social norms to men to prevent sexual assault. The report on social norms*. Working paper number 5. July 2002. Little Falls, NJ, PaperClip Communications, 2002.
52. Potter SJ et al. Empowering bystanders to prevent campus violence against women: a preliminary evaluation of a poster campaign. *Violence Against Women*, 2009, 15:106-121.
53. Freedom from Fear – Campaign against domestic violence. Perth, Government of Western Australia (<http://www.freedomfromfear.wa.gov.au/>, consultado el 17 de marzo de 2009).
54. Department for Community Development. Freedom from Fear. Key findings from the 2003 women's awareness and attitudes survey. Post campaign evaluation five (men's survey). State of Western Australia, Family and Domestic Violence Unit, 2003.
55. Choose Respect campaign (<http://www.chooserespect.org>, consultado el 17 de marzo de 2009).
56. Usdin S et al. Achieving social change on genderbased violence: A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:2434-2445.
57. Solórzano I, Bank A. *Catalyzing personal and social change around gender, sexuality, and HIV: Impact evaluation of puntos de Encuentro's communication strategy in Nicaragua*. Washington, DC, Population Council, 2008. (http://www.puntos.org.ni/sidoc/descargas/marketing/materiales/investigaciones/SDSI_impact_evaluation.pdf, consultado el 17 de noviembre de 2008).
58. Swaim RC, Kelly K. Efficacy of a randomized trial of a community and schoolbased antiviolence media intervention among smalltown middle school youth. *Prevention Science*, 2008, 9:202-214.
59. Henley N, Donovan R, Moorhead H. Appealing to positive motivations and emotions in social marketing: example of a positive parenting campaign. *Social Marketing Quarterly*, 1998, 4:48-53.
60. Wellings K, Macdowall W. Evaluating mass media approaches to health promotion: a review of methods. *Health Education*, 2000, 100:23-32.
61. Yanovitzky I, Stryker J. Mass media, social norms, and health promotion efforts. A longitudinal study of media effects on youth binge drinking. *Communication Research*, 2001, 28:208-239.
62. Snyder LB, Hamilton MA. *A metaanalysis of U.S. Health campaign effects on behavior: emphasize enforcement, exposure, and new information, and beware the secular trend*. In Hornik R, ed. *Public Health Communication: Evidence for Behaviour Change*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 2002.
63. Beaudoin CE et al. Promoting healthy eating and physical activity shortterm effects of a mass media campaign. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32:217-223.
64. Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2008, 23: CD004704.
65. Bertrand JT, Anhang R. *The effectiveness of mass media to change HIV/AIDS related behavior among young people in developing countries*. In Ross D, Dick B, Ferguson J, eds. *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006. (Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos, No. 938) (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_938_eng.pdf, consultado el 16 de diciembre de 2008).
66. Stewart LP et al. Applying Communication Theories to Prevent Dangerous Drinking among College Students: The RU SURE Campaign. *Communication Studies*, 2002, 53:381-399.
67. Elder RW et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcoholinvolved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27:57-65.
68. Randolph W, Viswanath K. Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. *Annual Review of Public Health*, 2004, 25:419-437.
69. Henley N, Donovan R, Francas M. *Developing and implementing communication messages*. In Droll S et al, eds. *Handbook of injury and violence prevention*. Nueva York, Springer, 2007.
70. Durrant JE. Evaluating the success of Sweden's corporal punishment ban. *Child Abuse and Neglect*, 1999, 23:435-448.o.

71. Durrant JE. From mopping up the damage to preventing the flood: The role of social policy in the prevention of violence against children. *Social Policy Journal of New Zealand*, 2006, 27:1–17.
72. Durrant JE, Janson S. Law reform, corporal punishment and child abuse: the case of Sweden. *International Review of Victimology*, 2005, 12:139–158.
73. Roberts JV. Changing public attitudes towards corporal punishment: the effects of statutory reform in Sweden. *Child Abuse and Neglect*, 2000, 24:1027–1035.

prevención de la violencia:
la evidencia

7.

**Reducción de la violencia
mediante programas de
identificación, atención y apoyo
a las víctimas**

Panorama

Protección de la salud y ruptura del círculo vicioso de la violencia

Además de las lesiones físicas, la violencia puede acarrear problemas de salud mental y física para toda la vida, deterioro laboral y social y aumentar el riesgo de ser víctima o agresor más adelante. Las intervenciones para identificar a las víctimas de la violencia interpersonal y prestarles atención y apoyo eficaces son, por consiguiente, fundamentales para proteger la salud y romper el círculo vicioso de la violencia de una generación a otra. Los datos probatorios actuales sobre intervenciones de esta naturaleza son esperanzadores, pero siguen siendo limitados en dos aspectos: primero, la mayoría proceden de los Estados Unidos y otros países desarrollados, y segundo, no se ha investigado lo suficiente sobre los efectos a largo plazo.

Diversas intervenciones pueden facilitar la identificación de las víctimas y emprender una respuesta

Los instrumentos de detección sistemática para identificar a las víctimas de la violencia en la pareja y el maltrato de ancianos parecen prometedores. Los programas educativos específicos aumentan la concientización acerca de la violencia y los conocimientos sobre cómo identificar y apoyar a las víctimas. A pesar de que se han establecido sistemas de notificación obligatoria en muchos países, estos siguen siendo polémicos. En Inglaterra y Gales, los sistemas interinstitucionales de evaluación de riesgos permiten al personal de diversos servicios identificar a las víctimas más vulnerables a la violencia infligida por la pareja y planificar mejor una estrategia de apoyo.

Servicios de defensa, programas de enfermeros responsables del examen de la agresión sexual y albergues para mujeres

Los programas de apoyo y defensa que prestan servicios de asesoramiento, orientación, planificación de la seguridad y remisión a otras instituciones pueden aumentar la práctica de comportamiento seguro de las víctimas y reducir otros daños. Los programas de enfermeros responsables del examen de la agresión sexual son prometedores en cuanto a mejorar la atención y el apoyo a las víctimas y facilitar el enjuiciamiento de los agresores. Las pruebas que demuestran la eficacia de los albergues para mujeres en la reducción de la victimización reiterada en la pareja son actualmente insuficientes.

Líneas de ayuda telefónica e intervenciones psicosociales

No hay pruebas suficientes de que las líneas de ayuda puedan disminuir el sufrimiento y la desesperanza de quienes llaman. Se ha visto que algunas intervenciones psicosociales, como la terapia conductual cognoscitiva centrada en el trauma, reducen los problemas de salud mental vinculados a la violencia, como el trastorno postraumático por estrés.

Medidas del sistema de justicia penal para cuidar y apoyar a las víctimas de la violencia

Las órdenes de protección, que prohíben al agresor comunicarse con la víctima, pueden ayudar a reducir la victimización reiterada en los que han sufrido estos actos de la violencia en la relación de pareja. Las medidas especiales en la sala judicial, como declarar mediante un enlace de video en directo o usar un intermediario para el interrogatorio, han demostrado mejorar la experiencia de las víctimas ante los tribunales. Se ha visto que los tribunales especializados, que tratan de mejorar la coordinación entre el sistema de justicia penal y los organismos de los servicios sociales, aumentan las tasas de arrestos, declaraciones de culpabilidad y las condenas.

