Informe mundial sobre la violencia y la salud

Editado por
Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy,
Anthony B. Zwi y Rafael Lozano

Publicación Científica y Técnica No. 588

Organización Panamericana de la Salud,
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third St., NW
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
2003

Edición original en inglés:

World report on violence and health
ISBN 92 4 154561 5
© Organización Mundial de la Salud 2002

Catalogación por la Biblioteca de la OPS
Organización Panamericana de la Salud
Informe mundial sobre la violencia y la salud
Washington, D.C.: OPS, © 2003

(Publicación Científica y Técnica No. 588)

ISBN 92 75 31588 4

I. Título II. Autor
III. Serie

1. VIOLENCIA
2. VIOLENCIA DOMÉSTICA
3. SUICIDIO
4. DELITOS SEXUALES
5. FACTORES DE RIESGO
6. GUERRA
LC HV6625.O68im

Cita sugerida: *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

La fotografía de Nelson Mandela se reproduce con la autorización del Congreso Nacional Africano.

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

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

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

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

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

Contenido

Prólogo xi
Prefacio xiii
Colaboradores xv
Agradecimiento xix
Introducción xxi

Capítulo 1. La violencia, un problema mundial de salud pública 1

Antecedentes 3
La parte visible y la invisible 3
Un problema prevenible 3
¿Qué puede aportar un enfoque de salud pública? 3
Definición de la violencia 5
Intencionalidad 5
Tipología de la violencia 6
Tipos de violencia 6
La naturaleza de los actos de violencia 7
Medición de la violencia y sus efectos 8
Tipos de datos 8
Fuentes de datos 8
Problemas de la recopilación de datos 9
Panorama general de los conocimientos actuales 10
Estimaciones de la mortalidad 10
Estimaciones de la violencia no mortal 12
Los costos de la violencia 12
Examen de las raíces de la violencia: un modelo ecológico 13
Niveles múltiples 13
Vínculos complejos 15
¿Cómo se puede prevenir la violencia? 15
Tipos de prevención 15
Respuestas polifacéticas 17
Documentación de las respuestas eficaces 17
Una acción equilibrada de salud pública 18
Abordar las normas culturales 18
Medidas contra la violencia a todos los niveles 18
Problemas para los que toman las decisiones en el ámbito nacional 20
Conclusiones 21
Referencias 21

Capítulo 2. La violencia juvenil 25

Antecedentes 27
La magnitud del problema 27
Tasas de homicidios juveniles 27
Tendencias en los homicidios de jóvenes 28
Violencia no mortal 30
Comportamientos de riesgo relacionados con la violencia juvenil 32
La dinámica de la violencia juvenil 33
¿Cómo empieza la violencia juvenil? 33
Factores situacionales 34
¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia juvenil? 35
Factores individuales 35
Factores relacionales 36
Factores comunitarios 38
Factores sociales 40
¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia juvenil? 42
Estrategias individuales 44
Estrategias relacionales 47
Estrategias comunitarias 49
Estrategias sociales 51
Recomendaciones 52
Establecimiento de sistemas de recopilación de datos 53
Más investigaciones científicas 53
Formulación de estrategias de prevención 54
Difusión de los conocimientos 54
Conclusiones 55
Referencias 55

Capítulo 3. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo 63

Antecedentes 65
¿Cómo se definen el maltrato y descuido de los menores? 65
Aspectos culturales 65
Tipos de maltrato 65
La magnitud del problema 66
El maltrato mortal 66
El maltrato no mortal 68
¿Cuáles son los factores de riesgo en el maltrato y descuido de los menores? 72
Factores que aumentan la vulnerabilidad del niño 72
Características de las personas a cargo y de la familia 73
Factores de la comunidad 75
Factores sociales 75
Las consecuencias del maltrato de menores 76
Carga para la salud 76
Carga financiera 77
¿Qué se puede hacer para prevenir el maltrato y descuido de menores? 77

Estrategias de apoyo a la familia 77
Estrategias de los servicios de salud 79
Estrategias terapéuticas 80
Recursos jurídicos y conexos 81
Actividades comunitarias 83
Estrategias en el ámbito social 84
Recomendaciones 86
Mejor evaluación y vigilancia 86
Mejores sistemas de respuesta 86
Formulación de políticas 86
Mejores datos 88
Más investigaciones 88
Documentación de las respuestas eficaces 89
Mejor capacitación y educación para los profesionales 89
Conclusiones 89
Referencias 89

Capítulo 4. La violencia en la pareja 95

Antecedentes 97
La magnitud del problema 97
Medición de la violencia masculina en la pareja 101
Violencia y asesinato en la pareja 101
Nociones tradicionales del honor masculino 102
La dinámica de la violencia en la pareja 102
¿Cómo responden las mujeres al maltrato? 103
¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia infligida por la pareja? 105
Factores individuales 106
Factores de la relación 108
Factores comunitarios 108
Factores sociales 109
Las consecuencias de la violencia en la pareja 109
Repercusiones sobre la salud 110
Repercusiones económicas de la violencia 112
Repercusiones en los hijos 112
¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia en la relación de pareja? 113
Apoyo a las víctimas 113
Recursos jurídicos y reformas legislativas 114
Tratamiento de los hombres que maltratan a su pareja 116
Intervenciones de los servicios de salud 116
Iniciativas comunitarias 117
Principios en que se apoyan las prácticas adecuadas 120
Acción en todos los niveles 120
La participación de las mujeres 121
Cambio de las culturas institucionales 122
Un enfoque multisectorial 122

Recomendaciones 122
Investigación sobre la violencia en la relación de pareja 122
Fortalecimiento de las fuentes informales de apoyo 123
Hacer causa común con otros programas sociales 123
Inversión en prevención primaria 124
Conclusiones 124
Referencias 124

Capítulo 5. El maltrato de las personas mayores 133

Antecedentes 135
¿Cómo se define el maltrato de las personas mayores? 136
Las sociedades tradicionales 137
La magnitud del problema 138
En el ámbito doméstico 138
En los ámbitos institucionales 140
¿Cuáles son los factores de riesgo en el maltrato de las personas mayores? 141
Factores individuales 141
Factores relacionales 142
Factores comunitarios y sociales 142
Consecuencias del maltrato de las personas mayores 143
En el ámbito doméstico 144
En los ámbitos institucionales 144
¿Qué se puede hacer para prevenir el maltrato de las personas mayores? 145
Respuestas a escala nacional 146
Respuestas locales 147
Recomendaciones 153
Necesidad de aumentar los conocimientos 153
Necesidad de promulgar leyes más severas 155
Necesidad de aplicar estrategias de prevención más eficaces 155
Conclusiones 156
Referencias 156

Capítulo 6. La violencia sexual 159

Antecedentes 161
¿Cómo se define la violencia sexual? 161
Formas y contextos de la violencia sexual 161
La magnitud del problema 162
Fuentes de datos 162
Estimaciones de la violencia sexual 163
La violencia sexual en las escuelas, en los centros de atención de salud, durante los conflictos armados y en los campamentos para refugiados 168
Formas "culturales" de violencia sexual 169
¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia sexual? 170
Factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres 171
Factores que aumentan el riesgo de que los hombres cometan una violación 172

Factores vinculados a la relación con los pares y la familia 174
Factores comunitarios 175
Factores sociales 175
Consecuencias de la agresión sexual 176
El embarazo y las complicaciones ginecológicas 176
Enfermedades de transmisión sexual 177
La salud mental 177
Conductas suicidas 179
Ostracismo social 179
¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia sexual? 179
Enfoques individuales 180
Enfoques de desarrollo 181
Respuestas del sistema de atención de salud 181
Actividades comunitarias 183
Respuestas jurídicas y de políticas 185
Medidas para prevenir otras formas de violencia sexual 187
Recomendaciones 189
Necesidad de ampliar las investigaciones 189
Cómo desarrollar respuestas eficaces 189
Necesidad de prestar mayor atención a la prevención primaria 189
Cómo abordar el problema del abuso sexual en el sector de la salud 190
Conclusiones 190
Referencias 191

Capítulo 7. La violencia autoinfligida 199

Antecedentes 201
¿Cómo se define el suicidio? 201
La magnitud del problema 202
Comportamiento suicida mortal 202
Comportamiento suicida no mortal y pensamientos suicidas 207
¿Cuáles son los factores de riesgo en el comportamiento suicida? 208
Factores psiquiátricos 208
Marcadores biológicos y médicos 211
Acontecimientos de la vida como factores desencadenantes 211
Factores sociales y ambientales 213
¿Qué se puede hacer para prevenir los suicidios? 216
Enfoques del tratamiento 216
Enfoques relacionados con el comportamiento 217
Enfoques vinculados con las relaciones 218
Actividades comunitarias 219
Enfoques sociales 220
Intervención después de un suicidio 222
Respuestas mediante políticas 222
Recomendaciones 223
Mejores datos 223

Más investigaciones 223
Mejor tratamiento psiquiátrico 224
Cambios en el ámbito de vida 224
Fortalecer las actividades comunitarias 224
Conclusiones 225
Referencias 225

