



Violencia Social

Actualización Febrero 2012

Editor del Tema:

Richard E. Tremblay, PhD, Universidad de Montreal, Canadá y Universidad College Dublin, Irlanda

Tabla de contenidos

| | |
|--|----|
| Síntesis | 5 |
| <hr/> | |
| La violencia colectiva y los niños | 8 |
| JOANNE KLEVENS, MD, PHD, OCTUBRE 2011 | |
| <hr/> | |
| Los efectos de la violencia comunitaria sobre el desarrollo del niño | 17 |
| NANCY G. GUERRA, EDD ^A , CARLY DIERKHISING, MA ^B , NOVIEMBRE 2011 | |
| <hr/> | |
| Los efectos de la violencia física familiar y comunitaria sobre el desarrollo del niño | 23 |
| HOLLY FOSTER, PHD ^A , JEANNE BROOKS-GUNN, PHD ^B , OCTUBRE 2011 | |
| <hr/> | |
| Castigos corporales | 31 |
| JENNIFER E. LANSFORD, PHD ^A , SOMBAT TAPANYA, PHD ^B , PAUL ODHIAMBO OBURU, PHD ^C , OCTUBRE 2011 | |
| <hr/> | |
| Prevención temprana de la agresión en los niños de los países menos desarrollados | 41 |
| LUIS FERNANDO DUQUE, MD, MSP, ALEXANDRA RESTREPO, MD, MSC, FEBRERO 2012 | |
| <hr/> | |
| Promoción de la primera infancia como una estrategia de prevención de la violencia | 49 |
| FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS, MD, NEREU HENRIQUE MANSANO, MD, ALESSANDRA SCHNEIDER, MA, OCTUBRE 2011 | |
| <hr/> | |

Tema patrocinado por:



Síntesis

¿Por qué es importante?

La violencia social se refiere a cualquier tipo de violencia con impacto social cometida por individuos o por la comunidad. Estos actos violentos adoptan diversas formas en los distintos países, incluyendo conflictos armados, violencia de pandillas, agresiones físicas de padres a hijos (por ejemplo, castigos corporales), terrorismo, desplazamiento forzado y segregación. La exposición a la violencia puede ser directa (por ejemplo, ser la víctima de un acto violento) o indirecta (por ejemplo, escuchar hablar de violencia o presenciar violencia que involucra a otros). Durante la última década, más de dos millones de niños menores de 18 años han muerto en todo el mundo como resultado de conflictos armados y al menos seis millones han sido gravemente heridos. También se ha estimado que el 25% y 40% de los niños con edades entre los 2 y 17 años en los Estados Unidos y las regiones sureñas de África, respectivamente, están expuestos a la violencia en su comunidad. Además de haber crecido en la adversidad, la mayoría de estos niños también están socialmente excluidos de la educación formal, asistencia médica, electricidad, agua potable y servicios sanitarios.

A pesar de estos cálculos elevados, la exposición de los preescolares a la violencia ha sido objeto de poca atención durante las décadas anteriores en comparación con los niños mayores. Sin embargo la violencia social es un tema particularmente importante para estudiar durante este periodo preescolar, teniendo en cuenta que ejerce influencia sobre el desarrollo infantil en los diversos campos (físico, social, neurológico y emocional) y a diferentes niveles.

¿Qué sabemos?

Los niños de corta edad son particularmente vulnerables a la violencia social debido a sus capacidades limitadas para manejar sus aflicciones psicológicas, reducir la amenaza o resguardarse de la situación. Al estar expuestos a formas directas o indirectas de violencia social, tienen la probabilidad de experimentar estrés severo, incontrolable y crónico, que a su vez afecta los sistemas cerebrales que responden al estrés. Más exactamente, una elevada exposición a la violencia comunitaria crea un estado constante de miedo mediante el aumento de la sensibilidad de los niños a los estímulos externos (por ejemplo, sonidos) y la reducción de su capacidad de

abstenerse de participar en una acción específica. Por consiguiente, estas reacciones los ponen en riesgo creciente de desarrollar trastornos mentales, incluyendo depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (PTSD), el padecimiento de situaciones negativas de salud, sociales y educativas e implicarse en comportamientos riesgosos (por ejemplo, abuso de drogas, agresión) a lo largo de la niñez y la edad adulta. Estos problemas de ajuste también tienden a ocurrir cuando los niños son sometidos a castigos corporales. En vez de mejorar los comportamientos perjudiciales, el uso de la fuerza física por los padres predicen realmente más comportamientos agresivos, delincuentes y antisociales en los niños.

Es importante tener presente que factores tales como la edad y el género de los niños, el grado y el tipo de exposición (directa o indirecta, a través de su impacto sobre los proveedores de cuidado) y el contexto cultural, todos ejercen influencia sobre el impacto negativo de la violencia social sobre los niños. Por ejemplo, el efecto de la violencia comunitaria sobre problemas internalizantes (por ejemplo, depresión, ansiedad) es más fuerte para los niños de más corta edad que para aquellos de mayor edad. Sin embargo, mientras crecen, los niños se implican cada vez más en la respuesta a la violencia comunitaria y experimentan más problemas externalizantes (por ejemplo, comportamientos agresivos/violentos) que los niños menores. Los niños que viven en vecindarios económicamente desventajosos tienen mayor riesgo de estar expuestos a la violencia comunitaria. Finalmente, las respuestas comportamentales de los niños a la violencia comunitaria están influenciadas por la reacción de sus madres a situaciones violentas. Las conclusiones de investigaciones indican que los comportamientos depresivos maternos en respuesta a la violencia comunitaria tienden a aumentar los comportamientos problemáticos de los niños.

¿Qué podemos hacer?

La confrontación y la prevención de situaciones negativas asociadas a la exposición a la violencia social requieren de intervenciones a nivel de la comunidad y de la sociedad diseñadas para fomentar la adaptabilidad individual, familiar y comunitaria. Teniendo en cuenta que la exposición a la violencia aumenta la probabilidad de los niños de tomar parte en comportamientos riesgosos mientras crecen (por ejemplo, agresión y abandono escolar), el uso de programas multipropósitos diseñados para tratar los primeros factores de riesgo es una vía para promover el funcionamiento social, emocional y comportamental. Otro factor importante que atenúa la influencia de la violencia social sobre los resultados problemáticos de los niños es el bienestar de los proveedores

de cuidado. Se recomiendan intervenciones que ofrezcan apoyo a las familias expuestas a la violencia (por ejemplo, visitas domiciliarias). También habría que proporcionar a los padres un techo adecuado, suficientes alimentos, agua limpia y asistencia médica para apoyar el funcionamiento familiar. Estos recursos de soporte probablemente pueden disminuir la angustia de los proveedores de cuidado, y al mismo tiempo reducir las probabilidades de que los niños de mayor edad perpetúen la violencia. Específicamente, los padres que tienen acceso a servicios de soporte están en una mejor posición para proporcionar un cuidado seguro, estable y receptivo para reducir las consecuencias negativas de la exposición a la violencia en los niños. Además de atenuar el impacto negativo de la exposición de la violencia sobre los niños, las intervenciones destinadas a mejorar el funcionamiento de la familia y el acceso a servicios de soporte parecen ser útiles en la reducción del uso de castigos corporales.

También es importante que las agencias gubernamentales y no gubernamentales (por ejemplo, organizaciones sociales, centros académicos y de investigación) unifiquen sus esfuerzos y actúen proactivamente con el fin de prevenir/reducir el acontecimiento de la violencia social. Como ejemplo, el Consejo Nacional de Secretarios de Salud del Brasil (CONASS), en colaboración con sus asociados, ha compilado una serie de estrategias de intervención y programas de política para abordar y prevenir la violencia. La implementación de campañas de educación pública, la promoción de la capacitación de equipos de programas de salud familiar, y los cambios en la legislación para reducir la violencia sobre la marcha son partes de sus propuestas para abordar la violencia social. Finalmente, los responsables de formular políticas deberían estar atentos a la manera cómo las políticas presentes y futuras ejercen influencias sobre las causas de conflictos armados y, potencialmente, mantienen y refuerzan la exclusión de subgrupos. La protección de todos los miembros de la sociedad y la igualdad de acceso a los recursos deberían figurar entre las prioridades de los gobiernos.

La violencia colectiva y los niños

Joanne Klevens, MD, PhD

Centers for Disease Control and Prevention, EE.UU.

Octubre 2011

Introducción

La violencia colectiva es cualquier tipo de violencia cometida por grupos de individuos o por estados.¹ Se llama violencia social cuando se utiliza para promover una agenda social (por ejemplo, el asesinato de niños de la calle por parte de la policía, violencia de bandas, terrorismo cometido por grupos de odio, racismo estructural), violencia política si se usa por razones políticas (por ejemplo, conflictos armados o actos de terrorismo cometidos por guerrillas o fuerzas paramilitares) o violencia económica al promover una agenda económica (por ejemplo, terrorismo por carteles de drogas, exclusión social de los pobres).¹ Para los fines de este capítulo, se tratarán los tres tipos de violencia colectiva teniendo en cuenta que las diferencias en la agenda de los agresores pueden no ser pertinentes al considerar sus impactos sobre la salud de los niños. Sin embargo, aunque los actos de omisión (por ejemplo, el estado que les priva a los niños del acceso a la educación, salud u otras necesidades básicas) también pueden tener serios impactos sobre la salud y el desarrollo de los niños, el impacto de este tipo de violencia colectiva está más allá del alcance de este capítulo.

La violencia colectiva puede afectar a los niños de corta edad, directamente como víctimas o testigos e indirectamente a través de sus impactos sobre la disponibilidad, la estabilidad y la receptividad de los proveedores de cuidado y su entorno.² Los niños pequeños, de corta edad, pueden ser particularmente vulnerables ante situaciones amenazantes teniendo en cuenta sus capacidades cognitivas y físicas para regular su respuesta psicológica, para reducir la amenaza o retirarse de la situación.³ El impacto de la exposición de los niños a la violencia depende del grado de exposición, la cantidad de apoyo disponible por parte de proveedores de cuidado durante la experiencia y en el periodo subsiguiente, y la cantidad de trastornos en la vida diaria y en la comunidad circundante.^{2,4}

Tema

Se calcula que más de 2 millones de niños en todo el mundo han muerto como resultado directo de los conflictos armados a lo largo de la última década, con al menos tres veces ese número con secuelas de incapacidad permanente o lesiones serias, 20 millones desamparados y otro millón en orfandad o separados de sus familias.⁵ El número de niños expuestos a los conflictos armados también ha incrementado las tasas de mortalidad y morbilidad por muchas causas, (por ejemplo, infección, malnutrición) distintas de las lesiones.⁶ Las tasas de trastornos mentales, específicamente trastorno de estrés postraumático (PTSD), trastornos de depresión y ansiedad, son particularmente altos en entre los niños expuestos.⁷ Además, más de 4 millones de niños menores de cinco años fueron considerados refugiados, internamente desplazados, solicitantes de asilo o apátridas en 2009 debido a conflictos o riesgos de persecución.⁸ Los conflictos armados también pueden destruir o perturbar infraestructuras (por ejemplo, escuelas, sistemas de salud, negocios, producción y distribución de alimentos) y cohesión social, que conducen a inseguridad, impredecibilidad y desórdenes en la vida diaria y familiar, y ruptura en la estructura comunitaria que sustenta el desarrollo saludable del niño.⁹ Aunque menos niños son afectados, el terrorismo (que incluye bombas, secuestros, extorsión)¹⁰ perpetrado por grupos políticos, económicos o sociales, puede tener efectos físicos y mentales similares a los de la exposición a la guerra.^{2,4}

Un gran número de niños son también socialmente excluidos. Por ejemplo, más de 900 millones de personas, muchas de las cuales niños, viven en tugurios alrededor del mundo.¹¹ La mayoría de éstas es excluida de la educación formal, la salud, el transporte, la electricidad, los servicios de saneamiento, el agua potable, una ocupación segura, la participación política, la seguridad y el ejercicio de la ley, lo que aumenta sus riesgos de contraer enfermedades transmisibles, la exposición a toxinas, a los desastres naturales y la estigma.¹¹ Casi 900 millones de personas pertenecen a grupos étnicos y religiosos que sufren discriminación.¹² Las condiciones históricas, las políticas sociales desiguales y los planes económicos injustos han resultado en una mayor probabilidad de que los niños negros y latinos en los EE.UU. vivan en vecindarios segregados y altamente empobrecidos.¹³ La exclusión o la discriminación sistemática de un grupo de la población crea un estrés crónico, un riesgo creciente de exposición a la adversidad y a las toxinas, y reduce el acceso a los servicios, recursos y opciones saludables, lo que conduce a una gran cantidad de problemas de salud a lo largo del ciclo vital.¹⁴⁻¹⁵

Problemas

La investigación y la intervención en violencia colectiva son afectadas por:

1. La falta de definiciones claras y uniformes para algunos tipos de violencia colectiva, tales como la exclusión social;
2. La falta de estadísticas confiables con respecto al número y las características de los niños afectados;
3. Las dificultades prácticas significativas para la recolección de datos confiables durante o en el periodo posterior a un conflicto armado;
4. Datos colectivos que impiden ver claramente las condiciones de poblaciones marginalizadas, desamparadas o flotantes;
5. Vacíos en el conocimiento de las causas radicales o próximas y la efectividad de las intervenciones para impedir que ocurran o para mejorar su impacto.