1. Introducción

En todo el mundo, más de medio millón de personas mueren anualmente a causa de la violencia interpersonal (1) y millones más son víctimas de la violencia no mortal. En 2004, la violencia estaba entre las 20 causas principales de muerte y discapacidad a escala mundial (2). Muchas de las formas de violencia, como la violencia en la pareja y el maltrato de menores, causan sufrimiento en las víctimas repetidamente y durante muchos años sin que las autoridades tengan conocimiento (3). Además de las lesiones físicas, la violencia acarrea secuelas psicosociales y de salud de por vida; entre otras: los trastornos de salud mental; los problemas de salud física, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer debido a la adopción de conductas peligrosas para la salud tales —como el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol— con las que se busca hacer frente al maltrato, en particular, de menores; y el deterioro de las funciones sociales y laborales. La carga de la violencia puede extenderse a las familias, los amigos y los servicios públicos que tratan las repercusiones continuas de la violencia (por ejemplo, los sistemas de justicia penal y los servicios de salud y bienestar social). Ser víctima¹ de la violencia también aumenta más el riesgo de la persona al maltrato y de convertirse en agresor (4). La identificación, atención y apoyo de las víctimas mediante el uso de iniciativas basadas en datos probatorios es, por tanto, crucial para proteger la salud y romper el círculo vicioso de la violencia. En el presente documento se esbozan las pruebas de la eficacia de las intervenciones en la identificación, atención y apoyo a las víctimas de la violencia interpersonal. El ámbito de la atención médica prehospitalaria y de urgencias no está cubierto en el presente documento ya que se abordan en tres directrices de la OMS (4–6). Aquí se trata lo siguiente:

1) Medidas para identificar y responder a las víctimas de la violencia interpersonal:

- instrumentos de detección sistemática
- programas educativos sobre la violencia y la identificación de las víctimas
- sistemas de notificación obligatoria
- evaluación interinstitucional del riesgo y la respuesta.

2) Programas de atención y apoyo a las víctimas de la violencia interpersonal:

- programas de apoyo y defensa
- programas de enfermeros encargados de examinar la agresión sexual (o forenses)
- albergues para mujeres
- líneas de ayuda telefónica
- intervenciones psicosociales
- órdenes de protección
- medidas especiales en las salas judiciales, los tribunales especializados y las comisarías de policía destinadas exclusivamente a mujeres.

Pocos estudios evaluados rigurosamente han examinado los programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas y la mayoría de los datos probatorios proceden de países desarrollados, en particular de los Estados Unidos. Las intervenciones para identificar, atender y apoyar a las víctimas de la violencia englobadas aquí deben ser consideradas como parte de estrategias más amplias que procuran no solo apoyar a las víctimas, sino también modificar los factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales que propician o previenen la violencia.

¹ Ser testigo de situaciones de violencia puede tener repercusiones graves sobre la salud y el bienestar, por lo tanto los testigos también requieren identificación, atención y apoyo.

2. Medidas para identificar y responder a las víctimas de la violencia interpersonal

Una gran proporción de la violencia interpersonal no se notifica a los organismos de justicia penal, con frecuencia por el temor de las personas al estigma (por ejemplo, de la familia y los amigos) o al castigo de los agresores por revelar su maltrato (7, 8). Sin embargo, la violencia suele acarrear lesiones físicas y diversos problemas psicoafectivos y sociales que obligan a las víctimas a ir a los servicios de salud (por ejemplo, atención primaria, urgencias, salud mental) u otros (9, 10). En consecuencia, estos ámbitos brindan la oportunidad de identificar a las víctimas de la violencia, prestarles apoyo y remitirlas al servicio correspondiente (11–13). No obstante, un abanico de obstáculos puede impedir la identificación de las víctimas y el apoyo. En el caso del personal que trabaja en los centros de atención de salud, por ejemplo, estos obstáculos pueden ser la falta de formación, las limitaciones de tiempo, los estereotipos, el temor a ofender al paciente, el temor de acusar al agresor, la impotencia y los sentimientos de desesperanza y frustración, la falta de procedimientos habituales de detección sistemática y la falta de percepción de la responsabilidad (14–16). Por otro lado, muchas víctimas no revelarán su situación a menos que se les pregunte directamente. Por lo tanto, los profesionales sanitarios, entre otros, deben tener información, conocimientos y aptitudes para garantizar que puedan reconocer a las víctimas de la violencia y responder a sus necesidades.

2.1. Instrumentos de detección sistemática para identificar a las víctimas de la violencia

La detección sistemática o tamizaje es un proceso utilizado para identificar a las personas vulnerables a una enfermedad o afección, que de otro modo pasarían inadvertidas. En cuanto a las víctimas de la violencia, el objetivo de la detección sistemática es aumentar los casos identificados, dirigir las intervenciones y apoyo apropiados, y reducir la exposición posterior a la violencia y otros problemas conexos (17). Se han desarrollado diversos instrumentos de tamizaje para los servicios de urgencias, los servicios prenatales y

los centros de salud mental con el fin, en general, de identificar a las víctimas de la violencia en la relación de pareja y del maltrato de menores. Los instrumentos constan normalmente de una serie de preguntas acerca de las relaciones habituales de una persona y sus experiencias en relación con la violencia física, sexual y emocional. Los datos indican que el tamizaje realizado por los profesionales de la asistencia sanitaria puede ser eficaz al facilitar el descubrimiento de la violencia en la relación de pareja y de este modo aumentar el número de víctimas identificadas (18–21). Por ejemplo, un estudio en un servicio de urgencias canadiense comparó la utilización de un instrumento de tamizaje de cinco preguntas sobre la violencia en la relación de pareja con respecto a la atención habitual de urgencias y encontró que el instrumento aumentaba el porcentaje de detección de pacientes de sexo femenino desde menos de 1% a 14% (20).

Si bien la detección sistemática de la violencia se promueve de forma general en los centros de atención de salud, hay pocos datos de investigación sobre su continuidad o eficacia para ayudar a reducir la violencia. Una revisión sistemática de estudios que investigan la posibilidad de someter a tamizaje en los centros de atención de salud a las víctimas de la violencia en la relación de pareja reveló que ha habido ligeros aumentos en la identificación de las víctimas. Sin embargo, no había indicios de que los aumentos se mantuvieran más allá de la aplicación inicial del tamizaje (17). Otra revisión sistemática encontró que si bien el tamizaje en los servicios de urgencias puede ser eficaz por aumentar el número de víctimas identificadas, los obstáculos para introducirlo y mantenerlo sistemáticamente son numerosos, entre otros por los conocimientos y aptitudes inadecuados del personal, la falta de privacidad o de servicios fuera del horario de atención en el ámbito de las urgencias, y la falta en el personal del sentido de pertenencia al servicio y de la aceptación de las preguntas planteadas (19).

Instrumentos de tamizaje para la violencia en la relación de pareja en centros de atención de salud

Algunos de los instrumentos de tamizaje utilizados con mayor frecuencia son: *Abuse Assessment Screen; Hurt, Insulted, Threatened with harm and Screamed at (HITS); Indicators of Abuse Screen; Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT); Partner Violence Screen (PVS);* la escala *Slapped, Threatened or Thrown; Woman Abuse Screening Tool (WAST);* y la escala *Women’s Experience with Battering (WEB).*

Una revisión sistemática de las investigaciones sobre los instrumentos de tamizaje de la violencia en la relación de pareja en los centros de atención de salud señaló la existencia de varios instrumentos válidos y fiables que pueden utilizarse en estos ámbitos (20). Se encontró que el instrumento de tamizaje HITS presentaba la mayor precisión diagnóstica, validez y fiabilidad, simultáneamente, al compararse con otros medios de tamizaje (por ejemplo, OVAT, PVS, WAST, WEB).

El instrumento de tamizaje HITS fue desarrollado en los Estados Unidos y es utilizado por los médicos de familia para identificar a las víctimas del maltrato verbal y la violencia física (24). El instrumento consta de estas cuatro preguntas elaboradas por un grupo de médicos de familia:

- ¿Con qué frecuencia su pareja la maltrata físicamente?
- ¿Con qué frecuencia su pareja la insulta o habla mal de usted?
- ¿Con qué frecuencia su pareja la amenaza con hacerle daño?
- ¿Con qué frecuencia su pareja le grita o le maldice?