Capítulo 8. La violencia colectiva 233

Antecedentes 235
¿Cómo se define la violencia colectiva? 235
Formas de violencia colectiva 235
Datos sobre la violencia colectiva 237
Fuentes de datos 237
Problemas con la recopilación de datos 237
La magnitud del problema 238
Las víctimas de los conflictos 238
La naturaleza de los conflictos 240
¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia colectiva? 240
Factores políticos y económicos 241
Factores sociales y comunitarios 242
Factores demográficos 242
Factores tecnológicos 243
Consecuencias de la violencia colectiva 243
Repercusiones sobre la salud 243
Repercusiones en poblaciones específicas 246
Repercusiones demográficas 247
Repercusiones socioeconómicas 248
¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia colectiva? 249
Reducir el potencial de conflictos violentos 249
Respuestas a los conflictos violentos 252
Documentación, investigación y difusión de la información 254
Recomendaciones 256
Información y conocimientos 256
Prevención de los conflictos violentos 256
Mantenimiento de la paz 259
Respuestas del sector de la salud 259
Respuestas humanitarias 259
Conclusiones 259
Referencias 260

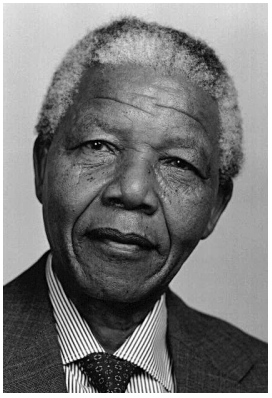
Capítulo 9. Cómo proceder: recomendaciones 263

Antecedentes 265
Respuesta a la violencia: ¿qué sabemos por ahora? 265
Lecciones principales hasta la fecha 265
¿Por qué debe participar el sector de la salud? 268

Asignar responsabilidades y prioridades 268
Recomendaciones 269
Conclusiones 277
Referencias 277

Anexo estadístico 279
Recursos 349
Índice 355

Prólogo



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

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

La violencia medra cuando no existe democracia, respeto por los derechos humanos ni condiciones de buen gobierno. Hablamos a menudo de cómo puede enraizarse una "cultura de la violencia". Es muy cierto: como sudafricano que ha vivido en el *apartheid* y vive ahora el período posterior, lo he visto y lo he experimentado. También es cierto que los comportamientos violentos están más difundidos y generalizados en las sociedades en las que las autoridades respaldan el uso de la violencia con sus propias acciones. En muchas sociedades, la violencia está tan generalizada que desbarata las esperanzas de desarrollo económico y social. No podemos permitir que esta situación se mantenga.

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

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

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

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

Nelson Mandela

Prefacio

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

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

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

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

Una cuestión que se repite en todo el informe es la importancia de la prevención primaria. En este aspecto, incluso las inversiones pequeñas pueden reportar beneficios importantes y duraderos, pero es indispensable contar con líderes resueltos y con el respaldo a las iniciativas de prevención por parte de un variado conjunto de colaboradores de los sectores público y privado, y de los países tanto industrializados como en desarrollo.

La salud pública ha logrado algunos éxitos notables en las últimas décadas, sobre todo en lo tocante a reducir la frecuencia de muchas enfermedades de la infancia. Sin embargo, sería un fracaso de la salud pública salvar a nuestros niños de estas enfermedades solo para verlos caer víctimas de la violencia o, ya mayores, de su pareja, o de la ferocidad de las guerras y los conflictos, o por lesiones autoinfligidas o víctimas del suicidio.

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

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

Colaboradores

Orientación editorial

Comité de redacción

Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, Rafael Lozano

Redactora ejecutiva

Linda L. Dahlberg

Comité consultivo

Nana Apt, Philippe Biberson, Jacquelyn Campbell, Radhika Coomaraswamy, William Foege, Adam Graycar, Rodrigo Guerrero, Marianne Kastrup, Reginald Moreels, Paulo Sergio Pinheiro, Mark L. Rosenberg, Terezinha da Silva, Mohd Sham Kasim

Secretaría de la OMS

Ahmed Abdullatif, Susan Bassiri, Assia Brandrup-Lukanow, Alberto Concha-Eastman, Colette Dehlot, Antonio Pedro Filipe, Viviana Mangiaterra, Hisahi Ogawa, Francesca Racioppi, Sawat Ramaboot, Pang Ruyan, Gyanendra Sharma, Safia Singhateh, Yasuhiro Suzuki, Nerayo Tecklemichael, Tomris Turmen, Madan Upadhyay, Derek Yach

Consultores regionales

Región de África de la OMS

Nana Apt, Niresh Bhagwandin, Chiane Esther, Helena Zacarías, Pedro Garinne, Rachel Jewkes, Naira Khan, Romilla Maharaj, Sandra Marais, David Nyamwaya, Philista Onyango, Welile Shasha, Safia Singhateh, Isseu Diop Touré, Greer van Zyl

Región de las Américas de la OMS

Nancy Cardia, Arturo Cervantes, Mariano Ciafardini, Carme Clavel-Arcas, Alberto Concha-Eastman, Carlos Fletes, Yvette Holder, Silvia Narváez, Mark L. Rosenberg, Ana María Sanjuán, Elizabeth Ward

Región de Asia Sudoriental de la OMS

Srikala Bharath, Vijay Chandra, Gopalakrishna Gururaj, Churnrutai Kanchanachitra, Mintarsih Latief, Panpimol Lotrakul, Imam Mochny, Dinesh Mohan, Thelma Narayan, Harsaran Pandey, Sawat Ramaboot, Sanjeeva Ranawera, Poonam Khetrapal Singh, Prawate Tantipiwatanaskul

Región de Europa de la OMS

Franklin Apfel, Assia Brandrup-Lukanow, Kevin Browne, Gani Demolli, Joseph Goicoechea, Karin Helweg-Larsen, Mária Herczog, Joseph Kasonde, Kari Killen, Viviana Mangiaterra, Annemiek Richters, Tine Rikke, Elisabeth Schauer, Berit Schei, Jan Theunissen, Mark Tsechkovski, Vladimir Verbitski, Isabel Yordi

Región del Mediterráneo Oriental de la OMS

Saadia Abenaou, Ahmed Abdullatif, Abdul Rahman Al-Awadi, Shiva Dolatabadi, Albert Jokhadar, Hind Khattab, Lamis Nasser, Asma Fozia Qureshi, Sima Samar, Mervat Abu Shabana

Región del Pacífico Occidental de la OMS

Liz Eckermann, Mohd Sham Kasim, Bernadette Madrid, Pang Ruyan, Wang Yan, Simon Yanis

Autores y revisores

Capítulo 1. La violencia, un problema mundial de salud pública

Autores: Linda L. Dahlberg, Etienne G. Krug
Recuadros: Alberto Concha-Eastman, Rodrigo Guerrero (1.1); Alexander Butchart (1.2); Vittorio Di Martino (1.3)

Capítulo 2. La violencia juvenil

Autores: James A. Mercy, Alexander Butchart, David Farrington, Magdalena Cerdá
Recuadros: Magdalena Cerdá (2.1); Alexander Butchart (2.2)
Revisores: Nancy Cardia, Alberto Concha-Eastman, Adam Graycar, Kenneth E. Powell, Mohamed Seedat, Garth Stevens

Capítulo 3. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo

Autores: Desmond Runyan, Corrine Wattam, Robin Ikeda, Fatma Hassan, Laurie Ramiro
Recuadros: Desmond Runyan (3.1); Akila Belembaogo, Peter Newell (3.2); Philista Onyango (3.3); Magdalena Cerdá, Mara Bustelo, Pamela Coffey (3.4)
Revisores: Tilman Furniss, Fu-Yong Jiao, Philista Onyango, Zelided Alma de Ruiz

Capítulo 4. La violencia en la pareja

Autores: Lori Heise, Claudia García-Moreno
Recuadros: Mary Ellsberg (4.1); Organización Panamericana de la Salud (4.2); Lori Heise (4.3)
Revisores: Jill Astbury, Jacquelyn Campbell, Radhika Coomaraswamy, Terezinha da Silva

Capítulo 5. El maltrato de las personas mayores

Autores: Rosalie Wolf, Lia Daichman, Gerry Bennett
Recuadros: HelpAge International Tanzania (5.1); Yuko Yamada (5.2); Elizabeth Podnieks (5.3)
Revisores: Robert Agyarko, Nana Apt, Malgorzata Halicka, Jordan Kosberg, Alex Yui-Huen Kwan, Siobhan Laird, Ariela Lowenstein

Capítulo 6. La violencia sexual

Autores: Rachel Jewkes, Purna Sen, Claudia García-Moreno
Recuadros: Rachel Jewkes (6.1); Ivy Josiah (6.2); Fatma Khafagi (6.3); Nadine France, Maria de Bruyn (6.4)
Revisores: Nata Duvvury, Ana Flávia d'Oliveira, Mary P. Koss, June Lopez, Margarita Quintanilla Gordillo, Pilar Ramos-Jiménez

Capítulo 7. La violencia autoinfligida

Autores: Diego DeLeo, José Bertolote, David Lester
Recuadros: Ernest Hunter, Antoon Leenaars (7.1); Danuta Wasserman (7.2)
Revisores: Annette Beautrais, Michel Grivna, Gopalakrishna Gururaj, Ramune Kalediene, Arthur Kleinman, Paul Yip

Capítulo 8. La violencia colectiva

Autores: Anthony B. Zwi, Richard Garfield, Alessandro Loretti
Recuadros: James Welsh (8.1); Joan Serra Hoffman, José Teruel, Sylvia Robles, Alessandro Loretti (8.2); Rachel Brett (8.3)
Revisores: Suliman Baldo, Robin Coupland, Marianne Kastrup, Arthur Kleinman, David Meddings, Paulo Sergio Pinheiro, Jean Rigal, Michael Toole

Capítulo 9. Cómo proceder: recomendaciones

Autores: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, Andrew Wilson
Recuadros: Tyrone Parks, Shereen Usdin, Sue Goldstein (9.1); Joan Serra Hoffman, Rodrigo Guerrero, Alberto Concha-Eastman (9.2); Laura Sminkey, Etienne G. Krug (9.3)

Anexo estadístico

Colin Mathers, Mie Inoue, Yaniss Guigoz, Rafael Lozano, Lana Tomaskovic

Recursos

Laura Sminkey, Alexander Butchart, Andrés Villaveces, Magdalena Cerdá

Agradecimiento

La Organización Mundial de la Salud y el comité de redacción desean rendir un homenaje especial a la principal autora del capítulo sobre el maltrato de las personas mayores, Rosalie Wolf, fallecida en junio de 2001. Fue muy valiosa su contribución al cuidado y a la protección de las personas mayores frente al maltrato y el descuido, en un duradero compromiso con este grupo de población especialmente vulnerable y a menudo silencioso.