Contexto de la investigación

Aunque las investigaciones sobre el impacto de la violencia colectiva son limitadas, cuentan con la información resultante de la abundancia de investigaciones sobre la exposición de niños a otras formas de trauma y estrés tales como el maltrato infantil, la violencia doméstica y la pobreza. Esta investigación, desde la perspectiva social, del comportamiento, de las neurociencias, la biología molecular, la genómica y los modelos animales, convergen claramente hacia los efectos negativos de la adversidad grave y crónica para los niños de corta edad.¹⁶

Interrogantes claves de la investigación

¿Cuáles son los determinantes subyacentes y desencadenantes de la violencia colectiva? Los estudios transversales que usan grandes muestras han identificado correlatos para la aparición de conflictos armados (por ejemplo, la pobreza y la inequidad; inestabilidad política, las instituciones democráticas débiles; la disponibilidad de oportunidades rentables tales como drogas o minerales ilícitos, extracción de minerales o petróleo en medio de altos niveles de desempleo; la existencia de grupos de población que han sido objeto de exclusión o discriminación; vecinos propensos a la guerra)¹⁷⁻²⁶ e incidentes de terrorismo (por ejemplo, la pobreza y la inequidad, la represión de derechos políticos o civiles, migración y cambios en el equilibrio étnico, religioso o social de una sociedad; desposeimiento y abusos contra los derechos humanos; un gran número de jóvenes urbanizados y desempleados),²⁷⁻²⁹ sin embargo, como estos están basados en un conjunto finito de incidentes de conflictos armados o terrorismo, es difícil probar la consistencia de estas asociaciones y la importancia relativa de los distintos correlatos depende de la especificación del

modelo. Hasta donde sea posible, se necesitan revisiones sistemáticas para identificar los factores consistentes; Se necesitan análisis estadísticos más complejos para establecer la fortaleza de los factores identificados en estudios aislados o con efectos inconsistentes (por ejemplo, los procesos de democratización, la exclusión social, asociaciones étnica o racialmente segregadas, desastres naturales, escasez de recursos y acaparamiento) al igual que moderadores y mediadores contextuales. Además, las incertidumbres teóricas en cuanto a las causas de la violencia colectiva sugieren la necesidad de seguir identificando y examinando nuevos factores potenciales, en especial las causas subyacentes (por ejemplo, valores culturales, sistemas económicos). Los estudios que aclaran la cadena causal de eventos o los mecanismos potenciales serían útiles para identificar estrategias potenciales y oportunidades de prevención. En el caso de la exclusión social o la discriminación, hay descripciones de las causas potenciales para su surgimiento en algunas comunidades y estudios que identifican sus determinantes individuales, pero se necesitan investigaciones que identifiquen los factores que contribuyan al mantenimiento del racismo y la discriminación estructurales, para poder desarrollar las intervenciones.

¿Qué tipos de intervenciones prevendrían o controlarían efectivamente la violencia colectiva? Algunos de los correlatos tanto del conflicto armado como del terrorismo son potencialmente modificables (por ejemplo, la pobreza, la inequidad, la exclusión). Investigaciones sobre estrategias efectivas posibles (por ejemplo, alta calidad de educación en la primera infancia; empleo pleno con remuneración adecuada; protección universal contra pérdida de ingresos debido al desempleo, enfermedad, incapacidad, vejez o embarazo; cuidado de los niños o cuidado de los miembros incapacitados de la familia; cobertura universal de salud, educación, saneamiento y agua; políticas económicas y sociales redistributivas; acceso al crédito) para reducir la pobreza y la inequidad están aumentando³⁰⁻³¹ pero se podría identificar y evaluar más estrategias. Estrategias para reducir la exclusión social y la discriminación (por ejemplo, acciones afirmativas, desegregación de escuelas y de vecindarios) en los EE.UU. han sido intentados con resultados muy diversos.³²⁻³⁴ Otras estrategias con el potencial para eliminar o reducir la exclusión social (por ejemplo, la reducción de políticas o acciones que apuntan o se limitan a grupos específicos, el suministro universal de protección social y servicios esenciales de igual calidad, coordinación intersectorial en políticas y acciones, promoción y protección de los derechos humanos, promoción y apoyo para empoderamiento comunitario auténtico, gobierno participativo³⁵⁻³⁶) necesitan ser evaluadas. Asimismo, aunque hay estudios que examinan los factores que conducen a intervenciones tempranas en situaciones de conflicto armado (por ejemplo, los efectos sobre civiles, intentos previos de mediación; los costos de seguridad de los intervinientes,

las relaciones con el transgresor, y la vulnerabilidad militar y económica³⁷⁻³⁸), también se requieren estudios que evalúen la efectividad y los efectos adversos potenciales de las diferentes intervenciones (por ejemplo, sanciones, diplomacia, misiones de paz y militares).

¿Qué intervenciones reducen efectivamente los impactos de la violencia colectiva en niños? Aunque los gobiernos y las agencias no gubernamentales tienden a responder a la violencia colectiva mediante el suministro de las necesidades básicas y los servicios de salud,⁹ no se ha respondido a todos los tipos de violencia colectiva (por ejemplo, la discriminación) y cuando hay una respuesta, a veces es demasiado lenta, insuficiente y no equitativa. Además, porque el papel del proveedor de cuidados media y modera el impacto de la violencia colectiva en los niños,² las intervenciones a nivel comunitario y de sociedad que faciliten o apoyen el papel del proveedor de cuidados deberían ser implementadas y evaluadas. Finalmente, aunque las investigaciones limitadas sugieren que las intervenciones preventivas sistemáticas son efectivas para disminuir el PTSD (trastorno de estrés postraumático) y los síntomas depresivos entre los niños de mayor edad traumatizados por conflictos armados o terrorismo, sólo cuatro han sido evaluadas rigurosamente y no se ha desarrollado ninguna para niños de corta edad.⁴⁰

Resultados de las investigaciones recientes

Las condiciones tales como el desplazamiento forzado, la exclusión o la segregación social, especialmente cuando conducen a la pobreza o son agravadas por ésta, pueden crear estrés crónico severo e incontrolable para niños en edad temprana, y si este estrés no es atenuado por proveedores de cuidados seguros, estables y receptivos, puede convertirse en “estrés tóxico.”⁴¹ El estrés tóxico sufrido durante los periodos sensibles del crecimiento temprano impacta la estructura y la función cerebrales, recalibrando el umbral para la activación del sistema de respuesta al estrés y perturbando los sistemas inmune y endocrino y las respuestas inflamatorias. Estos cambios relacionados con el estrés afectan la atención, la capacidad de toma de decisiones, el control de los impulsos, la regulación emocional y los procesos fisiológicos que contribuyen a una mayor susceptibilidad futura con respecto a la inestabilidad emocional, la ansiedad y los trastornos depresivos, problemas de aprendizaje, la agresión, la drogadicción, las enfermedades transmitidas sexualmente, la obesidad, el asma, las infecciones respiratorias, las enfermedades de corazón, pulmón e hígado.^{3,16}

Vacíos en la investigación

El desarrollo y la evaluación de las intervenciones para impedir que ocurra la violencia colectiva, tal como en los conflictos armados y el terrorismo, en primer lugar, debería ser una prioridad. Sin embargo, como las intervenciones preventivas están basadas en la identificación y la comprensión de los factores y mecanismos causales, se necesitan investigaciones que utilicen una combinación de métodos históricos, cualitativos y cuantitativos para colmar estos vacíos. Las intervenciones que tratan las causas radicales tienden más a tener impactos mayores y a largo plazo, pero los factores que motivan a los gobiernos para implementar estas intervenciones potenciales tendrían que ser identificados. Mientras tanto, los investigadores también pueden considerar la evaluación de las intervenciones para mejorar el impacto de la violencia colectiva en los niños. Los factores que contribuyen a la persistencia y reproducción de la exclusión social de las poblaciones, deben ser identificados y se necesitan intervenciones para modificar estos factores.

Conclusiones

La violencia colectiva incluye cualquier violencia física, sexual o psicológica cometida por grupos más grandes de individuos o por Estados. Demasiados niños alrededor del mundo están expuestos a diferentes formas de violencia colectiva tales como conflictos armados, terrorismo y exclusión, discriminación o racismo. La exposición directa o indirecta de niños de corta edad (a través de su impacto sobre proveedores de cuidado) a la violencia colectiva tiene consecuencias serias a lo largo de toda la vida, para el desarrollo cognitivo, emocional y social, y para la salud física y mental de los niños. Además de las lesiones fatales y no fatales, la violencia colectiva puede conducir a riesgos crecientes de infecciones y enfermedades crónicas y a una creciente mortalidad a través de varios mecanismos tales como el estrés tóxico, el acceso reducido a recursos y servicios o la creciente exposición a riesgos. Porque el papel del proveedor de cuidados puede amortiguar el impacto de estas exposiciones sobre los niños, se debe llevar a cabo las intervenciones para facilitar y promover la provisión de cuidados segura, estable y receptiva. Los esfuerzos de investigación deben centrarse en el desarrollo y la evaluación de intervenciones para la prevención primaria de la violencia colectiva. Estas intervenciones preventivas deben estar basadas en una mejor comprensión de las causas radicales e inmediatas y en su secuencia dentro de la cadena causal de eventos.

Implicaciones para los padres, los servicios y las políticas

Los padres pueden ayudar a atenuar las consecuencias de la exposición de los niños a la violencia colectiva mediante la provisión de un cuidado seguro, estable y receptivo. Los padres también pueden pensar en abogar por condiciones que faciliten una crianza adecuada y que prevengan la ocurrencia de violencia colectiva. Los servicios deben proporcionar el apoyo que los padres necesitan para poder seguir proporcionando un cuidado seguro, estable y receptivo a sus hijos (por ejemplo, un techo adecuado y estable, un ambiente seguro, suficientes alimentos, agua limpia, servicios de saneamiento, servicios de salud incluyendo servicios de salud mental para tratar problemas tales como el PTSD-trastorno de estrés postraumático-, y trabajos significativos). Los responsables de diseñar políticas deberían examinar las políticas presentes y futuras para determinar su influencia potencial sobre las causas sospechadas de los conflictos armados y del terrorismo al igual que su influencia sobre el mantenimiento de la discriminación o la exclusión de subgrupos de la población. Los gobiernos deberían proteger a todos los miembros de la sociedad y garantizar igual acceso a las condiciones necesarias para la salud.

Referencias

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization; 2002.
2. Shaw JA. Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2003;6:237-246.
3. National Scientific Council on the Developing Child (2010). *Persistent Fear and Anxiety Can Affect Young Children's Learning and Development: Working Paper No. 9*.
4. Pine DS, Costello J, Masten A. Trauma, Proximity, and Developmental Psychopathology: The Effects of War and Terrorism on Children. *Neuropsychopharmacology* 2005;30(10):1781-1792.
5. UNICEF. Child protection from violence, exploitation, and abuse. UNICEF. www.unicef.org/protection/index_armedconflict.html Updated January 31, 2011.
6. Carlton-Ford S, Boop D. Civil War and Life Chances: A Multinational Study. *International Sociology* 2010;25(1):75-97.
7. Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F, Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war. A systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict, & Survival* 2009;25(1):4-19.
8. United Nations High Commissioner for Refugees. 2009 Global trends. Refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced, and stateless persons. United Nations High Commissioner for Refugees; Published June 2010.
9. Zarnegar Z. Separation and loss due to political and social conflict. *Zero to Three* 2011;31(3):52-57.
10. Jenkins BM. The new age of terrorism. Rand. Available at http://www.rand.org/pubs/reprints/2006/RAND_RP1215.pdf. Accessed October 4, 2011.
11. United Nations Millennium Project. A home in the city: Task force report on improving the lives of slum dwellers (2005). Available at http://www.unmillenniumproject.org/reports/tf_slum.htm. Accessed October 4, 2011.
12. UNICEF. *The state of the world's children, 2006. Excluded and invisible*. New York: UNICEF; 2006
13. Acevedo-Garcia D, McArdle N, Osypuk TL, Lefkowitz T, Krimgold BK. *Children left behind*. Center for the Advancement of Health at Harvard School of Public Health. (2007) Available at: <http://diversitydata->

archive.org/Downloads/children_left_behind_final_report.pdf Accessed October 4, 2011

