

Informe mundial sobre la violencia y la salud

R E S U M E N



Publicado en español por la
Organización Panamericana de la Salud para la
Organización Mundial de la Salud

prevention

Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen



Publicado en español por la
Organización Panamericana de la Salud para la
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C.
2002

Edición original en inglés:

World Report on Violence and Health: Summary

ISBN 92 4 154562 3

© Organización Mundial de la Salud 2002

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Organización Panamericana de la Salud

Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen

Washington, D.C.: OPS, © 2002

ISBN 92 75 32422 0

I. Título II. Autor

1. VIOLENCIA

2. VIOLENCIA DOMÉSTICA

3. SUICIDIO

4. DELITOS SEXUALES

5. FACTORES DE RIESGO

6. GUERRA

LC HV6625.O68im

Cita sugerida: *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

La fotografía de Nelson Mandela ha sido reproducida con la autorización del Congreso Nacional Africano.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles. Toda solicitud relacionada con la traducción de este documento deberá dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

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. Reservados todos los derechos.

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.

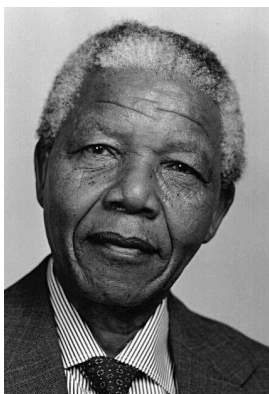
La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones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

La expresión «país o zona» que aparece en encabezamientos de cuadros abarca países, territorios, ciudades y zonas.

Contenido

Prólogo	v
Prefacio	vii
La violencia, un problema ubicuo	1
La violencia desde la perspectiva de la salud pública	4
Definición de la violencia	4
Clasificación de la violencia	5
Medición de la violencia	6
Las repercusiones de la violencia: vidas perdidas y perjuicios para la salud	7
Las raíces de la violencia: un modelo ecológico	10
Del análisis a la acción	12
Las formas y los contextos de la violencia	15
Violencia interpersonal	15
Los jóvenes y la violencia	15
Violencia contra la pareja	17
Maltrato y abandono de menores por parte de padres y otros cuidadores	18
Maltrato de ancianos	19
Violencia sexual	21
La dinámica de la violencia interpersonal	22
Violencia autoinfligida	23
Magnitud del problema	23
La dinámica del suicidio	24
Violencia colectiva	25
Magnitud del problema	25
Consecuencias de la violencia colectiva	26
La dinámica de los conflictos violentos	27
¿Qué hacer para prevenir la violencia?	29
Estrategias a nivel individual	29
Estrategias relacionales	30
Iniciativas de base comunitaria	31
Estrategias basadas en la sociedad	32
Algunas lagunas importantes	33
Recomendaciones	35
Conclusiones	39
Referencias	41

Prólogo



El siglo XX se recordará como un siglo marcado por la violencia. Nos lastra con su legado de destrucción masiva, de violencia infligida a una escala nunca vista y nunca antes posible en la historia de la Humanidad. Pero este legado, fruto de las nuevas tecnologías al servicio de ideologías de odio, no es el único que soportamos ni que hemos de arrostrar.

Menos visible, pero aún más difundido, es el legado del sufrimiento individual y cotidiano: el dolor de los niños maltratados por las personas que deberían protegerlos, de las mujeres heridas o humilladas por parejas violentas, de los ancianos maltratados por sus cuidadores, de los jóvenes intimidados por otros jóvenes y de personas de todas las edades que actúan violentamente contra sí mismas. Este sufrimiento, del que podría dar muchos más ejemplos, es un legado que se reproduce a sí mismo a medida que las nuevas generaciones aprenden de la violencia de las anteriores, las víctimas aprenden de sus agresores y se permite que perduren las condiciones sociales que favorecen la violencia. Ningún país, ninguna ciudad, ninguna comunidad es inmune, pero tampoco estamos inermes ante ella.

La violencia medra cuando no existe democracia, respeto por los derechos humanos ni una buena gobernanza. Hablamos a menudo de cómo puede una «cultura de violencia» enraizarse. Es muy cierto. Como sudafricano que ha vivido en el *apartheid* y vive ahora el periodo posterior, lo he visto y lo he experimentado. Es también cierto que los comportamientos violentos están más difundidos y generalizados en las sociedades en las que las autoridades respaldan el uso de la violencia con sus propias actuaciones. En muchas sociedades, la violencia prevalece en tal medida que desbarata las esperanzas de desarrollo económico y social. No podemos permitir que esta situación se mantenga.

Muchas personas que conviven con la violencia casi a diario la asumen como consustancial a la condición humana, pero no es así. Es posible prevenirla, así como reorientar por completo las culturas en las que impera. En mi propio país, y en todo el mundo, tenemos magníficos ejemplos de cómo se ha contrarrestado la violencia. Los gobiernos, las comunidades y los individuos pueden cambiar la situación.

Doy la bienvenida a este primer *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, que constituye una contribución de primer orden a nuestro conocimiento de la violencia y de su repercusión en las sociedades. Arroja luz sobre los diversos rostros de la violencia, desde el sufrimiento «invisible» de los individuos más vulnerables de la sociedad a la tragedia tan notoria de las sociedades en conflicto. Hace progresar nuestro análisis de los factores que conducen a la violencia y las posibles respuestas de los distintos sectores de la sociedad, y con ello nos recuerda que la seguridad y las garantías no surgen de manera espontánea, sino como fruto del consenso colectivo y la inversión pública.

El informe formula recomendaciones para actuar a nivel local, nacional e internacional, por lo que será un instrumento valiosísimo para las instancias normativas, los investigadores, los médicos, los juristas y los voluntarios implicados en la prevención de la violencia. Ésta ha sido tradicionalmente incumbencia del sistema jurídico penal, pero el informe se muestra claramente a favor de que en las iniciativas de prevención participen todos los sectores de la sociedad.

A nuestros hijos, los ciudadanos más vulnerables de cualquier sociedad, les debemos una vida sin violencia ni temor. Para garantizarla hemos de ser incansables en nuestros esfuerzos por lograr la paz, la justicia y la prosperidad no sólo para los países, sino también para las comunidades y los miembros de una misma familia. Debemos hacer frente a las raíces de la violencia. Sólo entonces transformaremos el legado del siglo pasado de lastre oneroso en experiencia aleccionadora.

Nelson Mandela

Prefacio



La violencia es una constante en la vida de gran número de personas en todo el mundo, y nos afecta a todos de un modo u otro. Para muchos, permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas, y evitar los lugares peligrosos. Para otros no hay escapatoria, porque la amenaza de la violencia está detrás de esas puertas, oculta a los ojos de los demás. Y para quienes viven en medio de guerras y conflictos, la violencia impregna todos los aspectos de la vida.

Este informe, que constituye la primera recapitulación general del problema a escala mundial, no sólo presenta el tributo humano que la violencia se cobra, materializado en más de 1,6 millones de vidas perdidas cada año e innumerables más dañadas de maneras no siempre evidentes, sino que expone también los muchos rostros de la violencia interpersonal, colectiva y autoinfligida, así como los ámbitos en los que se desarrolla. Demuestra que allí donde la violencia persiste, la salud corre grave peligro.

El informe nos lanza también un reto en muchos terrenos. Nos obliga a ir más allá de nuestro concepto de lo aceptable y cómodo para cuestionar la idea de que los actos violentos son meras cuestiones de intimidad familiar o de elección individual, o bien aspectos inevitables de la vida. La violencia es un problema complejo, relacionado con esquemas de pensamiento y comportamiento conformados por multitud de fuerzas en el seno de nuestras familias y comunidades, fuerzas que pueden también traspasar las fronteras nacionales. El informe nos insta a trabajar con colaboradores diversos y a adoptar una estrategia preventiva, científica e integral.

Como queda de manifiesto a lo largo de todo el informe, disponemos de algunos de los instrumentos y de los conocimientos necesarios para cambiar la situación, los mismos instrumentos que se han utilizado con éxito para abordar otros problemas de salud; y sabemos dónde aplicar nuestros conocimientos. A menudo, la violencia puede preverse y prevenirse. Al igual que otros problemas de salud, no se distribuye de manera uniforme entre los diversos grupos de población o los entornos. Muchos de los factores que elevan el riesgo de violencia son comunes a los distintos tipos de ésta, y es posible modificarlos.

Una cuestión que se repite en todo el informe es la importancia de la prevención primaria. En este ámbito, incluso las inversiones pequeñas pueden reportar beneficios importantes y duraderos, pero es indispensable contar con la resolución de los líderes y con el respaldo a las iniciativas de prevención por parte de una amplia selección de colaboradores de los sectores público y privado, y de los países industrializados y los países en desarrollo.

La salud pública ha logrado algunos éxitos notables en las últimas décadas, sobre todo en lo tocante a reducir la frecuencia de muchas enfermedades de la infancia. Sin embargo, salvar a nuestros niños de estas enfermedades para que caigan víctimas de la violencia, o para perderlos más adelante a manos de sus parejas, por la ferocidad de las guerras y los conflictos, o por lesiones autoinfligidas o víctimas del suicidio, sería un fracaso de la salud pública.

La salud pública no ofrece todas las respuestas a este problema complejo de la violencia, pero estamos decididos a desempeñar nuestro papel en su prevención a escala mundial. Este informe contribuirá a estructurar la respuesta del mundo a la violencia y a hacer de éste un lugar más seguro y saludable para todos. Les invito a leer detenidamente el informe, y a unirse a mí y a los numerosos expertos internacionales en prevención de la violencia que han contribuido a su preparación, para poner en práctica el vital llamamiento a la acción que contiene.

Dra. Gro Harlem Brundtland
Directora General
Organización Mundial de la Salud

La violencia, un problema ubicuo

No hay país ni comunidad a salvo de la violencia. Las imágenes y las descripciones de actos violentos invaden los medios de comunicación. Está en nuestras calles y en nuestros hogares, en las escuelas, los lugares de trabajo y otros centros. Es un azote ubicuo que desgarrar el tejido comunitario y amenaza la vida, la salud y la felicidad de todos nosotros. Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. Por cada persona que muere por causas violentas, muchas más resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina, aproximadamente (1).

La violencia está tan presente, que se la percibe a menudo como un componente ineludible de la condición humana, un hecho ineluctable ante el que hemos de reaccionar en lugar de prevenirlo. Suele considerarse, además, una cuestión de «ley y orden», en la que el papel de los profesionales de la salud se limita a tratar las consecuencias. Pero estos supuestos están cambiando, gracias al éxito de fórmulas de salud pública aplicadas a otros problemas sanitarios de origen medioambiental o relacionados con el comportamiento, como las cardiopatías, el consumo de tabaco y el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). Los objetivos se están ampliando y cada vez se hace más hincapié en

prevenir y combatir las raíces de la violencia. Al mismo tiempo, las contribuciones de otras instituciones y disciplinas, desde la psicología infantil a la epidemiología, están potenciando los esfuerzos de la policía, los tribunales y los criminólogos.

Una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias (2), de ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en la prevención y tenga un papel clave que desempeñar al respecto. El Director General de Sanidad de los Estados Unidos fue el primero en exponerlo claramente en un informe del año 1979, titulado *Healthy People* (3). El informe planteaba que, en el esfuerzo por mejorar la salud de la nación, no podían pasarse por alto las consecuencias del comportamiento violento, y convirtió el hecho de enfrentarse a las raíces de la violencia en una prioridad básica para la comunidad sanitaria.

Desde entonces, numerosos médicos e investigadores en salud pública estadounidenses y de todo el mundo se han impuesto la tarea de comprender la violencia y encontrar modos de prevenirla (4). La cuestión se incorporó a la agenda internacional cuando la Asamblea Mundial de la Salud, en su reunión de 1996 en Ginebra, aprobó una resolución por la que se declaraba a la violencia uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo (véase el recuadro 1).

Aun así, concienciar sobre el hecho de que la violencia puede prevenirse es sólo el primer paso para estructurar la respuesta al problema. La vio-

RECUADRO 1**Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública
Resolución WHA49.25**

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud,

Enterada con gran preocupación del espectacular aumento de la incidencia de los traumatismos causados intencionalmente en todo el mundo a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a las mujeres y los niños;

Haciendo suyo el llamamiento formulado en la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social para que se adopten y apliquen políticas y programas específicos de salud pública y servicios sociales encaminados a prevenir la violencia en la sociedad y mitigar sus efectos;

Haciendo suyas las recomendaciones formuladas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) para que se aborde urgentemente el problema de la violencia contra las mujeres y muchachas y se determinen sus consecuencias para la salud;

Recordando la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer;

Tomando nota del llamamiento realizado por la comunidad científica en la Declaración de Melbourne adoptada en la Tercera Conferencia Internacional sobre la Lucha contra los Traumatismos (1996) para que se intensifique la colaboración internacional a fin de velar por la seguridad de los ciudadanos del mundo entero;

Reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países;

Reconociendo las consecuencias cada vez más importantes de la violencia en los servicios de salud en todas partes, así como su efecto perjudicial en los escasos recursos sanitarios para los países y las comunidades;

Reconociendo que los agentes de salud se encuentran con frecuencia entre los primeros que ven a las víctimas de la violencia, tienen una capacidad técnica sin igual y gozan de una posición especial en la comunidad para ayudar a las personas expuestas a ese riesgo;

Reconociendo que la OMS, como principal organismo encargado de coordinar la labor internacional de salud pública, tiene la responsabilidad de desempeñar una función de liderazgo y orientación para con los Estados Miembros en el desarrollo de programas de salud pública encaminados a prevenir la violencia ejercida tanto contra uno mismo como contra los demás,

1. DECLARA que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo;
2. INSTA a los Estados Miembros a que evalúen el problema de la violencia en sus territorios y comuniquen a la OMS la información de que dispongan sobre ese problema y su manera de afrontarlo;
3. PIDE al Director General que, en la medida en que lo permitan los recursos disponibles, emprenda actividades de salud pública para abordar el problema de la violencia, con objeto de:
 - 1) caracterizar los diferentes tipos de violencia, definir su magnitud y evaluar las causas de la violencia y sus repercusiones de salud pública, incorporando asimismo en el análisis una perspectiva basada en las diferencias entre los sexos;

RECUADRO 1 (continuación)

- 2) evaluar los tipos y la eficacia de las medidas y programas destinados a prevenir la violencia y mitigar sus efectos, prestando especial atención a las iniciativas de orientación comunitaria;
- 3) promover actividades para resolver este problema a nivel tanto internacional como de país, inclusive medidas tendentes a:
 - a) mejorar el reconocimiento, la notificación y la gestión de las consecuencias de la violencia;
 - b) promover una mayor participación intersectorial en la prevención y la gestión de la violencia;
 - c) promover investigaciones sobre la violencia dándoles prioridad entre las investigaciones de salud pública;
 - d) preparar y difundir recomendaciones para programas de prevención de la violencia a nivel de nación, Estado y comunidad en todo el mundo;
- 4) asegurar la participación coordinada y activa de los programas técnicos apropiados de la OMS;
- 5) reforzar la colaboración de la Organización con gobiernos, autoridades locales y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la planificación, la aplicación y el seguimiento de programas sobre la prevención y la mitigación de la violencia;
4. PIDE ASIMISMO al Director General que presente un informe al Consejo Ejecutivo en su 99ª reunión en el que se describan los progresos realizados hasta el momento, así como un plan de acción para avanzar hacia la adopción de un enfoque científico de salud pública en materia de prevención de la violencia.

lencia es una cuestión sumamente delicada, y muchas personas tienen problemas para afrontarla en su vida profesional, porque suscita preguntas incómodas acerca de su vida personal. Hablar de ella supone abordar cuestiones complejas de índole moral, ideológica y cultural, de ahí la frecuente renuencia a comentar abiertamente el tema, tanto a nivel oficial como personal.