La Organización Mundial de la Salud expresa su reconocimiento y agradecimiento a los numerosos autores, revisores, asesores y consultores cuya dedicación, apoyo y pericia han hecho posible el presente informe.

El informe también ha contado con las contribuciones de muchas otras personas. Damos expresamente las gracias a Tony Kahane, revisor del borrador del manuscrito, y a Caroline Allsopp y Angela Haden, editoras del texto definitivo. Debemos asimismo agradecimiento a las siguientes personas: Sue Armstrong y Andrew Wilson, que prepararon el resumen del informe; Laura Sminkey, por su valiosa ayuda al comité de redacción en cuanto a la gestión diaria y la coordinación del proyecto; Marie Fitzsimmons, por su ayuda editorial; Catherine Currat, Karin Engstrom, Nynke Poortinga, Gabriella Rosen y Emily Rothman, por su asistencia a la investigación; Emma Fitzpatrick, Helen Green, Reshma Prakash, Angela Raviglione, Sabine van Tuyll van Serooskerken y Nina Vugman, por sus comunicaciones; y Simone Colairo, Pascale Lanvers, Angela Swetloff-Coff y Stella Tabengwa, por su apoyo administrativo.

La Organización Mundial de la Salud desea también manifestar su agradecimiento a la California Wellness Foundation, al Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias, a los gobiernos de Bélgica, Finlandia, Japón, el Reino Unido y Suecia, a la Fundación Rockefeller y a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos, por su generoso apoyo económico para la elaboración y la publicación del presente informe.

Introducción

En 1996, la 49.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo (véase el texto completo en el recuadro).

En esta resolución, la Asamblea hizo resaltar las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto como a largo plazo, para los individuos, las familias, las comunidades y los países, y recalcó los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de atención de salud.

La Asamblea pidió a los Estados Miembros que consideraran urgentemente el problema de la violencia dentro de sus propias fronteras, y solicitó al Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estableciera actividades de salud pública para abordar el problema.

Este primer *Informe mundial sobre la violencia y la salud* es una parte importante de la respuesta de la OMS a la resolución WHA49.25. Se dirige principalmente a los investigadores y profesionales. Entre estos últimos figuran los trabajadores de la salud, los asistentes sociales, los que intervienen en el establecimiento y ejecución de los programas y servicios de prevención, los educadores y la policía. Existe asimismo un resumen del informe.[1]

Metas

Las metas del informe son aumentar la conciencia acerca del problema de la violencia en el mundo, y dejar claro que la violencia puede prevenirse y que la salud pública tiene el cometido fundamental de abordar sus causas y consecuencias.

Objetivos más específicos son:

- describir la magnitud y las repercusiones de la violencia en el mundo;
- describir los factores de riesgo fundamentales de la violencia;
- presentar los tipos de intervención y de respuestas de política que se han puesto a prueba y resumir lo que se sabe acerca de su eficacia;
- hacer recomendaciones para la acción a escala local, nacional e internacional.

Temas y alcance

En el presente informe se estudian los tipos de violencia que existen en todo el mundo en la vida cotidiana de las personas y que constituyen el grueso de la carga sanitaria que la violencia impone. En consecuencia, la información se ha organizado en nueve capítulos, que abarcan los siguientes temas:

1. La violencia, un problema mundial de salud pública
2. La violencia juvenil
3. El maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo
4. La violencia en la pareja

[1] *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 2002.

Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública (Resolución WHA49.25)

La 49.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Enterada con gran preocupación del dramático aumento en todo el mundo de la incidencia de lesiones intencionales que afectan a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a mujeres y niños;

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

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

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

Tomando nota del llamamiento realizado por la comunidad científica en la Declaración de Melbourne adoptada en la tercera conferencia internacional sobre la lucha contra los traumatismos (1996) para que se intensifique la colaboración internacional a fin de velar por la seguridad de los ciudadanos del mundo;

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

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

Reconociendo que el sector sanitario está con frecuencia en la primera línea de contacto con las víctimas de la violencia, tiene una capacidad técnica sin igual y goza de una posición especial en la comunidad para ayudar a las personas expuestas a riesgos;

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

1. DECLARA que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo;
2. INSTA a los Estados Miembros a que evalúen el problema de la violencia en sus territorios y comuniquen a la OMS su información y su enfoque respecto de ese problema;
3. PIDE al Director General que, en la medida en que lo permitan los recursos disponibles, emprenda actividades de salud pública para abordar el problema de la violencia, con objeto de:
    1) caracterizar diferentes tipos de violencia, definir su magnitud y evaluar las causas de la violencia y las repercusiones de esta en la salud pública, incorporando asimismo en el análisis una perspectiva de las diferencias entre los sexos;
    2) evaluar los tipos de medidas y programas destinados a prevenir la violencia y mitigar sus efectos, así como la eficacia de dichas medidas y programas, prestando especial atención a las iniciativas de orientación comunitaria;
    3) promover actividades para resolver este problema a nivel tanto internacional como de país, inclusive medidas tendientes a:
        a) mejorar el reconocimiento, la notificación y la gestión de las consecuencias de la violencia;

(continuación)

b) promover una mayor participación intersectorial en la prevención y la gestión de la violencia;
c) promover investigaciones sobre la violencia dándoles prioridad entre las investigaciones de salud pública;
d) preparar y dar a conocer recomendaciones sobre programas de prevención de la violencia en naciones, estados y comunidades de todo el mundo;

4) asegurar la participación coordinada y activa de los programas técnicos apropiados de la OMS;
5) reforzar la colaboración de la Organización con gobiernos, autoridades locales y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la planificación, la aplicación y el seguimiento de programas sobre la prevención y la mitigación de la violencia;

4. PIDE ASIMISMO al Director General que presente un informe al Consejo Ejecutivo en su 99.ª reunión en el que se describan los progresos realizados hasta el momento, así como un plan de acción para avanzar hacia un enfoque de salud pública, de base científica, de la prevención de la violencia.

5. El maltrato de las personas mayores
6. La violencia sexual
7. La violencia autoinfligida
8. La violencia colectiva
9. Cómo proceder: recomendaciones

Dado que es imposible cubrir plena y adecuadamente todos los tipos de violencia en un único documento, cada capítulo se centra en un aspecto específico. Por ejemplo, el capítulo sobre la violencia juvenil examina la violencia interpersonal entre los adolescentes y los adultos jóvenes en la comunidad. En el capítulo sobre el maltrato de los menores se abordan los planos físico, sexual y psíquico, así como el descuido por los padres u otras personas a cargo. En otros lugares del informe se abordan otras formas de maltrato de los niños, como la prostitución o su utilización como soldados. El capítulo sobre el maltrato de las personas mayores se centra en el que infligen los cuidadores en ámbitos domésticos e institucionales, mientras que el de la violencia colectiva trata de los conflictos violentos. El capítulo sobre la violencia en la pareja y el capítulo sobre la violencia sexual insisten principalmente en la violencia contra las mujeres, si bien el segundo incluye algunos comentarios relativos a hombres y muchachos. El capítulo sobre la violencia autoinfligida se centra fundamentalmente en el comportamiento suicida. Se ha incluido este capítulo en el informe porque el comportamiento suicida es una de las causas externas de daño físico, y suele ser la resultante de los mismos factores sociales, psicológicos y ambientales que subyacen en otros tipos de violencia.

Los capítulos tienen una estructura similar. Todos empiezan por una breve relación de las definiciones del tipo específico de violencia tratado en el capítulo, seguida de un resumen de los conocimientos actuales acerca de la magnitud del problema en diferentes regiones del mundo. Cuando es posible, se presentan datos de cada país y resultados de diversos estudios de investigación. A continuación, se describen las causas y consecuencias de la violencia, se resumen las intervenciones y las respuestas de política que se

han puesto a prueba, y se hacen recomendaciones para la investigación y la acción futuras. Se incluyen cuadros, figuras y recuadros para destacar perfiles epidemiológicos y resultados específicos, dar ejemplos de actividades de prevención y hacer resaltar determinados temas.

El informe finaliza con dos secciones adicionales: un anexo estadístico y una lista de recursos de Internet. El anexo estadístico contiene datos mundiales, regionales y nacionales procedentes de la base de datos de mortalidad y morbilidad de la OMS y de la Versión 1 del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la OMS de 2000. Se presentan las fuentes de datos y los métodos de recolección y análisis.

La lista de recursos de Internet incluye direcciones de sitios *web* de organizaciones que participan en la investigación y en la prevención de la violencia así como en la defensa de los derechos de las personas. Asimismo, contiene metasitios (cada uno de los cuales da acceso a cientos de organizaciones interesadas en los problemas recién mencionados), sitios *web* para personas interesadas en un tipo específico de violencia, otros que abordan temas contextuales más amplios relacionados con la violencia, y algunos más que ofrecen instrumentos de vigilancia para mejorar la comprensión de la violencia.

