ENCICLOPEDIA
sobre el Desarrollo de
la Primera Infancia

VIOLENCIA SOCIAL

Prevención temprana de la agresión en los niños de los países menos desarrollados

Luis Fernando Duque, MD, MSP, Alexandra Restrepo, MD, MSc

PREVIVA, Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia

Febrero 2012

Introducción

Las expresiones de violencia son sensiblemente más frecuentes en los países en vía de desarrollo que en los países desarrollados. África y América Latina tienen las mayores tasas de muerte violenta en el mundo.[1] Los problemas de agresión y de conducta se presentan también desde la niñez en los países pobres, por ejemplo Brasil,[2] Egipto[3] y Colombia.[4-6] Por ello se entiende la importancia de disponer de programas de prevención de la violencia en los países en desarrollo, que para que sean un medio para prevenir la violencia, deben ser eficaces, sostenibles con los recursos de estos países y culturalmente aceptados en ellos.

Importancia del tema

Tanto en países desarrollados[7-9] como en vías de desarrollo[10] se ha documentado que la agresión temprana es predictora de violencia y criminalidad en la juventud y la adultez. También es predictora de otras conductas que son un riesgo para la vida social y personal, como abuso de drogas, embriaguez, fracaso escolar, tabaquismo, sexualidad insegura, embarazo adolescente,

©2012-2026 ABILIO | VIOLENCIA SOCIAL

violencia familiar y problemas en el trabajo.[7-9]

Estas conductas de riesgo tienden a presentarse concomitantemente, y se las puede considerar como comorbilidades,[11] que tienen causas que les son comunes.[12] Lo que da fundamentación para colegir que es posible desarrollar con éxito programas de prevención temprana de la violencia que tengan efectos también en otras conductas de riesgo, es decir que sean multipropósito, lo que es de gran importancia sobre todo para los países en vías de desarrollo, pues no necesitarían mantener una serie de programas paralelos orientados a la prevención de conductas de riesgo específicas, por ejemplo abuso de drogas, embriaguez, pertenencia a pandillas, etc, que duplican gastos fijos y de administración; con programas multipropósito se disminuirían costos en la prevención de conductas de riesgo. Se ha documentado en países desarrollados[13-15] y en subdesarrollados también[16-21] que ello es posible; pero es necesario tener una mayor y mejor evidencia sobre este aspecto.

Las conductas de riesgo para la vida personal y social mencionadas se hallan a su vez asociadas con varias de las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte en países en vía de desarrollo, por ejemplo muertes violentas, lesiones por agresión interpersonal, accidentes de tráfico, varios tipos de cáncer, enfermedades pulmonares, enfermedades de trasmisión sexual y VIH/SIDA.[22-25] Otra muy importante asociación es la que hay entre agresión temprana en la vida y problemas de aprendizaje[26] y deserción escolar,[27] que entorpecen el desarrollo personal y el de la sociedad y que pueden hacer fracasar el objetivo del milenio de que los niños completen al menos la educación primaria.

Tenemos entonces que hay causas comunes entre el comportamiento de la persona en sus primeros años de vida, su capacidad de aprendizaje y el estado de su salud mas tarde en la vida. Entre estas causas se hallan de manera muy significativa la iniquidad social,[28] que paradójicamente es muchísimo más prevalente en los países pobres que en los ricos;[1] en segundo lugar las pautas de educación y crianza y las relaciones del niño con sus padres[29,30] y las características físicas, económicas y sociales del barrio o entorno en el que vive.[31,32] Los niños sometidos a estrés social y familiar tienen una alta probabilidad de presentar serias consecuencias a lo largo de sus vidas, como problemas de aprendizaje y de productividad económica, precario estado de salud y menor esperanza de vida.[12]

A pesar de que en los países en vía de desarrollo se encuentran altas prevalencias de problemas de conducta en los niños y múltiples factores de riesgo, en ellos hay muy pocos estudios que

evalúen la eficacia de los programas de prevención temprana de conductas de riesgo.[33]