El propósito del primer *Informe mundial sobre la violencia y la salud*¹ es cuestionar el secretismo, los tabúes y los sentimientos de inevitabilidad que rodean al comportamiento violento, y alentar un debate que ampliará nuestros conocimientos sobre este fenómeno enormemente complejo. La iniciativa individual y el liderazgo son

valiosísimos para superar la apatía y la resistencia, pero el requisito básico para afrontar el problema de la violencia de manera integral es que las personas trabajen juntas en asociaciones de todo tipo, y a todos los niveles, para elaborar respuestas eficaces.

Este documento recapitulativo va destinado fundamentalmente a las instancias normativas y decisorias de salud pública a nivel nacional, así como a quienes trabajan en la salud pública en el ámbito local y están más en contacto con los problemas y las necesidades de la comunidad. Las opiniones y las conclusiones en él expuestas se basan en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, así como en muchos estudios a los que éste se remite.

¹ Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

La violencia se considera a menudo un componente ineludible de la condición humana, una realidad ante la que hemos de reaccionar en lugar de prevenirla. Pero estos supuestos están cambiando, gracias al éxito de fórmulas de salud pública aplicadas a otros problemas sanitarios de origen medioambiental o relacionados con el comportamiento.

El sector de la salud está especialmente interesado en la prevención de la violencia y tiene un papel clave que desempeñar al respecto.

Un requisito básico para afrontar el problema de la violencia de manera integral es que las personas trabajen juntas en asociaciones de todo tipo, y a todos los niveles, para elaborar respuestas eficaces.

La violencia desde la perspectiva de la salud pública

En términos generales, la respuesta del sector de la salud a la violencia es fundamentalmente reactiva y terapéutica. Se tiende a fragmentarla en áreas de interés y de competencia especiales, por lo que es frecuente pasar por alto tanto la perspectiva general como las relaciones entre las distintas formas de violencia. No obstante, la violencia es un fenómeno complejo que hay que abordar de forma integral y holística.

Por definición, la salud pública no se centra en los pacientes a título individual, sino en la salud de las comunidades y las poblaciones como un todo. Sus intervenciones se ocupan, en la medida de lo posible, de los grupos que corren mayor riesgo de enfermedades o lesiones. Tiene como objetivos fundamentales preservar, promover y mejorar la salud, y hace especial hincapié en prevenir la aparición o recurrencia de enfermedades o lesiones, más que en tratar sus consecuencias para la salud.

Tradicionalmente, el proceso por el que la salud pública aborda cualquier amenaza para el

bienestar consta de las cuatro etapas siguientes (5):

- definir y observar la magnitud del problema;
- identificar sus causas;
- formular y poner a prueba modos de afrontarlo;
- aplicar ampliamente las medidas de eficacia probada.

La salud pública fundamenta su proceder en pruebas científicas. Desde la identificación del problema y sus causas hasta la planificación, la experimentación y la evaluación de las respuestas, todo debe estar basado en investigaciones fidedignas y respaldado por las pruebas más sólidas. Es, además, una estrategia multidisciplinar: los funcionarios de salud pública colaboran con personas y organizaciones muy diversas, y recurren a una amplia gama de competencias profesionales, desde la medicina, la epidemiología y la psicología a la sociología, la criminología, la pedagogía y la economía.

En lo concerniente a la violencia, los profesionales de la salud pública y sus colaboradores parten de la sólida convicción, basada en pruebas científicas, de que tanto la conducta violenta como sus consecuencias pueden prevenirse. La estrategia planteada desde la salud pública no reemplaza a las respuestas que la justicia penal y los derechos humanos dan a la violencia, sino que complementa sus actividades y les ofrece más instrumentos y fuentes de colaboración.

Definición de la violencia

Una de las razones por las que apenas se ha considerado a la violencia como una cuestión de salud pública es la falta de una definición clara del problema. La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan. En la generación anterior, por ejemplo, la palmeta formaba parte

de los castigos habituales en los colegios británicos, y se utilizaba para golpear a los alumnos en las nalgas, las piernas o las manos. Hoy, un profesor británico puede ser procesado por utilizar cualquier tipo de coerción física con un niño.

La amplia variedad de códigos morales imperantes en los distintos países hace de la violencia una de las cuestiones más difíciles y delicadas de abordar en un foro mundial, pero es urgente hacerlo. En este mundo en vertiginosa evolución, proteger la vida y la dignidad humanas exige esforzarse por lograr un consenso y establecer normas universales de comportamiento basadas en el desarrollo de derechos humanos.

La violencia puede definirse de muchas maneras, según quién lo haga y con qué propósito. Por ejemplo, la definición orientada al arresto y la condena será diferente a la empleada para las intervenciones de los servicios sociales. En el ámbito de la salud pública, la dificultad reside en definir la violencia de manera que abarque el conjunto de actos perpetrados y las experiencias subjetivas de las víctimas, pero sin que la definición resulte tan amplia que pierda sentido o describa como hechos patológicos las vicisitudes naturales de la vida cotidiana. Se necesita, además, un consenso mundial que permita comparar los datos entre los países y construir una sólida base de conocimiento.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia (4) como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la defi-

nición abarca también las numerosísimas consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

Clasificación de la violencia

La complejidad, la ubicuidad y la diversidad de los actos violentos suscitan sentimientos de impotencia y apatía. Se requiere un marco analítico o una clasificación que separe los hilos de este intrincado tapiz para esclarecer la naturaleza del problema y las acciones necesarias para afrontarlo. Hasta el momento, la tarea de contrarrestar la violencia se ha fragmentado en áreas especializadas de investigación y actuación. Para superar este inconveniente, el marco analítico debe prestar especial atención a los rasgos comunes y las relaciones entre los distintos tipos de violencia, dando paso a una perspectiva holística de la prevención. Son escasas las clasificaciones de este tipo, y ninguna es integral ni goza de la aceptación general (6).

La clasificación utilizada en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

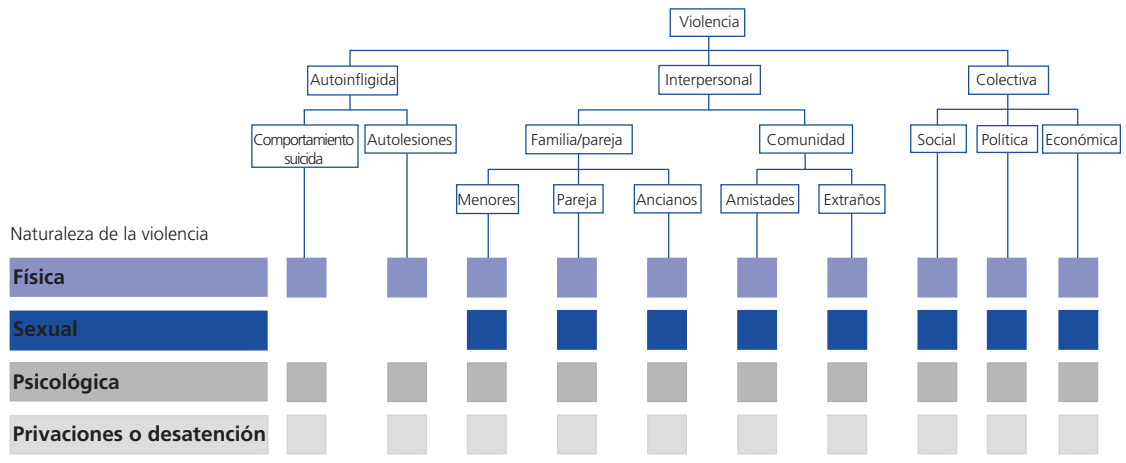
Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos, y la infligida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas (véase la figura 1).

A su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos.

La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto.

FIGURA 1

Clasificación de la violencia



Muchas personas que abrigan pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas, e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- Violencia intrafamiliar o de pareja: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
- Violencia comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.

El primer grupo abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos. En el segundo grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

La violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, eco-

nómicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos.

Medición de la violencia

La actuación en el ámbito de la salud pública exige calibrar la magnitud del problema concreto de salud que se está tratando; es una información esencial para formular políticas válidas. Es importante disponer de datos fidedignos sobre la violencia, no sólo para planificar y vigilar, sino también para sensibilizar a la población. Sin información, poca presión puede ejercerse para que las personas reconozcan el problema o reaccionen ante él.

Cuantificar la violencia plantea muchas dificultades. Los sistemas de información de los países se hallan en distintas fases de desarrollo, de ahí que la exhaustividad, la calidad, la fiabilidad y la utilidad de los datos disponibles va-

ríen mucho. Numerosos actos violentos no se registran nunca porque no se ponen en conocimiento de las autoridades. En otros casos sí se notifican, pero los archivos no recogen toda la información necesaria para comprender el problema. Dado que la forma de definir los malos tratos influye en el tipo de datos recolectados, en muchos lugares el empleo de definiciones inadecuadas enmascara aspectos importantes del problema. Por último, la falta de coherencia en las definiciones y en la recopilación de los datos hace difícil comparar éstos entre comunidades o países.

Hoy día, la recopilación más extensa y accesible corresponde a los datos de mortalidad, obtenidos a partir de certificados de defunción, registros de estadísticas vitales e informes forenses. Sin embargo, representan sólo la punta del iceberg: por cada víctima mortal, muchas más personas resultan heridas, debilitadas psíquicamente o discapacitadas de por vida. Dado que las consecuencias no mortales son mucho más frecuentes que las mortales (7–11), para completar la panorámica de la violencia se precisan datos de otro tipo:

- información sanitaria sobre enfermedades, lesiones y otros problemas de salud;
- información, comunicada espontáneamente, sobre actitudes, creencias, comportamientos, prácticas culturales, victimización y exposición a la violencia;
- información comunitaria sobre características de la población y nivel de ingresos, educación y empleo;
- datos sobre criminalidad relativos a las características y las circunstancias de los sucesos violentos y sus autores;
- información económica sobre los costos de los tratamientos, los servicios sociales y las actividades de prevención;
- información política y legislativa.

Estos datos pueden proceder de diversas fuentes: personas, archivos de organismos o centros, programas locales, registros comunitarios y gubernamentales, y encuestas poblacionales y de otros tipos, así como estudios espe-

ciales. Todas estas fuentes pueden ayudar a comprender el problema y explican, además, por qué las alianzas multisectoriales son elementos clave de la estrategia planteada desde el ámbito de la salud pública.

La salud pública se ocupa de las comunidades y las poblaciones como un todo, y se centra en las que corren mayor riesgo de sufrir enfermedades o lesiones. La estrategia formulada desde este ámbito se basa en pruebas científicas, lo que significa que las políticas y las actividades deben estar respaldadas por investigaciones fidedignas. Es, además, multidisciplinaria.

Las actuaciones emprendidas en el ámbito de la salud pública exigen una definición clara de la violencia y un marco para comprender sus múltiples formas y contextos.

Para comprender el problema de la violencia es esencial disponer de datos fiables. También son importantes para sensibilizar a la población; sin ellos, poca presión puede ejercerse para que las personas reconozcan el problema o reaccionen ante él.

Las repercusiones de la violencia: vidas perdidas y perjuicios para la salud

Se calcula que, en el año 2000, 1,6 millones de personas perdieron la vida en todo el mundo por actos violentos, lo que representa una tasa de casi el 28,8 por 100 000 (véase el cuadro 1). Aproximadamente la mitad de estos fallecimientos se debieron a suicidios, casi una tercera parte a homicidios y aproximadamente una quinta parte a conflictos armados.

Es obvio que no todas las personas corren el mismo riesgo de padecer la violencia; un examen más detenido del problema revela quiénes fueron las principales víctimas y dónde vivían.

CUADRO 1

Cifras estimadas de defunciones debidas a la violencia en el mundo, 2000

Tipo de violencia	Número ^a	Tasa por 100 000 habitantes ^b	Proporción del total (%)
Homicidio	520 000	8,8	31,3
Suicidio	815 000	14,5	49,1
Conflicto bélico	310 000	5,2	18,6
Total ^c	1 659 000	28,8	100,0
Países de ingresos medios-bajos	1 510 000	32,1	91,1
Países de ingresos altos	149 000	14,4	8,9

Fuente: WHO Global Burden of Disease project for 2000, versión 1.

^a Redondeado al millar más cercano.

^b Estandarizada por edades.

^c Incluye 14 000 defunciones por lesiones deliberadas a raíz de intervenciones legales.

Tres de cada cuatro víctimas de homicidio eran varones, y las tasas masculinas de muerte por homicidio fueron más de tres veces superiores a las femeninas. La mayor tasa mundial de homicidios (19,4 por 100 000) correspondía a los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años (véase el cuadro 2). En la población masculina las cifras tienden a descender con la edad; sin embargo, entre las mujeres rondan el 4 por 100 000 en todos los grupos de edad, con la excepción del grupo de entre 5 y 14 años, en el que descienden al 2 por 100 000 aproximadamente.

Por el contrario, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad en ambos sexos (véase el cuadro 2). La más elevada (44,9 por 100 000) se registró entre los hombres de 60 años o más: era más de dos veces superior a la de las mujeres de la misma edad (22,1 por 100 000). Sin embargo, en el grupo de entre 15 y 29 años la tasa masculina era del 15,6 por 100 000, frente al 12,2 por 100 000 de la femenina.

Las tasas de muerte violenta varían también en función de los ingresos de los países. En los de ingresos bajos y medios son más de dos veces superiores (32,1 por 100 000) a las de los países de altos ingresos (14,4 por 100 000).

CUADRO 2

Tasas estimadas de homicidio y suicidio en el mundo por edades, 2000

Grupo de edad (años)	Tasa de homicidio (por 100 000 habitantes)		Tasa de suicidio (por 100 000 habitantes)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	5,8	4,8	0,0	0,0
5-14	2,1	2,0	1,7	2,0
15-29	19,4	4,4	15,6	12,2
30-44	18,7	4,3	21,5	12,4
45-59	14,8	4,5	28,4	12,6
≥60	13,0	4,5	44,9	22,1
Total ^a	13,6	4,0	18,9	10,6

Fuente: WHO Global Burden of Disease project for 2000, versión 1.

^a Estandarizado por edades.

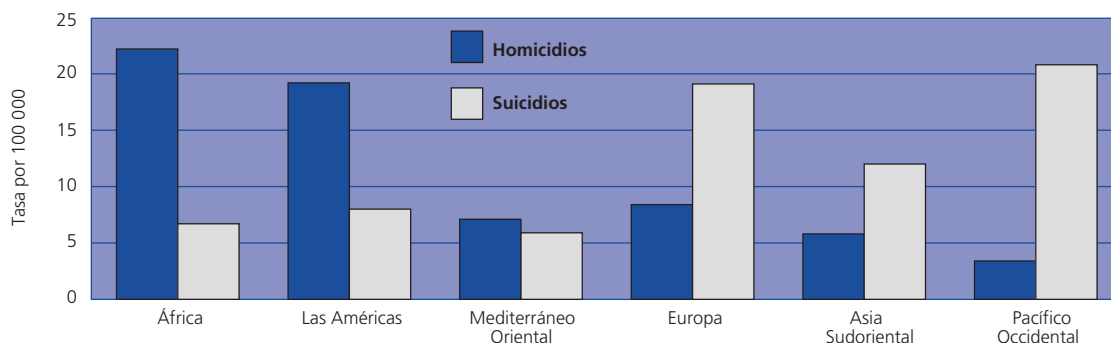
Estas tasas mundiales ocultan grandes variaciones. Por ejemplo, a escala regional se registran importantes diferencias entre las regiones de la OMS (véase la figura 2): en la Región de África y en la Región de las Américas, las tasas de homicidio son casi tres veces superiores a las de suicidio. Sin embargo, en la Región de Asia Sudoriental y en la Región de Europa, las tasas de suicidio son más de dos veces superiores a las de homicidio, y en la del Pacífico Occidental las de suicidio casi sextuplican a las de homicidio.

Las tasas mundiales ocultan también amplias variaciones dentro de los propios países: entre las poblaciones urbana y rural, entre las comunidades ricas y las pobres, y entre los diversos grupos raciales y étnicos. En Singapur, por ejemplo, las tasas de suicidio son más elevadas en la población de origen chino o hindú que en la de origen malayo (12). En los Estados Unidos, y en la franja que va de los 15 a los 24 años, la mortalidad por homicidio de la población afroamericana fue, en 1999, dos veces superior a la de los hispanos y más de 12 veces superior a la de los caucásicos no hispanos (13).