Los pacientes responden a cada una de las cuatro preguntas mediante una escala de cinco puntos que va de “nunca” [1] a “con frecuencia” [5]. Después, se suma la puntuación; un total mayor de 10 indica que el paciente es maltratado.

Sin embargo, otra revisión sistemática llegó a la conclusión de que actualmente no hay pruebas suficientes para recomendar un instrumento concreto de tamizaje (25). Además, como el número de preguntas hechas durante el tamizaje es variable, puede ser que algunos instrumentos solo sean apropiados en determinados centros de atención de salud donde hay tiempo y privacidad suficientes para que las víctimas respondan a las preguntas (26). Por otro lado, hay cierta polémica sobre si la presentación de las preguntas del instrumento debe ser escrita (en papel o en una computadora) o si es mejor cara a cara.

La detección sistemática de las víctimas de la violencia puede ser de aplicación universal (es decir, a todos los pacientes) o dirigirse a los pacientes que se considera son vulnerables (por ejemplo, los que presentan lesiones físicas [22, 23], depresión, ansiedad o problemas de salud sexual) (véase el recuadro 1). Se ha sugerido que la detección sistemática habitual es más ventajosa que la dirigida, ya que aumenta las posibilidades de identificación de las víctimas en la totalidad de los pacientes (incluso de las personas que tienen síntomas que no están claramente ligados a la violencia) (19). Un estudio en los Estados Unidos mostró que si bien la mayoría de las mujeres, maltratadas o no, que se presentaban en los servicios de urgencias estaban a favor de la detección sistemática habitual, las que habían sido maltratadas eran menos partidarias (26). La limitación de los recursos puede significar que el tamizaje sistemático no sea posible y, también, que no se le preste a las víctimas identificadas el apoyo posterior que necesitan. En consecuencia, la elección de si se aplicará o no un sistema de detección sistemática y, en ese caso el método de tamizaje utilizado, debe hacerse teniendo en cuenta los recursos existentes.

Hay pocos datos que examinen la eficacia de someter a tamizaje otros tipos de violencia, por ejemplo, el maltrato de ancianos, la violencia juvenil y el maltrato de menores. En el Reino Unido, la introducción de un esquema recordatorio para mejorar la detección de los niños maltratados por parte del personal de un servicio de urgencias encontró que esto aumentaba la concientización del personal, la consideración hacia las víctimas y la confirmación de las lesiones deliberadas (27). Sin embargo, los datos de las revisiones sistemáticas indican que el tamizaje del maltrato de menores puede dar lugar a muchos falsos positivos y, en consecuencia, no debe recomendarse (28, 29). Es más, todos los estudios que cumplían los criterios de calidad de esas revisiones evaluaban instrumentos dirigidos a los padres. Esto puede crear problemas de fiabilidad ya que la información podría obtenerse directamente del agresor (1). En cuanto al maltrato de ancianos, se ha recomendado que los trabajadores de salud pública procedan al tamizaje del maltrato como un primer paso necesario en una cadena de intervenciones. No obstante, la aplicación del tamizaje debe tener lugar en un marco interdisciplinario e ir acompañada de investigaciones sostenidas, evaluaciones y el desarrollo de la capacidad necesaria (30).

Las ventajas de los instrumentos de tamizaje solo pueden obtenerse si estos se complementan con protocolos que incorporen la identificación y el apoyo a las víctimas en la práctica habitual (11, 31). Por ejemplo, en los Estados Unidos, un estudio controlado, antes y después de la prueba, investigó la eficacia de tener un protocolo de evaluación del maltrato en los consultorios prenatales. Durante los 15 meses posteriores a la introducción del protocolo, un examen de las historias clínicas encontró que se había evaluado 88% de los pacientes de la intervención en los consultorios. Además, la detección del abuso aumentó desde menos de 1% hasta 7% en los pacientes de la intervención; no hubo ningún cambio en los consultorios de referencia (32). Se necesitan inspecciones, capacitación y apoyo adecuados para garantizar que los protocolos de esta naturaleza se respeten (31, 33).

2.2. Programas educativos sobre la violencia y la identificación de víctimas

La falta de formación sobre la violencia del personal sanitario puede ser un obstáculo para el reconocimiento, la identificación y el apoyo de las víctimas del maltrato (14, 34–36). Se han desarrollado diversos programas de capacitación para que el personal sanitario comprenda los mecanismos de la violencia y aumente la identificación de las víctimas y su posterior remisión y apoyo (37). Estos programas engloban los siguientes elementos: la ampliación de los conocimientos sobre cuestiones relativas a la violencia y su grado, repercusiones y factores de riesgo; las razones de las víctimas para no notificar el maltrato y la competencia del personal para la detección sistemática; la comprobación de los datos; la evaluación de la seguridad de las víctimas; y su remisión para que reciban el apoyo correspondiente.

La evaluación de dos programas de este tipo centrados en la educación de los profesionales sanitarios sobre la violencia en la relación de pareja (38, 39) indica que la capacitación puede mejorar los conocimientos, las actitudes y la detección sistemática de la violencia en la relación de pareja (40–43), así como la propia eficacia percibida para apoyar a las víctimas (37).

Aunque hay menos estudios que examinen la eficacia de los programas educativos para evitar otros tipos de violencia (por ejemplo, el maltrato de menores y de ancianos), se han obtenido algunos resultados positivos. Por ejemplo, la capacitación sobre el maltrato de menores puede aumentar inmediatamente en el personal médico los conocimientos, las actitudes apropiadas y la competencia propia percibida para gestionar los

casos de maltrato de menores (37). Por regla general, los resultados a más largo plazo no se han medido y faltan estudios rigurosos sobre la eficacia de la educación en la gestión del maltrato de ancianos. Sin embargo, intervenciones de esa naturaleza pueden aumentar los conocimientos y el grado de desahogo para gestionar el maltrato y la desatención de los ancianos (37).

Fuera del sector de la asistencia sanitaria, organismos como la policía y las organizaciones no gubernamentales especializadas (por ejemplo, Apoyo a las Víctimas [*Victims Support*], en el Reino Unido) también proporcionan capacitación al personal y a los voluntarios. Además se ha elaborado una guía específica de esa organización para ayudar a las víctimas. Por ejemplo, en Uganda, la policía dispone de un manual sobre la forma de proceder en los casos de violencia en la relación de pareja que ofrece información al respecto, junto con cuestionarios de evaluación de riesgos, guías para las entrevistas y ejemplos prácticos de cómo ayudar a las víctimas (44). Apenas hay investigaciones sobre la repercusión que tienen estas medidas en el grado o la calidad del apoyo prestado a las víctimas o la victimización misma.

2.3. Notificación obligatoria

Algunos países (por ejemplo, Australia, Canadá, los Estados Unidos, Inglaterra y Sudáfrica [40]) cuentan con leyes que establecen la obligación de notificar el maltrato de menores. En general, esto exige que haya profesionales cerca de los niños para informar a las autoridades con responsabilidad jurídica de protección de menores todos los supuestos casos de maltrato. El objetivo es garantizar que se inicie la investigación y las intervenciones apropiadas. Sin embargo, no hay un consenso absoluto sobre la utilidad de la notificación obligatoria del supuesto maltrato de menores. Entre las preocupaciones expresadas por los detractores están el temor de que la investigación disuada a las familias de acceder a los servicios; que los recursos de protección de los menores se destinen a la investigación de las denuncias a expensas del apoyo a las víctimas; y la falta de protección jurídica y servicios de apoyo dispuestos a actuar sobre una notificación (40, 41). En algunos estados de los Estados Unidos, los sistemas de respuesta diferencial conceden a las entidades de protección de menores más flexibilidad para abordar los casos, a partir del riesgo percibido y las circunstancias personales de la familia. Cuando el riesgo es bajo o moderado, se les puede ofrecer una evaluación familiar para determinar sus necesidades y facilitarles el acceso a los servicios de apoyo más apropiados (42).