Problemas

1. Existe escasa evidencia científica de la efectividad de los programas de prevención temprana de agresión y conductas de riesgo en países en vía de desarrollo
2. Las evaluaciones llevadas a cabo tienen problemas en las mediciones y metodología de evaluación
3. La adopción de programas exitosos de países desarrollados llevada a cabo para países en desarrollo, ha carecido con frecuencia de adecuada adaptación de acuerdo con el contexto cultural de estos últimos

Contexto de investigación

Las evaluaciones de la efectividad de los programas de prevención temprana de la agresión en países en vía de desarrollo son limitadas, existe poco conocimiento acerca de de las estrategias para llevar a cabo este tipo de evaluaciones, pocos recursos y limitado interés de los tomadores de decisiones en financiar este tipo de acciones. Aunque es importante resaltar que en un estudio realizado acerca de las investigaciones y las prioridades de los tomadores de decisiones en los países de bajos y medianos recursos los problemas de salud mental fueron la cuarta prioridad en investigación.[34]

Preguntas claves de investigación

¿Cuál es el efecto que tienen los programas de prevención temprana de la agresión en los países en vía de desarrollo?

¿Se deben intervenir los mismos factores de riesgo y protección en los países en vía de desarrollo que en los desarollados? Cuáles deben ser los factores de riesgo por intervenir en ellos?

¿Se pueden aplicar las intervenciones llevada a cabo en países desarrollados en países en vía desarrollo?

Resultados recientes de investigación

Al llevar a cabo revisión en PsycoINFO, MEDLINE, Jstor, biblioteca virtual de la OMS y Scielo y siguiendo la referencia de profesionales acerca de intervenciones exitosas, se encontraron [30]

intervenciones llevadas a cabo en países en desarrollo, de las cuales [27] poseen una evaluación por medio de estudios experimentales o cuasi-experimentales y [18] se llevaron a cabo después de 2000. Se encontraron intervenciones con los padres,[17,20,21,35-46] intervenciones en profesores en la escuela [47,48] y cuatro que mezclan este tipo de intervenciones,[16,18,49,50] dos que realizan intervención clínica con los padres [51,52] y cuatro intervenciones que integran los servicios de salud, nutrición y desarrollo psicosocial.[19,20,53-55] La mayoría de los programas se enfocan a pequeños grupos de niños con problemas de conducta o con factores de riesgo y unos cuantos a amplios sectores de la población infantil.[19,41,44]

La mayoría de las evaluaciones reportaron efectos positivos sobre conductas de los niños como menos involucramiento en peleas y menores conductas agresivas,[16,18,21,47,50] mejoría en la prosocialidad,[16,18] mejor manejo de emociones[17,47,55] y mejor desarrollo psicosocial.[17,47,55] En cuanto a los padres se observó en algunas intervenciones disminución del castigo físico,[16,17] mejor interacción padre-hijo[36,38,44-46,52] mejores conocimientos acerca del niño y sus necesidades.[37,43,48,55] Se encontró que los maestros mejoraron sus capacidades para responder antes las diversas necesidades de los niños.[47,56]

Las evaluaciones de los programas que se han llevado a cabo con una gran de diversidad de instrumentos y mediciones de variables desenlace. En muchas ocasiones estos instrumentos no tiene validación adecuada. En la mayoría los tamaños de muestra son muy pequeños, lo que limita los análisis de los posibles confusores e interacciones y disminuye la potencia de las estimaciones. Algunos miden el efecto directo en los niños y otros logros intermedios en las conductas y prácticas de docentes y padres de familia. En la mayoría no se habla de los posibles sesgos y limitaciones del estudio. En la mayoría de las intervenciones se reportó efecto positivo en las conductas de los niños, los maestros y en los padres. Se encontró efecto deletéreo en dos intervenciones y en ambas se manifiesta que estos se puede deber a dificultades en la implementación del programa.[41,49]

Brechas en investigación

Estimamos que para superar las principales brechas en la investigación señaladas anteriormente es aconsejable:

1. Incrementar las investigaciones acerca de la efectividad de los programas de prevención temprana de conductas de riesgo en los países en desarrollo, teniendo en cuenta el contexto sociocultural. Es importante llamar la atención sobre que los estudios que se

lleven a cabo en los países en desarrollo incluyan a investigadores locales como sus autores principales o coautores de importancia, si a los investigadores locales se los circunscribe a meros “colaboradores” o recolectores de la información, se va incrementando su debilidad para la investigación.