Sin embargo, las cifras de muertes violentas sólo reflejan una parte de historia. En todos los países se infligen diariamente malos tratos físicos, sexuales y psicológicos que, además de

FIGURA 2

Tasas de homicidio y de suicidio por regiones de la OMS, 2000



menoscabar la salud y el bienestar de muchos millones de personas, cuestan cada año a los Estados grandes sumas de dinero en atención sanitaria, costas judiciales, absentismo y pérdida de productividad (14–21) (véase el recuadro 2). Además, los efectos de la violencia sobre la salud pueden prolongarse más allá del maltrato inicial y ocasionar discapacidades permanentes como lesiones medulares o cerebrales, o mutilaciones.

Además de las lesiones físicas directas, las víctimas de la violencia corren mayor riesgo de sufrir problemas psíquicos y comportamentales de muy diversa índole, como depresión, abuso del alcohol, ansiedad y comportamiento suicida, además de problemas reproductivos como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales (22–25).

Sin embargo, es importante señalar que rara vez existe una relación causal sencilla entre un acto violento y su repercusión, sobre todo en el maltrato psíquico. Incluso en casos extremos puede darse toda una gama de reacciones y efectos, ya que los individuos responden a la adversidad de manera muy personal. La edad y el temperamento, así como el hecho de disponer o no de apoyo emocional, influyen en las consecuencias de los hechos violentos. Las personas que reaccionan activamente a la violencia tienden a resistir mejor que las que permanecen pasivas. Para dotar de una base sólida a los

programas de tratamiento y prevención se necesitan estudios mucho más detallados sobre las repercusiones de la violencia en la salud y los factores que intervienen en el proceso.

Se calcula que, en el año 2000, 1,6 millones de personas perdieron la vida por actos violentos. Aproximadamente la mitad de estos fallecimientos se debieron a suicidios, casi una tercera parte a homicidios, y una quinta parte a conflictos armados.

En el año 2000, la tasa de defunciones debidas a la violencia en el conjunto de los países de ingresos bajos a medios fue más de dos veces superior a la de los países de ingresos altos, aunque las cifras varían de unas regiones a otras, e incluso dentro de los países.

La mayor parte de los actos violentos no son mortales; tienen como consecuencia lesiones, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas. Los efectos sobre la salud pueden durar años, y a veces consisten en discapacidades físicas o mentales permanentes.

Además del tributo en sufrimiento humano, la violencia impone costos sociales y económicos que, aunque difíciles de cuantificar, son considerables.

RECUADRO 2**Cuantificación de los costos de la violencia**

Además del tributo en sufrimiento humano, la violencia supone una carga enorme para las economías nacionales.

Por ejemplo, en estudios patrocinados entre 1996 y 1997 por el Banco Interamericano de Desarrollo sobre las repercusiones económicas de la violencia en seis países de América Latina se calculó que los gastos en servicios de salud equivalían, por sí solos, al 1,9% del producto interno bruto en el Brasil, al 5,0% en Colombia, al 4,3% en El Salvador, al 1,3% en México, al 1,5% en el Perú y al 0,3% en Venezuela (14). En los Estados Unidos, un estudio evaluó en 1992 el costo anual del tratamiento de las heridas por armas de fuego en US\$ 126 000 millones (15). Las debidas a armas blancas costaron otros US\$ 51 000 millones más.

Se ha comprobado que, por regla general, a lo largo de sus vidas las víctimas de violencia doméstica o sexual padecen más problemas de salud, generan costos de atención sanitaria significativamente más elevados y acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios de urgencia que las personas que no sufren maltrato. Lo mismo ocurre en el caso de los menores maltratados y desatendidos.

Al calcular los costos de la violencia para la economía de una nación deben tenerse en cuenta muy diversos factores, además de los costos directos de la atención médica y la justicia penal. Entre los costos indirectos se cuentan, por ejemplo:

- la provisión de refugios o de otros lugares que ofrezcan seguridad y atención de larga duración;
- la menor productividad como consecuencia de las muertes prematuras, las lesiones, el absentismo, las discapacidades de larga duración y la pérdida de potencial;
- el descenso de la calidad de vida y de la capacidad para cuidar de uno mismo o de los demás;
- los daños a los bienes públicos y las infraestructuras, que conducen al mal funcionamiento de servicios como la asistencia sanitaria, el transporte y la distribución de alimentos;
- la alteración de la vida cotidiana debido al temor por la seguridad personal;
- la desincentivación de las inversiones y el turismo, que pone trabas al desarrollo económico.

Los costos de la violencia rara vez se distribuyen de manera homogénea. Las personas con menos posibilidades de protegerse frente a las adversidades económicas serán las más gravemente afectadas.

Las raíces de la violencia: un modelo ecológico

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace, ni por qué una comunidad se ve desgarrada por la violencia mientras otra comunidad vecina vive en paz. La violencia es un fenómeno sumamente complejo que hunde sus raíces en la interacción de

muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

Algunos factores de riesgo pueden ser privativos de un tipo determinado de violencia, pero es más frecuente que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo. La fragmentación de este campo en distintas áreas de competencia e interés y la ausencia de colaboración entre los diversos grupos impi-

den ver con claridad este hecho y propician que se aborde la prevención de la violencia de manera poco sistemática. Este proceder está reñido con las necesidades de la salud pública, que precisa considerar los distintos tipos de violencia en su contexto más amplio y tener en cuenta sus rasgos comunes.

El *Informe mundial sobre la violencia y la salud* recurre a un «modelo ecológico» para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Dicho modelo, que empezó a utilizarse a finales de la década de 1970 para estudiar el maltrato de menores (26, 27) y se aplicó ulteriormente a otras áreas de investigación de la violencia (28–32), está todavía en fase de desarrollo y perfeccionamiento como instrumento conceptual. Su principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan (véase la figura 3).

El modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos) clasificándolos en cuatro niveles.

- En el primer nivel se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxico-

manías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.

- En el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros, y se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos. En la violencia juvenil, por ejemplo, tener amigos que cometan o alienten actos violentos puede elevar el riesgo de que un joven los sufra o los perpetre (33, 34).
- En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos. A este nivel, dicho riesgo puede estar influido por factores como la movilidad de residencia (por ejemplo, el hecho de que las personas de un vecindario tiendan a permanecer en él durante largo tiempo o se trasladen con frecuencia), la densidad de población, unos niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona.
- El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales. Entre éstas se incluyen las que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan los conflictos políticos. En este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigual-

FIGURA 3

Modelo ecológico para comprender la violencia



dades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad.

En el modelo, el solapamiento de los anillos ilustra cómo los factores de cada nivel refuerzan o modifican los de otro. Así, por ejemplo, un individuo de personalidad agresiva tiene más probabilidades de actuar violentamente en el seno de una familia o una comunidad que acostumbra a resolver los conflictos mediante la violencia que si se encuentra en un entorno más pacífico. El aislamiento social, factor comunitario muy frecuente en el maltrato de ancianos, puede estar influido tanto por factores sociales (por ejemplo, un menor respeto a los ancianos en general) como relacionales (la pérdida de amigos y familiares).

Además de ayudar a esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico también pone de manifiesto que, para prevenirla, es necesario actuar en varios niveles a la vez. Por ejemplo:

- Hacer frente a los factores de riesgo individuales y tomar medidas para modificar los comportamientos de riesgo individuales.
- Influir en las relaciones personales más cercanas y trabajar para crear entornos familiares saludables, así como brindar ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales.
- Vigilar los lugares públicos como las escuelas, los lugares de trabajo y los barrios, y tomar medidas para hacer frente a los problemas que pueden conducir a la violencia.
- Hacer frente a la desigualdad de género y a las actitudes prácticas culturales adversas.
- Prestar atención a los factores culturales, sociales y económicos más generales que contribuyen a la violencia y tomar medidas para modificarlos, como las orientadas a reducir las diferencias entre ricos y pobres y garantizar un acceso igualitario a los bienes, los servicios y las oportunidades.

No existe un factor que, por sí solo, explique por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. La violencia es un problema complejo, enraizado en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

Algunos factores de riesgo pueden ser privativos de un tipo determinado de violencia, pero es más frecuente que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo.

Además de esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico también indica lo que es preciso hacer en los diversos niveles para prevenirla.

Del análisis a la acción

Un modelo general de las raíces de la violencia ofrece perspectivas útiles y señala posibles causas para la investigación y la prevención, pero a menudo media una distancia enorme entre observar un efecto y comprender cómo se ha producido. Los programas de salud pública deben guardarse de actuar basándose únicamente en suposiciones u observaciones anecdóticas. Para ser eficaces, las estrategias de prevención deben fundarse en un conocimiento sólido, respaldado por investigaciones de gran calidad, de los factores que influyen en la violencia y de cómo interactúan.

En el ámbito de la salud pública, las intervenciones se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención:

- Prevención primaria: actuaciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.
- Prevención secundaria: medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la vio-

lencia, como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación.

- Prevención terciaria: intervenciones centradas en la atención prolongada después de actos violentos, como la rehabilitación y la reintegración, y los intentos por aminorar los traumas o las discapacidades de larga duración asociadas con la violencia.

Estos tres niveles se definen desde el punto de vista temporal, es decir, en función de que la prevención se produzca antes que el acto violento, inmediatamente después o a largo plazo. Se han aplicado tradicionalmente a las víctimas de la violencia y en centros de atención de salud, pero también son válidos para los perpetradores de actos violentos y se han utilizado para definir las respuestas judiciales a la violencia.

Los investigadores se inclinan cada vez más por una definición de la prevención de la violencia centrada en el grupo al que va destinada (35). Esta definición agrupa las intervenciones de la manera siguiente:

- Intervenciones generales: están dirigidas a grupos o a la población general y no tienen en cuenta el riesgo individual; son ejemplo de ello las enseñanzas sobre prevención de la violencia impartidas a todos los alumnos de una escuela o a los niños de una edad determinada, así como las campañas de ámbito comunitario en los medios de comunicación.
- Intervenciones seleccionadas: están dirigidas a las personas consideradas en mayor riesgo de padecer o cometer actos violentos (es decir, las que reúnen uno o más factores de riesgo); por ejemplo, la formación

para padres responsables de hogares monoparentales de bajos ingresos.

- Intervenciones indicadas: están dirigidas a las personas con antecedentes de comportamiento violento, como el tratamiento para los perpetradores de actos de violencia doméstica.

Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, generalmente se considera prioritario ocuparse de las consecuencias inmediatas de la violencia, proporcionando ayuda a las víctimas y castigando a los agresores. Aunque estas respuestas son importantes y han de reforzarse en la medida de lo posible, es preciso invertir mucho más en la prevención primaria de la violencia, esto es, en medidas que impidan que llegue a producirse.

En el desarrollo de la respuesta a la violencia deberían participar muchos sectores y organismos diferentes, y los programas tendrían que adaptarse a los diversos entornos culturales y grupos de población. Uno de los principales puntos débiles de los esfuerzos realizados hasta la fecha es la falta de una evaluación rigurosa de las respuestas. Todos los programas deberían contar con un proceso de evaluación, para poder extraer y compartir las enseñanzas acerca de lo que es eficaz y lo que no lo es en la prevención de la violencia.

Se debe conceder mayor prioridad a la prevención primaria de la violencia, es decir, a las medidas que impiden que llegue a producirse.

En las actividades de prevención deberían participar muchos sectores y organismos diferentes, y todos los programas tendrían que contar con un proceso de evaluación.

Las formas y los contextos de la violencia

Existen muchos tipos distintos de violencia, y se producen en muy diversos contextos. Es preciso considerar la magnitud y la dinámica de la violencia, tanto interpersonal como autoinfligida o colectiva, y discutir sus conexiones para sentar las bases de intervenciones preventivas.

Violencia interpersonal

Se calcula que, en el año 2000, murieron 520 000 personas en el mundo a consecuencia de la violencia interpersonal, lo que representa una tasa del 8,8 por 100 000. Pero las estadísticas oficiales de homicidios no cuentan toda la historia. Muchas muertes se disfrazan de accidentes o se atribuyen a causas naturales o desconocidas. En la India, por ejemplo, los funcionarios de salud pública sospechan que numerosos fallecimientos de mujeres registrados como «quemaduras accidentales» fueron en realidad asesinatos, en los que los maridos u otros familiares las rociaron deliberadamente con queroseno y les prendieron fuego (36). En los lugares en los que no se investigan sistemáticamente los fallecimientos de los bebés o los ancianos, o en los que no se practican autopsias, éstos pueden atribuirse erróneamente a enfermedades u otras causas naturales (37).

Por cada persona que muere a consecuencia de actos violentos hay muchas más que sufren lesiones físicas o psíquicas. Los datos oficiales sobre los casos no mortales son a menudo incompletos, sobre todo en los tipos de violencia interpersonal que comportan un estigma social.

Esta situación se refleja en el cuadro 3, que muestra cómo, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, es más frecuente que las mujeres maltratadas por su pareja cuenten sus experiencias a sus amigos y familiares que a la policía, y muchas no se lo dicen a nadie (25).

Las características de la violencia interpersonal difieren notablemente entre las diversas regiones del mundo. Tanto el maltrato de niños y ancianos como la violencia de pareja son problemas frecuentes en todos los países, pero, en comparación con otras regiones, las tasas de violencia juvenil son excepcionalmente elevadas en África y América Latina. Algunas formas de violencia sexual, como los matrimonios precoces y la trata de menores, son más frecuentes en África y el sur de Asia que en cualquier otro lugar (38, 39).

En 2000, aproximadamente 520 000 personas murieron a consecuencia de la violencia interpersonal.

Sin embargo, es probable que las estadísticas oficiales de homicidios no reflejen en su totalidad las muertes violentas. Puede que muchas de ellas, sobre todo de mujeres, niños y ancianos, deban atribuirse a enfermedades u otras causas naturales.

Los jóvenes y la violencia

La violencia juvenil (la que afecta a personas de edades comprendidas entre los 10 y los 29

CUADRO 3

Proporción de mujeres maltratadas físicamente que pidieron ayuda a diversos entornos, selección de estudios de base poblacional

País o zona	Muestra (N)	Proporción de mujeres maltratadas físicamente que:			
		nunca lo contaron (%)	contactaron con la policía (%)	se lo contaron a amigos (%)	se lo contaron a la familia (%)
Australia ^a	6 300	18	19	58	53
Bangladesh	10 368	68	—	—	30
Camboya	1 374	34	1	33	22
Canadá	12 300	22	26	45	44
Chile	1 000	30	16	14	32 ^b /21 ^c
Egipto	7 121	47	—	3	44
Irlanda	679	—	20	50	37
Nicaragua	8 507	37	17	28	34
Reino Unido	430	38	22	46	31
República de Moldova	4 790	—	6	30	31

Fuente: datos extraídos de la referencia 25, con la autorización del editor.

^a Mujeres que habían sufrido agresiones físicas en los últimos 12 meses.

^b Porcentaje de mujeres que se lo contaron a su familia.

^c Porcentaje de mujeres que se lo contaron a la familia de su pareja.

años) comprende un abanico de actos agresivos que van desde la intimidación y las peleas hasta formas más graves de agresión y el homicidio. En todos los países, los varones jóvenes son tanto los principales perpetradores como las principales víctimas de los homicidios.