14. Williams DR, Collins C. *Racial residential segregation: A fundamental cause of racial disparities in health. Public Health Reports.* 2001;116:404-416.
15. Williams DR, Mohammad SA. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and much needed research. *J Behav Med* 2009;32:20-47.
16. Center on the Developing Child at Harvard University. The Foundations of lifelong health are built in early childhood. (2010) Available at: http://developingchild.harvard.edu/library/reports_and_working_papers/foundations-of-lifelong-health/ Accessed October 4, 2011.
17. Fearon JD, Laiton DD. Ethnicity, insurgency, and civil war. *American Political Science Review* 2003;97(1):75-90.
18. Collier P, Hoeffler A. Greed and grievance in civil wars. *Oxford Economic Papers* 2004;56(4):563-595.
19. Hegre H, Sambanis N. Sensitivity analysis of empirical results of civil war onset. *J Confl Res* 2006; 50(4):508-535.
20. Rustad SC, Buhaug H, Falch A, Gates S. All Conflict is Local. Modeling Sub-National Variation in Civil Conflict Risk. *Conflict Management and Peace Science.* 2011;28(1):15-40.
21. Cederman LE, Hug S, Krebs LF. Democratization and civil war: Empirical evidence. *Journal of Peace Research* 2010;47(4):377-394.
22. Bleaney M, Dimico A. How different are the correlates of onset and continuation of civil wars? *J Peace Res.* 2011; 48(2): 145-155.
23. Thiesen, OM. Blood and Soil? Resource Scarcity and Internal Armed Conflict Revisited. *J Peace Res* 2008;45(6): 801-818.
24. Cederman LE, Wimmer A, Min B. Why do ethnic groups rebel? New data and analysis. *World Politics* 2010; 62(1)87-119.
25. Cederman LE, Girardin L. Beyond fractionalization: Mapping ethnicity onto nationalist insurgencies. *American Political Science Review* 2007;101(1):173-185.
26. Østby G, Nordås R, Rød JK. Regional inequalities and civil conflict in 21 sub-Saharan countries, 1986-2004. *International Studies Quarterly* 2009;53(2):301-324.
27. Danzell OE. Political Parties: When Do They Turn to Terror? *Journal of Conflict Resolution* 2011; 55(1):85-105.
28. Piazza JA. Rooted in Poverty?: Terrorism, Poor Economic Development, and Social Cleavages. *Terrorism and Political Violence.* 2006;18(1):159-177.
29. Newman E. Exploring the "root causes" of terrorism. *Studies in Conflict and Terrorism* 2006;29:749-772.
30. United Nations Research Institute for Social Development. *Combating poverty and inequality: Structural change, policies, and politics.* Geneva, Switzerland; 2010.
31. Dow WH, Schoeni RF, Adler NE, Stewart J. Evaluating the evidence-base: Policies and interventions to address the socioeconomic gradients of health. *Ann N.Y. Acad Sci* 2010;1186:240-251.
32. Fischer MJ, Massey, DS. The effects of affirmative action in higher education. *Social Science Research* 2007;36:531-549.
33. Pickren w. (Guest editor). Special Issue on Fifty Years On: Brown v. Board of Education and American Psychology, 1954-2004. *Amer Psych* 2004;6:493-556.
34. Fauth R C, Leventhal T, Brooks-Gunn J. Welcome to the neighborhood? Long-term impacts of moving to low-poverty neighborhoods on poor children's and adolescents' outcomes. *Journal of Research on Adolescence* 2007;17: 249-284
35. Lawrence K, Anderson AA, Susi G, Sutton S, Kubisch AC, Codrington R. Constructing a racial equity theory of change. A practical guide for designing strategies to close chronic racial outcome gaps (2009). Available at: <http://www.aspeninstitute.org/sites/default/files/content/images/Roundtable on Community Change RETOC.pdf> Accessed October 4, 2011.

36. Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L on behalf of the WHO Social Exclusion Knowledge Network. Understanding and tackling social exclusion. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, February 2008. Available at: http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final_report_042008.pdf. Accessed October 4, 2011.
37. Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
38. Rost N, Grieg JM. Taking matters into their own hands: An analysis of the determinants of state-conducted peace-keeping in civil wars. *J Peace Res* 2011;48(2):171-184.
39. Van der Maat E. Sleeping hegemony. Third-party intervention following territorial integrity transgressions. *J Peace Res* 2008;45(6):801-818.
40. Peltonen K, PunamRL. Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: a literature review. *Aggr. Behav.* 36:95-116, 2010
41. National Scientific Council on the Developing Child (2005). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper No. 3.*

Los efectos de la violencia comunitaria sobre el desarrollo del niño

Nancy G. Guerra, EdD^a, Carly Dierkhising, MA^b

University of Delaware, EE.UU.^a, University of California at Riverside, EE.UU.^b

Noviembre 2011

Introducción

Las comunidades en las que los infantes crecen pueden tener un efecto profundo en los adultos en que se convertirán. Muchos niños son criados en un ambiente tranquilo y acogedor con una profusión de recursos. En el otro extremo del espectro, muchos niños crecen bajo condiciones de adversidad. Esto se traduce frecuentemente en la ausencia de los recursos básicos que se necesitan para el desarrollo. Pero la adversidad también puede reflejar la exposición elevada a los acontecimientos negativos que dan forma a los resultados de vida.

La exposición a la violencia comunitaria está entre las experiencias más perjudiciales que pueden vivir los niños, que afectan su forma de pensar, sentir y actuar. *La violencia comunitaria* se refiere a la violencia interpersonal en la comunidad que no es cometida por un miembro de la familia y que tiene la intención de causar daño. Puede ser un subproducto de distintas circunstancias, que abarca desde el crimen y violencia en el vecindario, hasta en los conflictos o guerras civiles continuas. *La exposición a la violencia* se define como una experiencia indirecta de violencia (por ejemplo, escuchar hablar de la violencia), ser víctima directa de un acto violento, o presenciar violencia que involucra a otros.¹

Tristemente, en los EE.UU. e internacionalmente, demasiados niños y jóvenes sufren la exposición a altos niveles de violencia comunitaria. Por ejemplo, en una encuesta a escala nacional en los EE.UU., el 55% de los adolescentes tuvo algún tipo de exposición a la violencia comunitaria.² Actualmente en los EE.UU, el homicidio es la segunda causa de más grande importancia de la muerte de jóvenes con edades entre 10 y 24 años de edad, aunque estas cifras incluyen la violencia familiar y otras formas de victimización violenta.³ Estas altas tasas se extienden a implicaciones con tipos menores de violencia. Por ejemplo, según la “Encuesta sobre los comportamientos de riesgo entre los jóvenes”, realizada anualmente, con representatividad nacional de estudiantes de secundaria, el 32% de los jóvenes afirman que han estado en una o

más peleas físicas durante el último año.³ aunque la violencia atraviesa líneas sociales y demográficas, la exposición a la violencia comunitaria es más alta en zonas urbanas deprimidas y vecindarios urbanos pobres.¹

Resultados de las investigaciones

¿Cuál es el impacto de la exposición sobre el desarrollo infantil? Un mensaje claro es que “La violencia engendra violencia”- Los niños sometidos a la violencia tienen más probabilidad de quedar atrapados en un ciclo de violencia que conduce a futuros comportamientos violentos, incluyendo la agresión, la delincuencia, crímenes violentos y abuso infantil.⁴ Esto es válido para todo tipo de exposición a la violencia infantil incluyendo, pero sin limitarse a, la violencia comunitaria.

Además, se ha considerado que la exposición a la violencia contribuye a problemas de salud mental durante la niñez y la adolescencia. Los trastornos psiquiátricos incluyendo la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (PTSD) se encuentran con más frecuencia entre jóvenes expuestos a la violencia comunitaria.⁵ Muchos niños tienen más de un síntoma o trastorno. Por ejemplo, en una encuesta nacional sobre la exposición de los adolescentes a la violencia, casi la mitad de los muchachos diagnosticados con PTSD mostraron un diagnóstico de depresión comórbida, y casi una tercera parte tenía trastornos comórbidos por usos de estupefacientes. Entre las muchachas diagnosticadas con PTSD, más de dos tercios tenían también un diagnóstico de depresión comórbida y un cuarto sufría de trastornos comórbidos por usos de drogas.⁶

Se ha revelado que los síntomas de PTSD tienen una relación escalonada con la exposición a la violencia comunitaria donde los niveles más altos tienen que ver con la expresión creciente de síntomas.² En la adolescencia, los síntomas de PTSD pueden manifestarse como comportamientos externalizantes cuando los jóvenes están hiperexcitados y demasiado sensibles ante amenazas percibidas; a la inversa, los jóvenes pueden parecer deprimidos e introvertidos. Los estudios encuentran típicamente diferencias de género en los resultados, con los muchachos que se vuelven más agresivos y las muchachas más deprimidas como resultado de la exposición a la violencia comunitaria.⁷

Además de documentar el impacto de la violencia sobre los resultados en los niños, un conjunto reciente de investigaciones ha examinado el proceso subyacente de la heterogeneidad de este

impacto, y particularmente para niños de diferentes edades. La exposición a la violencia tiene influencias sobre el desarrollo en muchos campos y en diferentes etapas. Puede tener impacto sobre el desarrollo neurológico, físico, emocional y social de los niños, y frecuentemente conducen a una avalancha de problemas que interfieren con la adaptación.

Para los niños muy jóvenes, de corta edad, la exposición repetida a la violencia comunitaria puede contribuir a problemas que forman relaciones positivas y confiadas necesarias para que los niños exploren su entorno y desarrollen un sentido de confianza en ellos mismos.⁸ Las dificultades que forman estas relaciones vinculantes pueden interferir con el desarrollo de un sentido básico de confianza y pueden comprometer futuras relaciones en la edad adulta. Una inquietud particular es el efecto de estas experiencias sobre el cerebro en desarrollo del niño. Además, como el cerebro se desarrolla de manera secuencial, los trastornos en la vida temprana pueden poner en marcha una cadena psicológica de desarrollo que se vuelve cada vez más difícil de interrumpir. Para los niños que son “incubados en el terror,” las adaptaciones neurobiológicas que permiten al niño sobrevivir en entornos violentos pueden a la larga conducir a la violencia y a problemas de salud mental incluso cuando ya no se puedan adaptar.⁹

La supervivencia humana depende de la activación de la respuesta de “la reacción de luchar o fugarse” ante amenazas potenciales. Aun para muchos niños, la exposición elevada a la violencia comunitaria crea un estado constante de miedo, que activa el aparato de respuesta al estrés en el sistema nervioso central. Esto presagia un cúmulo de resultados problemáticos, incluyendo la hipersensibilidad a estímulos externos, una creciente respuesta de sobresalto y problemas que afectan la regulación.¹⁰ Estas reacciones crean el marco para problemas de salud mental, cogniciones distorsionadas y problemas de comportamiento.

La relación entre la exposición a la violencia comunitaria, el desarrollo cognitivo social, y el comportamiento se ilustra mejor en el examen de los mecanismos involucrados en el ciclo de la violencia. Mientras los niños crecen y desarrollan una comprensión cognitiva más sofisticada del mundo social, el plano del desarrollo neurológico vinculado a la exposición temprana a la violencia puede traducirse fácilmente en una visión distorsionada del mundo. Para algunos niños (en particular niños), puede conducir a la hipervigilancia ante las amenazas, la atribución errónea de intención o voluntad para aprobar la violencia.¹¹ Mientras estos patrones de cognición se vuelven cada vez más estables con el tiempo, pueden conducir a patrones característicos de pensamiento y acción relacionados con comportamiento agresivo y violento.¹² En esencia, estos esquemas internalizados acerca de la necesidad y de la conveniencia de la agresión, sirven como los

mecanismos a través de los cuales la violencia comunitaria contribuye a la agresividad y la violencia en el futuro.¹³

Vacíos de la investigación

La violencia comunitaria no ocurre en el vacío. Ocurre con frecuencia en conjunción con otros tipos de violencia. En particular para los niños de corta edad, la familia es la fuente primaria de exposición a la violencia, aunque frecuentemente esta exposición es mayor para los niños que viven en comunidades de alta violencia.^{8,9} Aunque algunos estudios previos han abordado mas ampliamente la importancia del contexto ecológico, todavía es el caso de que muchos estudios examinan los efectos de la exposición dentro de un solo contexto. Además, los niños y jóvenes expuestos a altos niveles de violencia comunitaria generalmente sufren de otros agentes estresantes o factores de riesgo en sus comunidades, en sus familias o entre sus semejantes. Es importante que los estudios desenreden los efectos de múltiples experiencias estresantes sobre el desarrollo y ello para identificar igualmente la contribución excepcional de la exposición a la violencia.

En general, la investigación ha considerado la “exposición a la violencia” como un solo fenómeno, con pocos estudios que examinan los efectos excepcionales de oír hablar de violencia, de presenciarla o de ser víctima de ella. Estos efectos también pueden variar según la edad. Teniendo en cuenta su importancia crítica para la prevención y la intervención, las futuras investigaciones se pueden basar en estudios sobre la resiliencia (adaptación frente a la adversidad), para destacar los factores individuales y contextuales que fomentan la adaptación en entornos violentos (aunque claramente una mejor solución sería de disminuir los niveles de exposición a la violencia). De hecho, la mayoría de los jóvenes expuestos a la violencia comunitaria no sufren efectos negativos.¹⁴

Conclusiones

En los EE.UU. y a escala internacional, los niños están expuestos frecuentemente a altos niveles de violencia comunitaria. Algunas encuestas recientes calculan que más del 50% de los niños y jóvenes han sufrido algún nivel de exposición a violencia comunitaria. Esta experiencia ha tenido un impacto negativo sobre el desarrollo, lo que conduce a problemas emocionales, sociales y de comportamiento crecientes. Una conclusión de peso es la relación entre la exposición a la violencia y la posterior agresión y violencia, conocida como “ciclo de violencia”. En otras palabras,

los niños que ven o sufren alrededor de ellos son más propensos a usar violencia al crecer y al llegar a la edad adulta. Los efectos de la exposición a la violencia son particularmente problemáticos para los niños pequeños y son considerados elementos que afectan adversamente el desarrollo cerebral. Los trastornos a temprana edad pueden poner en marcha una cadena psicológica de desarrollo que se vuelve cada vez más difícil de interrumpir. Además de los niveles más altos de comportamiento agresivo, los trastornos psiquiátricos incluyendo depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (PTSD) se encuentran con más frecuencia entre jóvenes expuestos a la violencia comunitaria. Sin embargo, la mayoría de los jóvenes que crecen en entornos violentos no desarrollan problemas de salud mental o de comportamiento, aunque se necesita más investigación para comprender los procesos específicos de capacidad de recuperación.