Cómo se ha elaborado el informe

Han participado en la elaboración del presente documento más de 160 expertos de todo el mundo, coordinados por un pequeño comité de redacción asistido en distintas fases de la redacción del informe por un comité consultivo, compuesto por representantes de todas las Regiones de la OMS y por personal de la OMS.

Científicos de diferentes regiones del mundo revisaron cada capítulo. Se pidió a los revisores que formularan observaciones no solo sobre el contenido científico del capítulo sino también en cuanto a su pertinencia en su propia cultura.

A medida que se iba redactando el informe, se mantuvieron consultas con miembros de las oficinas regionales de la OMS y diversos grupos de expertos de todo el mundo. Los participantes examinaron un primer borrador del informe, en el que se presentaba una sinopsis del problema de la violencia en su región y se hacían sugerencias para fomentar las actividades regionales de prevención de la violencia.

El futuro

El presente informe, el primero en su tipo, aunque amplio, es solo un comienzo. Es de esperar que promueva el debate tanto local como nacional e internacional, y que sirva de plataforma para incrementar las actividades que prevengan la violencia.

CAPÍTULO 1

La violencia, un problema mundial de salud pública

Antecedentes

Podría afirmarse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.

Aunque es difícil obtener cálculos precisos, los costos de la violencia se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria en todo el mundo, además de los miles de millones que los días laborables perdidos, las medidas para hacer cumplir las leyes y las inversiones malogradas por esta causa restan a la economía de cada país.

La parte visible y la invisible

Desde luego, es imposible calcular el costo humano en aflicción y dolor. En realidad, ambos son casi invisibles en gran parte. Aunque la tecnología satelital permite en la actualidad que ciertos tipos de violencia —terrorismo, guerras, motines y disturbios callejeros— aparezcan a los ojos del público televidente todos los días, es mucha más la violencia que ocurre fuera de la vista en los hogares, los lugares de trabajo e incluso en las instituciones médicas y sociales encargadas de atender a las personas. Muchas de las víctimas son demasiado jóvenes, o están muy débiles o enfermas para protegerse. Algunas se ven obligadas, por las convenciones o las presiones sociales, a guardar silencio sobre las experiencias vividas.

Al igual que los efectos, algunas causas de la violencia se pueden ver con facilidad. Otras se arraigan profundamente en el entramado social, cultural y económico de la vida humana. Investigaciones recientes indican que aunque determinados factores biológicos y otros elementos individuales explican parte de la predisposición a la agresión, más a menudo interactúan con factores familiares, comunitarios, culturales y otros agentes externos para crear una situación que favorece el surgimiento de la violencia.

Un problema prevenible

A pesar de que la violencia siempre ha estado presente, el mundo no tiene que aceptarla como una parte inevitable de la condición humana. Siempre ha habido violencia, pero también siempre han surgido sistemas —religiosos, filosóficos, jurídicos y comunales— para prevenirla o limitar su aparición. Ninguno ha sido completamente exitoso, pero todos han efectuado un aporte a la disminución de este rasgo distintivo de la civilización.

Desde principios de los años ochenta, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en la respuesta a la violencia. Una amplia gama de profesionales, investigadores y sistemas de salud pública han procurado comprender las raíces de la violencia y evitar que surja.

Es posible prevenir la violencia y disminuir sus efectos, de la misma manera en que las medidas de salud pública han logrado prevenir y disminuir las complicaciones relacionadas con el embarazo, las lesiones en el lugar de trabajo, las enfermedades infecciosas y las afecciones resultantes del consumo de alimentos y agua contaminados en muchas partes del mundo. Es posible cambiar los factores que contribuyen a producir respuestas violentas, ya sea los dependientes de la actitud y el comportamiento o los relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias.

La violencia se puede prevenir. Este no es un artículo de fe, sino una afirmación fundamentada en datos fidedignos. Los ejemplos de resultados exitosos en este sentido pueden encontrarse en todo el mundo, desde las acciones individuales y comunitarias en pequeña escala hasta las iniciativas nacionales de política y legislativas.

¿Qué puede aportar un enfoque de salud pública?

Por definición, la salud pública no se ocupa de los pacientes a título individual. Su interés se centra en tratar las enfermedades, afecciones y problemas que afectan a la salud, y pretende proporcionar el máximo beneficio para el mayor número posible de personas. Esto no significa que la salud pública haga a un lado la atención de los individuos. Más bien, la inquietud estriba en prevenir los problemas de

salud y ampliar y mejorar la atención y la seguridad de todas las poblaciones.

El enfoque de salud pública a cualquier problema es interdisciplinario y se basa en datos científicos (1). Además, extrae conocimientos de muchas disciplinas, entre ellas la medicina, la epidemiología, la sociología, la psicología, la criminología, la pedagogía y la economía. Esto le ha permitido al campo de la salud pública ser innovador y receptivo con respecto a una amplia variedad de enfermedades, padecimientos y lesiones en todo el mundo.

El enfoque de salud pública también hace hincapié en la acción colectiva. Ha demostrado una y otra vez que las iniciativas de cooperación de sectores tan diversos como los de la salud, la educación, los servicios sociales, la justicia y la política, son necesarias para resolver problemas que por lo general se consideran netamente "médicos". Cada sector tiene un papel importante que desempeñar al abordar el problema de la violencia y, conjuntamente, las estrategias adoptadas por cada uno tienen el potencial de producir reducciones importantes de la violencia (recuadro 1.1).

RECUADRO 1.1

El enfoque de salud pública en acción: el programa DESEPAZ en Colombia

En 1992, el alcalde de Cali (Colombia) —de profesión salubrista— estableció un programa integral dirigido a reducir los elevados niveles delictivos. La tasa de homicidios en Cali, una ciudad de unos 2 millones de habitantes, había subido de 23 por 100 000 habitantes en 1983 a 85 por 100 000 en 1991. El programa se llamó DESEPAZ, sigla de "Desarrollo, seguridad, paz".

En las etapas iniciales del programa se realizaron estudios epidemiológicos para identificar los principales factores de riesgo en relación con la violencia y configurar las prioridades para la acción. Se aprobaron presupuestos especiales para fortalecer la policía, el sistema judicial y la oficina local de derechos humanos.

El programa DESEPAZ emprendió la educación en materia de derechos civiles tanto de la policía como del público general, incluida la publicidad televisiva en las horas de máxima audiencia, haciendo hincapié en la tolerancia con respecto a los demás y en el control de uno mismo. En colaboración con organizaciones no gubernamentales locales, se organizaron una variedad de proyectos culturales y educativos para las escuelas y las familias, con el fin de promover debates sobre la violencia y ayudar a resolver los conflictos interpersonales. Se impusieron restricciones a la venta de bebidas alcohólicas y se prohibió portar armas de fuego los fines de semana y en fechas especiales.

En el curso del programa, se implantaron proyectos especiales para brindar a los jóvenes oportunidades económicas y medios de recreación seguros. El alcalde y su equipo administrativo discutieron sus propuestas para tratar de encontrar una solución al problema de la criminalidad con personas de la localidad, y el ayuntamiento garantizó la participación y el compromiso continuo de la comunidad.

Mientras el programa estuvo en funcionamiento, la tasa de homicidios de Cali descendió de un nivel máximo nunca visto de 124 por 100 000 a 86 por 100 000 entre 1994 y 1997; es decir, una reducción de 30%. En números absolutos, hubo aproximadamente 600 homicidios menos entre 1994 y 1997, por comparación con el trienio anterior, cosa que permitió a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley dedicar los escasos recursos a combatir otras formas más organizadas de delincuencia. Además, la opinión pública caleña abandonó su actitud pasiva con respecto a la violencia y pasó a exigir enérgicamente más actividades de prevención.

El enfoque de la violencia desde la perspectiva de la salud pública se basa en los requisitos rigurosos del método científico. Al pasar del planteo del problema a la solución, este enfoque sigue cuatro pasos fundamentales (1):

- Obtención de tantos conocimientos básicos como sea posible acerca de todos los aspectos de la violencia, mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia en los niveles local, nacional e internacional.
- Investigación de por qué se produce la violencia; es decir, llevar a cabo estudios para determinar:
  – las causas y los factores correlativos de la violencia;
  – los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de violencia;
  – los factores que podrían modificarse mediante intervenciones.
- Búsqueda de posibles formas de prevenir la violencia, usando la información descrita en un paso anterior, mediante el diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de intervenciones.
- Ejecución de acciones que en diversas circunstancias resulten efectivas, acompañadas de una difusión amplia de información y de una evaluación de la eficacia en relación con los costos de los programas.

La salud pública se caracteriza sobre todo por la importancia que concede a la prevención. En lugar de aceptar sencillamente la violencia o reaccionar ante ella, su punto de partida es la sólida convicción de que el comportamiento violento y sus consecuencias pueden prevenirse.

Definición de la violencia

Todo análisis integral de la violencia debe empezar por definir las diversas formas que esta adopta con el fin de facilitar su medición científica. Hay muchas maneras posibles de definir la violencia. La Organización Mundial de la Salud (2) la define como:

> El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La definición usada por la Organización Mundial de la Salud vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como son la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras.

La inclusión de la palabra "poder", además de la frase "uso intencional de la fuerza física", amplía la naturaleza de un acto de violencia así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación. Decir "uso del poder" también sirve para incluir el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes. Por lo tanto, debe entenderse que "el uso intencional de la fuerza o el poder físico" incluye el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de autoagresión.