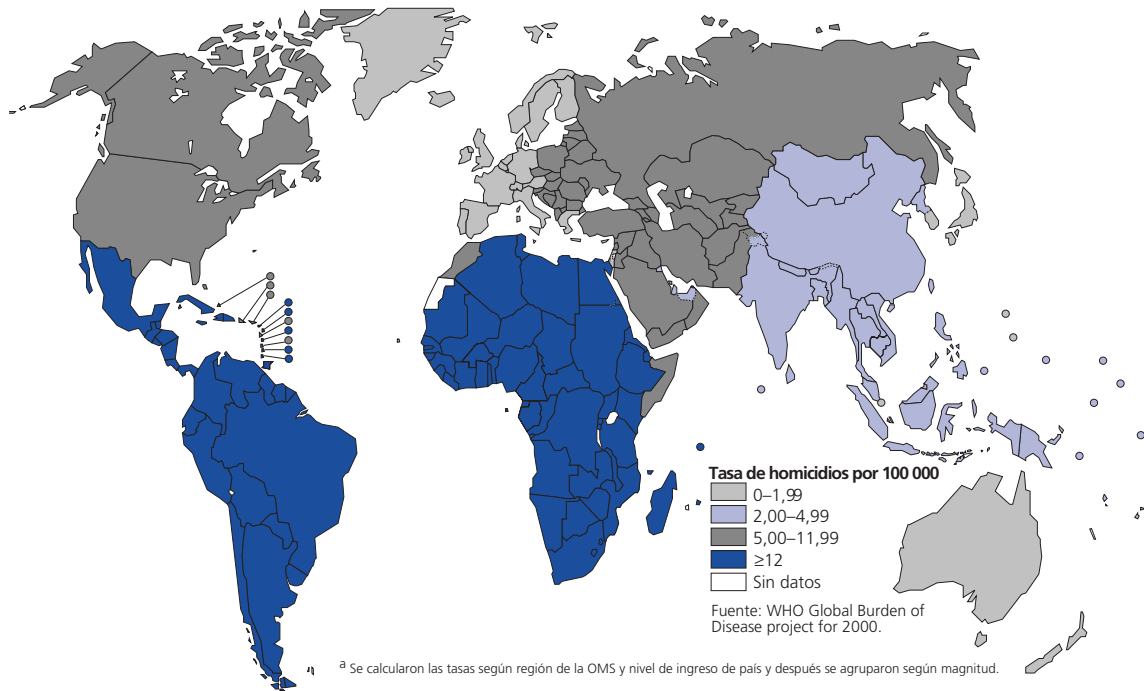
Se calcula que, en el año 2000, la violencia juvenil se cobró la vida de 199 000 jóvenes, lo que representa una tasa del 9,2 por 100 000. Las tasas más elevadas de homicidio juvenil se registran en África y América Latina, y las más bajas corresponden a Europa Occidental y algunas zonas de Asia y el Pacífico (véase la figura 4). Con la notable excepción de los Estados Unidos, la mayor parte de los países con tasas de homicidio juvenil superiores al 10 por 100 000 son países en desarrollo o países que están sumidos en la agitación del cambio social y económico. Se calcula que, por cada joven muerto a consecuencia de la violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario. En algunos países, como Israel, Nueva Zelandia y Nicaragua, esta proporción es incluso más elevada (8–10).

Algunos niños presentan problemas de comportamiento en la primera infancia que van derivando hacia formas más graves de agresión al entrar en la adolescencia y suelen

persistir en la vida adulta (40–42). Sin embargo, la mayoría de los jóvenes que se comportan de forma violenta lo hacen durante periodos más limitados, en la adolescencia, y tras haber mostrado pocos o ningún signo de problemas de comportamiento durante la infancia (43). A menudo, estos jóvenes que sólo delinquen durante la adolescencia buscan emociones (44), y es frecuente que cometan los actos violentos en compañía de un grupo de amigos. Los jóvenes tienden también a verse involucrados en una amplia gama de comportamientos antisociales, y cometen más delitos no violentos que violentos (45, 46). Entre los jóvenes con comportamientos violentos y delictivos, la presencia de alcohol, drogas o armas aumenta las probabilidades de que la violencia lleve a graves lesiones o la muerte.

Los factores que contribuyen a la violencia juvenil abarcan todos los niveles del modelo ecológico. El comportamiento violento o delictivo antes de los 13 años es un factor individual significativo (47, 48), así como la impulsividad, las actitudes o las creencias agresivas y los malos resultados escolares (34, 49). El hecho de haber sufrido castigos físicos severos o presenciado actos de violencia en el hogar, la falta de supervisión y vigilancia por parte de los padres y la

FIGURA 4

Tasas de homicidio estimadas en los jóvenes de entre 10 y 29 años, 2000^a

asociación con compañeros delincuentes son otros factores importantes (33, 34, 50).

En los niveles comunitario y social, algunos datos parecen indicar que la exposición a la violencia en los medios de comunicación incrementa a corto plazo las agresiones, aunque no son concluyentes en cuanto a la influencia de los medios de comunicación en las formas más graves de violencia (como las agresiones u homicidios), ni en su repercusión a largo plazo (43).

Las investigaciones sobre otros factores comunitarios y sociales demuestran que los jóvenes que viven en barrios y comunidades con altas tasas de delincuencia y pobreza corren mayor riesgo de verse involucrados en actos violentos (33, 51). Además, las tasas de violencia juvenil aumentan en tiempos de conflicto armado y represión, y cuando el conjunto de la sociedad atraviesa por un periodo de cambio social y político (52, 53). También son elevadas en los países en los que las políticas de protec-

ción social son débiles, hay grandes desigualdades en los ingresos e impera una cultura de la violencia (54-56).

Se calcula que en 2000 la violencia juvenil causó la muerte de 199 000 jóvenes.

Por cada joven víctima mortal de la violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones que precisan tratamiento hospitalario.

Violencia contra la pareja

La violencia contra la pareja se produce en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción, aunque algunas poblaciones (por ejemplo, los grupos de bajos ingresos) corren mayor riesgo que otras (57-60). Además de las agresiones físicas, como los golpes o las patadas, este tipo de violencia comprende las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los ma-

los tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia.

Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas y también se dan actos violentos en parejas del mismo sexo, la violencia de pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres. En 48 encuestas de base poblacional realizadas en todo el mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres indicaron haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas (25).

La mayoría de las víctimas de agresiones físicas se ven sometidas a múltiples actos de violencia durante largos periodos (61, 62) y suelen sufrir más de un tipo de maltrato. Por ejemplo, en el Japón, un estudio basado en 613 mujeres maltratadas demostró que menos del 10% de ellas sufrieron únicamente violencia física, y que el 57% habían padecido maltrato físico y psíquico, y abusos sexuales (63). En un estudio realizado en México se comprobó que aproximadamente la mitad de las mujeres que habían sido víctimas de agresiones físicas habían sufrido también abusos sexuales por parte de su pareja (64).

En todo el mundo, los hechos desencadenantes de la violencia son muy similares en las relaciones en las que existe maltrato (65–69). Entre ellos se cuentan la desobediencia o las discusiones con la pareja masculina, preguntarle acerca del dinero o de sus amistades femeninas, no tener la comida preparada a tiempo, no cuidar satisfactoriamente de los niños o de la casa, negarse a mantener relaciones sexuales, y la sospecha del varón de que la mujer le es infiel.

Son muchos los factores que se han relacionado con el riesgo de que un hombre agrede físicamente a su pareja. Entre los factores individuales destacan en muchos estudios los antecedentes de violencia en la familia del varón (sobre todo el hecho de haber visto golpear a su propia madre) y el abuso del alcohol por

parte de éste (58, 70–73). A nivel interpersonal, los indicadores más constantes de la violencia de pareja son los conflictos o la discordia en la relación y un bajo nivel de ingresos (57, 58, 73, 74). Hasta el momento, no se sabe con certeza por qué los bajos ingresos elevan el riesgo de violencia. Puede deberse a que los bajos ingresos proporcionan un motivo fácil de discordia conyugal o dificultan a la mujer el abandono de relaciones violentas o insatisfactorias por otras razones. Puede ser también consecuencia de otros factores que acompañan a la pobreza, como el hacinamiento o la desesperanza.

Las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones blandas para estos comportamientos (75, 76). Estos factores pueden determinar que para una mujer sea difícil o peligroso abandonar una relación en la que se producen malos tratos. Y ni siquiera cuando lo hace queda garantizada su seguridad, ya que la violencia puede a veces continuar, e incluso agravarse, después de que una mujer ha abandonado a su pareja (77). Este tipo de situación se observa en todos los países.

Según encuestas de todo el mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres señalan haber sido agredidas físicamente por una pareja masculina en algún momento de sus vidas.

Maltrato y abandono de menores por parte de padres y otros cuidadores

En todo el mundo hay niños que sufren maltrato y abandono por parte de sus padres u otros cuidadores. Como ocurre en la violencia de pareja, el maltrato de menores comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas, además del abandono.

Aunque hay muy pocos datos fiables, se calcula que durante el año 2000 se produjeron 57 000 homicidios de niños menores de 15 años en el mundo. Son los niños muy pequeños los que corren mayor riesgo: en la población de entre 0 y 4 años, las tasas de homicidio son más de dos veces superiores a las registradas en los niños de entre 5 y 14 años (el 5,2 frente al 2,1 por 100 000). La causa más frecuente de muerte la constituyen los traumatismos craneales, seguidos de los traumatismos abdominales y la asfixia intencionada (78–80).

Son igualmente escasos los datos fiables sobre el maltrato infantil no mortal, pero estudios realizados en varios países indican que los menores de 15 años sufren a menudo malos tratos o abandono que hacen necesaria la atención médica y la intervención de los servicios sociales. En la República de Corea, por ejemplo, el 67% de los padres entrevistados en un estudio reciente admitieron azotar a sus hijos para mantener la disciplina, y el 45% señalaron que les pegaban, les daban patadas o los golpeaban (81). En un estudio realizado en Etiopía, el 21% de los escolares del medio urbano y el 64% de los del medio rural informaron de hematomas o tumefacciones causados por los castigos parentales (82). No se conoce el número de menores que son víctimas de abusos sexuales en el mundo, pero las investigaciones indican que aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5%–10% de los hombres los han sufrido durante la infancia (83, 84).

Entre los factores individuales, la edad y el sexo desempeñan un papel importante en la victimización. Por lo general, son los niños pequeños los que corren mayor riesgo de maltrato físico, mientras que las mayores tasas de abusos sexuales se dan entre menores que han alcanzado la pubertad o la adolescencia (78, 84–89). En la mayor parte de los países, los niños sufren golpes y castigos físicos con mayor frecuencia que las niñas, mientras que éstas corren mayor riesgo de infanticidio, abusos sexuales y abandono, así como de verse obligadas a prostituirse (83, 90–92). Otro factor que au-

menta la vulnerabilidad del menor al maltrato es el hecho de ser educado por un solo progenitor, o por progenitores muy jóvenes y sin el respaldo de una familia extensa (90, 93, 94). También son factores de riesgo el hacinamiento en el hogar o la existencia en éste de otras relaciones violentas (por ejemplo, entre los padres) (91, 95–97).

Las investigaciones indican que, en muchos países, las mujeres recurren al castigo físico más a menudo que los hombres, probablemente porque son las que pasan más tiempo con los hijos (91, 98–100). Sin embargo, cuando la violencia física causa lesiones graves o mortales, es más frecuente que la hayan perpetrado hombres (101–103), y también son ellos los que cometen la mayor parte de los abusos sexuales (83, 104). Entre los factores que aumentan las probabilidades de que un padre u otro cuidador maltrate a un menor se cuentan las expectativas poco realistas sobre el desarrollo del niño, el escaso control de los impulsos, el estrés y el aislamiento social (90, 93, 102, 105, 106). Muchos estudios indican también que el maltrato de menores guarda relación con la pobreza y con la carencia de «capital social», es decir, de las redes sociales y las relaciones vecinales que, según se ha demostrado, protegen a los niños (107–109).

En 2000 se produjeron aproximadamente 57 000 homicidios de niños; los de edades comprendidas entre 0 y 4 años son los que corren mayor riesgo. Las víctimas de maltrato no mortal y de abandono son mucho más numerosas. Aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5%-10% de los hombres han sufrido abusos sexuales durante la infancia.

Maltrato de ancianos

Cada vez está más extendida la convicción de que el maltrato de los ancianos a manos de sus parientes u otros cuidadores es un problema social grave. Además, es probable que vaya en

aumento, porque en muchos países la población está envejeciendo rápidamente. Por ejemplo, se prevé que, entre 1995 y 2025, la población mayor de 60 años se duplique y pase de 542 millones a 1200 millones aproximadamente (110).

Al igual que el maltrato de menores, el maltrato de ancianos comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas, así como el abandono. Los ancianos son especialmente vulnerables a los abusos económicos, es decir, al uso inadecuado de sus fondos y recursos por parte de parientes u otros cuidadores.

Se dispone de poca información sobre la magnitud del maltrato de ancianos. Las escasas encuestas de base poblacional sobre esta cuestión indican que entre el 4% y el 6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar (111–115) y que esta situación podría ser más frecuente de lo que se cree en las residencias de ancianos. En una encuesta realizada en los Estados Unidos, por ejemplo, el 36% del personal de enfermería de un estado señalaba haber sido testigo de al menos un incidente de maltrato físico a un paciente anciano durante el año anterior; el 10% admitían haber cometido ellos mismos al menos un acto de maltrato físico, y el 40% reconocían haber maltratado psíquicamente a pacientes (116). En las residencias de ancianos, el maltrato consiste en emplear medios físicos de coerción, privar a los pacientes de su dignidad y de la posibilidad de decidir en asuntos cotidianos o dispensarles una atención deficiente (por ejemplo, permitir la aparición de úlceras de decúbito) (117, 118).

Hay diversas situaciones que aumentan particularmente el riesgo de que los ancianos sean víctimas de la violencia (112, 119–122). En algunos casos, las relaciones familiares tensas empeoran debido al estrés y la frustración a medida que la persona de edad avanzada se vuelve dependiente. En otros, el hecho de que el cuidador dependa del anciano para su alojamiento o sustento económico es fuente de conflictos. También los cambios sociales pueden desempeñar un papel importante. En algu-

nas sociedades, las redes familiares o comunitarias que en el pasado brindaban apoyo a las generaciones de más edad se están debilitando debido a los rápidos cambios socioeconómicos; por ejemplo, en los países de la antigua Unión Soviética se está dejando que un número cada vez mayor de ancianos se las arreglen por sí solos, a menudo en comunidades en las que la inestabilidad ha propiciado altas tasas de delincuencia y violencia.

Los hombres ancianos corren un riesgo de sufrir maltrato por parte de sus cónyuges, hijos adultos u otros parientes de proporciones similares al que corren las mujeres (111, 112), pero, en las culturas en las que las mujeres ocupan una situación social inferior, las ancianas corren un riesgo especialmente alto, por ejemplo, de ser abandonadas cuando enviudan y de que se les arrebaten sus propiedades (123, 124). Algunas creencias tradicionales ponen asimismo a las mujeres de edad avanzada en peligro de sufrir violencia física. En la República Unida de Tanzania, por ejemplo, se mata cada año a unas 500 ancianas acusadas de brujería (125).

En centros como hospitales y residencias de ancianos, el maltrato es más frecuente cuando los niveles de atención son bajos, el personal está mal preparado o tiene exceso de trabajo, las interacciones entre el personal y los ancianos son difíciles o el entorno físico es deficiente, y allí donde las políticas favorecen más a los intereses del centro que a los internos (117). Además, pocos médicos o enfermeras han recibido formación para diagnosticar el maltrato en los ancianos, y los sistemas de salud no siempre consideran prioritaria la atención a la población de edad avanzada (126). Hacer frente al problema de las actitudes y prácticas discriminatorias en los sistemas de salud es un paso importante para prevenir el maltrato de ancianos.

Entre el 4% y el 6% de los ancianos sufren algún tipo de maltrato en el hogar, y también ocurre con más frecuencia de lo que se cree en los centros de atención de salud.

Violencia sexual

La violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad. Tanto hombres como mujeres pueden, además, sufrir violaciones estando detenidos o encarcelados.

La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas, y son perpetradas por hombres y niños. Sin embargo, la violación de hombres y niños por otros hombres es un problema constatado, y se registran igualmente coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales.