Implicaciones para los padres, los servicios y las políticas

No hace falta mencionar que la respuesta más importante a la exposición a la violencia comunitaria es de trabajar mancomunadamente para reducir la violencia en el entorno donde crecen los niños. Hay muchos ejemplos de estrategias efectivas basadas en la comunidad para reducir la violencia. Los padres también pueden limitar la exposición de los niños a la violencia, incluso en vecindarios más violentos, mediante el monitoreo y la supervisión de sus actividades. También pueden restringir la exposición a la violencia en otros entornos, por ejemplo, limitando la exposición de los niños a la televisión, el cine y los videojuegos violentos. Teniendo en cuenta que la exposición a la violencia afecta a la reactividad del estrés del niño, los programas de prevención e intervención que ayudan a los niños a comprender y manejar su estrés son ingredientes importantes para la promoción de la capacidad de recuperación y de adaptación para los niños expuestos a la violencia.

Referencias

1. Richters, J. E., and Martinez, P. E. (1993). The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, 56, 7-21.
2. McCart, M., Smith, D. W., Saunders, B. E., et al. (2007). Do urban adolescence become desensitized to community violence? Data from a National Survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 3, 434-442.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2011). Youth violence statistics. Available at: http://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/stats_at-a_glance/index.html. Accessed November 11, 2011.
4. Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
5. Sheidow, A., Gorman-Smith, D., Tolan, P. H., & Henry, D. (2001). Family and community characteristics: Risk factors for violence exposure in inner-city youth. *Journal of Community Psychology*, 29, 345-360.

6. Kilpatrick, D. G., Smith, D. W., Saunders, B. E. et al. (2007). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 692-700.
7. Attar, B., Guerra, N. G., & Tolan, P. (1994). Neighborhood disadvantage, stressful life events, and adjustment in elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*, 394-400.
8. Osofsky, J. D. (1995). The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist, 50*, 782-188.
9. Perry, B. D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the 'cycle of violence.' In J. Osofsky (Ed.), *Children, youth, and violence: The search for solutions* (pp. 124-148). New York: Guilford Press.
10. Pynoos, R. (1990). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. In B. Garfinkel, G. Carlson, & E. Weller (Eds.). *Psychiatric disorders in children and adolescents* (pp. 48-63). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
11. Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology/Annual Reviews. Vol. 51*, 445-479.
12. Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*, 74-101.
13. Guerra, N. G., Huesmann, L. R., & Spindler, A. (2003). Community violence exposure, social cognition, and aggression among urban elementary-school children. *Child Development, 74*, 1507-1522.
14. Guerra, N. G. (1997). Intervening to prevent childhood aggression in the inner city. In J. McCord (Ed.), *Violence and childhood in the inner city* (pp. 256-312). Guggenheim Foundation/Cambridge University Press.

Los efectos de la violencia física familiar y comunitaria sobre el desarrollo del niño

Holly Foster, PhD^a, Jeanne Brooks-Gunn, PhD^b

Texas A&M University, EE.UU.^a, Columbia University, EE.UU.^b

Octubre 2011

Introducción

La exposición a la violencia en la vida de los niños incluye tanto las formas indirectas, al presenciar, y las formas directas de victimización dentro de contextos familiares y comunitarios. La violencia incluye formas físicas, emocionales y sexuales. Aquí nos centramos fundamentalmente en la exposición a la violencia física. La violencia comunitaria incluye actos destinados a causar daños físicos contra una persona en la comunidad.¹ La mayoría de las investigaciones sobre violencia comunitaria se ha llevado a cabo en los EE.UU.,² que señala que cerca del 25% de los niños con edades de 2 a 17 años están sometidos a esta exposición.³ Datos internacionales recientes muestran altos niveles entre los niños de 8 a 13 años en Ciudad del Cabo, África del Sur, en donde el 40% ha presenciado el asesinato de alguien en su vecindario.⁴ Hay datos comparativos transnacionales en el proyecto de *World Studies of Abuse in the Family Environment* (WorldSAFE) donde se calcula que el 4% de los niños en EE.UU. y Chile ha sido golpeado con un objeto (no en las nalgas).⁵ La exposición a esta forma de agresión física de padres a niños se calcula en 26% de los niños en Egipto, 36% de los niños en las áreas rurales en la India, y el 21% de los niños en Filipinas.⁵ Los cálculos de amenazas a niños con un cuchillo o un revólver o el estrangulamiento de un niño son de modo uniforme bajos en todos los países y oscilan entre 0 y 2%.⁵ Según los cálculos globales de las investigaciones internacionales, entre 133 y 275 millones de niños presencian violencia en casa anualmente.² Los cálculos en los países desarrollados oscilan entre 4.6 a 11.3 millones, con cálculos de 40.7 a 88 millones en el sur de Asia, 34.9 a 38.2 millones en África Sub-Sahariana, y 11.3 a 25.5 millones en América Latina y el Caribe.²

Tema

Las investigaciones han revelado los efectos perjudiciales omnipresentes de la exposición a la violencia en problemas internalizantes (por ejemplo, síntomas depresivos/de ansiedad),

externalizantes (por ejemplo, comportamientos agresivos), y consecuencias sociales y educativas en toda la infancia y la adolescencia.⁶⁻⁹ Las investigaciones recientes también han revelado estrechas relaciones entre la exposición a la violencia comunitaria y el asma en niños^{10,11} incluyendo el resuello entre los preescolares.¹² Los efectos se podrán resumir aún más por el tipo de exposición a la violencia. Primero, en los múltiples estudios, un meta-análisis reciente reveló que la exposición total a la violencia comunitaria se prevé más acertadamente externalizando los problemas que internalizándolos, con los efectos más marcados para trastorno de estrés postraumático (PTSD).¹³ Dentro de los subtipos de exposición a la violencia comunitaria, el meta-análisis reveló que la victimización directa tuvo efectos más fuertes que el haber presenciado violencia sobre problemas internalizantes. La victimización tuvo efectos más fuertes sobre problemas externalizantes que el haber escuchado hablar de violencia comunitaria. Finalmente, los tamaños de los resultados varían según la edad. Se descubrieron resultados de violencia comunitaria más fuertes entre adolescentes que entre niños. Sin embargo, después de tomar en cuenta las características del estudio, los análisis más a fondo sugirieron efectos más fuertes de violencia comunitaria sobre problemas externalizantes entre adolescentes (en edades entre 12 a 25), mientras que se descubrieron efectos más fuertes entre niños (en edades de 11 años y menores), en comparación con adolescentes, en lo concerniente con problemas internalizantes.¹³

Segundo, con respecto a la agresión de padres a niños, se han descubierto efectos perjudiciales sobre los problemas de internalización, externalización y académicos.^{14,15,8} Quitando otras victimizaciones, el maltrato infantil tuvo el efecto relativo más fuerte sobre síntomas depresivos entre niños de 2 a 9 años y de 10 a 17 años.¹⁶ Las revisiones demuestran un vínculo perjudicial omnipresente entre exposición a la violencia doméstica y problemas de comportamiento.¹⁷

Tercero, las investigaciones recientes también apuntan al papel de múltiples exposiciones a violencia sobre los resultados en los niños. Las investigaciones en “poli-victimización” definida como cuatro tipos diferentes de victimización en el año anterior, aumentan los síntomas traumáticos (por ejemplo, ira, depresión y ansiedad).¹⁸ Otro estudio reveló que los jóvenes que fueron victimizados en múltiples ocasiones obtuvieron notas más bajas que aquellos jóvenes mínimamente victimizados y aquellos victimizados básicamente por sus compañeros.¹⁹

Problemas

Se requiere más investigación sobre los efectos de la exposición a la violencia a través del tiempo. Esto requeriría de estudios longitudinales. Estos estudios aislarían mejor las influencias de la exposición a la violencia teniendo en cuenta también otras adversidades y dando prioridad a los

problemas de comportamiento.

En la investigación sobre la exposición a la violencia con niños pequeños, la mayoría de los estudios usan muestras altamente desventajosas. Se necesita más investigación sobre la prevalencia y las consecuencias de la exposición a la violencia en la vida de niños de corta edad, en muestras comparativas generales comunitarias.

Además, como las secuelas de la exposición a la violencia revelan ser perjudiciales, hay que proseguir con los estudios para incluir una amplia gama de efectos. Se necesitan más investigaciones transnacionales sobre violencia comunitaria.

Contexto de la investigación

La investigación sobre la violencia comunitaria y familiar necesita ser comprendida en relación con los factores de riesgo de la exposición. La exposición a la violencia varía según el vecindario, la familia y los factores individuales. Los niveles más altos de agresiones de padres a niños tienen que ver con vivir en contextos de vecindarios económicamente desventajosos al igual que aquellos con altos niveles de crímenes violentos.²⁰ La situación socioeconómica y la estructura familiar son también factores de riesgo para la exposición a la violencia en el ámbito familiar.^{6,9} La situación socioeconómica es predictiva de exposición a la co-ocurrencia de la violencia.²¹ Las minorías étnicas son más propensas a ser expuestas a la violencia comunitaria.^{6,22} También hay alguna evidencia de diferencias de género, aunque el tipo de violencia que se considera es importante. Hay más probabilidad de que los hombres estén expuestos a la violencia comunitaria.⁶ Sin embargo, algunas investigaciones no revelan ninguna diferencia de géneros en el hogar,²³ mientras que otros estudios revelan que las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de presenciar violencia doméstica.²⁴

Interrogantes claves de la investigación

Los contextos escolar y comunitario son sitios prometedores para la intervención y la prevención de las influencias de exposición a la violencia, pero se necesita más investigación. ¿Qué factores escolares y de vecindario reducen el impacto de la exposición de los niños a la violencia? Además, ¿cuáles factores familiares e individuales atenúan las influencias de la exposición a la violencia en la vida de los niños? ¿Varían los factores atenuantes según la etapa del desarrollo de los niños? ¿Qué factores escolares y del vecindario están relacionados con riesgos y poli-victimización, o la co-ocurrencia de la exposición a la violencia en la vida de los niños? ¿Qué formas de co-

ocurrencia de la violencia se ven dentro de las diferentes etapas de desarrollo en la vida de los niños?

Resultados de investigaciones recientes

Entre los preescolares, la exposición a la violencia comunitaria y a la violencia familiar está relacionada con más resultados de problemas infantiles. Sin embargo, las investigaciones muestran la influencia de los trabajos sobre la exposición a la violencia comunitaria y familiar a través de un modelo “meditacional”, o por una vía de influencias a través de proveedores de cuidados. En este trabajo, se teoriza que la angustia materna es fundamental para los niños preescolares, puesto que a partir de esta lectura es muy probable que ellos sufran de violencia comunitaria en compañía de su madre. Los niños buscan información de su madres, y se cree que la angustia materna, como respuesta a acontecimientos violentos, afecta los resultados del comportamiento de los niños.²⁵ Por ejemplo, entre los niños de corta edad (en edades de 3 a 5) en el programa “Head Start”, se descubrió que la violencia comunitaria aumentó la angustia materna que a su vez aumentó la vacilación de los niños frente a sus semejantes, disminuyó el funcionamiento cognitivo y disminuyó la interacción positiva con sus semejantes.²⁶ En otro estudio, los síntomas depresivos maternos constituyeron parte de la vía a través de la cual la exposición a la violencia comunitaria afecta la angustia infantil entre preescolares.²⁷ En una muestra de alto riesgo entre niños de 3 a 5 años, se descubrió que cada agresión familiar y violencia comunitaria aumentó la angustia materna, que a su vez aumentó los comportamientos problemáticos de los niños.²⁵

Las investigaciones sobre niños de mayor edad apuntan a los factores que “moderan” o atenúan la influencia de la violencia comunitaria, sobre los resultados de los problemas de los niños.^{28, 9} Además, la cohesión familiar atenúa los efectos de la exposición a la violencia comunitaria sobre la perpetración de la violencia contra varones.²⁹ También están surgiendo investigaciones sobre factores protectores en contextos familiares y comunitarios. Un estudio canadiense sobre los efectos del maltrato infantil en la delincuencia violenta, reveló una influencia compensatoria a partir de una intervención escolar: el efecto del riesgo de maltrato fue menor en el grupo que recibía un programa centrado en destrezas y relaciones.³⁰ Este efecto atenuante del programa de intervención escolar fue observado nuevamente dos años después.³¹ Otro estudio sobre juventud en Gambia, África reveló que un clima escolar positivo redujo el efecto de haber visto violencia comunitaria en casos de síntomas de estrés postraumático.³² Finalmente, un estudio con jóvenes indígenas en Canadá encontró resiliencia individual, familiar y comunitaria; cada una atenuó los

efectos de una amplia gama de exposición a la violencia al sufrir de nuevo el conjunto de síntomas de trastornos de la angustia postraumática.³³

Vacíos en la investigación

La exposición de los preescolares a la violencia ha sido objeto de menos atención que los estudios sobre niños de mayor edad, no obstante que es un periodo de desarrollo especialmente importante durante el cual los niños desarrollan destrezas sociales y cognitivas mientras se preparan para la transición a la escolaridad formal.^{26, 27} Se necesitan más investigaciones sobre niños pequeños, en estudios comunitarios a gran escala representativa. Los estudios longitudinales sobre las exposiciones de los preescolares a la violencia y sus consecuencias también se necesitan, para que se puedan examinar los cambios en el comportamiento de los niños a través del tiempo.