Esta definición cubre una gama amplia de consecuencias, entre ellas los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo. Esto refleja el reconocimiento cada vez mayor, por parte de los investigadores y los profesionales, de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan por fuerza lesiones o la muerte, pero que a pesar de todo imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria en todo el mundo. Numerosas formas de violencia contra las mujeres, los niños y los ancianos, por ejemplo, pueden dar lugar a problemas físicos, psíquicos y sociales que no necesariamente desembocan en lesión, invalidez o muerte. Estas consecuencias pueden ser inmediatas, o bien latentes, y durar muchos años después del maltrato inicial. Por lo tanto, definir los resultados atendiendo en forma exclusiva a la lesión o la muerte limita la comprensión del efecto global de la violencia en las personas, las comunidades y la sociedad en general.

Intencionalidad

Uno de los aspectos más complejos de la definición es el de la intencionalidad. A este respecto,

cabe destacar dos puntos importantes. Primero, aunque la violencia se distingue de los hechos no intencionales que ocasionan lesiones, la presencia de la intención de usar la fuerza no significa necesariamente que haya habido la intención de causar daño. En efecto, puede haber una considerable disparidad entre la intención del comportamiento y las consecuencias intentadas. Una persona puede cometer intencionalmente un acto que, a juzgar por normas objetivas, se considera peligroso y con toda probabilidad causará efectos adversos sobre la salud, pero puede suceder que el autor no los perciba como tales.

Por ejemplo, un joven puede participar en una riña con otros jóvenes. Los puñetazos a la cabeza o el uso de un arma aumentan sin duda el riesgo de sufrir traumatismo grave o muerte, aunque esa no haya sido la intención. Uno de los padres puede sacudir vigorosamente a su bebé que llora, con la intención de callarlo. En vez de ello, sin embargo, ese acto puede causar daño cerebral a la criatura. El empleo de la fuerza es evidente, pero no existió la intención de lastimar.

El segundo punto relacionado con la intencionalidad radica en la distinción entre la intención de lesionar y la intención de "usar la violencia". La violencia, según Walters y Parke (3), está determinada por la cultura. Algunas personas tienen la intención de dañar a otros pero, por sus antecedentes culturales y sus creencias, no consideran que sus actos sean violentos. No obstante, la Organización Mundial de la Salud define la violencia teniendo en cuenta su relación con la salud o el bienestar de las personas. Ciertos comportamientos —como golpear al cónyuge— pueden ser considerados por algunas personas como prácticas culturales admisibles, pero se consideran actos de violencia con efectos importantes para la salud de la persona.

La definición lleva implícitos otros aspectos de la violencia que no se enuncian en forma explícita. Por ejemplo, la definición incluye implícitamente todos los actos de violencia, sean públicos o privados, sean reactivos (en respuesta a acontecimientos anteriores, por ejemplo, una provocación) o activos (que son decisivos para lograr resultados más favorables para el agresor o para anticiparse a ellos) (4) y tanto si tienen carácter delictivo como si no lo tienen. Cada uno de estos aspectos es importante para comprender las causas de la violencia y elaborar programas de prevención.

Tipología de la violencia

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de la resolución WHA49.25, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo y pidió a la Organización Mundial de la Salud que elaborara una tipología de la violencia para caracterizar los diferentes tipos de violencia y los vínculos entre ellos. Hay pocas clasificaciones taxonómicas y ninguna es completa (5).

Tipos de violencia

La clasificación que se propone aquí divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

– la violencia autoinfligida;
– la violencia interpersonal;
– la violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos y la violencia infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas (figura 1.1).

Estas tres categorías generales se subdividen a su vez para reflejar tipos de violencia más específicos.

La violencia autoinfligida

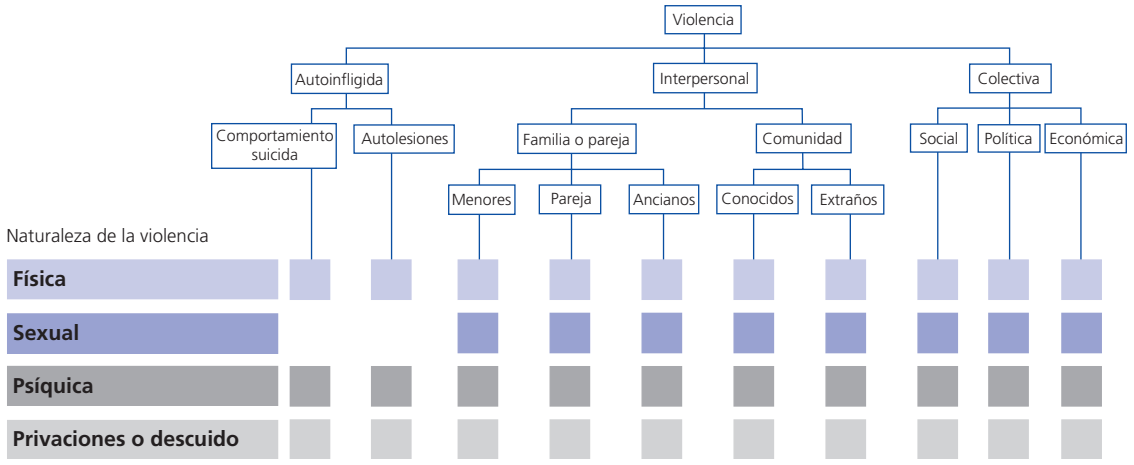
La violencia autoinfligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio —también llamados "parasuicidio" o "intento deliberado de matarse" en algunos países— y suicidio consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación.

La violencia interpersonal

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- Violencia familiar o de pareja: esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los

FIGURA 1.1
Una tipología de la violencia



miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar.

- Violencia comunitaria: es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar.

En el primer grupo se incluyen formas de violencia, como el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores. El segundo abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

La violencia colectiva

La violencia colectiva se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado. La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación. Evidentemente, los actos cometidos por grupos más grandes pueden tener motivos múltiples.

La naturaleza de los actos de violencia

En la figura 1.1 se ilustra la naturaleza de los actos de violencia, que puede ser:

– física;
– sexual;
– psíquica;
– que incluye privaciones o descuido.

En sentido horizontal se muestra quiénes son afectados, y en el vertical, de qué manera lo son.

Estos cuatro tipos de actos de violencia, con excepción de la autoinfligida, suceden en cada una de las categorías generales y sus subcategorías descritas con anterioridad. Por ejemplo, la violencia contra los niños cometida en el seno del hogar puede incluir abuso físico, sexual y psíquico, así como negligencia o descuido. La violencia comunitaria puede incluir agresiones físicas entre los jóvenes, violencia sexual en el lugar de trabajo y descuido de las personas mayores en los establecimientos

asistenciales de largo plazo. La violencia política puede incluir la violación durante los conflictos armados, la guerra como tal y la llamada guerra psicológica.

Aunque es imperfecta y dista mucho de gozar de aceptación universal, esta clasificación proporciona un marco útil para comprender los tipos complejos de violencia que acontecen en todo el mundo, así como la violencia en la vida diaria de las personas, las familias y las comunidades. También supera muchas de las limitaciones de otras clasificaciones porque capta la naturaleza de los actos de violencia, la importancia del entorno, la relación entre el agresor y la víctima, y, en el caso de la violencia colectiva, los posibles motivos de la violencia. Sin embargo, tanto en la investigación como en la práctica no siempre están claras las líneas divisorias entre los diferentes tipos de violencia.

Medición de la violencia y sus efectos

Tipos de datos

Se necesitan distintos tipos de datos para diferentes finalidades, entre ellas las siguientes:

- describir la magnitud y las repercusiones de la violencia;
- entender qué factores aumentan el riesgo de ser víctima de la violencia y de que se cometan actos violentos;
- saber cuán eficaces son los programas de prevención de la violencia.

Algunos de estos tipos de datos y sus fuentes se describen en el cuadro 1.1.

Datos de mortalidad

Los datos sobre las muertes, particularmente por homicidio, suicidio y bajas relacionadas con la guerra, pueden proporcionar un indicio del grado de violencia mortal en una comunidad o país determinado. Cuando se comparan con las estadísticas de otras defunciones, tales datos se convierten en indicadores útiles de la carga que imponen las lesiones relacionadas con la violencia. Estos datos también pueden usarse para vigilar los cambios ocurridos en la violencia mortal con el transcurso del tiempo, identificar los grupos y las comunidades en alto riesgo con respecto a la violencia, y hacer las comparaciones dentro de un país y entre países.

Otro tipo de datos

Las cifras de mortalidad, sin embargo, son solo un tipo posible de datos para describir la magnitud del problema. Como los resultados no mortales son mucho más comunes que los mortales, y como ciertos tipos de violencia no están plenamente representados por los datos de mortalidad, se necesita otro tipo de información. Tal información puede ayudar a comprender las circunstancias que rodean a determinados incidentes y a describir todas las repercusiones de la violencia en la salud de las personas y las comunidades. Estos datos incluyen:

- información sobre enfermedades, lesiones y otros problemas de salud;
- información, comunicada espontáneamente, sobre actitudes, creencias, comportamientos, prácticas culturales, victimización y exposición a la violencia;
- información de la comunidad sobre las características de la población y los niveles de ingreso, educación y desempleo;
- datos sobre criminalidad, incluidas las características y las circunstancias de los sucesos violentos y sus perpetradores;
- información económica sobre los costos de los tratamientos y los servicios sociales;
- datos sobre la carga económica impuesta a los sistemas de asistencia sanitaria y los ahorros posibles que se logran gracias a los programas de prevención;
- información política y legislativa.