Según los datos disponibles, en algunos países, casi una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y hasta una tercera parte de las adolescentes han sufrido una iniciación sexual forzada (61, 62, 127–129). Por ejemplo, el 23% de las mujeres de Londres Norte (Reino Unido) dijeron haber sido víctimas de un intento de violación o de una violación consumada por parte de su pareja a lo largo de su vida (62). Cifras similares se han registrado en Guadalajara (México) y Lima (Perú) (23%) y en la provincia de Midlands, en Zimbabwe (25%) (25, 130). Los datos indican también que cientos de miles de mujeres y niñas de todo el mundo son compradas y vendidas cada año con destino a la prostitución o la esclavitud sexual (39, 131–134), o se ven sometidas a abusos sexuales en escuelas, lugares de trabajo y entornos sanitarios y de atención a refugiados (135–140). Por ejemplo, en una reciente encuesta nacional realizada en Sudáfrica se pre-

guntó acerca de la experiencia personal de violaciones antes de los 15 años y se constató que el 32% de las violaciones de menores reveladas habían sido cometidas por maestros (141).

La violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas. Al igual que las lesiones, se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión (28, 128, 142). En la salud mental, las repercusiones son tan graves como en la física, y pueden ser también muy duraderas. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al suicidio, a la infección por el VIH o al homicidio, bien durante la agresión, o bien ulteriormente en los «asesinatos por honor» (22–24, 143–145).

Hay varios factores que aumentan el riesgo de que una persona se vea forzada a mantener relaciones sexuales, y otros que, a su vez, aumentan el riesgo de que un individuo obligue a otra persona a mantenerlas. Además, existen en el entorno social factores que influyen en la probabilidad de que se produzcan violaciones y en la reacción a éstas. Investigaciones anteriores demuestran que, en comparación con los hombres que no son sexualmente violentos, en los hombres que sí lo son se dan con más frecuencia las fantasías sexuales de tipo coactivo, la preferencia por las relaciones sexuales impersonales y una mayor hostilidad hacia las mujeres (146–150). Se ha relacionado también el comportamiento sexualmente violento en varones con el hecho de haber presenciado escenas de violencia familiar y de haber tenido padres emocionalmente distantes y desatentos (150–153). Otros factores que contribuyen a ello son la pobreza y la vida en una comunidad que tolera la violencia sexual y la castiga con sanciones blandas (154–156). La violencia sexual es también más frecuente allí donde impera un firme convencimiento de los derechos sexuales del varón o los roles de los sexos son más rígidos, y en los países con altas tasas de violencia de otros tipos (157–159).

Según los datos disponibles, en algunos países, una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y hasta una tercera parte de las niñas han sufrido una iniciación sexual forzada. Cientos de miles más se ven obligadas a prostituirse o son víctimas de actos violentos en otros ámbitos, como escuelas, lugares de trabajo y centros de atención de salud.

La dinámica de la violencia interpersonal

Las diversas formas de la violencia interpersonal tienen en común muchos factores de riesgo. Algunos consisten en características psíquicas y del comportamiento, como un escaso control de éste, una baja autoestima, y trastornos de la personalidad y la conducta. Otros están ligados a experiencias como la falta de lazos emocionales y de apoyo, el contacto temprano con la violencia en el hogar (ya sea como víctimas directas o como testigos) y las historias familiares o personales marcadas por divorcios o separaciones. El abuso de drogas y alcohol se asocia con frecuencia a la violencia interpersonal, y entre los factores comunitarios y sociales más importantes se destacan la pobreza, las disparidades en los ingresos y las desigualdades entre los sexos.

Los distintos tipos de violencia están, además, muy interrelacionados. Por ejemplo, los niños que han sido rechazados o descuidados o han sufrido castigos físicos severos por parte de los padres corren mayor riesgo de adoptar comportamientos agresivos y antisociales, incluso de infligir malos tratos cuando son adultos. Los niños corren mayor riesgo de ser víctimas de maltrato en las familias en las que los adultos actúan violentamente unos contra otros. En general, se observa que los factores de la primera infancia son comunes a la mayor parte de los tipos de violencia interpersonal, por lo que ofrecen oportunidades de prevención que podrían beneficiar a amplios sectores.

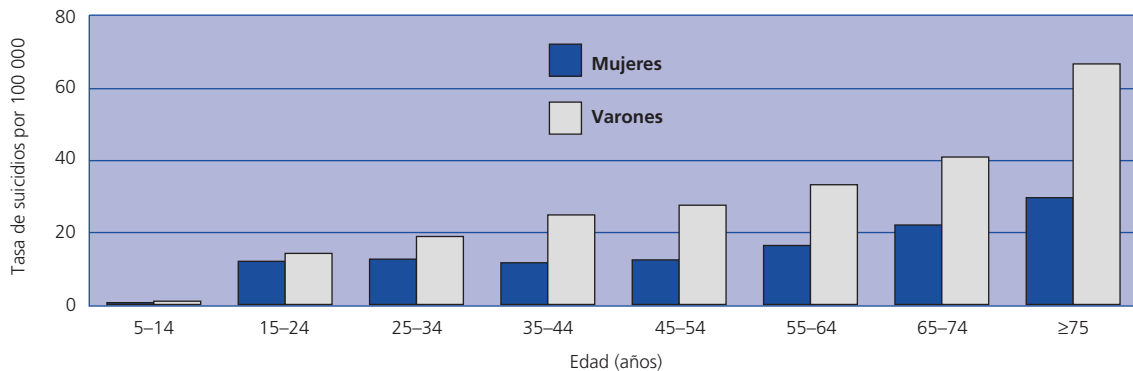
Existen, asimismo, diferencias clave entre los distintos tipos de violencia interpersonal. El comportamiento agresivo en la comunidad, incluida la violencia juvenil, suele ser muy visible, mientras que el maltrato y el abandono en la familia o la pareja son muy furtivos y quedan ocultos a la mirada de los demás. Las armas utilizadas difieren notablemente en unos y otros tipos de violencia. Por ejemplo, tanto en las diversas formas de violencia familiar como en la violencia sexual y la de pareja se usan preferentemente los puños, los pies y los objetos; en la violencia juvenil, en cambio, es más frecuente el empleo de armas letales, tanto blancas como de fuego.

También se observan diferencias en la medida en que se consideran «delictivos» los diversos tipos de violencia y en la disposición de las autoridades a actuar contra ellos. Por lo general, la policía y los tribunales están mucho más dispuestos a ocuparse de los comportamientos violentos de los jóvenes y de otras personas en la comunidad que de la violencia intrafamiliar, ya se trate de maltrato de menores, de crueldad con los ancianos o de actos violentos de hombres contra sus parejas. En muchos países existe una clara renuencia pública a reconocer la violencia sexual o a emprender acciones contra ella. Incluso allí donde existen leyes para proteger a las personas de la violencia, no siempre se hacen cumplir. En algunos países, entre los perpetradores de actos violentos se cuentan también las fuerzas de seguridad del Estado.

La cultura desempeña un papel fundamental, al establecer la frontera entre comportamientos aceptables y abusivos y definir la respuesta a la violencia. Por ejemplo, los procedimientos para mantener la disciplina infantil varían enormemente de unos países a otros (160). En algunos países, las niñas y mujeres violadas no están protegidas por la ley, sino que pueden morir a manos de sus parientes para preservar el honor de la familia, o bien verse obligadas a casarse con sus violadores para legitimar la relación sexual.

FIGURA 5

Tasas mundiales de suicidio por edad y sexo, 1995



Algunos de los factores de riesgo comunes a todas las formas de violencia interpersonal son haber crecido en un hogar violento o roto, las toxicomanías, el aislamiento social, la rigidez en los roles de los sexos, y la pobreza y la desigualdad en los ingresos, así como características personales tales como un insuficiente control del comportamiento y la escasa autoestima.

La violencia comunitaria, y en particular la juvenil, es muy visible y suele considerarse un delito, mientras que la intrafamiliar (incluido el maltrato de menores, de ancianos o el comportamiento violento en la pareja) queda más oculta a la mirada pública. En muchos lugares, la policía y los tribunales están menos dispuestos o preparados para afrontar esta violencia, así como para reconocer la violencia sexual o actuar contra ella.

Violencia autoinfligida

En gran parte del mundo el suicidio está estigmatizado, es decir, condenado por razones religiosas o culturales, y en algunos países el comportamiento suicida constituye un delito castigado por la ley. Es, pues, un acto subrepticio y rodeado de tabúes, y es probable que no se reconozca, se clasifique erróneamente o se

oculte de forma deliberada en las actas oficiales de defunción.

Magnitud del problema

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815 000 personas, es decir, aproximadamente una cada 40 segundos, lo que convierte al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo. Las tasas más elevadas se registran en los países de Europa Oriental, y las más bajas principalmente en América Latina y unos pocos países de Asia.

En general, las tasas de suicidio aumentan con la edad. Como puede verse en la figura 5, entre las personas mayores de 75 años son aproximadamente tres veces superiores a las de la población de 15 a 24 años. Sin embargo, las cifras absolutas más altas se registran mayoritariamente entre los menores de 45 años. En la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, las lesiones autoinfligidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad (1).

En el mundo se producen una media de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino, proporción que también varía mucho entre los distintos países, desde apenas 1:1 en China a 10:1 en Puerto Rico.

Las tasas de suicidio también varían dentro de los países, entre las poblaciones urbanas y rurales y entre diferentes grupos raciales y étnicos.

nicos. Por ejemplo, es frecuente que las tasas de suicidio sean más elevadas en los pueblos indígenas que en el resto de la población de un país (161–163). Así, en el Estado australiano de Queensland, se registró entre 1990 y 1995 una tasa de suicidio del 23,6 por 100 000 entre las poblaciones aborígenes y los habitantes de las islas del Estrecho de Torres, frente al 14,5 por 100 000 del Estado en su conjunto (164). Entre los inuit, habitantes de la región ártica del norte de Canadá, se han registrado tasas globales de entre 59,5 y 74,3 por 100 000, frente al aproximadamente 15,0 por 100 000 para la población canadiense en su conjunto (165).

Sólo una minoría de quienes tienen tendencias suicidas llegan a quitarse la vida. Se calcula que, por término medio, se producen entre dos y tres intentos de suicidio por cada suicidio consumado entre los mayores de 65 años, mientras que, en la población menor de 25 años, la proporción entre actos suicidas no mortales y mortales puede llegar a ser de 100–200:1 (166, 167). Aproximadamente el 10% de las personas que intentan suicidarse termina por quitarse la vida, y una proporción mayor de ellos albergan pensamientos suicidas pero nunca intentan matarse. Por lo general, las mujeres tienen más pensamientos suicidas que los hombres (168).

Más de 800 000 personas se quitaron la vida en el año 2000, lo que convierte al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo. Las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad en la población de entre 15 y los 44 años.

Las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad y alcanzan las cifras más altas entre las personas de 75 años o más. Dentro de cada país, pueden diferir entre los grupos raciales y étnicos, así como entre las áreas rurales y las urbanas.

Se producen una media de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino.

Entre las personas con tendencias suicidas, sólo una minoría llega a quitarse la vida. La mayoría albergan pensamientos suicidas, pero nunca intentan contra sí mismos, e incluso muchos de los que llevan a cabo actos suicidas pueden no tener intención de morir.

La dinámica del suicidio

Diversos acontecimientos o circunstancias estresantes, como la pobreza, el desempleo, la pérdida de personas queridas, las discusiones con la familia o los amigos, la ruptura de las relaciones y los problemas legales o relacionados con el trabajo, pueden aumentar el riesgo de que las personas intenten contra sí mismas (169–172). Aunque estas experiencias son frecuentes, sólo una minoría se ve impulsada a suicidarse. Para que estos factores se precipiten o desencadenen el suicidio, deben sobrevenirles a personas predispuestas o particularmente propensas, por otros motivos, a intentar contra sí mismas.

Al igual que ocurre con la violencia interpersonal, los factores de riesgo predisponentes son el abuso del alcohol y las drogas, los antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia y el aislamiento social (173–176). Influyen también problemas psiquiátricos tales como la depresión y otros trastornos anímicos, la esquizofrenia y un sentimiento general de desesperanza (177–179). Las enfermedades somáticas, sobre todo las dolorosas o discapacitantes, son otro factor destacado (180). El acceso a los medios para quitarse la vida (generalmente armas, medicamentos y venenos agrícolas) es un importante factor de riesgo en sí mismo y un determinante significativo del éxito o el fracaso de los intentos (181–183). Un intento previo de suicidio tiene gran valor como factor predictivo de un ulterior acto suicida mortal, sobre todo en los seis meses siguientes al primer intento (184).

Aun así, varios factores protegen a las personas de las ideas o actos suicidas: la alta autoestima y la «conexión» social, especialmente con

la familia y los amigos, el respaldo social, un matrimonio estable y feliz, y el compromiso con una religión (185–188).

Aunque las penalidades y los sucesos desgraciados son experiencias frecuentes, sólo una minoría de la población se ve impulsada a suicidarse. Para que las adversidades actúen como desencadenantes de suicidio, deben sobrevenirles a personas predispuestas o propensas por otros motivos a atentar contra sí mismas.

Entre los factores de riesgo predisponentes cabe citar el abuso del alcohol y de drogas, los antecedentes de maltrato en la infancia y de aislamiento social, y la depresión y otros trastornos psiquiátricos. Otros factores significativos son el acceso a los medios para atentar contra uno mismo y una historia reciente de intentos de suicidio.

Violencia colectiva

La violencia colectiva, en sus múltiples formas, recibe mucha atención pública. Los conflictos violentos entre naciones y grupos, el terrorismo de Estado y de grupos, las violaciones como instrumento bélico, el movimiento de gran número de personas desplazadas de sus hogares y las guerras entre bandas son sucesos que ocurren a diario en muchos lugares del mundo. Sus efectos sobre la salud, materializados en muertes, enfermedades somáticas, discapacidades y angustia, son muy amplios.

El mundo está todavía aprendiendo cómo responder mejor a las diversas formas de violencia colectiva, pero hoy día es evidente que a la salud pública le corresponde un papel destacado. Como declaró en 1981 la Asamblea Mundial de la Salud (189), la intervención del personal sanitario en el fomento y la preservación de la paz es un factor importante para lograr la salud para todos.

Magnitud del problema

El siglo XX fue uno de los periodos más violentos de la historia de la Humanidad. Se calcula que 191 millones de personas perdieron la vida como consecuencia directa o indirecta de un conflicto, y bastante más de la mitad eran civiles (190). Además de la Primera y la Segunda Guerras Mundiales, dos de los acontecimientos más catastróficos en pérdidas humanas fueron el periodo de terror estalinista y el fallecimiento de millones de personas en China durante el Gran Salto Adelante (1958–1960). Persiste en ambos casos la incertidumbre en torno a la magnitud de las pérdidas humanas.

Muchos millones de personas han muerto en conflictos, aunque las cifras exactas nunca se conocerán. Los registros de muertos y heridos son deficientes en muchas partes del mundo, y es frecuente que en tiempos de conflicto se interrumpa su actualización (191). A ello se añade que, por muchos motivos, las partes implicadas en los conflictos pueden intentar ocultar o manipular las pruebas de la muerte y la destrucción que han sembrado.

Además de los muchos miles de personas muertas cada año en conflictos violentos, es enorme la cifra de las que resultan heridas, algunas de las cuales quedan discapacitadas de por vida. Son escasos los datos sobre las discapacidades causadas por los conflictos, pero unas pocas cifras ponen de relieve las prolongadas repercusiones de éstos. Por ejemplo, en Etiopía, más de 30 años de conflicto armado han causado la muerte de aproximadamente un millón de personas, de las que la mitad eran civiles. Alrededor de una tercera parte de los 300 000 soldados que regresaron del frente una vez acabado el conflicto estaban heridos o discapacitados, y al menos 40 000 personas habían perdido una o más extremidades (192). En Camboya, 36 000 personas, es decir, una de cada 236, perdieron una extremidad por la explosión accidental de una mina terrestre (193). En algunos conflictos se ha mutilado a civiles como parte de una estrategia deliberada para desmoralizar a las comunidades y destruir sus estructuras sociales; son

ejemplos notables la guerra civil de Mozambique en la década de 1980 y el más reciente conflicto de Sierra Leona, en el que los rebeldes que luchaban contra las fuerzas gubernamentales seccionaron las orejas, los labios o las extremidades de muchas personas (194).