Se necesita mayor investigación sobre las vías que conducen desde la exposición a la violencia, hasta las consecuencias de los problemas en diferentes etapas del desarrollo. También se necesita más trabajo sobre las potenciales influencias atenuantes de los recursos escolares y comunitarios, además de los recursos familiares e individuales a lo largo de las etapas de desarrollo. Se ha empezado a hacer investigaciones sobre los recursos comunitarios y escolares con niños de mayor edad, pero estas influencias sobre las vidas de niños menores también deben ser examinadas. Igualmente, los efectos atenuantes de los recursos sociales y comunitarios deben ser sometidos a prueba a lo largo de múltiples tipos de exposición a la violencia. Los estudios tienen que medir los múltiples tipos de exposición a la violencia en el diseño de sus investigaciones. Se necesitan más estudios para examinar los recursos amortiguadores de la exposición a la violencia, en los diseños de investigaciones longitudinales y en resultados múltiples. También se necesitan más investigaciones comparativas a escala internacional.

Conclusiones

La exposición a la violencia ocurre en distintos contextos sociales de la vida de los niños incluyendo las familias y las comunidades y frecuentemente ocurre de manera concurrente en forma de exposiciones múltiples a la violencia. Los niños están expuestos a la violencia a edades tanto tempranas como avanzadas. Los niños que viven en vecindarios y contextos familiares desventajosos se encuentran particularmente en riesgo de exposición a las violencias. Para los niños de corta edad, se han identificado vías donde la exposición a la violencia afecta la salud

mental de los proveedores de cuidados, lo que a su turno afecta los resultados de los niños. Entre los niños de mayor edad, la exposición a la violencia tiene influencias perjudiciales directas sobre una amplia gama de resultados sociales, emocionales y académicas. Están surgiendo algunas investigaciones promisorias sobre características de las familias, las escuelas y las comunidades que amortiguan aún más los efectos de la exposición a la violencia sobre la vida de los niños. El apoyo social surge como un recurso protector para reducir el impacto de la exposición a la violencia comunitaria en la vida de los niños. Adicionalmente, las características de las comunidades y escuelas (por ejemplo, el clima/ambiente de la escuela y la capacidad de resiliencia de la comunidad) surgen igualmente como factores protectores en la reducción de la exposición a la violencia comunitaria y las influencias del maltrato infantil en la vida de niños mayores. Se necesita más trabajo en estos esfuerzos de prevención e intervención en una amplia gama de resultados y grupos de edades de los niños.

Implicaciones para los padres, los servicios y las políticas

Idealmente, se dedicarían más recursos a iniciativas para reducir los niveles generales de exposición a la violencia en comunidades y familias. Sin embargo, están disponibles más políticas y oportunidades de prevención que se desarrollan a partir de los resultados de las investigaciones. Primero, entre los preescolares, puede ser especialmente útil ofrecer apoyo a los proveedores de cuidados expuestos a la violencia.²⁵ Los recursos para apoyo pueden disminuir la angustia de los proveedores de cuidados, lo que a su turno puede reducir los problemas de comportamiento del niño. Segundo, entre los jóvenes de mayor edad, los esfuerzos para apoyar el funcionamiento de la familia pueden reducir la perpetración de la violencia.²⁹ El papel de los recursos atenuantes en todos los contextos que disminuyen el efecto de las exposiciones de violencia sobre los resultados en los niños debería incluir una amplia gama de efectos incluyendo logros educativos. Los factores escolares están surgiendo como recursos protectores entre los jóvenes de mayor edad con conclusiones que surgen de Canadá y de Gambia, África.^{30,33} Se debería investigar más los factores escolares entre niños de menor edad. Los esfuerzos para promover recursos atenuantes comunitarios y escolares son promisorios ya que pueden abarcar una amplia gama de estudiantes. Las conclusiones de las investigaciones sugieren que los recursos en contextos sociales múltiples pueden ser mejor acopiados para reducir el impacto de la exposición a la violencia sobre los niños.²¹

Reconocimiento

Apreciamos mucho el apoyo a nuestro trabajo con la subvención del NICHD (National Institute of Child Health & Human Development) recurso #R01-HD049796-01.

Referencias

1. McCart, MR, Smith, DW, Saunders, BE, Kilpatrick, DG, Resnick, H, Ruggiero, K.J. Do urban adolescents become desensitized to community violence? Data from a national survey. *Am J Orthopsychiatry*. 2007; 77 (3): 434-42.
2. Pinheiro, P.S. *World report on violence against children*. United Nations Secretary-General's Study on Violence Against Children. Geneva, Switzerland, 2006.
3. Finkelhor, D, Turner, H, Ormrod, R, Hamby, SL. Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010; 164 (3): 238-42.
4. Shields, N., Nadasen, K., Pierce, L. A comparison of the effects of witnessing community violence and direct victimization among children in Cape Town, South Africa. *J Interpers Violence*. 2009; 24(7): 1192-1208.
5. Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
6. Buka, SL, Stichick, TL, Birdthistle, I, Earls, F. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *Am J Orthopsychiatry*. 2001; 71 (3): 298-310.
7. MacMillan, R. Violence and the life course: the consequences of victimization for personal and social development. *Annu Rev Sociol*. 2001; 27: 1-22.
8. Margolin, G, Gordis, EB. The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychol*. 2000; 51: 445-79.
9. Foster, H, Brooks-Gunn, J. Toward a stress process model of children's exposure to physical family and community violence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2009; 12 (2): 71-94.
10. Sternthal, MJ, Jun, H-J, Earls, F, Wright, RJ. Community violence and urban childhood asthma: a multilevel analysis. *Eur Respir J*. 2010; 36 (6): 1400-09.
11. Wright, RJ, Mitchell, H, Visness, CM, Cohen, S, Stout, J, Evans, R, Gold, DR. Community violence and asthma morbidity: The inner-city Asthma study. *Am J Public Health*. 2004; 94 (4): 625-632.
12. Berz, JB, Carter, AS, Wagmiller, RL, Horwitz, SM, Murdock, KK, Briggs-Gowan, M. Prevalence and correlates of early onset asthma and wheezing in a healthy birth cohort of 2-3 year olds. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32 (2): 154-66.
13. Fowler, PJ, Tompsett, CJ, Braciszewski, JM, Jacques-Tiura, AJ, Baltes, BB. Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Dev Psychopathol*. 2009; 21 (1): 227-59.
14. Boney-McCoy, S, Finkelhor, D. Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63 (5): 726-36.
15. Malinosky-Rummell, R, Hansen, DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull*. 1993; 114 (1): 68-79.
16. Turner, HA, Finkelhor, D, Ormrod, R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Soc Sci Med*. 2006; 62 (1): 13-27.
17. Kitzmann, KM, Gaylord, NK, Holt, AR, Kenny, ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71 (2): 339-52.
18. Finkelhor, D, Ormrod, R, Turner, HA. Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Dev Psychopathol*. 2007; 19 (1): 149-66.

19. Holt, MK, Finkelhor, D, Kaufman-Kantor, G. Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse Negl.* 2007; 31 (5): 503-15.
20. Molnar, BE, Buka, SL, Brennan, RT, Holton, JK, Earls, F. A multilevel study of neighborhoods and parent-to-child physical aggression: results from the Project for Human Development in Chicago Neighborhoods. *Child Maltreat.* 2003; 8 (2): 84-97.
21. Herrenkohl, TI, Sousa, C, Tajima, EA, Herrenkohl, RC, Moylan, CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse.* 2008; 9 (2): 84-99.
22. Selner-O'Hagan, MB, Kindlon, DJ, Buka, SL, Raudenbush, SW, Earls, FJ. Assessing exposure to violence in urban youth. *J Child Psychol Psychiatry.* 1998; 39 (2): 215-24.
23. Springer, C, Padgett, D. Gender differences in young adolescents' exposure to violence and rates of PTSD symptomatology. *Am J Orthopsychiatry.* 2000; 70 (3): 370-79.
24. Hanson, RF, Self-Brown, S, Fricker-Elhai, AE, Kilpatrick, DG, Saunders, BE, Resnick, HS. The relationship between family environment and violence exposure among youth: findings from the national survey of adolescents. *Child Maltreat.* 2006; 11 (1): 3-15.
25. Linares, LO, Heeran, T, Bronfman, E, Zuckerman, B, Augustyn, M, Tronick, E. A meditational model for the impact of exposure to community violence on early child behavior problems. *Child Dev.* 2001; 72 (2): 639-52.
26. Farver, JM, Natera, LX, Frosch, DL. Effects of community violence on inner-city preschoolers and their families. *J Appl Dev Psychol.* 1999; 20 (1): 143-58.
27. Farver, JM, Xu, Y, Eppe, S, Fernandez, A, Schwartz, D. Community violence, family conflict, and preschoolers' socio-emotional functioning. *Dev Psychol.* 2005; 41 (1): 160-170.
28. Proctor, LJ. Children growing up in a violent community: the role of the family. *Aggress Violent Behav.* 2006; 11 (6): 558-76.
29. Gorman-Smith, D, Henry, DB, Tolan, PH. Exposure to community violence and violence perpetration: the protective effects of family functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004; 33 (3): 439-49.
30. Crooks, CV, Scott, KL, Wolfe, DA, Chiodo, D, Killip, S. Understanding the link between childhood maltreatment and violent delinquency: what do schools have to add? *Child Maltreat.* 2007; 12 (3): 269-80.
31. Crooks, CV, Scott, K, Ellis, W, Wolfe, DA. Impact of a universal school-based violence prevention program on violent delinquency: distinctive benefits for youth with maltreatment histories. *Child Abuse Negl.* 2011; 35 (6): 393-400.
32. O'Donnell, DA., Roberts, WC, Schwab-Stone, ME. Community violence exposure and post-traumatic stress reactions among Gambian youth: the moderating role of positive school climate. *Soc Psychiat Epidemiol.* 2011; 46 (1): 59-67.
33. Zahradnik, M, Stewart, SH, O'Connor, RM, Stevens, D, Ungar, M., Wekerle, C. Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic stress reexperiencing in Mi'kmaq youth. *Int J Ment Health Addict.* 2010; 8 (2): 408-20.

Castigos corporales

Jennifer E. Lansford, PhD^a, Sombat Tapanya, PhD^b, Paul Odhiambo Oburu, PhD^c

Duke University, Center for Child and Family Policy, EE.UU.^a, Chiang Mai University, Department of Psychiatry, Tailandia^b, Maseno University, Kenia^c

Octubre 2011

Introducción

Una de las responsabilidades claves de los padres y los profesores es la de promover los comportamientos deseados en los infantes y la de manejar malos comportamientos cuando ocurran. Los padres y los profesores tienen muchas opciones para manejar los comportamientos de los infantes, que abarca desde la orientación proactiva dirigida a la prevención del mal comportamiento en primer lugar, hasta métodos reactivos que castigan el mal comportamiento después de que ocurra. Posiblemente, la manera más controvertida como algunos padres y profesores tratan de manejar el comportamiento de los niños es a través del castigo corporal, que se ha definido como el uso de la fuerza física con la intención de causar dolor, pero sin lesionar, con el fin de corregir o controlar el comportamiento inapropiado del niño.¹ Este artículo está centrado en el uso de los castigos corporales más por los padres que por los profesores, porque más niños sufren de castigos corporales en la casa que en la escuela y porque la mayoría de las investigaciones se centra en el uso de castigos corporales por los padres. Sin embargo, muchos de los temas descritos se aplican igualmente a los castigos corporales tanto en la casa como en el entorno de la escuela.

Tema

Los castigos corporales son usados ampliamente por los proveedores de cuidados alrededor del mundo. En un estudio sobre el uso de castigos corporales por los padres con niños de 2 a 4 años, en 30.470 familias de 24 países en vía de desarrollo, el 63% de los proveedores primarios de cuidados reportó que alguien en su casa había castigado físicamente a su hijo durante el último mes.² Dentro de estos 24 países, el 29% de los proveedores de cuidados reportó que creyó que era necesario usar castigos corporales para criar a un niño correctamente.² En un estudio en 1.417 familias con niños de 7 a 9 años en 9 países, más de la mitad de los niños habían sido castigado físicamente durante el último mes.³ Incluso con esta muestra más antigua, el 17% de

los padres en esos países creyó que era necesario usar castigos corporales para criar a sus hijos.³

A pesar del amplio uso de castigos corporales, hay una vasta gama de actitudes con respecto a su uso entre y dentro de los países. En términos de actitudes, éstas se sitúan entre el 27% y el 38% de la varianza en la creencia de los proveedores de cuidados acerca de la necesidad de usar castigos corporales, y se puede explicar por el país en el cual viven los padres.² En términos de uso, del “azote” o de la golpiza ha sido reportado como la respuesta más común al mal comportamiento del niño en Jamaica.⁴ Además, el 40% de los proveedores de cuidado mongoles reportó haber visto a alguien en su casa pegar a un niño durante el último mes, y el 44% de los proveedores de cuidados gambianos reportó haber visto un niño siendo golpeado con un objeto durante el último mes.² En el otro extremo, en 1979, Suecia se convirtió en el primer país en prohibir el uso del castigo corporal por los padres. Los castigos corporales ahora están prohibidos en las escuelas en más de 100 países y están prohibidos en todos los entornos (incluyendo en la casa y en las escuelas) en 29 países.⁵ En los países que han prohibido los castigos corporales, las actitudes con respecto a los castigos corporales empezaron a cambiar antes de la implementación de las prohibiciones legales en formas que permitieron que se aplicaran dichas prohibiciones. Después de las prohibiciones, han ocurrido cambios adicionales en las actitudes y los comportamientos.⁶ Hay una variabilidad entre los países sobre cuánto el comportamiento de los padres y los profesores se ajusta a las prohibiciones legales. No obstante las notables diferencias entre países concernientes al uso de castigos corporales por los padres, también hay diferencias dentro de los países con respecto al uso de los castigos corporales por los padres que pueden ser consecuencias de una variedad de factores socio-demográficos, y relacionados con niños y padres.