Fuentes de datos

Son posibles fuentes de los diversos tipos de información las siguientes:

- las personas;
- los registros de organismos gubernamentales e instituciones asistenciales;
- los programas locales;
- los registros comunitarios y gubernamentales;
- las encuestas poblacionales y de otra índole;
- los estudios especiales.

Aunque no figuran en el cuadro 1.1, casi todas las fuentes incluyen información personal básica,

como son la edad y el sexo de las personas. Algunas fuentes —incluidos expedientes médicos, registros policiales, certificados de defunción e informe de los depósitos de cadáveres— incluyen información específica del acto violento o la lesión. Los datos de los departamentos de urgencias de los hospitales, por ejemplo, pueden proporcionar información sobre la naturaleza de una lesión, cómo se produjo, y cuándo y dónde ocurrió el incidente. Los datos recogidos por la policía pueden incluir información sobre la relación entre la víctima y el agresor, si hubo un arma de por medio y otras circunstancias relacionadas con el delito.

Las encuestas y los estudios especiales pueden facilitar información detallada acerca de la víctima o el agresor y sus antecedentes, actitudes, comportamientos y posible participación anterior en actos de violencia. Asimismo, esas fuentes pueden ayudar a descubrir la violencia que no se informa a la policía ni a otros organismos. Por ejemplo, una encuesta domiciliaria en Sudáfrica reveló que entre 50% y 80% de las víctimas de actos de violencia recibieron tratamiento médico por lesiones relacionadas con la violencia sin que se notificara el incidente a la policía (6). En otro estudio realizado en los Estados Unidos, 46% de las víctimas que buscaron tratamiento de urgencia no informaron a la policía (7).

Problemas de la recopilación de datos

Varían considerablemente la disponibilidad, calidad y utilidad de las diferentes fuentes de datos para comparar los tipos de violencia dentro de un país y entre los países. Los países de todo el mundo están en etapas muy diferentes con respecto a su capacidad de recopilación de datos.

Disponibilidad de los datos

Los datos de mortalidad son los que por lo general se recogen y están disponibles de manera más amplia. Muchos países llevan registros de nacimientos y muertes y proporcionan recuentos básicos de homicidios y suicidios. Sin embargo, no siempre es posible calcular las tasas basándose en esos recuentos básicos porque a menudo no hay datos de población o son poco fidedignos. Esto sucede sobre todo en los lugares donde las poblaciones son fluctuantes —por ejemplo, en zonas donde hay conflictos armados entre grupos de población o desplazamientos continuos— o donde resulta difícil censar a los habitantes, como sucede en regiones densamente pobladas o muy remotas.

En la mayoría de los países no se cuenta con datos sistemáticos sobre las consecuencias no mortales, aunque actualmente se están preparando sistemas para recopilar tales datos. En años recientes se han publicado varios informes que proporcionan orientación para medir diferentes tipos de violencia en una variedad de circunstancias (8–14).

CUADRO 1.1
Tipo de datos y posibles fuentes para la recopilación de información

Tipos de datos	Fuentes	Ejemplos de la información recopilada
Mortalidad	Certificados de defunción, registros de estadísticas demográficas, informes de los médicos, de los forenses o de depósitos de cadáveres	Características de la víctima, causa de muerte, lugar, fecha, forma de la muerte
Morbilidad y otros datos de salud	Expedientes médicos de hospital, de consultorio o de otro tipo	Enfermedades, lesiones, información sobre la salud física, mental o reproductiva
Por respuesta directa	Encuestas, estudios especiales, grupos de discusión, medios informativos	Actitudes, creencias, comportamientos, prácticas culturales, victimización y perpetración, exposición a la violencia en el hogar o la comunidad
Comunitarios	Registros de población, registros del gobierno local, otros registros institucionales	Recuentos de población, densidad demográfica, niveles de ingreso y educación, tasas de desempleo, tasas de divorcio
Sobre delitos	Registros policiales, registros del poder judicial, laboratorios criminológicos	Tipo de delito, características del agresor, relación entre la víctima y el agresor, circunstancias del hecho
Económicos	Registros del programa, institución u organismo, estudios especiales	Gastos en salud, alojamiento o servicios sociales, costos de tratar las lesiones relacionadas con la violencia, uso de servicios
De política y legislación	Registros gubernamentales o legislativos	Leyes, normas y procedimientos institucionales

La calidad de los datos

Aunque se cuente con datos, la calidad de la información puede ser inadecuada para fines de investigación y para diseñar estrategias de prevención. Dado que los organismos y las instituciones llevan registros para sus propios fines, ciñéndose a sus propias normas para tal efecto, sus datos pueden estar incompletos o carecer de la información necesaria para comprender debidamente la violencia.

Los datos de los centros de asistencia sanitaria, por ejemplo, se recopilan con miras a proporcionar un tratamiento óptimo al paciente. El expediente médico puede contener información de diagnóstico acerca de la lesión y el tratamiento, pero no de las circunstancias en que esta se produjo. Además, estos datos pueden ser confidenciales y, por tanto, no pueden usarse para fines de investigación. Las encuestas, por otra parte, contienen información más detallada acerca de la persona y sus antecedentes, así como de su participación en hechos de violencia. No obstante, se ven limitadas por el grado en que una persona recuerda los sucesos y admite incurrir en ciertos comportamientos, y también por la manera en que se plantean las preguntas y quién las formula, lo mismo que por el momento, el lugar y el modo en que se realiza la entrevista.

Otros obstáculos

La vinculación de los datos de las diversas fuentes es uno de los problemas más difíciles en las investigaciones sobre la violencia. Los datos sobre la violencia provienen en general de una variedad de organizaciones que actúan independientemente unas de otras. En cuanto tal, la información de los médicos o de los forenses participantes, por lo común no puede vincularse con los datos recopilados por la policía. Además, hay una falta general de uniformidad en la forma de recolectar estos datos, por lo cual resulta muy difícil comparar los datos de distintas comunidades y naciones.

Aunque rebasan el alcance de la presente exposición, deben mencionarse algunos otros problemas de la recolección de datos relacionados con la violencia. Ellos son:

- la dificultad de elaborar medidas que sean pertinentes y específicas para los subgrupos de población y en diferentes contextos culturales (8, 9, 11, 14);
- la implantación de protocolos apropiados para proteger la confidencialidad de las víctimas y velar por su seguridad (15);
- otras consideraciones éticas diversas relacionadas con las investigaciones sobre la violencia.

Panorama general de los conocimientos actuales

La prevención de la violencia, según el enfoque de salud pública, empieza con una descripción de la magnitud del problema y sus repercusiones. En esta sección se describe lo que actualmente se conoce acerca de las modalidades de la violencia en el mundo, utilizando para ello datos recabados para este informe de la base de datos de mortalidad y del proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1, así como datos de encuestas y estudios especiales acerca de la violencia.

Estimaciones de la mortalidad

En 2000, aproximadamente 1,6 millones de personas en todo el mundo murieron como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva, lo que representa una tasa general ajustada por edad de 28,8 por 100 000 habitantes (cuadro 1.2).

CUADRO 1.2
Cifras estimadas de defunciones debidas a la violencia en el mundo, 2000

Tipo de violencia	Número[a]	Tasa por 100 000 habitantes[b]	Proporción del total (%)
Homicidios	520 000	8,8	31,3
Suicidios	815 000	14,5	49,1
Causadas por acciones bélicas	310 000	5,2	18,6
Total[c]	1 659 000	28,8	100,0
Países de ingreso bajo a mediano	1 510 000	32,1	91,1
Países de ingreso alto	149 000	14,4	8,9

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1 (Anexo estadístico).
[a] Redondeado al millar más cercano.
[b] Estandarizada por edades.
[c] Incluye 14 000 defunciones por lesiones intencionales resultantes de intervenciones legales.

La gran mayoría de estas defunciones se registraron en países de ingreso bajo a mediano. Menos de 10% de todas las muertes relacionadas con la violencia se registraron en los países de ingreso alto.

Casi la mitad de esas 1 600 000 defunciones relacionadas con la violencia se debieron a suicidios, casi una tercera parte a homicidios, y alrededor de una quinta parte a conflictos armados.

La mortalidad según el sexo y la edad

Como muchos otros problemas de salud en el mundo, la violencia no se distribuye por igual entre los sexos ni entre los grupos de edades. En 2000, hubo aproximadamente 520 000 homicidios, lo que equivale a una tasa general ajustada por edad de 8,8 por 100 000 habitantes (cuadro 1.2). Los varones representaron 77% de los homicidios y tuvieron tasas tres veces mayores que las de las mujeres (13,6 y 4,0 por 100 000, respectivamente) (cuadro 1.3). Las tasas más altas de homicidios en el mundo correspondieron a los hombres de 15 a 29 años de edad (19,4 por 100 000), seguidos de cerca por los de 30 a 44 años (18,7 por 100 000).

En todo el mundo, el suicidio se cobró la vida de unas 815 000 personas en el año 2000, lo que representa una tasa general ajustada por edad de 14,5 por 100 000 (cuadro 1.2). Más de 60% de los suicidios correspondieron a varones, y más de la mitad de las víctimas tenían entre 15 y 44 años de edad. Tanto para los varones como para las mujeres, las tasas de suicidio aumentan con la edad y alcanzan el punto más elevado en el grupo de 60 años o más (cuadro 1.3). Las tasas de suicidio, sin embargo, fueron por lo general mayores entre los varones que entre las mujeres (18,9 por 100 000 frente a 10,6 por 100 000). Esto es especialmente valedero en los grupos de mayor edad, pues en todo el mundo las tasas de suicidio masculino en el grupo de 60 años de edad y más son dos veces más altas que las de suicidio femenino en la misma categoría de edad (44,9 por 100 000 frente a 22,1 por 100 000).