También se ha utilizado deliberadamente la violación como arma en muchos conflictos: en Corea durante la Segunda Guerra Mundial, en Bangladesh durante la guerra de independencia y en los conflictos de Argelia, India (Cachemira), Indonesia, Liberia, Rwanda, Uganda y la antigua Yugoslavia. Los soldados violan a las esposas, hijas, madres y hermanas de sus enemigos como actos de humillación y venganza contra el enemigo considerado en conjunto. Por ejemplo, las estimaciones del número de mujeres violadas por soldados durante el conflicto de Bosnia y Herzegovina varían entre 10 000 y 60 000 (195).

El siglo XX fue uno de los periodos más violentos de la historia de la Humanidad. Más de la mitad de las personas que perdieron la vida en conflictos eran civiles.

Consecuencias de la violencia colectiva

Además de la amenaza directa de muerte y lesiones que supone el combate, los conflictos elevan las tasas de morbilidad y mortalidad de la población civil por diversos cauces indirectos. Por ejemplo, destruyen las infraestructuras y desbaratan servicios vitales como la atención médica y la salud pública, incluidas las inmunizaciones, lo que incrementa el riesgo de enfermedades infecciosas. En el conflicto de Bosnia y Herzegovina, por ejemplo, menos del 35% de los niños estaban inmunizados en 1994, frente al 95% de antes de que se rompieran las hostilidades (196, 197). Por lo general, las tasas de mortalidad infantil aumentan en tiempos de conflicto.

La violencia y la crueldad de los conflictos se asocian a diversos problemas psíquicos y comportamentales, como depresión y ansiedad, conductas suicidas, abuso del alcohol y tras-

torno por estrés postraumático. Además, los traumas psíquicos pueden manifestarse en forma de comportamientos alterados y antisociales como conflictos familiares y agresiones a otras personas. Esta situación se exagera a menudo por el acceso a las armas y por el acostumbramiento de las personas a la violencia tras una larga exposición a los conflictos. Aun así, la repercusión de éstos sobre la salud mental es sumamente compleja e imprevisible. Influyen en ella numerosos factores, como la naturaleza del conflicto, el tipo de trauma y angustia experimentados, el contexto cultural, y los recursos que los individuos y las colectividades aportan en estas situaciones (198).

Los conflictos desbaratan el comercio y otras actividades empresariales, y derivan hacia la defensa recursos destinados originalmente a otros servicios y sectores vitales (199, 200). Durante ellos es frecuente que la producción y la distribución de alimentos se convierta en un objetivo específico (201). Se calcula que las hambrunas debidas a conflictos o genocidios se cobraron la vida de 40 millones de personas en el siglo XX.

La inestabilidad social provocada por los conflictos genera las condiciones para la violencia sexual y la migración forzada de grandes grupos de población (202, 203). A menudo, estos efectos no son meras consecuencias desgraciadas de los conflictos, sino objetivos específicos de los contendientes para sojuzgar o dominar a una población.

Los lactantes y los refugiados se cuentan entre los grupos más vulnerables a las enfermedades y la muerte en tiempos de conflicto. En ambos grupos puede darse un aumento espectacular de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Durante los conflictos surgen también diversos problemas de salud, como depresión y ansiedad, conductas suicidas, abuso del alcohol y trastornos por estrés postraumático.

Los conflictos destruyen las infraestructuras y desbaratan servicios vitales, como la asistencia médica, repercuten en el comercio y en la producción y distribución de alimentos, y obligan a miles de personas a abandonar sus hogares.

La dinámica de los conflictos violentos

Las raíces de los conflictos violentos suelen ser profundas y pueden obedecer a tensiones de larga data entre grupos. La Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict ha identificado varios factores que ponen a los Estados en riesgo de conflictos violentos (204):

- La ausencia de procesos democráticos y el acceso desigual al poder. El riesgo es especialmente alto cuando dicho poder emana de una identidad étnica o religiosa, y cuando los dirigentes practican la represión y están dispuestos a violar los derechos humanos.
- Las desigualdades sociales caracterizadas por grandes diferencias en la distribución y el acceso a los recursos. Son más probables los conflictos en situaciones de declive económico, que exacerban las desigualdades sociales e intensifican la competencia por los recursos.
- El control de recursos naturales valiosos, como piedras preciosas, petróleo, madera y drogas, por parte de un solo grupo. En décadas recientes, las luchas por el control de los diamantes en África Central, de la madera y las piedras preciosas en Camboya, y de las drogas en el Afganistán, Colombia y Myanmar han desempeñado un papel clave en los conflictos violentos.

- Los cambios demográficos rápidos que desbordan la capacidad del Estado para ofrecer servicios esenciales y oportunidades de trabajo.

También es un factor importante el acceso a las armas, sobre todo después de conflictos en los que la desmovilización no se ha acompañado del desarme o de la creación de puestos de trabajo para los antiguos soldados.

Parece que algunos aspectos de la globalización contribuyen a que surjan conflictos (205). En particular, es probable que la fragmentación y marginalización de algunos países y grupos, la intensa competencia por los recursos y las crecientes desigualdades en ciertas sociedades generen condiciones que aumenten la probabilidad de que se produzcan conflictos políticos violentos. Ninguno de estos factores, por sí solo, basta para desencadenar un conflicto, pero la combinación de varios de ellos puede crear las condiciones para que brote la violencia.

La Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict ha identificado diversos factores que ponen a los Estados en riesgo de conflictos violentos:

- La ausencia de procesos democráticos y la desigualdad en el acceso al poder.
- Las desigualdades sociales, caracterizadas por grandes diferencias en la distribución y el acceso a los recursos.
- El control de los recursos naturales valiosos por parte de un solo grupo.
- Los cambios demográficos rápidos que desbordan la capacidad del Estado para ofrecer servicios esenciales y oportunidades de trabajo.

¿Qué hacer para prevenir la violencia?

La violencia es un problema polifacético, de raíces biológicas, psicológicas, sociales y ambientales, y para el que no existe una solución sencilla o única; al contrario, es una cuestión que debe abordarse a varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad simultáneamente. Basándose en la perspectiva aportada por el modelo ecológico, es posible orientar los programas y las políticas de prevención de la violencia hacia los individuos, las relaciones, las comunidades y las sociedades en su conjunto, y aplicarlos en colaboración con distintos sectores de la sociedad en escuelas, lugares de trabajo y otros centros, y sistemas de justicia penal. La prevención de la violencia tendrá más probabilidades de éxito si es integral y con base científica. Por lo general, las intervenciones emprendidas en la infancia y las prolongadas suelen ser más eficaces que los programas a corto plazo.

La sección siguiente ofrece una breve visión de la gran diversidad de programas que, en todo el mundo, buscan poner coto a la violencia y responder a ella.

Estrategias a nivel individual

A nivel individual, la prevención de la violencia se centra fundamentalmente en dos objetivos: en primer lugar, fomentar las actitudes y los comportamientos saludables en los niños y los jóvenes, para protegerlos durante el desarrollo; en segundo lugar, modificar las actitudes y los comportamientos en los individuos que ya se han hecho violentos o corren el riesgo de atacar contra sí mismos. Sobre todo, se busca garan-

tizar que las personas puedan resolver sus diferencias y conflictos sin recurrir a la violencia.

La siguiente es una relación de estrategias centradas en las creencias y los comportamientos individuales:

- Programas de educación, como los que ofrecen incentivos para que los alumnos terminen la enseñanza secundaria, formación vocacional para jóvenes y adultos jóvenes desfavorecidos, y programas de información sobre el abuso de las drogas.
- Programas de desarrollo social, como los orientados a prevenir la intimidación, así como los programas preescolares de enriquecimiento. Los programas de desarrollo social, en particular, tienen como objetivo mejorar el éxito escolar y las relaciones sociales, y están concebidos para ayudar a los niños y adolescentes a adquirir aptitudes sociales, controlar la ira, resolver los conflictos y desarrollar una perspectiva moral.
- Programas terapéuticos, como el asesoramiento a las víctimas de la violencia o a las personas que corren el riesgo de atacar contra sí mismas, los grupos de apoyo y la terapia comportamental para la depresión y otros trastornos psiquiátricos relacionados con el suicidio.
- Programas de tratamiento para las personas que corren el riesgo de atacar contra sí mismas, incluido el tratamiento médico de los trastornos psiquiátricos. Existen también programas para los autores de delitos sexuales y las personas que maltra-

tan a sus parejas o a sus hijos. En estos programas suele utilizarse un formato grupal para discutir las cuestiones de género y enseñar aptitudes tales como el control de la ira y la asunción de responsabilidades por las propias acciones.

La eficacia de estas estrategias varía en función de diversos factores. Por ejemplo, los programas de desarrollo social que prestan especial atención a las aptitudes de competencia y sociales figuran entre las estrategias más eficaces para prevenir la violencia juvenil, pero parecen dar mejores resultados cuando se aplican a los niños de preescolar y enseñanza primaria que cuando se dirigen a los alumnos de enseñanza secundaria (206–208).

Los programas de asesoramiento destinados a los hombres que maltratan a sus parejas han ayudado a algunos de ellos a modificar su comportamiento (209, 210), pero la tasa de abandonos suele ser muy elevada, y muchos de los hombres remitidos a estos programas nunca acuden a ellos (209, 211). Por otro lado, los programas de terapia comportamental para el suicidio han mostrado cierta capacidad de reducir las ideas y los comportamientos suicidas (212, 213).

A nivel individual, las estrategias se centran fundamentalmente en fomentar actitudes y comportamientos saludables en los niños y los jóvenes durante el desarrollo, y en modificar las actitudes y los comportamientos en los individuos que ya se han hecho violentos o corren el riesgo de atentar contra sí mismos.

Estrategias relacionales

En esencia, las estrategias relacionales tratan de influir en los tipos de relaciones que las víctimas y los perpetradores de actos violentos mantienen con las personas con las que interactúan más habitualmente. Por lo general, sus objetivos son los problemas intrafamiliares, como los conflictos conyugales, la ausencia de

vínculos emocionales entre padres e hijos y la falta de disciplina o supervisión de los niños, así como las influencias negativas de los compañeros.

Entre las estrategias centradas en las relaciones se cuentan las siguientes:

- **Formación parental:** estos programas tienen como objetivo mejorar los vínculos emotivos entre los padres y los hijos y alentar a los padres a utilizar métodos de crianza coherentes y ayudarlos a desarrollar el autocontrol. Pueden utilizarse en los casos en los que los niños corren el riesgo de ser maltratados por sus padres y para intentar prevenir la futura delincuencia cuando el comportamiento de unos niños pequeños suscita preocupación.
- **Programas de tutoría:** consisten en emparejar a una persona joven, en particular una que corra el riesgo de tener comportamientos antisociales, con un adulto ajeno a la familia que se preocupe por él o ella y pueda actuar como guía y modelo.
- **Programas de terapia familiar:** con ellos se busca mejorar la comunicación y las interacciones entre los miembros de la familia, así como enseñar aptitudes de resolución de problemas que ayuden a padres e hijos.
- **Programas de visita domiciliaria:** en estos programas, una enfermera u otro profesional sanitario visita periódicamente los hogares de las familias con especial necesidad de apoyo y orientación en el cuidado de los hijos, o en los que se ha identificado un riesgo de maltrato de menores. Estos programas se utilizan también para prevenir ulteriores comportamientos delictivos. Las intervenciones pueden consistir en asesoramiento, formación y envío a especialistas u otros organismos.
- **Formación en aptitudes relacionales:** por lo general, estos programas reúnen a grupos mixtos de hombres y mujeres con un «moderador», a fin de analizar problemas de género y de relación que intervienen

en la violencia y adquirir las aptitudes para afrontarlos.

Todos los tipos de programas mencionados se han mostrado eficaces en algunos ámbitos. Por ejemplo, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, los programas de visita domiciliaria han frenado el maltrato de menores por parte de los padres, y son una de las intervenciones más prometedoras para lograr a la larga un descenso de la violencia juvenil (214–216). También los programas de formación parental y terapia familiar tienen efectos positivos a largo plazo sobre la reducción de los comportamientos violentos y delictivos, y al cabo del tiempo resultan menos costosos que otros programas de tratamiento (43, 217–219).

Entre los programas más conocidos de formación en aptitudes relacionales se cuentan *Stepping Stones* y *Men as Partners*, desarrollados originalmente para África pero adoptados luego en muchos países del mundo en desarrollo (220, 221). Según las evaluaciones cualitativas del programa *Stepping Stones* en África y Asia, los hombres consideraban que éste los había ayudado a comunicarse, les había inspirado más respeto por las mujeres y los había capacitado para responsabilizarse de su comportamiento (222).

Las estrategias relacionales buscan influir en los tipos de relaciones que las víctimas y los perpetradores de actos violentos mantienen con las personas con las que interactúan más habitualmente, y se centran en los problemas intrafamiliares y las influencias negativas de los compañeros.

Iniciativas de base comunitaria

Las actividades de prevención de la violencia basadas en la comunidad tienen como objetivos principales concienciar a la población y suscitar el debate público en torno a estas cuestiones, fomentar las actuaciones comunitarias, hacer frente a las causas sociales y materiales de la violencia en el ámbito local y establecer me-

didadas para asegurar la asistencia y el apoyo a las víctimas.

Entre las estrategias centradas en los factores comunitarios se cuentan las siguientes:

- Campañas de educación pública utilizando los medios de comunicación para dirigirse a comunidades enteras, o campañas educativas para ámbitos específicos como escuelas, lugares de trabajo y centros de atención de salud u otro tipo de instituciones.
- Modificaciones del medio físico, como mejorar la iluminación de las calles, establecer rutas seguras para que los niños y jóvenes vayan y vengan de la escuela, y vigilar y eliminar los contaminantes ambientales que puedan afectar al desarrollo infantil.
- Actividades extraescolares para los jóvenes, como deportes, teatro, arte y música.
- Formación de los policías, los profesionales de la salud y la educación, y los empleadores para mejorar su capacidad de identificar los distintos tipos de violencia y darles respuesta.
- Programas de policía comunitaria para crear fórmulas de colaboración entre la policía y diversos grupos a nivel de la comunidad.
- Programas para ámbitos específicos, como escuelas, lugares de trabajo, campos de refugiados e instituciones sanitarias (hospitales, clínicas y residencias de ancianos, entre otros). Estos tipos de programas se basan en modificar el entorno del centro mediante políticas, directrices y protocolos adecuados.
- Intervenciones comunitarias coordinadas, que involucran a muchos sectores con el propósito de mejorar los servicios y programas.

Se ha comprobado que las campañas educativas son beneficiosas en algunas circunstancias, como la campaña multimedia *Soul City* en Sudáfrica, que trató muchos tipos de violencia interpersonal, como la intimidación, la violencia de bandas, la violencia de pareja, la

violación y el acoso sexual. En las evaluaciones de la serie de televisión para adultos Soul City se constató un mayor conocimiento y conciencia del problema, junto con cambios en las actitudes y las normas sociales relativas a la violencia doméstica y las relaciones entre los sexos. Aumentó en grado significativo la voluntad de cambiar los comportamientos y actuar contra la violencia, tanto en las áreas urbanas como en las rurales, y tanto entre los hombres como entre las mujeres.

En Río de Janeiro (Brasil) y San José (Costa Rica) se han puesto en práctica con cierto éxito iniciativas de policía comunitaria (223, 224), pero hay que evaluar con mayor rigor su eficacia. Es esencial mejorar la formación de la policía y de los dispensadores de atención de salud para prevenir muchos tipos de violencia, pero las pruebas de eficacia indican que la preparación no basta, por sí sola, para combatir la violencia. Debe ir acompañada y reforzada por intentos de modificar las actitudes y la cultura organizacional (225–227).

Cada vez se recurre más a la creación de sistemas de redes y a la cooperación multisectorial a nivel comunitario para afrontar el problema de la violencia. Se crean consejos coordinadores, foros interorganismos y estructuras similares en las que participan personas muy diversas, como magistrados, profesionales sanitarios y asistentes sociales de la comunidad, miembros de grupos de mujeres, personal de escuelas y las autoridades religiosas y políticas locales. Sus funciones consisten generalmente en poner en común la información y la experiencia, identificar los problemas en la dispensación de servicios, y promover la sensibilización de la comunidad y su acción frente a uno o varios tipos de violencia.