En algunos estados de los Estados Unidos, también se ha establecido la notificación obligatoria de los incidentes de violencia en la relación de pareja. De nuevo, hay polémica sobre si este enfoque es adecuado (11). Mientras los partidarios creen que serviría para aumentar la seguridad de las víctimas y mejorar la respuesta de los servicios de asistencia sanitaria a este tipo de violencia y para la recopilación de datos, los detractores creen que aumentaría el riesgo de maltrato y disuadiría a las mujeres de acudir a estos servicios (11). Aunque los sistemas de notificación obligatoria funcionan en muchos países, hay pocos datos probatorios de su eficacia para prevenir cualquier forma de violencia.

2.4. Evaluación interinstitucional del riesgo y la respuesta

En algunos países se han preparado protocolos interinstitucionales de identificación de las víctimas e instrumentos de evaluación de los riesgos para proporcionar una respuesta coordinada a la

identificación y el apoyo a las víctimas. En Inglaterra y Gales, las conferencias interinstitucionales de evaluación de riesgos (MARAC) procuran proporcionar una mejor respuesta a las víctimas de mayor riesgo frente a la violencia en la relación de pareja al compartir datos interinstitucionales y la prestación de servicios de forma coordinada. Una vez identificados los casos mediante un instrumento de evaluación de riesgos, se tratan en reuniones mensuales de la MARAC en el curso de las cuales se intercambian los datos sobre la persona vulnerable para poder dar una respuesta apropiada. Todas las discusiones y el intercambio de los datos tienen el consentimiento previo del afectado. Las primeras investigaciones indican que esta respuesta coordinada es eficaz para reducir la revictimización (es decir, ser víctima de la violencia nuevamente), mejorar la seguridad del personal que trabaja con los perpetradores de la violencia (mediante el establecimiento de visitas interinstitucionales) y aumentar el intercambio de información entre organismos (43).

3. Programas de atención y apoyo a las víctimas de la violencia interpersonal

Una vez identificadas las víctimas, es esencial tener implantados sistemas eficaces para prestarles atención y apoyo y reducir la probabilidad de revictimización.

3.1. Programas de apoyo y defensa

Los programas de apoyo y defensa prestan ayuda y orientación a las personas vulnerables y sus familias. Los servicios abarcan varios elementos, desde facilitar información y orientación hasta la capacitación laboral, las remisiones para el tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas y la asistencia para relacionarse con los servicios sociales y jurídicos (1). Numerosos programas de esta naturaleza han tenido éxito en cuanto a mejorar la calidad de vida y el apoyo social a las víctimas de la violencia, y algunos han mostrado repercusiones positivas en la disminución de la revictimización, al menos a corto plazo.

3.1.1. Intervenciones de orientación y apoyo limitado

En los centros de atención de salud, se han realizado estudios para evaluar el efecto de las intervenciones de orientación y apoyo limitado en las mujeres identificadas, mediante la detección sistemática, como víctimas de la violencia en la relación de pareja. En China, un estudio controlado aleatorizado evaluó una intervención dirigida a embarazadas maltratadas que asistían a los consultorios públicos. Las sesiones de orientación trataban de aumentar las conductas seguras y reducir la revictimización. En el seguimiento, las mujeres del grupo de intervención dijeron que habían sufrido mucho menos maltrato psicológico, menos violencia física leve (y no grave) y menor grado de depresión posnatal (45). Un ensayo controlado aleatorizado realizado en los consultorios de atención primaria, en los Estados Unidos, evaluó la repercusión de dos intervenciones dirigidas a mujeres víctimas de la violencia en la relación de pareja: la primera, proporcionaba pequeñas tarjetas, que cabían en una billetera, con un plan de seguridad y detalles de los servicios de apoyo de la zona; y la

segunda, un debate de 20 minutos coordinado por un enfermero, que incluía apoyo, orientación y remisiones.

El estudio encontró reducciones idénticas de la violencia y mejoras en las conductas seguras en los dos grupos (46). Ambas intervenciones también condujeron a mejoras en la integración y el comportamiento de los hijos de las víctimas (47).

3.1.2. Apoyo y defensa a la salida de los albergues

En los Estados Unidos, un ensayo controlado aleatorizado evaluó una intervención que prestaba servicios de apoyo y defensa (4–6 horas por semana) a las víctimas de la violencia en la relación de pareja durante las diez primeras semanas después de dejar el albergue. El programa capacitaba a mujeres estudiantes de pregrado para trabajar individualmente con las recién salidas del albergue a fin de descubrir las necesidades no atendidas y movilizar los recursos comunitarios adecuados, tales como educación, empleo, vivienda, asesoramiento legal, cuidado infantil y asistencia sanitaria. El estudio encontró que la intervención había reducido la revictimización y mejorado la calidad de vida, el apoyo social y el acceso a los recursos de la comunidad a los dos años de seguimiento (48). Si bien los efectos positivos sobre la calidad de vida y el grado de apoyo social se mantuvieron en el seguimiento realizado a los tres años, no fue así con respecto a la revictimización (49). El programa también dio lugar a que, a los cuatro meses de seguimiento, los hijos de las mujeres del grupo de la intervención reconocieran sentir más autoestima y cualidades significativamente mejoradas en diversos aspectos (por ejemplo, la apariencia física), al tiempo que presenciaban un menor nivel de maltrato (50).

3.1.3. Promoción de comportamientos positivos de búsqueda de seguridad

Las intervenciones diseñadas para promover comportamientos positivos de búsqueda de seguridad (a veces denominadas simplemente

Evaluación de los centros de defensa infantil en los Estados Unidos

Un estudio de cuatro centros de defensa infantil de los Estados Unidos encontró que tenían, en comparación con las comunidades que proporcionaban los servicios de protección tradicionales, una mayor implicación en el cumplimiento de las leyes durante la investigación del maltrato, más pruebas de una respuesta interinstitucional coordinada, mejor acceso de las víctimas a los reconocimientos médicos, más remisiones de las víctimas a los servicios de salud mental y mayor satisfacción del cuidador (no agresor) con el proceso de investigación del maltrato (56). Las investigaciones llevadas a cabo en los Estados Unidos han revelado que por cada dólar invertido en un centro de este tipo se produce un ahorro de \$3,32 dólares, gracias a la reducción en los costos de la investigación del caso y del apoyo relacionado con este proceso (57). Algunas investigaciones indican que es la naturaleza interinstitucional de los centros de defensa infantil lo que los hace eficaces y han visto que otros modelos interinstitucionales (por ejemplo, Equipos de Protección Infantil [*Child Protection Teams*], en los Estados Unidos) son igualmente eficaces (58).

plan de seguridad) en las víctimas de la violencia en la relación de pareja han mostrado resultados esperanzadores. Ejemplos de comportamientos de búsqueda de seguridad promovidos son, entre otros, realizar copias de los documentos importantes (por ejemplo, la tarjeta de identificación personal, el permiso de conducir) y ponerlos en un lugar seguro; ahorrar dinero y guardarlo; y tener un lugar seguro conocido a donde acudir en caso de necesidad (51). En un ensayo controlado aleatorizado se evaluó una intervención de comportamiento de búsqueda de seguridad en una unidad de violencia familiar radicada en la oficina del fiscal del distrito, en los Estados Unidos. Se ofreció a las mujeres del grupo de la intervención seis llamadas telefónicas para debatir sobre los comportamientos de búsqueda de seguridad, además de los servicios habituales. Esto dio lugar a que pusieran en práctica comportamientos mucho más seguros que las del grupo de referencia, un efecto que se mantuvo a los 18 meses de seguimiento (52, 53).