2. Llevar a cabo la validación rigurosa de instrumentos para evaluar los problemas de conducta y las prácticas creencias y actitudes de padres y maestros que pueden ser utilizados en la evaluación de efectividad de las intervenciones de prevención temprana de la agresión y en la práctica clínica.

Conclusiones

Es posible llevar a cabo con buen éxito programas de prevención temprana de conductas de riesgo en países en vías de desarrollo, en los que se halla la mayoría de los niños del mundo que están sometidos a situaciones de estrés económico, social y familiar.

No son muchos los estudios en países en desarrollo que evalúen la efectividad de programas de prevención temprana de conductas de riesgo y son frecuentes algunas limitaciones en estos estudios, como el tamaño de muestra, la metodología e instrumentos de medición empleados.

La mayoría de evaluaciones encontradas muestran efecto en los conocimientos y prácticas de los padres y mejoría de las conductas de los niños. Es necesario incentivar la evaluación de estos programas teniendo muy presente el contexto sociocultural de los países en desarrollo.

Implicaciones para los padres, los servicios y las políticas

Los tomadores de decisiones tienen un buen sustento científico para promover políticas y programas de prevención temprana de conductas de riesgo, que sean multipropósito y para estimular estudios acerca de su efectividad en los países en via de desarrollo. Para ello es necesaria la alianza entre políticos, comunidad y academia.

Sería muy interesante y legitimador de políticas públicas y programas que los padres de familia prefirieran que ellos y sus hijos sean parte de programas de prevención temprana de diferentes conductas de riesgo, basados en sólida evidencia científica local. Para los padres de los países en vía de desarrollo, la implementación de este tipo de intervenciones multipropósito y sensibles a la cultura, es una oportunidad de mejorar las prácticas educativas y promover el desarrollo de los niños.

Las instituciones académicas deberían incrementar las competencias acerca las metodologías de la evaluación de la efectividad de programas de prevención temprana de conductas de riesgo en países en vía de desarrollo.

La implementación de las intervenciones de prevención temprana de conductas de riesgo podría implicar una ruptura en el ciclo de la violencia en muchos países que llevan generaciones de conflictos armados y grupos delincuenciales, en los cuales de las acciones de control no han sido efectivas. Es importante tener en cuenta que para apreciar un cambio en la sociedad, es necesario implementar estos programas a largo plazo fundamentados en políticas públicas de largo alcance y que tengan amplia cobertura para los grupos más vulnerables.

Referencias

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozaro R. *La violencia, un problema de salud pública. Informe mundial de violencia y salud*. Ginebra: OMS; 2002:11-12.
2. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatic disorders in southeast Bazil. *J Am Acad Child Adolsc Psychiatry*. 2004;43(6):727-734.
3. Elhamid AA, Howe A, Reading R. Prevelnce of emotional al behavioural problems among 6-12 years old children in Egypt. *Soc Psychiatry Psychatr Epidemiol*. 2009;44:8-14.
4. Agudelo LM, Giraldo CA, Gaviria MB, et al. *Caracterísiticas de las familias y las escuelas relacionadas con los comportamientos agresivos y prosociales en nios y niños de 3 a 11 años*. Medellín: Editorial Marín Vieco; 2002.
5. Duque LF, Restrepo A, montoya NE. *Línea de base del programa e implementación del programa de prevención temprana de conductas de riesgo para la salud. Medellín: Secretaría de Salud de Medellin, Universidad de Antioquia; 2011.*
6. Duque LF, Klevens J. La violencia en Itagüí, Antioquia: II. Factores asociados. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional* . 2001;6, número - Bogotá, D.C. - 15 de junio del 2001(11):161-170.
7. Côté S, Tremblay RE, Nagin DS, Zoccolillo M, Vitaro F. Childhood Behavioral Profiles Leading to Adolescent Conduct Disorder: Risk Trajectories for Boys and Girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(9):1086-1094.
8. Loeber R, Hay D. Keyissues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:371-410.
9. Nagin DS, Tremblay R. Trajectories of boys' physical aggression, opposition and hyperactivity of path to physically violent and noviolent juvenile delinquency. *Child development*. 1999;70(5):1181-1196.
10. Anselmi L, Barros FC, Teodore MLM, et al. Continuity of behaviorial and emotional problems from pre-schoo years to pre-adolecence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):499-507.
11. Cerdá M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid Forms of Psychopathology: Key Patterns and Future Research Directions. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30:155–177.
12. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129:e232-e246.
13. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Benett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *The Cochrane Library*. 2010;3:1-91.
14. Bernazzani O, Tremblay RE. Early parent training. In: Welsh BC, Farrintong DP, eds. *Preventing crime. What Works for Children, Offenders, Victims and Places*. New York: Springer; 2006;21-32.