Las iniciativas de base comunitaria buscan concienciar a la población sobre el problema de la violencia, promover las acciones comunitarias y ofrecer a las víctimas atención y apoyo.

Estrategias basadas en la sociedad

Las estrategias de reducción de la violencia basadas en la sociedad se centran en factores culturales, sociales y económicos, y en cómo éstos modelan diversos ámbitos y comunidades enteras.

Entre las estrategias centradas en estos factores más generales de la sociedad se cuentan las siguientes:

- Medidas legislativas y judiciales, como la promulgación o mejora de leyes contra la violencia sexual o de pareja, o contra el castigo físico de los niños en el hogar, la escuela u otros ámbitos; leyes que estipulen la notificación obligatoria del maltrato de menores y ancianos, y procedimientos para tratar los casos de violencia intrafamiliar o sexual.
- Tratados internacionales: muchos tratados y convenios internacionales guardan relación con la prevención de la violencia. Además de establecer modelos para las legislaciones nacionales, son instrumentos sumamente valiosos para sensibilizar a la población.
- Modificaciones de las políticas a fin de reducir la pobreza y la desigualdad y mejorar el apoyo a las familias; por ejemplo, mediante planes de asistencia social y desarrollo económico, creación de empleo, mejora de la educación, permisos de paternidad o maternidad, empleo para las madres y medidas para garantizar la atención infantil.
- Esfuerzos por modificar las normas sociales y culturales. Son especialmente importantes para hacer frente a los problemas de género, la discriminación racial o étnica y las prácticas tradicionales lesivas, todos ellos profundamente enraizados en el entramado social.
- Poner en práctica programas de desarme y desmovilización en los países que emergen de conflictos, incluida la oferta de puestos de trabajo para los excombatientes.

Se cree que las tasas de maltrato y abandono de menores podrían descender significativa-

mente si se lograra hacer frente con éxito a la pobreza, mejorar los niveles educativos y las oportunidades de empleo, y elevar la accesibilidad y calidad de la atención de salud infantil. Investigaciones llevadas a cabo en varios países indican que los programas de gran calidad para la primera infancia pueden compensar las desigualdades sociales y económicas y mejorar en los niños resultados tales como el desarrollo y el éxito escolar (228), que pueden también reducir las tasas de violencia juvenil.

Se han instituido en varios países medidas para reducir la violencia armada, como una vigilancia policial más estricta de la posesión ilegal de armas o normas más restrictivas para su almacenamiento, a fin de prevenir el robo y el tráfico de armas robadas. Con ellas se ha logrado reducir las tasas de homicidio y suicidio en algunos ámbitos (229–232). Frente al suicidio también se han mostrado eficaces las limitaciones severas a la venta de productos agrícolas tóxicos y medicamentos, y la eliminación de sustancias nocivas, como el monóxido de carbono del gas de uso doméstico y los gases de escape de los automóviles. Por ejemplo, en Samoa, las restricciones impuestas a la venta del herbicida paraquat, muy utilizado allí para suicidarse, condujeron a un descenso espectacular de las tasas de suicidio en el término de tres años (233).

Las estrategias basadas en la sociedad se centran en factores culturales, sociales y económicos relacionados con la violencia, y prestan especial atención a las modificaciones de la legislación, las políticas y el entorno social y cultural más amplio para reducir las tasas de violencia en distintos ámbitos y en comunidades enteras.

Algunas lagunas importantes

En las secciones precedentes se ha ofrecido una breve panorámica de los diversos programas que, en todo el mundo, aspiran a poner coto a la violencia y darle respuesta. También se ha indicado que en muy pocos de ellos se ha evaluado

con rigor su eficacia. Para saber qué es eficaz y qué no en la prevención de la violencia y dirigir los recursos adonde es probable que sean más eficaces, en todas las actividades se debe conceder una mayor prioridad a las evaluaciones. Es importante señalar, no obstante, que las investigaciones rigurosas tardan en ofrecer resultados. La tendencia a invertir únicamente en estrategias de eficacia probada no debería ser óbice para respaldar a las que parezcan prometedoras.

Se advierten también otras deficiencias. Como ya hemos comentado, a diferencia de lo que ocurre con la prevención secundaria o terciaria, los programas de prevención primaria, es decir, las medidas para impedir que lleguen a producirse actos violentos, son insuficientes. Existe igualmente un desequilibrio en la orientación de los programas: se concede menos interés a las estrategias basadas en la comunidad y la sociedad que a los programas centrados en los factores individuales y de relación.

Por último, es un hecho que la mayor parte de los programas de prevención de la violencia se han desarrollado y probado en países industrializados. Es urgente desarrollar o adaptar, probar y evaluar muchos más programas de prevención en los países en desarrollo y descubrir qué es eficaz y qué no lo es en una variedad de ámbitos mucho más amplia.

Son relativamente pocas las estrategias cuya eficacia se ha evaluado con rigor; en todas las actividades se debe conceder una mayor prioridad a las evaluaciones.

No hay suficientes programas orientados a la prevención primaria, a diferencia de lo que ocurre con la prevención secundaria y terciaria.

Se presta menos atención a los programas que operan a nivel de la comunidad o la sociedad que a los centrados en los factores individuales o de relación.

Es urgente desarrollar o adaptar, probar y evaluar muchos más programas de prevención en los países en desarrollo.

Recomendaciones

La naturaleza polifacética de la violencia exige el compromiso de los gobiernos y las partes interesadas a todos los niveles de la toma de decisiones: local, nacional e internacional. Las recomendaciones siguientes reflejan esta necesidad de estrategias multisectoriales y en colaboración.

Recomendación 1. Crear, aplicar y supervisar un plan nacional de acción para prevenir la violencia

Es importante establecer un plan nacional de acción para prevenir la violencia y promover respuestas eficaces y sostenibles a lo largo del tiempo. Debería basarse en un consenso desarrollado por un abanico muy amplio de agentes gubernamentales y no gubernamentales, incluidas las organizaciones participantes que procedan. Este plan debería tener en cuenta los recursos humanos y económicos disponibles ahora y en el futuro para su aplicación, e incluir elementos como la revisión y reforma de las leyes y las políticas vigentes, el desarrollo de medios para la recolección de datos y la investigación, el fortalecimiento de los servicios para las víctimas, y el establecimiento y la evaluación de respuestas preventivas. Tendría que incluir, además, un calendario y un mecanismo de evaluación, con una organización específica encargada de supervisar la evolución e informar periódicamente. El plan debería arbitrar mecanismos de coordinación a nivel local, nacional e internacional para permitir la colaboración entre sectores que podrían contribuir a prevenir la violencia, como el jurídico penal, el educativo, el laboral, el sanitario y el de bienestar social.

Recomendación 2. Aumentar la capacidad de recolectar datos sobre la violencia

Para fijar las prioridades, orientar el diseño del programa y supervisar su evolución, es preciso que los países tengan capacidad de recolectar y analizar datos sobre la violencia. En algunos países, puede resultar más eficaz para el gobierno designar a una institución, organismo o unidad gubernamental que se responsabilice de recopilar y comparar la información procedente de las autoridades sanitarias, policiales y de otros ámbitos que mantienen un contacto regular con las víctimas y los autores de actos violentos. En los países con recursos limitados, este organismo podría también asumir la función de supervisión descrita en la recomendación 1.

La recolección de datos es importante a todos los niveles, pero es a nivel local donde se determinarán su calidad y su grado de completación. Deben diseñarse sistemas cuya aplicación resulte sencilla y eficaz con relación al costo, adaptados al nivel de pericia del personal que vaya a utilizarlos y acordes con las normas nacionales e internacionales. Además, deberían existir procedimientos para que las autoridades correspondientes (como las responsables de la salud, la justicia penal y las políticas sociales) y las partes interesadas compartieran los datos, así como capacidad para llevar a cabo análisis comparativos.

A nivel internacional, el mundo carece hoy día de normas aceptadas para la recolección de datos sobre la violencia que favorezcan la comparación de éstos entre las diversas naciones y culturas. Debería ponerse remedio a esta situa-

ción mediante la elaboración de normas aceptadas internacionalmente, como la *International classification for external causes of injuries* (234) y las directrices para la vigilancia de los traumatismos, formuladas por la Organización Mundial de la Salud y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (235).

Recomendación 3. Definir las prioridades y apoyar la investigación de las causas, las consecuencias, los costos y la prevención de la violencia

Son muchos los motivos para emprender investigaciones sobre la violencia, pero una prioridad fundamental es comprender mejor el problema en distintos contextos culturales, para poder elaborar las respuestas adecuadas y evaluarlas. A nivel nacional, puede impulsarse la investigación mediante políticas gubernamentales, la participación directa de las instituciones estatales (muchos servicios sociales o ministerios del interior, así como la justicia penal, disponen de programas propios de investigación) y la financiación a instituciones universitarias e investigadores independientes.

También puede y debería emprenderse la investigación a nivel local. Para obtener los máximos beneficios, las autoridades locales tendrían que involucrar a todos los colaboradores con experiencia aplicable a esta tarea, como facultades universitarias (p. ej., las de medicina, ciencias sociales, criminología y epidemiología), centros de investigación y organizaciones no gubernamentales.

Algunas cuestiones mundiales muy prioritarias demandan investigaciones transnacionales a nivel internacional; entre ellas, la relación entre la violencia y diversos aspectos de la globalización, como sus repercusiones económicas, medioambientales y culturales; los factores de riesgo y de protección comunes a las distintas culturas y sociedades, y las estrategias de prevención prometedoras que son aplicables en diversos contextos.

Recomendación 4. Promover respuestas de prevención primaria

La importancia de la prevención primaria es una cuestión que se repite a lo largo de todo el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Algunas de las intervenciones de prevención primaria importantes para reducir la violencia son las siguientes:

- atención prenatal y perinatal para las madres, así como programas de enriquecimiento preescolar y desarrollo social para niños y adolescentes;
- formación para un correcto ejercicio de la paternidad y un mejor funcionamiento de la familia;
- mejoras en la infraestructura urbana, tanto física como socioeconómica;
- medidas para reducir las heridas por armas de fuego y mejorar la seguridad en relación con éstas;
- campañas en los medios de comunicación para modificar las actitudes, los comportamientos y las normas sociales.

Las dos primeras intervenciones son importantes para reducir el maltrato y el abandono de menores, así como la violencia perpetrada durante la adolescencia y la edad adulta. Las mejoras en las infraestructuras pueden tener una gran repercusión en varios tipos de violencia. En concreto, esto significa tratar los factores ambientales en el seno de las comunidades: identificar los lugares en los que se producen actos violentos con frecuencia, analizar los factores que convierten a un lugar determinado en peligroso y modificar o eliminar dichos factores. Exige también robustecer la infraestructura socioeconómica de las comunidades locales invirtiendo más y ofreciendo mejores oportunidades en el plano educativo y económico.

Otro desafío para las intervenciones nacionales y locales es la prevención de las heridas por armas de fuego y la mejora de las medidas de seguridad en relación con éstas. Además, aunque las investigaciones no ofrecen todavía resultados concluyentes acerca de la manera en

que la exposición a la violencia a través de los medios de comunicación influye en muchos tipos de ésta, pueden utilizarse los medios de comunicación para modificar las actitudes y los comportamientos relacionados con la violencia, así como las normas sociales. La mayor parte de estas intervenciones de prevención primaria pueden tener importantes efectos de refuerzo mutuo, dependiendo de las condiciones imperantes en cada lugar.

Recomendación 5. Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia

Los sistemas nacionales de salud, en su conjunto, deberían aspirar a dispensar una asistencia de alta calidad a las víctimas de todos los tipos de violencia, así como los servicios de rehabilitación y apoyo necesarios para prevenir ulteriores complicaciones. Las prioridades son, entre otras:

- mejorar los sistemas de respuesta urgente y la capacidad del sector sanitario para tratar y rehabilitar a las víctimas;
- reconocer los signos de incidentes violentos o de situaciones de violencia continua, y enviar a las víctimas a los organismos adecuados para ofrecerles seguimiento y apoyo;
- garantizar que los servicios de salud, judiciales, policiales y sociales eviten la «revictimización» de las víctimas y disuadan eficazmente a los autores de actos violentos de reincidir;
- ofrecer apoyo social, programas de prevención y otros servicios para proteger a las familias en riesgo de violencia y reducir el estrés de los cuidadores;
- incorporar al programa de los estudiantes de medicina y enfermería módulos sobre prevención de la violencia.

Todas estas respuestas pueden contribuir a minimizar las repercusiones de la violencia sobre los individuos y su costo para los sistemas sanitarios y sociales, pero al diseñarlas y aplicar-

las deben incluirse salvaguardas frente a la «revictimización», esto es, frente al hecho de poner a las víctimas en riesgo de sufrir nuevos actos violentos, censuras por parte de la familia o la comunidad, u otras consecuencias negativas.

Recomendación 6. Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas, y promover así la igualdad social y entre los sexos

Gran parte de la violencia guarda relación con las desigualdades sociales y entre los sexos, que elevan el riesgo de grandes sectores de la población. La experiencia de los países que han mejorado la situación de las mujeres y han reducido la discriminación social muestra que se necesitará un conjunto de intervenciones, entre las que se cuentan reformas legislativas y judiciales, campañas de sensibilización pública, formación y supervisión de la policía y los funcionarios públicos, e incentivos educativos o económicos para los grupos desfavorecidos.

En muchos lugares del mundo, las políticas y los programas de protección social se encuentran sometidos a grandes tensiones. Muchos países han sufrido la caída de los salarios reales, el deterioro de la infraestructura básica, y una reducción constante de la calidad y la cantidad de los servicios de salud, educativos y sociales. Dado que estas condiciones guardan relación con la violencia, los gobiernos deberían esforzarse al máximo por mantener los servicios de protección social, reorganizando, si es preciso, las prioridades de sus presupuestos nacionales.

Recomendación 7. Incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia

Es preciso mejorar las relaciones de trabajo entre los organismos internacionales, los gobiernos, los investigadores, las redes y las organizaciones no gubernamentales involucrados en la

prevención de la violencia para favorecer la puesta en común de los conocimientos, el acuerdo sobre los objetivos de la prevención y la coordinación de las actuaciones. Esto debería lograrse mediante la creación de mecanismos de coordinación que eviten las duplicaciones innecesarias y permitan beneficiarse del ahorro que supone aunar pericias, redes, fondos e instalaciones nacionales.

Se debería reconocer y alentar la contribución de los grupos de defensa de derechos, como los preocupados por la violencia contra las mujeres, las violaciones de los derechos humanos, el maltrato de ancianos y el suicidio, con medidas prácticas como concederles rango oficial en las conferencias internacionales más importantes e incluirlos en los grupos oficiales de trabajo. Debería apoyarse la contribución de los expertos que trabajan en los distintos subtipos de violencia mediante la creación de plataformas que facilitaran el intercambio de información, las investigaciones conjuntas y las acciones de sensibilización.

Recomendación 8. Promover y supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales y la legislación y otros mecanismos de protección de los derechos humanos

A lo largo del último medio siglo, los gobiernos nacionales han firmado diversos convenios

jurídicos internacionales que guardan relación directa con la violencia y su prevención. Dichos convenios establecen modelos para las legislaciones nacionales y fijan normas y límites para los comportamientos.

Muchos países han ido armonizando su legislación con sus obligaciones y compromisos internacionales, pero otros no lo han hecho. Allí donde el obstáculo es la escasez de recursos o de información, la comunidad internacional debería hacer más para ayudar. En otros casos harán falta campañas enérgicas para que se lleven a cabo reformas en la legislación y las prácticas.

Recomendación 9. Buscar respuestas prácticas y consensuadas a nivel internacional al tráfico mundial de drogas y de armas

El tráfico mundial de drogas y de armas es sustancial a la violencia tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. Incluso los avances modestos en cualquiera de estos dos frentes contribuirán a reducir la magnitud y la intensidad de la violencia que padecen millones de personas. Sin embargo hasta la fecha, y pese a su gran importancia en la escena mundial, no parecen atisbarse soluciones para estos problemas. Las estrategias de salud pública podrían contribuir a aminorar sus repercusiones en la salud tanto a nivel local como nacional, por lo que se les debería asignar una prioridad mucho mayor en las respuestas a escala mundial.