La mortalidad según el nivel de ingreso del país y región

Las tasas de muerte violenta varían en función del nivel de ingreso de los países. En 2000, la tasa de muerte violenta en los países de ingreso bajo y medio fue de 32,1 por 100 000 habitantes, más del doble de la tasa en los países de ingresos altos (14,4 por 100 000) (cuadro 1.2).

CUADRO 1.3

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

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

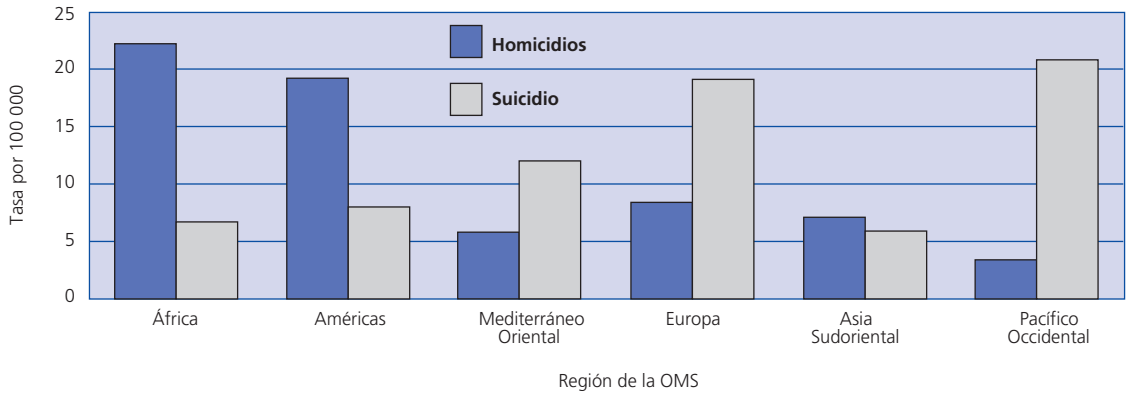
Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1 (véase el Anexo estadístico).

[a] Estandarizado por edades.

Se observan también diferencias regionales considerables en las tasas de muerte violenta. Estas diferencias son evidentes, por ejemplo, entre las regiones de la OMS (figura 1.2). En la Región de África y en la Región de las Américas, las tasas de homicidios son casi tres veces mayores que las tasas de suicidio. Sin embargo, en la Región de Europa y en la de Asia Sudoriental, las tasas de suicidio son más de dos veces superiores a las de homicidios (19,1 por 100 000 frente a 8,4 por 100 000 para la Región de Europa y 12,0 por 100 000 frente a 5,8 por 100 000 para la Región de Asia Sudoriental), y en la Región del Pacífico Occidental las tasas de suicidio son casi seis veces mayores que las de homicidios (20,8 por 100 000 frente a 3,4 por 100 000).

Dentro de las regiones hay también grandes diferencias entre los países. Por ejemplo, en 1994 la tasa de homicidios entre los hombres en Colombia fue de 146,5 por 100 000, mientras que las tasas correspondientes en Cuba y en México fueron de 12,6 y 32,3 por 100 000, respectivamente (*16*). Dentro de los países también existen grandes diferencias entre las poblaciones urbana y rural, entre las comunidades ricas y pobres, y entre los diferentes grupos raciales y étnicos. En los Estados Unidos, por ejemplo, en 1999 los jóvenes afroamericanos de 15 a 24 años de edad presentaron una tasa de

FIGURA 1.2
Tasas de homicidios y de suicidio por regiones de la OMS, 2000



homicidios (38,6 por 100 000) más de dos veces superior a la de sus coetáneos hispanos (17,3 por 100 000) y más de 12 veces superior a la tasa de los caucásicos no hispanos del mismo grupo de edad (3,1 por 100 000) (17).

Estimaciones de la violencia no mortal

Las cifras de mortalidad antes mencionadas son, casi con toda certeza, subestimaciones de la carga verdadera de la violencia. En todo el mundo, las defunciones representan solo la "punta del iceberg" en lo que concierne a la violencia. Las agresiones físicas y sexuales ocurren diariamente, aunque no se cuenta con estimaciones nacionales e internacionales precisas. No toda agresión ocasiona lesiones suficientemente graves como para requerir atención médica; pero aun cuando dieran lugar a lesiones graves, muchos países no disponen de sistemas de vigilancia para la notificación y recopilación de estas lesiones, o estos sistemas apenas empiezan a funcionar.

Gran parte de lo que se sabe acerca de la violencia no mortal proviene de encuestas y estudios especiales de diferentes grupos de población. Por ejemplo, en encuestas nacionales, el porcentaje de mujeres que informaron haber sido atacadas físicamente por su pareja alguna vez, varió de 10% en el Paraguay y Filipinas, a 22,1% en los Estados Unidos, 29,0% en el Canadá y 34,4% en Egipto (18–21). La proporción de mujeres de diversas ciudades o provincias en todo el mundo que informaron haber sido atacadas sexualmente alguna vez (incluidas las víctimas de tentativa de ataque) varió de 15,3% en Toronto a 21,7% en León (Nicaragua), 23,0% en Londres y 25,0% en una provincia de Zimbabwe (21–25). Entre adolescentes varones de escuelas secundarias, el porcentaje que notificó haber intervenido en una riña a golpes en el último año varió de 22,0% en Suecia y 44,0% en los Estados Unidos a 76,0% en Jerusalén, Israel (26–28).

Un aspecto importante al respecto es que estos datos se basan en gran parte en información comunicada espontáneamente. Es difícil saber si estas cifras representan una sobrestimación o subestimación del grado real de las agresiones físicas y sexuales en estos grupos de población. Sin duda, en los países sometidos a fuertes presiones culturales para mantener la violencia "a puerta cerrada" o sencillamente para aceptarla como "algo natural", es probable que la violencia no mortal se subnotifique. Las víctimas de la violencia quizá sean renuentes a hablar de sus experiencias, no solamente por vergüenza y a causa de los tabúes, sino también por temor. Admitir que se ha sido víctima de ciertos actos violentos, como la violación, en algunos países puede acarrear la muerte. En ciertas culturas, la preservación del honor familiar es un motivo tradicional para matar a las mujeres que han sido violadas (las llamadas "muertes por honor").

Los costos de la violencia

La violencia se cobra un tributo tanto humano como económico en las naciones, y cuesta a las economías

muchos miles de millones de dólares cada año en concepto de asistencia sanitaria, costos legales, ausentismo y productividad perdida. En los Estados Unidos, un estudio de 1992 calculó que los costos anuales directos e indirectos de las heridas por arma de fuego sumaban US$ 126 000 millones. Las heridas por arma punzocortante costaron otros US$ 51 000 millones (29). En un estudio realizado en 1996 en la provincia canadiense de Nueva Brunswick, el costo total medio de las muertes por suicidio fue superior a US$ 849 000. Los costos totales directos e indirectos, incluidos los de los servicios de asistencia sanitaria, las autopsias, las investigaciones policiales y la productividad perdida resultante de las muertes prematuras, ascendieron a casi US$ 80 millones (30).

El costo elevado de la violencia no es exclusivo del Canadá y los Estados Unidos. Entre 1996 y 1997, el Banco Interamericano de Desarrollo patrocinó algunos estudios sobre la magnitud y la repercusión económica de la violencia en seis países latinoamericanos (31). En cada estudio se examinaron los gastos, como resultado de la violencia, en concepto de asistencia sanitaria, servicios para la aplicación del cumplimiento de la ley y judiciales, así como las pérdidas intangibles y por la transferencia de bienes. Expresado como porcentaje del producto interno bruto (PIB), en 1997 el costo de los gastos de asistencia sanitaria derivados de la violencia fue de 1,9% del PIB en el Brasil, 5,0% en Colombia, 4,3% en El Salvador, 1,3% en México, 1,5% en el Perú y 0,3% en Venezuela.

Es difícil calcular con precisión la carga que imponen todos los tipos de violencia a los sistemas de asistencia sanitaria, o sus efectos sobre la productividad económica en todo el mundo. Las pruebas conocidas demuestran que las víctimas de violencia doméstica y sexual padecen más problemas de salud, generan costos de asistencia sanitaria significativamente mayores y acuden más a menudo a los servicios de urgencias a lo largo de su vida que las personas que no sufren maltrato (capítulos 4 y 6). Lo mismo ocurre en el caso de los menores maltratados y desatendidos (capítulo 3). Estos costos contribuyen sustancialmente a incrementar los gastos anuales de asistencia sanitaria.

Como también faltan cálculos de costos nacionales en relación con otros problemas de salud, como la depresión, el tabaquismo, el abuso del alcohol y de drogas, el embarazo no deseado, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), otras enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones (todas las cuales se han vinculado con la violencia en estudios de escala reducida) (32–37), aún no es posible calcular la carga económica mundial de estos problemas y su relación con la violencia.

Examen de las raíces de la violencia: un modelo ecológico

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir la violencia.