3.1.4. Centros de defensa infantil

Los centros de defensa infantil proporcionan un enfoque multidisciplinario para la evaluación, la atención y el tratamiento de los niños y los jóvenes maltratados. Los centros de este tipo congregan, a menudo en una ubicación, servicios de protección a los niños, organismos de la justicia penal y profesionales de la salud física y mental. Este enfoque multidisciplinario trata de evitar la duplicación y la fragmentación de los servicios mediante una mejor coordinación y, en consecuencia, reducir la posibilidad de victimización secundaria,² mejorar la prestación de apoyo y aumentar la proporción de casos en los que se dictan condenas (52, 54). En los Estados Unidos, se han fijado normas a escala nacional para la acreditación de estos centros de defensa infantil, que prevén que los establecimientos

tengan un diseño adaptado a los niños, un equipo de investigación multidisciplinario, exámenes de casos, evaluación médica, intervenciones terapéuticas y servicios de apoyo y defensa de las víctimas (55).

Se han establecido también centros de defensa infantil en otros países de ingresos altos. Si bien algunos se dedican exclusivamente a temas forenses, otros están orientados a prestar servicios interinstitucionales a las víctimas infantiles de la violencia. Pocos estudios han evaluado las repercusiones a largo plazo de estos servicios sobre la revictimización; no obstante, los que se han realizado hasta la fecha muestran resultados esperanzadores en lo que se refiere al apoyo a las víctimas (véase el recuadro 2).

En países como Bangladesh, Malasia, Namibia y Tailandia se han puesto en funcionamiento a escala nacional centros integrales de atención de crisis (31). En estos centros convergen varios servicios para abordar el maltrato de menores, la violencia en la relación de pareja y la violencia sexual, y se tratan los problemas médicos, legales, psicológicos y sociales de las víctimas en una única instalación. Sin embargo, no se dispone actualmente de datos probatorios de su eficacia.

3.1.5. Apoyo y defensa en el sistema de justicia penal

Se han establecido servicios de apoyo y defensa dirigidos a ayudar a las víctimas en su interacción con el sistema de justicia penal y aumentar la proporción de casos en los que se condena al agresor. En Inglaterra y Gales, las Unidades de Atención a Testigos (*Witness Care Units*) se ocupan de gestionar la asistencia a las víctimas y los testigos desde el momento de la inculpación del presunto agresor hasta la conclusión del caso. Estas unidades procuran mantener a las víctimas y los testigos informados del progreso de los casos, lo que les proporciona tener un único punto de contacto; evaluar sus necesidades; y obtener el apoyo adecuado, como puede ser el cuidado infantil, el transporte hasta el tribunal o la remisión a otros

² La victimización secundaria se produce cuando la respuesta social a, por ejemplo, la violación, la discapacidad o el trastorno mental, es más discapacitante que la propia situación inicial.

servicios. Una evaluación inicial de estas unidades encontró una mayor asistencia de los testigos a los tribunales, resultados más satisfactorios de los juicios y un mayor bienestar de los testigos y las víctimas (59).

3.2. Programas de enfermeros encargados de examinar la agresión sexual (o forense)

En diversos países desarrollados (por ejemplo, Canadá, los Estados Unidos e Inglaterra), los enfermeros encargados de examinar la agresión sexual (SANE, por sus siglas en inglés) (o enfermeros forenses) prestan atención y apoyo a las víctimas de la violencia sexual (60–62). A menudo trabajan en el ámbito hospitalario y sus funciones principales son: realizar evaluaciones médicas después de la agresión; orientar y apoyar a las víctimas, centrándose en particular en su bienestar psicoafectivo; remitirlas a los organismos apropiados; proceder a la recolección de pruebas forenses; y prestar testimonio ante los tribunales. Una revisión de estudios sobre proyectos con SANE concluyó que aportan beneficios psicológicos, proporcionan atención médica integral, se encargan de la recolección de pruebas forenses —con precisión y correctamente, según las normas establecidas para ello— y facilitan el enjuiciamiento en los casos de violación (61).

Un estudio de cohortes realizado en Estados Unidos investigó la repercusión de los SANE en un servicio de urgencias pediátricas mediante la comparación retrospectiva del tratamiento recibido por las víctimas de agresiones sexuales (menores de 18 años) examinadas por uno de estos enfermeros y las que no lo fueron. En el primer caso había mayor probabilidad de haber solicitado un análisis para detectar las infecciones de transmisión sexual, haber administrado contraceptivo profilácticos y haberlas remitido a un centro de ayuda para víctimas de violaciones (63). En el Reino Unido, el costo de prestar servicios de examen forense ha resultado ser significativamente inferior cuando los han realizado estos enfermeros, en comparación con los médicos, y se han mantenido tasas altas de calidad y satisfacción con el servicio (60).

3.3. Albergues para mujeres

Los albergues para mujeres proporcionan alojamiento temporal y seguro a las mujeres y los niños que han salido de una relación de maltrato. Además de vivienda y alimentos, estos albergues a menudo proporcionan orientación y apoyo emocional, ayuda para encontrar una vivienda, asistencia médica y asesoramiento legal. Aunque los albergues para mujeres son frecuentes en muchos países, ha habido pocos intentos de medir rigurosamente su eficacia para reducir las repercusiones de la violencia o su

reaparición (64). Según un estudio de cohortes, el tiempo pasado en un albergue podría tener efectos beneficiosos, pero solo cuando las víctimas hubieran comenzado a tomar las riendas de sus vidas antes de entrar en él (65). Otras evaluaciones indican que las víctimas se sienten seguras cuando residen en un albergue (66) y pasan a estar menos deprimidas y más esperanzadas después de una estadía de dos semanas (67). La eficacia de un albergue muy probablemente depende del tipo de programas de apoyo que proporciona, y estos son a menudo objeto de evaluación. Por ejemplo, se han notificado reducciones de la revictimización y mejoras en la calidad de vida con los programas de apoyo y defensa gratuitos ofrecidos a las mujeres en las diez primeras semanas después de la estancia en el albergue (véase el apartado: Programas de apoyo y defensa). Actualmente, no hay datos suficientes para juzgar la eficacia de los albergues en cuanto a la revictimización de la violencia en la relación de pareja. Además, dado que estos suelen tener otros servicios (grupos de apoyo y asesoramiento legal) (68), es difícil separar los efectos que se deben exclusivamente al albergue.

3.4. Líneas de ayuda telefónica

En muchos países, se han establecido líneas de ayuda telefónica para que las víctimas de la violencia puedan notificar el abuso y tengan acceso al apoyo, el asesoramiento y la posible remisión a los servicios adecuados. En Estados Unidos, una evaluación de una línea telefónica de asistencia urgente al suicida encontró que había disminuciones significativas en los estados de crisis y de desesperanza de las personas durante la llamada y estos se mantuvieron durante las siguientes tres semanas, tanto para los suicidas como para los no suicidas (69, 70). Sin embargo, la evaluación indicó que se necesitaban mejoras en cuanto a la remisión a servicios de apoyo adecuados de los suicidas que llamaban y la aplicación de estrategias de extensión, tales como las llamadas telefónicas de seguimiento, para prestar más apoyo (70). El horario de atención puede ser otra limitación de las líneas de ayuda telefónica. Una encuesta sobre una línea de ayuda telefónica por violencia doméstica, en Escocia, reveló que aunque cerraba después de la medianoche, casi la mitad de las víctimas de la violencia en la relación de pareja pensaba que les sería más fácil llamar después de esa hora (71). La encuesta reveló que 30% de quienes llamaban para hablar acerca de su maltrato no habían conversado con nadie más de ese asunto (71).