Problemas

Los castigos corporales se están convirtiendo de manera creciente en un tema problemático global de derechos humanos. En 1989 la *Convención sobre los derechos del niño (CDN)* fue adoptada por la Asamblea general de las Naciones unidas. Hasta la fecha, todos los miembros de las Naciones Unidas excepto dos (Somalia y los Estados Unidos) han ratificado la CDN, lo que significa que los 192 países que han ratificado la CDN están obligados a examinar sus políticas, leyes y normas culturales para garantizar que se observe el derecho de protección de los niños.⁷ La ONU define la violencia física contra los niños (incluyendo los castigos corporales) como una violación de sus derechos bajo la CDN y ha fijado la meta de poner “fin a la justificación de la violencia contra los niños por parte de los adultos, sea que se acepte como ‘tradicición’ o se

disfrace de 'disciplina.'"⁸(p5)

Además de ser un tema de derechos humanos, los castigos corporales, , han demostrado ser ineficaces para producir los comportamientos deseados y son un factor de riesgo para una amplia gama de problemas de adaptación infantil.⁹ Por ejemplo, los niños que han sido castigados físicamente enfrentan un mayor riesgo ante problemas externalizantes de comportamiento tales como la agresión y la delincuencia, al igual que problemas internalizantes tales como la depresión y la ansiedad.⁹ Además, el uso leve de castigos corporales puede conducir al uso de formas severas de castigos corporales y abuso físico.^{10,11}

Contexto de la investigación

Al menos tres factores son importantes para describir el contexto investigativo de los estudios sobre los castigos corporales. Un factor es la edad del niño que está siendo castigado. El uso de castigos corporales por parte de los padres alcanza su nivel más alto durante los años de la niñez y preescolar y disminuye después.¹² Para comprender la prevalencia de los índices de los castigos corporales al igual que la manera como los castigos corporales afectan la adaptación de los niños, es importante tener en cuenta la edad de los niños implicados.

Segundo, Los castigos corporales son multidimensionales y su evaluación puede implicar la comprensión de cuan frecuente los padres utilizan los castigos corporales, cuál es la severidad con la que se aplica (por ejemplo, con la mano desnuda o con un objeto), y el contexto en el cual se aplica (por ejemplo, de manera dominante o como último recurso después de haber fallado los intentos de controlar el comportamiento a través de medios no violentos). Los niveles de prevalencia que indican qué proporción de padres ha utilizado alguna vez castigos corporales son generalmente altas (por ejemplo, más del 90% de los padres estadounidenses ha recurrido a los castigos corporales en algún momento).¹² La frecuencia con cual se usan los castigos corporales varía según la edad del niño.^{3,12} La frecuencia, la severidad y la prelación de los castigos corporales están relacionados con más problemas de adaptación de niños.

El tercer factor para comprender el contexto investigativo de los estudios sobre los castigos corporales es que los estudios varían en su rigor metodológico. Por ejemplo, los estudios varían en las medidas de frecuencia, la severidad y la naturaleza de los castigos corporales; sea que incluyan muestras de conveniencia o representativa; sean transversales o longitudinales; sea que utilicen datos actuales o retrospectivos; sea que (los estudios) controlen, entrecruzando

variables que puedan proporcionar explicaciones alternas para los vínculos entre los castigos corporales y la adaptación de los niños. Estas características metodológicas de los estudios tienen implicaciones en las conclusiones que se puede sacar de ellas. Los estudios que controlan estadísticamente los casos de problemas tempranos del comportamientos de los niños, al analizar los vínculos entre castigos corporales y problemas futuros de comportamiento de los niños, por ejemplo, pueden examinar si los castigos corporales conducen al aumento de los problemas de comportamiento en los niños por encima y más allá los problemas tempranos de comportamiento que pudieran haber provocado los castigos corporales.

Interrogantes claves de la investigación

La investigación ha tratado cuatro interrogantes claves respecto al uso de castigos corporales por parte de los padres. Primero, ¿cómo los castigos corporales afectan la futura adaptación en cuanto al comportamiento, cognitivo y social de los niños? Segundo, ¿a través de qué mecanismos los castigos corporales afectan la adaptación futura de los niños? Tercero, ¿afecta a todos los niños de manera similar, o ciertas características de los niños o los entornos en los cuales se usa hacen que los castigos corporales sean más o menos perjudiciales para unos niños que para otros? Cuarto, ¿qué factores predicen si los padres usarán castigos corporales?

Resultados de las investigaciones recientes

Un amplio cuerpo de investigación sugiere que el sufrimiento de castigos corporales está relacionado con una gama de problemas futuros de adaptación. En un meta-análisis de 88 estudios, se reveló que los castigos corporales predecían más agresión, comportamiento delincuencia y antisocial, problemas de salud mental, y riesgo de llegar a sufrir abusos físicos durante la niñez al igual que menos internalización moral y relaciones padres -hijos de menor calidad.⁹ Además, se reveló que el sufrimiento de castigos corporales durante la niñez tenía relación con más agresiones en la edad adulta, comportamiento delincuencia y antisocial, problemas de salud mental, y abusos posteriores del cónyuge o de su propio hijo.⁹ En el meta-análisis, el único resultado pronosticado por los castigos corporales fue la obediencia inmediata por los niños.⁹

Los castigos corporales también predicen un número de problemas cognitivos, incluyendo puntajes de cociente intelectual más bajos.^{13,14} Sin embargo, estas conclusiones siguen siendo controversiales, con algunos investigadores que argumentan que la relación entre los castigos

corporales y los problemas de adaptación de niños resultan no porque los castigos corporales causen más resultados problemáticos para los niños, sino porque los niños con más problemas de comportamiento provocan más de todo tipo de medidas disciplinarias, incluyendo castigos corporales, de parte de sus padres.^{15,16} Estos investigadores también señalan las limitaciones metodológicas de la investigación sobre los castigos corporales (por ejemplo, madres que informan que tanto desde su propio comportamiento como del comportamiento de su hijo conducen a la inflación de las correlaciones, porque la información proviene de una sola fuente) para argumentar que la evidencia existente no es suficiente para establecer una relación de causa entre el uso de castigos corporales por los padres y los problemas subsiguientes de adaptación de los hijos.^{15,16} Por otro lado, teniendo en cuenta los riesgos de los castigos corporales y la falta de evidencias en el sentido que los castigos corporales mejoren el comportamiento de los niños (lo que supuestamente sería la meta de los padres al usar castigos corporales), los riesgos de usar castigos corporales parecen demasiado importantes como para ser ignorados.

Existe alguna evidencia de que uno de los principales mecanismos a través de los cuales los castigos corporales afectan la adaptación futura de los niños es a través de la percepción que los niños tienen respecto a la calidez y la aceptación de sus padres frente a la hostilidad y el rechazo.¹⁷ Si el uso de castigos corporales llevan a los niños a percibir a sus padres como hostiles y excluyentes, entonces las percepciones de rechazo y hostilidad conducirán a una escalada de los problemas de comportamiento de los hijos y a una disminución de la calidad de sus relaciones sociales. Sin embargo, si los niños siguen percibiendo a sus padres como cálidos y dóciles, entonces el uso de castigos corporales por los padres pueden no conducir a problemas de adaptación de los niños. Un problema con los castigos corporales es que los padres los usan frecuentemente como una respuesta airada en la efervescencia del momento. Por ejemplo, según un estudio, el 85% de los padres de clase media, principalmente estadounidenses de origen europeo, reportó haber sufrido niveles moderados a altos de enojo, remordimiento y agitación al tratar con el mal comportamiento de los niños.¹⁸ En otro estudio, el 54% de las madres, en una muestra estadounidense, reportó que más de la mitad de las veces que usaron castigos corporales, se trató de una respuesta equivocada.¹⁹ Si los niños perciben que sus padres están fuera de control y los increpan con enojo, estas respuestas cognitivas y emocionales a los castigos corporales podrían conducir a más adaptaciones problemáticas de los niños en el futuro.²⁰

Otro mecanismo a través del cual los castigos corporales afectan la adaptación de los niños es mediante la alteración de la forma en que los niños procesan cognitivamente la información

social. Por ejemplo, en comparación con los niños que no son castigados físicamente, aquellos que son castigados físicamente tienen más probabilidad de interpretar el comportamiento de los otros como una intención hostil, son más propensos a generar soluciones agresivas en situaciones sociales provocadoras, y son más propensos a evaluar la agresión como una buena manera de actuar en situaciones sociales.²¹ Cada una de estas desviaciones cognitivas a su vez aumenta la posibilidad de que los niños lleguen a comportarse agresivamente.²²

No todos los niños responden a los castigos corporales de la misma manera, y muchos factores pueden alterar la manera en que los castigos corporales están relacionados con la adaptación de los niños. Uno de estos factores es la normatividad cultural. En un estudio en seis países (China, India, Italia, Kenia, Filipinas y Tailandia), el uso más frecuente de castigos corporales por parte de las madres estaba relacionado con niveles más altos de agresión y ansiedad infantiles en los seis países, el vínculo entre castigos corporales y los problemas de adaptación de los niños era más fuerte en países donde el uso de castigos corporales no era normativo y más débil en los países donde el uso de castigos corporales era normativo.²³ Los investigadores han descubierto también alguna evidencia de que los castigos corporales son más perjudiciales si se usan con niños menores de dos años de edad o mayores de 13 años de edad, si se usa más de una vez por semana, y si es severo (por ejemplo, si se usan objetos en vez de la mano desnuda).²⁴

Aunque la mayoría de las investigaciones está centrada en los castigos corporales como factor de predicción de problemas de adaptación infantil, hay una pequeña parte del cuerpo de la investigación que ha investigado factores que predicen si los padres usan castigos corporales. Estos estudios han revelado que los factores demográficos, de comportamiento infantil y los factores parentales afectan la probabilidad de que los padres usen castigos corporales. Por ejemplo, los padres son más inclinados a usar castigos corporales si tienen niños con temperamentos difíciles o tienen altos niveles de estrés familiar.²⁵ Los contextos culturales particulares hacen que sea más o menos probable que los padres usen castigos corporales. Por ejemplo, de acuerdo con los datos etnográficos recolectados por antropólogos en 186 sociedades pre-industriales, los castigos corporales son más frecuentes en sociedades con niveles más altos de estratificación social y con toma de decisiones políticas de manera no democrática, tal vez porque los padres pueden usar castigos corporales para preparar a los niños para vivir en una sociedad con desigualdad de poderes, donde los comportamientos sumisos y obedientes de los niños son especialmente valorados.²⁶ Además, varios grupos religiosos y culturales aprueban castigos corporales a través de adagios tales como “el castigo premia con disciplina.”²⁷

En síntesis, la característica fundamental de la literatura de la investigación es la de demostrar que los problemas de comportamiento de los niños y el uso de castigos corporales por parte de los padres deben ser vistos como parte de un sistema recíproco en el cual los problemas de comportamiento de los niños provocan castigos corporales, los cuales conducen luego a escaladas en problemas de comportamiento de los niños en un ciclo coercitivo que perpetúa a lo largo del tiempo.^{28,29} En consecuencia, una investigación centrada en factores que predigan tanto el uso de castigos corporales por los padres como los resultados en los niños como consecuencia del uso de castigos corporales por los padres, captará mejor la complejidad total de este sistema bidireccional. Además, una investigación que incluya mecanismos que ayuden a dar relevancia a estas relaciones a lo largo del tiempo y que intente comprender otros factores que puedan alterar los vínculos entre castigos corporales y adaptación infantil, son importantes para adelantar las investigaciones sobre los castigos corporales.

Vacíos de la investigación

A pesar del importante progreso en la comprensión de las relaciones complejas entre castigos corporales y la adaptación infantil, la investigación todavía tiene vacíos, uno de los cuales será tratado aquí. Los factores genéticos y ambientales interactúan para dar forma a los resultados de comportamientos. A la fecha, pocos estudios han intentado comprender en qué forma los factores genéticos pueden interactuar con el sufrimiento de castigos corporales para alterar la adaptación infantil. Un estudio demostró que el comportamiento delincidental aportado por un genotipo específico de la monoaminooxidasa A fue exacerbado por el sufrimiento de castigos corporales.³⁰ Los estudios genéticamente informativos serán importantes en el futuro tanto para desenredar influencias genéticas y ambientales en la adaptación infantil, como para comprender cómo actúan entre sí.

Conclusiones

Una gran proporción de padres usan castigos corporales para tratar de controlar el comportamiento de sus niños, pero hay poca evidencia que los castigos corporales resulten en un mejor comportamiento (con la excepción de haber inducido a la obediencia inmediata) y una gran cantidad de evidencia de que los castigos corporales tienen la consecuencia no buscada de aumentar, en vez de disminuir futuros problemas de comportamiento en niños. Las percepciones cognitivas y emocionales de los niños con respecto a su sufrimiento debido a los castigos corporales, sirven como mecanismos que relacionan el uso de castigos corporales por los padres

con los futuros problemas de adaptación , y los factores contextuales tales como la normatividad cultural que pueden reforzar o debilitar los vínculos entre castigos corporales y la adaptación infantil. Los factores de niveles sociales y los problemas de comportamiento infantil también influyen en si los padres usan castigos corporales.