©2012-2026 ABILIO | VIOLENCIA SOCIAL

15. Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennin WG. Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *J Exp Criminol*. 2009 5:83-120.

16. Duque LF, Orduz JF, Sandoval JJ, Caicedo BE, J. K. Lecciones del Programa de Prevención Temprana de la Violencia, Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2007;21(1):21-29.

17. Fayyad JA, Farah L, Cassir Y, MM; S, Karam EG. Dissemination of an evidence-base intervention to parents of children with behavioral problems in a developing county. *European Journal of Adolescent Psychiatry*. 2010;19:629-636.

18. Klevens J, Martinez JW, Le B, Rojas C, Duque A, Tovar R. Evaluation of interventions to reduce aggressive and antisocial bahavior in first and second grades in a resource-poor setting. *Internationa Journal of Educational Research*. 2009;48:307-319.

19. Perez-Escamilla R, Pollitt E. Growth Improvements in Children above 3 Years of Age: The Cali Study. *Journal of Nutrition*. 1995;125(4):885-893.

20. Waber DP, Vuori-Christiansen L, Ortiz N, et al. Nutritional supplementation, maternal education, and cognitive development of infants at risk of malnutrition. *Americal Journal of Clinical Nutrition*. 1981;34:797-803.

21. Walker S, Chang SM, Vera-Hernández M, Grantham-McGregor S. Early Childhood Stimulation Benefits Adult Competence and Reduces Violent. *Pediatrics*. 2011;127:849.

22. World Bank, Oxford University Press. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington DC: Oxford University Press; 2006.

23. Sly DF, Quadagno D, Harrison DF, Eberstein I, Riehman K. The asoociation between substance use, condom use and sexual risk among low-income women *Family planning perspectives*. 1997;29(3):132-136.

24. Coffin LS, Newberry A, Hagan H, Cleland CM, Des Jarlais DC, Perlman DC. Syphilis in drug users in low and middle income countries. *International Journal of Drug Policy*. 2010;21:20-27.

25. Jane-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and ilicit drugs. *Drug and Alcohol Reviews*. 2006;25:515-536.

26. Tramontina S, Martins S, Michalowski MB, et al. School Dropout and Conduct Disorder in Brazilian Elementary School Students. *Can J Psychiatry*. 2001;46:941-947.

27. Townsend L, Flisher AJ, Chikobvu P, Lombard C, King G T. The relationship between bullying behaviours and high school dropout in Cape Town, South Africa. *South African Journal of Psychology*. 2008;38(1):21-32.

28. Martin D, Margo W, Shawn V. Income inequity and homicide rates in Canada and United Estates. *Canadian Journal of Criminology* 2001;219:219-236.

29. Duque LF, Motoya N. *La violencia en el Valle de Aburá. Caminos para al superación*. Medellín: Catedrá litográfica; 2008.

30. Farrington DP, Welsh BC. *Saving children from a life of crimen. Early risk factors and effective interventions*. New York: Oxford University Press; 2007.

31. Morenoff JD, Sampson RJ, Raudenbush SW. Neighborhood inequality, collective efficacy, and the spatial dynamics of urban violence. *Criminology*. 2001;39(3):517–558.

32. Sampson RJ, Morenoff JD, Gannon-Rowley T. Assessing "neighborhood effects": Social processes and new directions in research. *Annual Reveiw of Sociology*. 2002;28:443-478.