Muchos países han establecido líneas de ayuda telefónica por maltrato de menores para prestar asesoramiento y apoyo a los niños o a los preocupados por el bienestar de los menores. La Línea de Ayuda

Infantil Internacional (*Child Helpline International*) tiene como objetivo crear un sistema de apoyo firme y unificado para todas las líneas de ayuda telefónica. Por este motivo ha formulado recomendaciones para su puesta en marcha y sostenibilidad (72), aunque hasta la fecha no hay ningún estudio riguroso sobre la eficacia de las líneas de ayuda de esa naturaleza.

3.5. Intervenciones psicosociales

Después de la exposición a un suceso traumático, como un acto de violencia, muchas personas desarrollan problemas de salud mental, como ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y depresión (73–75). A menudo se usan tratamientos psicológicos con métodos diferentes para abordar estos síntomas, pero en todos se tratan los problemas emocionales y de conducta mediante la conversación con un terapeuta. Las intervenciones psicológicas pueden llevarse a cabo individualmente o en grupos.

Si bien las intervenciones psicológicas breves (definidas con el término en inglés *debriefing*) se utilizan ampliamente para prevenir el TEPT crónico y otros problemas de salud mental después de un suceso traumático, las revisiones sugieren que no hay pruebas de la eficacia de una sesión única de este tipo de intervenciones breves, y que este método puede incluso aumentar el riesgo de TEPT y depresión (76). Por el contrario, hay datos que avalan el uso temprano de la terapia conductual cognoscitiva centrada en el trauma para prevenir el TEPT crónico (77, 78).

Se observó también que esta terapia era más eficaz que otras intervenciones psicosociales (77, 78). Una revisión sistemática encontró que en los adultos que sufrían TEPT por diversas razones (incluida la violencia) los síntomas mejoraban con la terapia conductual cognoscitiva centrada en el trauma, la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares,³ y las terapias de relajación para controlar el TEPT, más de lo que lo hacían con la atención habitual o con su ubicación en una lista de espera. Sin embargo, había menos datos que avalaran el uso de otras terapias, tales como la hipnoterapia, la terapia de orientación no directiva y la psicodinámica (79). Se piensa que los tratamientos que se centran específicamente en el incidente traumático son más eficaces que los que no lo hacen (79). Hay pruebas de la eficacia de las intervenciones psicológicas para mejorar la salud mental tanto de los adultos (80–82) como de los niños que han sido víctimas del abuso sexual de menores (83).

³ La desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares implica la concentración del paciente en la experiencia traumática, los pensamientos y las emociones mientras responde a un estímulo en forma de movimientos oculares (por ejemplo, cuando sigue el movimiento de una luz).

3.6. Órdenes de protección

Las órdenes de protección sirven para impedir que los perpetradores de la violencia maltraten más a la víctima. Las investigaciones en los Estados Unidos han revelado que las órdenes de protección son eficaces para reducir la revictimización de la violencia en la relación de pareja. Por ejemplo, en un estudio prospectivo de cohortes se comparó el maltrato registrado por la policía en las mujeres víctimas de la violencia en la relación de pareja que obtuvieron una orden de protección civil después del incidente con las que no la tenían. Entre el primer período de seguimiento (5 meses) y el segundo (9 meses), se observó que las mujeres con órdenes de protección tenían un riesgo menor de contacto con el agresor, de amenazas con algún arma, de lesiones y también menos necesidad de atención médica relacionada con el maltrato. Estas reducciones fueron más pronunciadas cuando la orden de protección se mantuvo durante períodos más largos (84).

Independientemente de si se concede o no una orden de protección, la mera solicitud puede ser suficiente para reducir la violencia en el futuro. Por ejemplo, un estudio de cohortes realizado en Estados Unidos con mujeres que habían solicitado una orden de protección de dos años encontró que el grado de violencia se había reducido aunque no se les hubiera concedido, y las reducciones se mantuvieron a los 18 meses de seguimiento (85). Una revisión de las investigaciones sobre órdenes de protección indicó que, en general, conllevan a mejoras en la vida de las víctimas por el aumento de la autoestima y la seguridad percibidas (86). Si bien los datos científicos indican que las órdenes de protección pueden ser eficaces, su utilidad es limitada cuando la aplicación es inadecuada.

3.7. Medidas especiales en las salas judiciales, tribunales especializados y comisarías de policía destinadas exclusivamente a mujeres

Las medidas especiales en las salas judiciales y los tribunales especializados procuran mejorar la experiencia de las víctimas en cuanto a las diligencias del sistema judicial y las declaraciones. Las medidas especiales en las salas judiciales son, entre otras, usar pantallas en el momento del juicio para que el testigo no pueda ver, o ser visto, por el acusado; declarar mediante un enlace de video en directo desde otra sala del edificio del tribunal; usar pruebas en video en los exámenes contradictorios; despejar a los espectadores de la tribuna del público; suprimir partes de la indumentaria del tribunal, como las pelucas y las togas (por ejemplo, en el Reino Unido); y utilizar un intermediario para el interrogatorio (87). Una evaluación de estas medidas puestas

en práctica, en Inglaterra y Gales, para los testigos vulnerables e intimidados encontró resultados positivos. Entre otros, la mayor satisfacción con el proceso de justicia penal y la disminución del grado de intimidación y de ansiedad percibidos. Además, un tercio (33%) de los testigos declararon que no habrían estado dispuestos o no hubieran sido capaces de dar testimonio sin las medidas especiales (88). A pesar de esto, las investigaciones indican que estas medidas especiales no se usan tan a menudo ni con la eficacia que podrían tener (89).

Los tribunales especializados en la violencia en la relación de pareja están implantados en algunos lugares de Canadá y Estados Unidos desde la década de 1980 y, más recientemente, se han establecido en muchas zonas de Inglaterra y Gales. Los objetivos son aumentar la coordinación entre los organismos de la justicia penal y las entidades de los servicios sociales, hacer comparecer a los acusados y atender las necesidades de las víctimas eficazmente (90). Entre los componentes centrales se encuentran: el acceso a los servicios de apoyo y defensa, la coordinación entre las entidades colaboradoras y sus sistemas de información, los tribunales adaptados especialmente para las víctimas y los niños, el personal con capacitación específica, la evaluación y la rendición

de cuentas, los protocolos de valoración de riesgos, el entrenamiento permanente, la supervisión del cumplimiento y las sentencias coherentes (91). Si bien aún no se han consolidado pruebas rigurosas y a largo plazo del impacto que han tenido los tribunales especializados, algunas evaluaciones han encontrado que son eficaces por aumentar los arrestos (90), las declaraciones de culpabilidad (92, 93) y la proporción de casos en los que se dictan condenas (93); reducir la reincidencia (89); y aumentar la celeridad con que se procesan los casos (93).

Las comisarías de policía destinadas exclusivamente a mujeres son otra iniciativa para abordar la violencia contra la mujer. Estas se han extendido en varios países de América Latina y parte de Asia (1) con la intención de aumentar el número de mujeres que notifican el maltrato y mejorar la respuesta que reciben de la policía (1). Sin embargo, estas iniciativas han encontrado varias dificultades, tales como el rechazo de las mujeres que notifican a las unidades regulares de la policía (1). La escasez de las comisarías de policía enteramente a cargo de mujeres también supone que a menudo tengan que desplazarse largas distancias para la notificación del maltrato (1).

4. Resumen

Las intervenciones para identificar a las víctimas de la violencia interpersonal y prestarles tratamiento eficaz y apoyo son una parte fundamental en el intento de romper el círculo vicioso del maltrato de una generación a otra. Las víctimas de la violencia pueden sufrir los malos tratos durante años sin denunciarlos a la policía; no obstante pueden presentarse en muchos otros servicios que ocupan la posición idónea para detectar sus necesidades e iniciar actividades de apoyo. Así pues, se han establecido diversas intervenciones para mejorar la identificación de las víctimas, tales como los instrumentos de detección sistemática o tamizaje, los programas educativos para profesionales, los sistemas de notificación obligatoria y las evaluaciones interinstitucionales del riesgo. La mayoría de las intervenciones se han centrado en la violencia en la relación de pareja y se han aplicado en los países desarrollados, concretamente en los Estados Unidos.