Hay dos problemas principales con el uso de castigos corporales. El primer problema es enfatizado por la investigación científica que no demuestra beneficio alguno derivado de los castigos corporales en términos de promoción de comportamientos deseados a largo plazo y sí muchos riesgos relacionados con la adaptación infantil. El segundo problema es moral y ético en vez de científico, en el sentido que la eliminación de la violencia contra los niños, que incluye el uso de castigos corporales, se ha convertido de manera creciente en el centro de atención de la comunidad internacional, en el esfuerzo de garantizar el derecho de protección de los niños como se estipula en la *Convención sobre los derechos del niño*.

Implicaciones para los padres, los servicios y las políticas

La Academia Americana de Pediatría emitió una declaración de política en el sentido de que el uso de castigos corporales es de “efectividad limitada y tienen efectos secundarios potencialmente perjudiciales” y recomendó que “se estimule y asista a los padres en el desarrollo de métodos distintos de dar palmadas como medida de control de comportamientos indeseados.”³¹(p723) Más allá del nivel de padres individuales, la ONU, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales han estado en campaña para que los países prohíban el uso de castigos corporales en todos los entornos.³²

En parte como resultado de su obligación de promover el derecho de protección de los niños contra la violencia tal como se estipula en la *Convención sobre los derechos del niño*, los países han incorporado de manera creciente intervenciones educativas y de comportamiento relacionadas con los castigos corporales en sus programas nacionales de crianza.³³ Estos programas han adoptado una variedad de formas. Por ejemplo, un enfoque ha sido dado para implementar intervenciones preventivas con miras a reducir el estrés parental, el uso de drogas y pobreza y para aumentar el acceso de los padres a servicios de soporte en un intento de reducir el uso de castigos corporales.³⁴ Otro enfoque ha sido el de proporcionar a los padres la información relacionada con los riesgos de los castigos corporales e información acerca de métodos de disciplina no violentos. Por ejemplo, en Filipinas, el Servicio de Efectividad para Padres es un programa multifacético de crianza que incluye información elaborada para ayudar a

los padres a controlar el comportamiento de sus niños pequeños.³³ Todavía ha habido otro enfoque para lanzar campañas de conciencia pública como parte de estrategias nacionales para reducir el uso de castigos corporales por los padres. Por ejemplo, en Suecia, la información acerca de la prohibición de castigos corporales fue impresa en cajas de leche al momento de la legislación inicial.⁶ Otras intervenciones todavía se han centrado en disminuir el uso de castigos corporales por los profesores y aumentar la disciplina positiva en el entorno escolar.³⁵

Teniendo en cuenta tanto el uso extendido de castigos corporales y la creencia generalizada en la necesidad de usar castigos corporales en algunos países, los esfuerzos para eliminar la violencia contra los infantes tendrá que alterar la creencia de que los castigos corporales son necesarios para criar un niño, al igual que para dar a los proveedores de cuidados las alternativas no violentas con las cuales reemplazar los castigos corporales. El desafío será el de trabajar con los adultos para explorar estrategias alternas de control del comportamiento de los niños, para no tener que recurrir al uso de castigos corporales.

Referencias

1. Straus MA, Donnelly M. In: Donnelly M, Straus MA, eds. *Corporal punishment in theoretical perspective*. New Haven, CT: Yale University Press; 2005:3-7.
2. Lansford JE, Deater-Deckard K. Childrearing discipline and violence in developing countries. *Child Dev*. In press.
3. Lansford JE, Alampay L, Bacchini D, et al. Corporal punishment of children in nine countries as a function of child gender and parent gender. *Int J Pediatrics*. 2010 doi:10.1155/2010/672780.
4. Smith DE, Mosby G. Jamaican child-rearing practices: the role of corporal punishment. *Adolescence*. 2003;38:370-381.
5. Global initiative to end all corporal punishment of children. Available at: <http://www.endcorporalpunishment.org/>.
6. Durrant JE. Evaluating the success of Sweden's corporal punishment ban. *Child Abuse and Negl*. 1999;23:435-448.
7. UNICEF. Convention on the Rights of the Child. Available at: http://www.unicef.org/crc/index_30160.html. 2008.
8. Pinheiro PS. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children. Available at: <http://www.violencestudy.org/IMG/pdf/English-2-2.pdf>. 2006.
9. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*. 2002;128:539-579.
10. Lansford JE, Wager LB, Bates JE, Pettit GS, Dodge KA. Forms of spanking and children's externalizing behaviors. *Fam Relations*. In press.
11. Zolotor AJ, Theodore AD, Chang JJ, et al. Speak softly--and forget the stick. Corporal punishment and child physical abuse. *Am J Prev Med*. 2008;35:364-369.
12. Straus MA, Stewart JH. Physical punishment by American parents: national data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics. *Clin Child Fam Rev*. 1999;2:55-70.
13. Berlin LJ, Ispa JM, Fine MA, et al. Correlates and consequences of spanking and verbal punishment for low-income White, African American, and Mexican American toddlers. *Child Dev*. 2009;80:1403-1420.

14. Straus MA, Paschall MJ. [Corporal punishment by mothers and development of children's cognitive ability: a longitudinal study of two nationally representative age cohorts](#). *Journal of Aggression, Maltreatment Trauma*. 2009; 18:459-483.
15. Baumrind D, Larzelere RE, Cowan PA. Ordinary physical punishment: Is it harmful? Comment on Gershoff (2002). *Psychol Bull*. 2002;128:580-589.
16. Larzelere RE. Child outcomes of nonabusive and customary physical punishment by parents: an updated literature review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2000;3:199-221.
17. Rohner RP. *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1986.
18. Graziano AM, Hamblen JL. Subabusive violence in child rearing in middle-class American families. *Pediatrics*. 1996;98:845-848.
19. Straus MA. Spanking and the making of a violent society. *Pediatrics*. 1996;98:837-842.
20. Lansford JE, Malone PS, Dodge KA, et al. Children's perceptions of maternal hostility as a mediator of the link between discipline and children's adjustment in four countries. *Int J Behav Dev*. 2010;34:452-461.
21. Weiss B, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Some consequences of early harsh discipline: child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child Dev*. 1992;63:1321-1335.
22. Crick NR, Dodge KA. A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychol Bull*. 1994;115:74-101.
23. Lansford JE, Chang L, Dodge KA, et al. Cultural normativeness as a moderator of the link between physical discipline and children's adjustment: a comparison of China, India, Italy, Kenya, Philippines, and Thailand. *Child Dev*. 2005;76:1234-1246.
24. Larzelere RE, Kuhn BR. Comparing child outcomes of physical punishment and alternative disciplinary tactics: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2005;8:1-37.
25. Lansford JE, Criss MM, Dodge KA, Shaw DS, Pettit GS, Bates JE. Trajectories of physical discipline: antecedents and developmental outcomes. *Child Dev*. 2009;80:1385-1402.
26. Ember CR, Ember M. Explaining corporal punishment of children: a cross-cultural study. *Am Anthropologist*. 2005;107:609-619.
27. Gershoff ET, Miller PC, Holden GW. Parenting influences from the pulpit: religious affiliation as a determinant of parental corporal punishment. *J Fam Psychol*. 1999;13:307-320.
28. Lansford JE, Criss MM, Laird RD, et al. Reciprocal relations between parents' physical discipline and children's externalizing behavior during middle childhood and adolescence. *Dev and Psychopathol*. 2011;23:225-238.
29. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia; 1992.
30. Edwards AC, Dodge KA, Latendresse SJ, et al. [MAOA-uVNTR and early physical discipline interact to influence delinquent behavior](#). *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51:679-687.
31. American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidance for effective discipline. *Pediatrics*. 1998;101:723-728.
32. World Health Organization. *Changing Cultural and Social Norms Supportive of Violent Behavior*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
33. Lansford JE, Bornstein MH. *Review of parenting programs in developing countries*. New York: UNICEF; 2007.
34. Daro D, Dodge KA. Creating community responsibility for child protection: possibilities and challenges. *Future of Child*. 2009;19:67-97.
35. Tapanya S. *Corporal punishment in Thailand*. Bangkok: Save the Children; 2010.

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 Egipto³ 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 desarrollados⁷⁻⁹ como en vías de desarrollo¹⁰ 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, 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 desarrollados¹³⁻¹⁵ y en subdesarrollados también¹⁶⁻²¹ 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 transmisión sexual y VIH/SIDA.²²⁻²⁵ Otra muy importante asociación es la que hay entre agresión temprana en la vida y problemas de aprendizaje²⁶ 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 más 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 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 desarrollados? 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 de desarrollo?

Resultados recientes de investigación

Al llevar a cabo revisión en PsycINFO, 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 vía 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, Lozano 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 psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(6):727-734.
3. Elhamid AA, Howe A, Reading R. Prevalence of emotional and behavioural problems among 6-12 years old children in Egypt. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:8-14.
4. Agudelo LM, Giraldo CA, Gaviria MB, et al. *Características de las familias y las escuelas relacionadas con los comportamientos agresivos y prosociales en niños y niñas 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 Medellín, 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. Key issues 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 nonviolent juvenile delinquency. *Child development*. 1999;70(5):1181-1196.
10. Anselmi L, Barros FC, Theodore MLM, et al. Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence 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, Bennett 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, Farrington DP, eds. *Preventing crime. What Works for Children, Offenders, Victims and Places*. New York: Springer; 2006;21-32.
15. Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennings 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 Pública*. 2007;21(1):21-29.
17. Fayyad JA, Farah L, Cassir Y, MM; S, Karam EG. Dissemination of an evidence-based intervention to parents of children with behavioral problems in a developing country. *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 behavior in first and second grades in a resource-poor setting. *International 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. *American 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 association 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 illicit 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 States. *Canadian Journal of Criminology* 2001;219:219-236.
29. Duque LF, Motoya N. *La violencia en el Valle de Aburrá. Caminos para al superación*. Medellín: Catedra litográfica; 2008.
30. Farrington DP, Welsh BC. *Saving children from a life of crime. 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 Review 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.
35. Cooper C, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;338 b974.
36. Cooper C, Landman M, Tomlinson M, Moltano 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. *South African Journal of Psychology*. 1991;1:21-25.
41. Porter LS, Youssef M, Shaaban I, Ibrahim W. Parenting enhancement 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 effectiveness 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. Mediation 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 aggressive preschoolers. 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.

Promoción de la primera infancia como una estrategia de prevención de la violencia

Fernando P. Cupertino de Barros, MD, Nereu Henrique Mansano, MD, Alessandra Schneider, MA

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brazil

Octubre 2011

Introducción

La violencia tiene serias consecuencias sobre las personas y la sociedad, con repercusiones en el sector de la salud, no sólo como una causa de mortalidad y morbilidad, pero también debido a su impacto significativo sobre los costos de los servicios de salud. La violencia tiene raíces sociales, históricas y culturales y no debería ser tratada simplemente como un asunto de seguridad pública.^{1,2,3} La confrontación y la prevención de la violencia requiere la coordinación y la convergencia intersectoriales de varias políticas públicas, incluyendo aquellas correspondientes a la salud.

En Brasil, de acuerdo con los datos preliminares recolectados en el Sistema de Información de Mortalidad del Ministerio de Salud, hubo 49.966 homicidios (un promedio de 137 por día); 37.225 muertes en el tráfico automotor (107 por día) y 9.328 suicidios (26 por día) en 2009. En conjunto, estos datos estadísticos indican que hay un promedio diario de 270 muertes por causa de la violencia. ¡Sería un escándalo nacional si una enfermedad transmisible causara este número de muertes!

Tema y contexto de la investigación

Al reconocer la importancia y el impacto de varios casos de violencia, los secretarios de salud de los estados brasileiros decidieron en la asamblea general del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) en septiembre de 2007 hacer del tema de la violencia una prioridad tanto para CONASS como para el Sistema Unificado de Salud (SUS). A raíz de esta decisión, el CONASS desarrolló el proyecto “La Violencia: una epidemia silenciosa,” con base en un amplio llamado a los asociados de gestión del SUS y en la participación activa del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS). Este proyecto contó con asociados de

renombre internacional, incluyendo el Centro de Excelencia para el Desarrollo de la Primera Infancia (CEDPI, CEECD en inglés,) en la Universidad de Montreal, en Quebec, Canadá, las oficinas de representación brasilera de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

Una de las principales actividades desarrolladas bajo el proyecto “La Violencia: una epidemia silenciosa” fue la realización de una reunión nacional y cinco regionales. Los seminarios regionales se llevaron a cabo en los estados de Paraná, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Maranhão y Rio de Janeiro, entre diciembre de 2007 y febrero de 2008. El seminario nacional se llevó a cabo en Porto Alegre, Rio Grande do Sul, en abril 2008. Fueron seleccionados cerca de 118 estudios relacionados con el tema en ²⁵ estados brasileiros. Entre éstos, 102 fueron presentados y discutidos en seminarios regionales: ²⁰ en el sur, ²¹ en el centro-oeste, ¹⁶ en el norte y ¹⁷ en el noreste y ²⁸ en las regiones del sureste.