33. Lucas PJ. Some reflections on the rhetoric of parenting programmes: evidence, theory, and social policy. *Journal of Family Therapy*. 2011;33:181-198.

34. Sharan P, Gallo C, Gureje O, et al. Mental health research priorities in Low- and Middle income countries of Africa, Asia, Latina America and the caribbean. BJP. 2009;195:354-363.

©2012-2026 ABILIO | VIOLENCIA SOCIAL

35. Cooper C, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived commmunity in South Africa: randomised controlled trail. *BMJ*. 2009;338 b974.

36. Cooper C, Landman M, Tomlinson M, Molteno C, Swartz L. Impact of mother-infant intervention in an indigent peri-urban South African context: pilot study. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:76-81.

37. Jin X, et al. Care for Development" intervention in rural China: a prospective followup study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2007;3:213-218.

38. Kagitcibasi C, Sunar D, Bekman S. Long-term effects of early intervention: Turkish low-income mothers and children. *Applied Developmental Psychology*. 2001:333-361.

39. Klein P, Rye H. Interaction-oriented Early Intervention in Ethiopia: The MISC Approach. *Infants & Young Children*. 2004.;4:340-354.

40. Magwaza A, Edwards S. An evaluation of an integrated parent-effectiveness training and children's enrichment programme for disadvantaged families. SouthAfrican *Journal of Psychology*. 1991;1:21-25.

41. Porter LS, Youssef M, Shaaban I, Ibrahim W. Parenting enhacement among Egyptian mothers in a tertiary care setting. Pediatric nursing. 1992;18(4):329-336.

42. Powell C, Grantham-McGregor S. Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics*. 1989:157-164.

43. Rahman A, et al. Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country. *Child: Care, Health & Development*. 2009;35(1):56-62.

44. Santelices MP, Guzman M, Aracena M, et al. Promoting secure attachment: evaluation of a effectveness of an early intervention pilot programme with mother -infant dyads in Santiago, Chile. *Child: care, health and development*. 2010;37(2):203-210.

45. Teferra T, Tekle L, Klein P. Mediational intervention for sensitizing caregivers: Ethiopia Early intervention: Cross-cultural experiences with a mediational approach. Vol 95-112. New York: Garland; 1996.

46. Van Wyk J, Eloff M, Heyns P. The evaluation of an integrated parent-training program. *The Journal of Social Psychology* 1983;121(2):273-281.

47. Pérez V, Rodríguez J, De la Barra F, Fernández AM. Efectividad de una Estrategia Conductual Para el Manejo de la Agresividad en Escolares de Enseñanza Básica Psykhe. 2005;14(2):55-62.

48. Baker-Henningham H, Walker S, Powell C, Gardner JM. A pilot study of the Incredible Years Teacher Training programme and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):624-631.

49. Chaux E. Citizenship Competencies in the Midst of a Violent Political Conflict: The Colombian Educational Response. *Harvard Educational Review*. 2009;79(1):84-93.

50. Peteren JJ, Carolissen R. Working with aggresive prscholers. In: D Donald, A Dawes, J Louw, eds. *Addressing childhood adversity*. Cape Town: David Philips; 2000:94-112.

51. Oveisi S, et al. Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers: A randomized-controlled trial. *Child Abuse and Neglect*. 2010;3: 206-213.

52. Wendland-Carro J, Piccinini CA, Millar WS. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction *Child Development*. 1999;3:713-721.

53. Aboud FE. Evaluation of an Early Childhood Parenting Programme in Rural Bangladesh. *Journal Health Population Nutrition*. 2007;25(1):3-13.

54. Aracena M, et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*. 2009;7:878-887.

55. Hamadani JD, Huda SN, Khatun F, Grantham-McGregor SM. Psychosocial Stimulation Improves the Development of Undernourished Children in Rural Bangladesh. *Journal of Nutrition*. 2006;136:2645-2652.

56. Baker-Henningham H, Walker S. A qualitative study of teachers' perceptions of an intervention to prevent conduct problems in Jamaica pre-schools. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):632-643.