Los datos de investigación actuales sobre la eficacia de la detección sistemática de la violencia en la relación de pareja son esperanzadores y muestran que instrumentos sencillos de tamizaje, a menudo aplicados en centros de salud, logran identificar a las víctimas de la violencia. Sin embargo, este aumento de los casos identificados puede ser efímero por lo que la detección sistemática de la violencia en la relación de pareja tendría más éxito si se complementara con protocolos que incorporen la identificación y el tratamiento de las víctimas en la práctica habitual. Se debe investigar más sobre la aplicabilidad de la detección sistemática al maltrato de menores y otros tipos de violencia y sobre las repercusiones de estas otras formas de violencia.

Los programas educativos sobre la violencia pueden ser útiles para aumentar la concientización sobre la misma y los conocimientos para identificar y apoyar a las víctimas y, en consecuencia, aumentar la remisión de estas a los servicios de apoyo correspondientes. La mayoría de los programas examinados se han probado en centros médicos. En algunos países, los sistemas de notificación obligatoria exigen que sean profesionales los que notifiquen los supuestos casos de maltrato de menores a las autoridades responsables de la protección de menores. La gran mayoría de estos sistemas, sin embargo, no se han evaluado y continúan siendo polémicos.

Una vez identificadas las víctimas, es crucial que se les ofrezca atención y apoyo eficaces. Las intervenciones que prestan servicios de apoyo y defensa como el asesoramiento, la planificación de la seguridad y la remisión a otras entidades pueden aumentar las conductas seguras de las víctimas y reducir otros daños. Estas medidas pueden aplicarse después del tamizaje o pueden usarse para prestar más apoyo durante las diligencias en el marco del sistema judicial penal. Las medidas especiales ofrecidas a las víctimas de la violencia sexual, en forma de programas de enfermeros encargados de examinar la agresión sexual (SANE) (o enfermeros forenses), también han presentado resultados prometedores al mejorar la atención y el apoyo a las víctimas y facilitar el enjuiciamiento en los casos de violación sexual. Además, se han desarrollado otras medidas en el sistema judicial penal, como las órdenes de protección y los tribunales especializados, que puede ayudar a mejorar la experiencia de las víctimas en su paso por los tribunales, aumentar los casos en los que se dictan condenas y reducir la revictimización. Los datos probatorios utilizados en la evaluación de la eficacia de los albergues para mujeres sobre la revictimización del maltrato en la pareja son actualmente insuficientes; esto se debe, en parte, a la dificultad para aislar el efecto específico de los albergues de los efectos de otros servicios prestados al mismo tiempo. Para tratar los problemas de salud mental asociados con las experiencias de violencia (como el TEPT) se han utilizado algunas intervenciones psicosociales como la terapia conductual cognoscitiva centrada en el trauma y han dado buenos resultados tanto en niños como en adultos.

En términos generales, sin embargo, las evaluaciones científicas rigurosas de los efectos a largo plazo de los programas de atención y apoyo son actualmente escasas y la mayoría de los datos proceden de Estados Unidos y otros países desarrollados. Por lo tanto, es difícil sacar conclusiones firmes acerca de su eficacia y aplicabilidad en otros ámbitos. Se debe investigar más para ampliar nuestra comprensión, tanto de los programas de atención y apoyo como de las medidas para identificar a las víctimas, en particular, las que sufren otro tipo de violencia que no sea la infligida por la pareja.

Referencias

1. Krug EG et al., eds. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
2. *The global burden of disease: 2004 update*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
3. Povey D et al. *Homicides, firearm offences and intimate violence 2007/08 (supplementary Volume 2 to Crime in England and Wales 2007/08)*. Londres, Home Office, 2009.
4. Mock C et al. *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. Organización Mundial de la Salud, 2009.
5. Sasser S et al. *Prehospital trauma care systems*. Organización Mundial de la Salud, 2005.
6. Mock C et al. *Guidelines for essential trauma care*. Organización Mundial de la Salud, 2004.
7. McCauley J et al. Inside “Pandora’s box”: abused women’s experiences with clinicians and health services. *Journal of General Internal Medicine*, 1998, 13:549–555.
8. Rodríguez MA, Quiroga SS, Bauer HM. Breaking the silence. Battered women’s perspectives on medical care. *Archives of Family Medicine*, 1996, 5:153–158.
9. Illich YC et al. Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24:9–15.
10. Lo Fo Wong S et al. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *British Journal of General Practice*, 2007, 57:396–400.
11. Culross PL. Health care system responses to children exposed to domestic violence. *Domestic Violence and Children*, 1999, 9:111–121.
12. Taket A et al. Tackling domestic violence: exploring the health service contribution. Home Office Online Report 52/04. (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfso4/rdsolr5204.pdf>, consultado el 16 de junio de 2009).
13. Taket A. Tackling domestic violence: the role of health professionals. Home Office development and practice report 32. (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfso4/dpr32.pdf>, consultado el 16 de junio del 2009).
14. Rönnerberg AKM, Hammerström A. Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:222–229.
15. Stinson CK, Robinson R. Intimate partner violence: continuing education for registered nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2006, 37:58–62.
16. Yonaka L et al. Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2007, 38:37–45.
17. Ramsay J et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:314.
18. McFarlane JM et al. Assessing for abuse: selfreport versus nurse interview. *Public Health Nursing*, 1991, 8:245–250.
19. Olive P. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16:1736–1748.
20. Morrison LJ, Allan R, Grunfeld A. Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *The Journal of Emergency Medicine*, 2000, 19:117–124.

21. Feder et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different healthcare settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*, 1999, 13: DOI: 10.3310/hta13160.
22. Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Battered women: injury locations and types. *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 28:486-492.
23. Warshaw C, Ganley AL. *Improving the health care response to domestic violence: a resource manual for health care providers*. San Francisco, Family Violence Prevention Fund, 1998.
24. Sherin KM et al. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 1998, 30:508-512.
25. Rabin et al. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2009, 36:439-445.
26. Glass N, Deanwater S, Campbell J. Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 2001, 27:141-149.
27. Benger JR, Pearce AV. Quality improvement report: simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *British Medical Journal*, 2002, 324:780-782.
28. Nygren P, Nelson HD, Klein J. Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:161-169.
29. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:1451-1458.
30. Perel Levin S. *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
31. Colombini M, Mayhew S, Watts C. Healthsector responses to intimate partner violence in low and middleincome settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2008, 86:635-642.
32. Wiist WH, McFarlane J. The effectiveness of an Abuse Assessment Protocol in public health prenatal clinics. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1217-1221.
33. Lewis CM et al. Evaluation of a rape protocol: a five year followup with nurse managers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2003, 15:34-39.
34. Othman S, Adenan NAM. Domestic violence management in Malaysia: a survey on the primary health care providers. *Asia Pacific Family Medicine*, 2008, 7:2.
35. Kaye DK, Mirembe F, Bantebya G. Perceptions of health care providers in Mulago hospital on prevention and management of domestic violence. *African Health Sciences*, 2005, 5:315-318.
36. Cann K et al. Domestic violence: a comparative study of survey levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Salud Pública*, 2001, 115:89-95.
37. Cohn F, Salmon ME, Stobo JD, eds. *Confronting chronic neglect: the education and training needs of health professionals to respond to family violence*. Washington DC, National Academy Press, 2002.
38. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centres. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235-242.
39. Roberts GL et al. Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 1997, 23:220-226.
40. Butchart A et al. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
41. Melton GB. Mandating reporting: a policy without reason. *Child Abuse and Neglect*, 2005, 29:9-18.
42. Child Welfare Information Gateway. *Differential response to reports of child abuse and neglect*. Washington DC, Department of Health and Human Sciences, 2008.
43. Robinson AL. Reducing repeat victimization among high risk victims of domestic violence: the benefits of a coordinated community response in Cardiff, Wales. *Violence Against Women*, 2006, 12:761-788.
44. Uganda Police Force. *Responding to domestic violence. A handbook for the Uganda Police Force*. Kampala, Centre for Domestic Violence Prevention, 2007.
45. Tiwari A et al. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 115:1249-1256.
46. McFarlane JM et al. Secondary prevention of intimate partner violence. A randomized controlled trial. *Nursing Research*, 2006, 55:52-61.