Conclusiones

Aunque existen importantes lagunas en el conocimiento y se necesitan urgentemente más investigaciones, hasta la fecha hemos extraído de la experiencia algunas lecciones importantes sobre el modo de prevenir la violencia y mitigar sus consecuencias; se exponen a continuación.

A menudo la violencia es previsible y evitable. Como ha puesto de manifiesto el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, y aun siendo difícil establecer una causalidad directa, algunos factores parecen claramente predictivos de violencia. Identificarlos y medirlos puede servir para advertir oportunamente a las instancias decisorias de la necesidad de actuar. Además, la panoplia de instrumentos para intervenir aumenta constantemente a medida que avanza la investigación orientada hacia la salud pública.

Las inversiones «río arriba» dan resultados «río abajo». En todo el mundo, las autoridades tienden a actuar sólo después de que se han producido los actos violentos. Sin embargo, invertir en prevención, especialmente en actividades de prevención primaria que operan antes de que lleguen a producirse los problemas, puede resultar más eficaz con relación al costo y aportar beneficios considerables y duraderos.

Para diseñar las intervenciones es vital comprender el contexto de la violencia. Todas las sociedades la padecen, pero su contexto, esto es, las circunstancias en las que se produce, su naturaleza y la actitud de la sociedad hacia ella, varía mucho de unos lugares a otros. Dondequiera que se planeen programas de prevención, es preciso conocer el contexto de la violencia para adaptar la intervención a la población a la que va destinada.

Diversos tipos de violencia están muy relacionados entre sí y comparten a menudo factores de riesgo. Lamentablemente, las actividades de investigación y prevención de los distintos tipos de violencia se han desarrollado a menudo aisladas unas de otras. Si se consigue superar esta fragmentación, es muy probable que el alcance y la eficacia de las intervenciones aumenten.

Los recursos deben concentrarse en los grupos más vulnerables. La violencia, al igual que muchos problemas de salud, no es neutra. Todas las clases sociales la padecen, pero las investigaciones demuestran sistemáticamente que las personas de nivel socioeconómico más bajo son las que corren mayor riesgo. Si se desea prevenir la violencia, se ha de poner fin al abandono que sufren las necesidades de los pobres, que en la mayoría de las sociedades son quienes suelen recibir menos atención de los diversos servicios estatales de protección y asistencia.

La autocomplacencia es una barrera para combatir la violencia. La fomenta en gran medida y constituye un obstáculo formidable para responder a ella. Así ocurre, en particular, con la actitud que considera la violencia – al igual que el problema de la desigualdad entre los sexos, tan estrechamente relacionado con ella – como algo inmutable en la sociedad humana. La autocomplacencia ante la violencia se ve reforzada a menudo por el propio interés, como en el caso del derecho de los hombres, consentido por la sociedad, a «aplicar correctivos» a sus mujeres. La reducción de la violencia, tanto interpersonal como colectiva, depende de que se combata toda autocomplacencia hacia ella.

El compromiso político de poner coto a la violencia es vital para las iniciativas en el ámbito de la salud pública. Aunque es mucho lo que las organizaciones de base, los individuos y las instituciones pueden lograr, el éxito de las iniciativas emprendidas en el ámbito de la salud pública depende del compromiso político. Éste es tan importante a nivel nacional, donde se toman las decisiones políticas, legislativas y de financiación general, como a los niveles provincial, de distrito y municipal, en los que reside la responsabilidad de la administración cotidiana de las políticas y los programas. A menudo es necesario que muchos sectores de la sociedad hagan un esfuerzo sostenido para

lograr el compromiso político de hacer frente a la violencia.

La violencia no es inevitable. Es mucho lo que podemos hacer para arrostrarla y prevenirla. El mundo todavía no ha calibrado en su totalidad la envergadura de la tarea ni dispone de todas las herramientas para llevarla adelante, pero la base general de conocimientos se está ampliando y se ha adquirido ya mucha experiencia útil.

El *Informe mundial sobre la violencia y la salud* intenta contribuir a esta base de conocimientos. Confiamos en que inspirará e impulsará la cooperación, la innovación y el compromiso para prevenir la violencia en todo el mundo.

Referencias

1. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Prevención de Traumatismos y de la Violencia, 1999 (documento inédito WHO/HSC/ VIP/99.11).
2. Miller TR, Cohen MA, Rossman SB. Victim costs of violent crime and resulting injuries. *Health Affairs*, 1993, 12:186–197.
3. *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Washington, D.C., United States Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General, 1979 (publication 79–55071).
4. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).
5. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7–29.
6. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2–9.
7. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42:53–56.
8. Gofin R et al. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:434–442.
9. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19:149–154.
10. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6:33–42.
11. Diekstra RF, Garnefski NA. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25:36–57.
12. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
13. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49:1–87.
14. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:1–8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
15. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29:329–341.
16. McCauley J et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
17. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342–347.
18. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41–70.
19. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16: 563–576.
20. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
21. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54–69.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1365–1374.
23. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the com-

- munity. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53: 550–555.
24. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3–9.
25. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
26. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
27. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
28. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.
29. Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
30. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262–290.
31. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
32. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. Nueva York, Springer, 2000.
33. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. En: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
34. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. En: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998: 86–105.
35. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3:251–273.
36. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.
37. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*. 2ª ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517–543.
38. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
39. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia*. Londres, Virago Press, 2001.
40. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency*. Washington, D.C., United States Department of Justice, 1995.
41. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70:1181–1196.
42. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8:617–645.
43. *Youth violence: a report of the Surgeon General*. United States Department of Health and Human Services; Washington, DC, 2001.
44. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. Nueva York, Springer-Verlag, 1989.
45. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. En: Pinard GF, Pagani L, eds. *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001: 66–88.
46. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. En: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Vol. 3. *Social influences*. Washington, D.C., National Academy Press, 1994:377–570.
47. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
48. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:710–718.
49. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32:614–623.
50. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33: 451–481.
51. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. En: Tonry M, Moore MH, eds. *Youth violence*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1998:421–475.

52. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257-277.
53. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises*. Florencia, International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).
54. Messner SF. Research on cultural and socio-economic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511-525.
55. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1999.
56. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182-196.
57. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:35-49.
58. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241-244.
59. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1-22.
60. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150: 417-426.
61. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595-1610.
62. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. Londres, Middlesex University, 1993.
63. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63-77.
64. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
65. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43: 1729-1742.
66. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia. A summary*. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
67. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
68. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. En: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, DC, 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36-41.
69. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. En: Petchesky R, Judd K, eds. *Negotiating reproductive rights*. Londres, Zed Books, 1998:180-216.
70. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
71. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada*. Santiago, Editorial Universitaria, 1994.
72. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421-428.
73. Black DA et al. Partner, child abuse risk factors literature review. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (disponible en <http://www.nnh.org/risk>).
74. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131-146.
75. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO, Westview Press, 1992.
76. Levinson D. *Violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.
77. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371-392.
78. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*. 2ª ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467-516.
79. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*. 2ª ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47-80.
80. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democra-

- tic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204:75–87.
81. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169–179.
82. Ketsela T, Keddebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23–33.
83. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409–417.
84. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31–53.
85. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543–1555.
86. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233–247.
87. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557–1565.
88. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259–268.
89. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
90. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, D.C., National Academy of Sciences Press, 1993.
91. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435–447.
92. Igualdad, Desarrollo y Paz. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000.
93. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: Factores socioeconómicos y estado de salud. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
94. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
95. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959–973.
96. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163–1173.
97. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70:688–692.
98. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:249–270.
99. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381–391.
100. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of school children in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077–1082.
101. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621–626.
102. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323–332.
103. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463–465.
104. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. Londres, Sage, 1986.
105. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the "Children of the Nineties": a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.
106. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839–853.
107. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79–90.
108. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019–1040.
109. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.
110. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world's people*. Londres, HelpAge International, 1999.
111. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51–57.

112. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5–58.
113. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1–18.
114. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998–999.
115. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885–888.
116. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5–30.
117. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. Londres, Macmillan, 1997.
118. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
119. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359–1362.
120. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
121. O’Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
122. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Cape Town, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
123. Owen M. *A world of widows*. Londres, Zed Books, 1996.
124. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. Londres, HelpAge International, 1999.
125. *Witchcraft: a violent threat*. Ageing and Development, 2000, 6:9.
126. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79–83.
127. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women’s health in central Java, Indonesia*. Yakarta, Gadjah Mada University, 2001.
128. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571–582.
129. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523–527.
130. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
131. Programa de Información para las Migraciones. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 1995.
132. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 20 de enero de 2001.
133. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. Nueva York, Human Rights Watch, 2000.
134. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, D.C., Center for the Study of Intelligence, 1999.
135. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
136. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).
137. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú*. Lima, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer y Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, 1998.
138. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
139. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433–1439.
140. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania*. Kibondo, International Rescue Committee, 1997.
141. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (en prensa).

142. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115–120.
143. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198–201.
144. Mercy JA et al. Intentional injuries. En: Mas-haly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. El Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65–84.
145. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114: 357–359.
146. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57: 242–250.
147. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57–77.
148. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449–455.
149. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528: 113–146.
150. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in non-incarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117–130.
151. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55: 584–589.
152. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
153. Crowell NA, Burgess AW, eds. *Understanding violence against women*. Washington, D.C., National Academy Press, 1996.
154. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. Nueva York, Population Council, 1995.
155. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499–514.
156. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412–427.
157. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne, University of Melbourne, 2000.
158. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
159. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. En: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud*. San Salvador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1998:151–187.
160. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
161. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.
162. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
163. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, Nueva York, Nova Science, 1997.
164. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990–1995*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
165. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. En: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189–211.
166. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. En: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
167. McIntosh JL et al. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, D.C., American Psychological Association, 1994.
168. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307.

169. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348-351.
170. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34: 645-650.
171. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21: 26-30.
172. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93-115.
173. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383-392.
174. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490-1496.
175. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793-800.
176. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577-587.
177. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447-452.
178. Roy A. Suicide in schizophrenia. En: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97-112.
179. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559-563.
180. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29: 149-163.
181. National injury mortality reports, 1987-1998. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
182. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992-1993. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1996, 26:175-180.
183. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 2001, 31:62-70.
184. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behaviour. En: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. Nueva York, Guilford, 1985:22-35.
185. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603-610.
186. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823-832.
187. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37: 612-619.
188. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. En: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129-146.
189. WHA34.38. En: *Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Volumen II (1973-1984)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1985:397-398.
190. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, New Jersey y Londres, Transaction Publications, 1994.
191. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. En: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, CA, Academic Press, 1999: 679-690.
192. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347-354.
193. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331-336.
194. *Getting away with murder, mutilation, rape: new testimony from Sierra Leone*. Nueva York, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3A).
195. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. En: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186-196.
196. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1: 130-146.
197. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.

198. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
199. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
200. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. Londres, Earthscan and Saferworld, 1994.
201. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. En: Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. Londres, Zed Books, 1994:6–36.
202. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, D.C., National Academy Press, 1998.
203. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. Londres, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
204. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. Nueva York, Carnegie Corporation, 1997.
205. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. En: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
206. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
207. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
208. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
209. Edleson JL. Intervention for men who batter: a review of research. En: Stith SR, Staus MA, eds. *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, MN, National Council on Family Relations, 1995: 262–273.
210. Gondolf E. A 30-month follow-up of court-mandated batterers in four cities. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (disponible en <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.htm>).
211. Gondolf EW. Batterer programs: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:83–98.
212. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871–876.
213. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50: 971–974.
214. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Project: long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. En: Powell DR, ed. *Annual advances in applied developmental psychology: parent education as an early childhood intervention*. Norwood, NJ, Ablex, 1988:79–104.
215. Olds DL et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238–1244.
216. Farrington DP, Welsh BC. Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13:287–303.
217. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. En: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:139–168.
218. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study. En: McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. Nueva York, Guilford, 1992:117–138.
219. Greenwood PW et al. *Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits*. Santa Monica, CA, Rand, 1996.
220. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford, Strategies for Hope, 1995.
221. *Men as partners*. Nueva York, AVSC International, 1998.
222. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, D.C., Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
223. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. *Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999.
224. Jarquin E, Carrillo F. *La economía política de la reforma judicial*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.

-
225. Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training*. Nueva York, AVSC International, 1998.
226. McLeer SV et al. Education is not enough: a system's failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 1989, 18:651–653.
227. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235–242.
228. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94–114.
229. Loftin C et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 1991, 325:1615–1620.
230. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1205–1209.
231. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7–24.
232. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606–608.
233. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. En: Diekstra RFW et al, eds. *Preventive strategies on suicide*, Leiden, Brill, 1995:173–206.
234. WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. *International classification of external causes of injuries*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001.
235. Holder Y et al. eds. *Injury surveillance guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (publicado en colaboración con los United States Centers of Disease Control and Prevention), 2001 (documento WHO/NMH/VIP/01/02).

Notas

La violencia cercena anualmente la vida de millones de personas en todo el mundo y daña la de muchos millones más. No conoce fronteras geográficas, raciales, de edad ni de ingresos. Golpea a niños, jóvenes, mujeres y ancianos. Llega a los hogares, las escuelas y los lugares de trabajo. Los hombres y las mujeres de todas partes tienen el derecho de vivir su vida y criar a sus hijos sin miedo a la violencia. Tenemos que ayudarles a gozar de ese derecho, dejando bien claro que la violencia puede prevenirse, y aunando esfuerzos para determinar sus causas subyacentes y hacerles frente.

Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas y
Premio Nobel de la Paz en 2001

Masacres, desplazamiento forzado de poblaciones, discriminación en el acceso a la atención de la salud... En el marco en que trabaja Médicos Sin Fronteras, la violencia, en especial la violencia política, es frecuentemente una de las causas principales de mortalidad. La falta de este epígrafe en los registros epidemiológicos suele reflejar la ambigüedad de los médicos y los expertos ante las autoridades que detentan el poder. Saludamos el presente informe, que rompe ese muro de silencio.

Morten Rostrup, Presidente del Consejo Internacional de Médicos Sin Fronteras y
Premio Nobel de la Paz en 1999

Necesitamos urgentemente un compromiso mayor por incrementar los esfuerzos mundiales de prevención de la violencia. Por eso, me congratulo de la aparición de este informe. Por primera vez se presenta, reunido en una única publicación, todo el conocimiento disponible. La sociedad civil y las organizaciones de las Naciones Unidas tienen que trabajar en colaboración para aplicar las recomendaciones del presente informe.

Jody Williams, Coordinadora de la Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas Terrestres y
Premio Nobel de la Paz en 1997

Mientras la humanidad siga recurriendo a la violencia para resolver los conflictos, no habrá paz ni seguridad en el mundo, y nuestra salud seguirá resintiéndose. Este informe es un elemento importante para abrirnos los ojos a la realidad de la violencia como problema de salud pública, y constituye una fuente de esperanza para el futuro. Quizá sólo cuando nos demos cuenta de que la violencia está destruyendo nuestros cuerpos y nuestras almas comenzaremos a hacer frente colectivamente a sus raíces y a sus consecuencias. El presente informe es un paso importante en esa dirección.

Óscar Arias, ex Presidente de Costa Rica y
Premio Nobel de la Paz en 1987

La OMS brinda una contribución sustancial, al ofrecer una perspectiva mundial de todas las formas de violencia. Hasta ahora no se ha hecho frente adecuadamente, como problema de salud pública, al colosal costo humano y social de la violencia. Este informe conducirá la lucha contra la violencia a un nuevo nivel de compromiso de los trabajadores de salud y otros. En la Asociación Internacional de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear llevamos 20 años manteniendo que las armas atómicas y la guerra nuclear son expresiones definitivas de violencia, que deben eliminarse si queremos legar un planeta habitable a las generaciones venideras.

Evgeny Chazov y Bernard Lown, de la Asociación Internacional de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear y
Premio Nobel de la Paz en 1985