Resultados de investigaciones recientes

Después de iniciar un amplio debate acerca de las manifestaciones de la violencia al igual que de las estrategias para enfrentar y prevenir la violencia, el CONASS compiló una serie de propuestas de intervenciones con base en experiencias exitosas desarrolladas por las secretarías de salud estatales y municipales, la mayoría de las cuales involucraba asociaciones con otros sectores del gobierno y de la sociedad civil.

1. Propuestas para enfrentar la violencia

El proceso de movilización coordinado por el CONASS y sus asociados dio lugar a la preparación, publicación y divulgación del documento El Desafío de afrontar la violencia: situación actual, estrategias y propuestas⁴ que incluyó contribuciones de experiencias locales, estatales e internacionales (con énfasis en las iniciativas de Canadá y Colombia). El documento incluyó las contribuciones de los distintos investigadores y profesionales que participaron en seminarios y talleres.

Las propuestas fueron organizadas en seis áreas de actividad: supervisión; prevención y promoción (incluyendo la participación comunitaria y la comunicación social); organización de salud; capacitación y educación continua; investigación y legislación. A continuación se encuentran las estrategias sugeridas para cada área de actividad.

1.1 Vigilancia

- a. Implementar la prevención de las violencias y de los centros de promoción de salud;
- b. Instituir centros de monitoreo de accidentes y violencias;
- c. Implementar un registro de notificación e investigación de violencia doméstica, violencia sexual y/u otras violencias a través de la red de servicios de salud;
- d. Implementar y ampliar los servicios de vigilancia terapéutica para prevenir los actos violentos y los accidentes;
- e. Cartografiar áreas con mayor frecuencia de lesiones y muertes relacionadas con violencia y accidentes;
- f. Mejorar la calidad y hacer más eficientes los datos de los sistemas de información existentes;
- g. Implementar sistemas de vigilancia, prevención y asistencia para intentos de suicidios en estados y municipios.

1.2 Prevención y promoción

- a. Fomentar la promoción y monitoreo del desarrollo holístico y asistencia relacionados con las necesidades esenciales de la primera infancia, para incorporar el Programa de salud familiar en dicha actividad;
- b. Ampliar y consolidar la Red nacional de prevención de violencias y promoción de salud;
- c. Incluir acciones de prevención de violencias y promoción de salud en la organización de la red de servicios de salud;
- d. Implementar campañas de educación pública;
- e. Establecer cámaras sectoriales en las tres esferas de gobierno con respecto a las políticas de salud, seguridad y prevención de las violencias y la promoción de una cultura de paz;

- f. Implementar sistemas de supervisión, prevención y atención en los estados y municipios para intentos de suicidios.

1.3 Organización de asistencia

- a. Organizar la asistencia con base en los indicadores y diagnósticos preparados por los equipos de salud, con el objetivo de implementar acciones y servicios (centros de atención en salud) de acuerdo con el territorio de salud y el nivel de atención.

1.4 Capacitación y educación continua

- a. Promover la capacitación de los equipos de los programas de salud familiar y los agentes de salud comunitaria;
- b. Desarrollar actividades de educación continua;
- c. Desarrollar programas de transferencia de tecnología para encarar la violencia y la construcción de la paz en los estados y municipios;
- d. Desarrollar acciones educativas con adolescentes relacionadas con salud preventiva, ciudadanía y medio ambiente.

1.5 Investigación

- a. Llevar a cabo estudios sobre morbilidad y mortalidad por causa de la violencia;
- b. Llevar a cabo estudios para incrementar el conocimiento acerca del perfil de las víctimas y de los perpetradores;
- c. Evaluar las políticas, programas y servicios existentes;
- d. Liderar estudios sobre impacto económico y financiero;
- e. Organizar un centro de monitoreo para los conocimientos producidos y divulgados.

1.6 Legislación

- a. Intersectorialidad: a través de una legislación especial de cada esfera de gobierno (local, estatal y federal), instituir cámaras sectoriales sobre políticas relativas a la seguridad, la prevención de la violencia y la promoción de una cultura de paz;
- b. Controlar el consumo de bebidas alcohólicas y la publicidad;

- c. Promover la reducción de violencia en la vía a través de cambios legislativos;
- d. Promover acciones para combatir y suprimir el crimen;
- e. Frenar la violencia conyugal y la violencia contra los infantes y los ancianos.

2. El aprendizaje temprano previene la violencia juvenil

Estudios realizados en Canadá y presentados durante el discurso de apertura del Seminario nacional (Porto Alegre/RS/Brasil – 2008) por los profesores Richard Tremblay y Sylvana M. Côté de la Universidad de Montreal demuestran que el comportamiento violento, contrariamente a la creencia popular, comienza en la primera infancia y alcanza su punto máximo durante la adolescencia. De hecho, la agresión física ya está presente a la edad de seis años y disminuye a medida que los niños avanzan en edad. Los niños en los primeros años de la vida recurren frecuente y espontáneamente a la agresión física para lograr sus objetivos. Sin embargo, no aprenden a ser agresivos por su entorno. En cambio, los niños aprenden a no recurrir a la agresión y a usar soluciones alternas para resolver sus problemas a medida que se socializan, desarrollan su lenguaje e internalizan las reglas sociales.

En consecuencia, la presente investigación ha demostrado la importancia de proporcionar atención sistemática a las madres jóvenes y/o socialmente vulnerables a través de visitas domiciliarias, comenzando desde el embarazo,⁵⁻¹² del mismo modo que demuestra el efecto protector del servicio de jardines infantiles sobre los niños propensos a riesgos, mediante mejoras en el desarrollo del lenguaje, nociones de números, madurez educativa y prevención de la violencia.¹³⁻¹⁶ Los estudios de costo-beneficio indican que la inversión durante la primera infancia reduce los gastos potenciales en personas que muestran comportamientos violentos 7 y 13 veces para el momento cuando dichos individuos lleguen a edades de 27 y 40 años, respectivamente.^{16,17}

Entre las propuestas más notables de prevención de violencia presentadas por el CONASS, está el incentivo para promover y monitorear el desarrollo holístico de la niñez durante el primer año de vida al igual que para satisfacer las necesidades esenciales de la primera infancia. El CONASS ha emprendido acciones específicas en este tema adoptándolo como una política pública para la prevención de la violencia.

La traducción del inglés al portugués del informe “Prevenir la violencia a través del aprendizaje en la Primera Infancia” (*Early learning prevents youth violence*)¹⁶ y la película documental “The

Origins of Human Aggression”, y su distribución posterior a través del Brasil, tuvieron el objetivo de ampliar el debate y permitir que estas herramientas se usen para hacer políticas públicas a fin de prevenir las violencias. Los documentos citados, producidos respectivamente por el Centro de excelencia para el desarrollo de la Primera Infancia –CEDPI- y por el Grupo de investigaciones sobre desajustes psicosociales en niños –GRIP-, de la Universidad de Montreal, fueron traducidos y distribuidos en el Brasil por el CONASS.

Otra actividad de suma importancia que resultó de la asociación entre el CONASS y el CEDPI, formalizado en 2008, ha sido la preparación de la versión portuguesa de la Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia (disponible en: www.encyclopedia-crianca.com) y la facilidad para que los profesionales y los responsables de diseñar política social puedan tener acceso a dicha información. El amplio acceso a la evidencia científica disponible en los artículos de expertos y las búsquedas por palabras claves en la enciclopedia han contribuido decisivamente a la realización de acciones de promoción de la primera infancia y de prevención de violencia. Para lograr ese fin, la Fundación Maria Cecília Souto Vidigal con sede en São Paulo ha colaborado con el CONASS en una asociación que se formó a partir de otras acciones en apoyo a la primera infancia en el Brasil.

Es esencial actuar en asociaciones y redes cooperativas, combinando esfuerzos para alcanzar objetivos comunes con el fin de afrontar los desafíos complejos de la sociedad contemporánea, incluyendo la violencia o incluso la promoción del desarrollo de la infancia. En 2010, el CONASS participó intensamente en los talleres del Ministerio de salud con respecto a la *“Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional”* [Estrategia para las niñas y los niños brasileños saludables: primeros pasos para un desarrollo nacional, coordinados por el Ministerio de salud]. Esta iniciativa tuvo el objetivo de mejorar el servicio humanizado de salud para mujeres y niños desde la perspectiva de relaciones, crecimiento y desarrollo holístico de niños hasta la edad de los 5 años.

En 2010, el CONASS se unió a la Red nacional de la primera infancia (Rede Nacional Primeira Infância - RNPI), una colaboración nacional de organizaciones de la sociedad civil, el gobierno, el sector privado, al igual que otras redes y organizaciones multilaterales que promueven la primera infancia. La RNPI preparó y entregó al gobierno brasileño, en Brasilia, en diciembre de 2010, el Plan nacional de la primera infancia,¹⁸ que incluyó recomendaciones relativas a acciones integrales y conjuntas para promover y garantizar los derechos de los niños menores de 6 años para los próximos 12 años (2010-2022).

Es válido mencionar que la presidenta del Brasil, Dilma Rousseff, elegida para el periodo 2011 a 2014, ha emprendido un proyecto para construir 6.000 centros de jardines infantiles para ampliar la educación de los niños menores de tres años. En 2011, sólo el 18% de los niños menores de tres años en el Brasil tenía acceso a los jardines infantiles. El actual Plan nacional de educación prevé que el 50% de los niños menores de tres años estará matriculado en este tipo de centros educativos de aquí a 2020.

Conclusión

Afrontar la violencia, la epidemia silenciosa del siglo XXI, exige voluntad política, coordinación entre varias instituciones y segmentos de la sociedad (gobierno, organizaciones sociales, centros académicos y de investigación, iniciativa privada, etc.), al igual que programas de políticas públicas sustentadas con datos de investigación. Consciente de esta realidad y de sus desafíos, el CONASS ha establecido diligentemente asociaciones y ha divulgado la información relacionada con la violencia, en particular sobre estrategias de prevención concernientes a atención holística y aprendizaje en la primera infancia. Creemos que los niños tienen la clave del futuro de la nación.

Referencias

1. Concha-Eastman, A., & Malo M. (2007). Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde [From suppression to prevention of violence: the challenge posed to civil society and the health care sector]. *Ciência & Saúde Coletiva* [Science & Collective Health], 11 (Sup): 1179-1188.
2. World Health Organization [WHO], (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
3. Reichenheim M.E., Souza, E. R., Moraes, C.L., Jorge M.P., Silva, C.F., Minayo, M.S. (2011). Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros [Violence and injuries in Brazil: effects, advances attained and future challenges]. *The Lancet - Saúde no Brasil* [Health in Brazil], May 2011.
4. National Council of Health Secretaries [CONASS], (2009). *Violência uma epidemia silenciosa - Seminário Nacional: propostas, estratégias e parcerias por área de atuação* [Violence as a silent epidemic - National Seminar: proposals, strategies and partnerships by area of activity]. CONASS Document no. 17. Brasília.
5. Barnes, J., Ball, M., Meadows, P., Belsky, J. & the FNP Implementation Research Team. (2009). *Nurse-Family Partnership Programme Second Year Pilot Sites Implementation in England: The Infancy Period*. Research Report DCSF-RR166. London: Birkbeck College, University of London.
6. Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D.W., Henderson, C.R., Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Powers, J., & Olds, D. (2010). Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths, 19-Year Follow-up of a Randomized Trial. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, Vol. 164 (N.1) Jan, 2010.
7. Kitzman HJ. (2004/2010). Programas eficazes de desenvolvimento infantil para famílias de baixa renda: intervenções de visita domiciliar durante a gravidez e a primeira infância. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Available at: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/KitzmanPRTxp1-Visita.pdf>. Accessed October 4, 2011.

8. Olds, D. (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.
9. Olds, D., Eckenrode J., Henderson C.R. Jr, et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 278(8):637-643.
10. Olds, D., & Kitzman, H.J. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children*, 3(3): 52-92.
11. Olds, D., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 48, N. 3-4, pp. 355-391.
12. Tolani, N., Brooks-Gunn, J., & Kagan, S. L. (2006). *Running Head: Parenting Education Programs for Poor, Young Children - A Cross-National Exploration*. National Center for Children and Families. Teachers College, Columbia University.
13. McCain, M.N., Mustard, F.J., & Shanker, S. (2007). *Early Years Study 2: Putting Science into Action*. Toronto: Council for Early Child Development.
14. de Moura D.R., Costa J.C., Santos I.S., Barros A.D., Matijasevich A., Halpern R., Dumith S., Karam S., Barros F.C. (2010). Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 24, 211-221.
15. Mustard, JF. (2010) Early brain development and human development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 1-5. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/MustardANGxp.pdf>. Accessed October 4, 2011
16. Tremblay, R.E., Gervais, J., & Petitclerc, A. (2008). Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância [Early learning prevents youth violence]. Report. Available at http://www.conass.org.br/admin/arquivos/relatorio_para_grafica.pdf. Accessed October 4, 2011.
17. Schweinhart L, Montie J, Xiang Z, Barnett WS, Belfield CR, Nores M. *Lifetime effects: The High/Scope Perry Preschool study through age 40*. Vol 14. Ypsilanti, MI: High/Scope Press; 2005.
18. National Early Childhood Network [RNPI], (2010). Plano Nacional pela Primeira Infância [National Early Childhood Plan]. Brasília. Available at <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>. Accessed October 4, 2011.

Note :

[1] Site Web de l'Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Disponible sur le site : www.encyclopedia-crianca.com. Page consultée le 21 janvier 2012.