47. McFarlane JM et al. Behaviors of children following a randomized controlled treatment program for their abused mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2005, 28:195–211.
48. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using communitybased advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:43–53.
49. Bybee D, Sullivan CM. Predicting revictimization of battered women three years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 2005, 36:85–95.
50. Sullivan CM, Bybee DI, Allen NE. Findings from a communitybased programme for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002, 17:915–936.
51. Family violence prevention fund. *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. San Francisco, Family violence prevention fund, 2002.
52. McFarlane JM et al. An intervention to increase safety behaviors of abused women: results of a randomised clinical trial. *Nursing Research*, 2002, 51:347–354.
53. McFarlane JM et al. Increasing the safety-promoting behaviours of abused women: in this study, telephone intervention for victims of intimate partner violence showed efficacy for 18 months. *American Journal of Nursing*, 2004, 104:40–50.
54. Horner G. Child advocacy centers: providing support to primary care providers. *Journal of Pediatric Health Care*, 2008, 22:35–39.
55. National Children's Alliance. *Standards for Accredited Members. Revised 2008*. National Children's Alliance (<http://www.nationalchildrensalliance.org/index.php?s=76>, consultado el 26 de noviembre de 2008).
56. Cross TP et al. *Evaluating children's advocacy centres' response to child sexual abuse*. Washington DC, US Department of Justice, 2008.
57. Shadion A et al. *Executive summary. Findings from the MCAC cost-benefit analysis of community responses to child maltreatment*. (<http://www.nationalcac.org/professionals/research/CBA%20Executive%20Summary.pdf>, consultado el 27 de noviembre de 2008).
58. Wolfeich P, Loggins B. Evaluation of the children's advocacy center model: efficiency, legal and revictimization outcomes. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2007, 24:333–352.
59. Avail Consulting. *No Witness, No Justice (NWN) pilot evaluation*. Executive summary. Londres, Avail Consulting, 2004.
60. Regan L, Lovett J, Kelly L. *Forensic nursing: an option for improving responses to reported rape and sexual assault*. Londres, Home Office, 2004.
61. Campbell R, Patterson D, Lichy LF. The effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal and community outcomes. *Trauma, Violence, and Abuse*, 2005, 6:313–329.
62. Cole J, Logan TK. Negotiating the challenges of multidisciplinary responses to sexual assault victims: sexual assault nurse examiner and victim advocacy programs. *Research in Nursing and Health*, 2008, 31:76–85.
63. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 2008, 24:442–447.
64. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:589–600.
65. Berk RA, Newton PJ, Berk SF. What a difference a day makes: an empirical study of the impact of shelters for battered women. *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48:481–490.
66. Bennett L et al. Effectiveness of hotline, advocacy, counseling and shelter services for victims of domestic violence: a statewide evaluation. *Journal of Interpersonal Violence*, 2004, 19:815–829.
67. Sedlak AJ. The use and psychosocial impact of a battered woman's shelter. In Hotaling GT, Finkelhor D, eds. *Coping with family violence: research and policy perspectives*. Newbury Park CA, Sage, 1988.
68. Whitaker DJ, Baker CK, Arias I. Interventions to prevent intimate partner violence. In Doll LS et al., eds. *Handbook of injury and violence prevention*. Nueva York NY, Springer US, 2007.
69. Kalafat J et al. An evaluation of crisis hotline outcomes part 1: nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, 37:322–337.
70. Gould MS et al. An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, 37:338–352.
71. Scottish Executive. *Evaluation of the Scottish domestic abuse helpline*. Edimburgo, Scottish Executive Social Research, 2004.

72. Child Helpline International. *Child helplines: one year later. UN violence against children report*. Amsterdam, Child Helpline International, 2007.
73. Zinzow HM et al. Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2009, 50:441–450.
74. Fowler PJ et al. Community violence: a metaanalysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 2009, 21:227–259.
75. Woods SJ et al. Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2008, 53:538–546.
76. Rose SC et al. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI:10.1002/14651858.CD000560.
77. Roberts NP et al. Systematic review and metaanalysis of multiple session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 2009, 166:293–301.
78. Korner H et al. Early trauma focused cognitive behavioural therapy to prevent chronic posttraumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and metaanalysis. *BMC Psychiatry*, 2008, 8:81–91.
79. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI:10.1002/14651858.CD003388. pub3.
80. Price JL et al. A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 2001, 21:1095–1121.
81. Callahan KL, Price JL, Hilsenroth MJ. A review of interpersonal psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 2004, 54:491–519.
82. Martsof DS, Draucker CB. Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative review of outcomes research. *Issues in Mental Health Nursing*, 2005, 26:801–825.
83. MacDonald G, Higgins JPT, Ramchandani P. Cognitive behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art.No.: CD001930. DOI:10.1002/14651858.CD001930. pub2.
84. Holt VL et al. Do protection orders affect the likelihood of future partner violence and injury? *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24:16–21.
85. McFarlane J et al. Protection orders and intimate partner violence: an 18 month study of 150 Black, Hispanic, and White women. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:613–618.
86. Logan TK et al. Protective orders. Questions and conundrums. *Trauma, Violence and Abuse*, 2006, 7:175–205.
87. *What is an intermediary?* Crown Prosecution Service (http://www.cps.gov.uk/derbyshire/casework/special_measures/what_is_an_intermediary/, consultado el 1 de diciembre de 2008).
88. Hamlyn B et al. *Are special measures working? Evidence from surveys of vulnerable and intimidated witnesses*. Home Office Research Study 283. Londres, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2004.
89. Burton M, Evans R, Sanders A. *An evaluation of the use of special measures for vulnerable and intimidated witnesses*. Home Office Findings 270. Londres, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2006.
90. Gover AR, MacDonald JM, Alpert GP. Combating domestic violence: findings from an evaluation of a local domestic violence court. *Criminology and Public Policy*, 2003, 3:109–132.
91. Sacks E. *Creating a domestic violence court: guidelines and best practices*. San Francisco, Family Violence Prevention Fund, 2002.
92. Newmark L et al. *Specialized felony domestic violence courts: lessons on implementation and impacts from the Kings County experience*. Washington, The Urban Institute, 2001.
93. Scottish Government. *Evaluation of the pilot domestic abuse court*. Edimburgo, Scottish Executive Justice Department, 2007.

- **Reseña general**
- **Prevención de la violencia mediante el desarrollo de relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres o cuidadores**
- **Prevención de la violencia mediante el desarrollo de habilidades para la vida en los niños y los adolescentes**
- **Prevención de la violencia mediante la reducción de la disponibilidad y del consumo nocivo de alcohol**
- **Restricción del acceso a medios letales: armas de fuego, armas blancas y plaguicidas**
- **Promoción de la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer**
- **Cambio de las normas sociales y culturales que propician la violencia**
- **Reducción de la violencia mediante programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas**

Departamento de Violencia y Prevención
de Lesiones y Discapacidad
Avenida Appia 20
1211 Ginebra 27
Suiza
Tel +41227912064
Fax +41227914489
www.who.int/violence_injuryprevention
violenceprevention@who.int