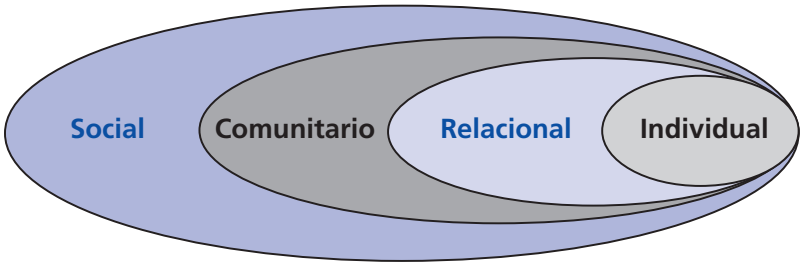
Niveles múltiples

En los capítulos del presente informe se recurre a un modelo ecológico para ayudar a comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Este modelo ecológico, introducido a fines de los años setenta (38, 39), se aplicó inicialmente al maltrato de menores (38) y posteriormente a la violencia juvenil (40, 41). En fecha más reciente, los investigadores lo han usado para comprender la violencia de pareja (42, 43) y el maltrato de las personas mayores (44, 45). El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento (figura 1.3).

El nivel individual

El primer nivel del modelo ecológico pretende identificar los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de

FIGURA 1.3
Modelo ecológico para comprender la violencia



una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran factores tales como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. En otras palabras, este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

El nivel de las relaciones

El segundo nivel del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas —por ejemplo, con los amigos, con la pareja y con los miembros de la familia— aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos. En los casos de la violencia infligida por la pareja y del maltrato de niños, por ejemplo, la interacción casi diaria o el compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. Dado que los individuos están unidos en una relación continua, es probable en estos casos que la víctima sea reiteradamente maltratada por el agresor (46). En el caso de la violencia interpersonal entre los jóvenes, las investigaciones revelan que estos tienen muchas más probabilidades de involucrarse en actos violentos cuando sus amigos promueven y aprueban ese comportamiento (47, 48). Los compañeros, la pareja y los miembros de la familia tienen el potencial de configurar el comportamiento de un individuo y la gama de experiencias de este.

El nivel de la comunidad

El tercer nivel del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos. La frecuente movilidad de residencia (cuando las personas no permanecen durante mucho tiempo en una vivienda en particular, sino que se mudan muchas veces), la heterogeneidad (población sumamente diversa, con una escasa o nula cohesión social que mantenga unidas a las comunidades) y una densidad de población alta son todos ejemplos de tales características, y cada uno se ha asociado con la violencia. De igual manera, las comunidades aquejadas por problemas como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o el aislamiento social generalizado (por ejemplo, cuando las personas no conocen a sus vecinos o no tienen ninguna participación en las actividades locales) es también más probable que experimenten hechos de violencia. Las investigaciones sobre la violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional.

El nivel social

El cuarto y último nivel del modelo ecológico examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra esta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países. Entre los factores sociales más generales figuran:

- normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos;
- actitudes que consideran el suicidio como una opción personal más que como un acto de violencia evitable;
- normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos;

– normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños;
– normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos;
– normas que apoyan los conflictos políticos.

Entre los factores más generales también cabe mencionar las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad (recuadro 1.2).

El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico más amplios. En un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida.

Vínculos complejos

Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo. Las normas culturales predominantes, la pobreza y el aislamiento social, así como el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y el acceso a armas de fuego son factores de riesgo en relación con varios tipos de violencia. Como resultado, no es inusual que algunas personas en riesgo en cuanto a la violencia experimenten varios tipos de violencia. Las mujeres en riesgo de ser agredidas físicamente por su pareja, por ejemplo, también están en riesgo con respecto a la violencia sexual (18).

Tampoco es inusual detectar conexiones entre diferentes tipos de violencia. Las investigaciones han indicado que la exposición a la violencia en el hogar se asocia con ser víctima o perpetrador de actos violentos en la adolescencia y la edad adulta (49). La experiencia de ser rechazados, descuidados o ignorados por los padres coloca a los hijos en riesgo mayor de desplegar una conducta agresiva y antisocial, incluido el comportamiento abusivo como adultos (50–52). Se han hallado asociaciones entre el comportamiento suicida y varios tipos de violencia, incluido el maltrato de menores (53, 54), la violencia de pareja (33, 55), la agresión sexual (53) y el maltrato de las personas mayores (56, 57). En Sri Lanka, se comprobó que las tasas de suicidio bajaron en tiempo de guerra, solo para volver a aumentar una vez concluido el conflicto (58). En muchos países que han sufrido conflictos violentos, las tasas de violencia interpersonal siguieron siendo altas aun después de la cesación de las hostilidades, entre otras razones, debido a la manera en que la violencia se convierte en algo socialmente más aceptado y a la disponibilidad de armas.

Los vínculos entre la violencia y la interacción entre los factores individuales y los contextos sociales, culturales y económicos más amplios indican que abordar los factores de riesgo en los diversos niveles del modelo ecológico puede ayudar a disminuir más de un tipo de violencia.

¿Cómo se puede prevenir la violencia?

Los dos primeros pasos del modelo de salud pública brindan información importante sobre las poblaciones que requieren intervenciones preventivas, así como sobre los factores de riesgo y protectores que es necesario abordar. Poner este conocimiento en práctica es una meta central de la salud pública.

Tipos de prevención

Las intervenciones de salud pública se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención:

- Prevención primaria: intervenciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.
- Prevención secundaria: medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación.
- Prevención terciaria: intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como la rehabilitación y reintegración, e intentos por reducir los traumas o la discapacidad de larga duración asociada con la violencia.

Estos tres niveles de prevención se definen por sus características temporales; es decir, si tienen lugar antes de que se produzca el acto violento,

RECUADRO 1.2

Consecuencias de la globalización con respecto a la prevención de la violencia

Gracias al movimiento e intercambio cada vez más rápido y generalizado de información, ideas, servicios y productos, la globalización ha desdibujado los límites funcionales y políticos que separaban a las personas en estados soberanos. Por un lado, ello ha conducido a una enorme ampliación del comercio mundial, acompañada de una demanda de mayor producción económica, que a su vez ha creado millones de trabajos y elevado el nivel de vida de algunos países de manera antes inimaginable. Por otro lado, los efectos de la globalización han sido notablemente desiguales. En algunas partes del mundo, la globalización ha aumentado las desigualdades de ingreso y ha ayudado a destruir aspectos tales como la cohesión social, que habían protegido contra la violencia interpersonal.

Los beneficios y los obstáculos para la prevención de la violencia surgidos de la globalización pueden resumirse del siguiente modo.

Los efectos positivos

El aumento enorme del intercambio de información provocado por la globalización ha producido nuevas redes y alianzas internacionales que tienen la capacidad potencial de mejorar el alcance y la calidad de los datos recopilados sobre la violencia. En los lugares donde la globalización ha elevado los niveles de vida y ayudado a reducir las desigualdades, hay mayor posibilidad de que las intervenciones económicas se usen para reducir las tensiones y los conflictos tanto en el seno de los estados como entre estos. Además, la globalización crea nuevas maneras de usar los mecanismos mundiales:

- para realizar investigaciones sobre la violencia; en especial acerca de los factores sociales, económicos y de política que trascienden las fronteras nacionales;
- para estimular actividades de prevención de la violencia a escala regional o mundial;
- para aplicar leyes y tratados internacionales concebidos para reducir la violencia;
- para apoyar iniciativas de prevención de la violencia dentro de los países, particularmente los que tienen capacidad limitada para realizar tales actividades.

Los efectos negativos

Las sociedades con niveles elevados de desigualdad, donde la brecha entre ricos y pobres se ensancha más como resultado de la globalización, probablemente sufran un aumento de la violencia interpersonal. Los cambios sociales rápidos que se producen en un país como respuesta a fuertes presiones mundiales —como ocurrió, por ejemplo, en algunos de los estados de la antigua Unión Soviética— pueden debilitar los controles sociales existentes y crear las condiciones para que se produzca un alto grado de violencia. Además, la eliminación de las restricciones del mercado y los mayores incentivos para lucrar resultantes de la globalización pueden facilitar acceso al alcohol, las drogas y las armas de fuego, pese a los esfuerzos por reducir su uso en incidentes violentos.

La necesidad de respuestas mundiales

La violencia ya no puede seguir siendo del dominio exclusivo de la política nacional, sino que debe abordarse vigorosamente también en el plano mundial, mediante el agrupamiento de estados, organismos internacionales y redes internacionales de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Las iniciativas internacionales de este tipo deben proponerse sacar provecho de los aspectos positivos de la globalización para lograr el mayor bien, esforzándose al mismo tiempo en limitar los aspectos negativos.

inmediatamente después o a un plazo más largo. Aunque tradicionalmente se dirigen a las víctimas de la violencia y dentro de los ámbitos de asistencia sanitaria, las intervenciones de prevención secundaria y terciaria también son pertinentes para los perpetradores de actos violentos, y se aplican en ámbitos judiciales en respuesta a la violencia.

Los investigadores en el campo de la prevención de la violencia se inclinan cada vez más por una definición de la prevención de la violencia centrada en el grupo al que va destinada. Esta definición agrupa las intervenciones del siguiente modo (59):

- Intervenciones generales: están dirigidas a ciertos grupos o a la población general sin tener en cuenta el riesgo individual; por ejemplo, las enseñanzas de prevención de la violencia impartidas a todos los alumnos de una escuela o a los niños de determinada edad, y las campañas de ámbito comunitario en los medios informativos.
- Intervenciones seleccionadas: están dirigidas a las personas consideradas en mayor riesgo de padecer o cometer actos de violencia (es decir, las que presentan uno o varios factores de riesgo); por ejemplo, la capacitación en materia de crianza de los hijos ofrecida a los jefes de hogares monoparentales.
- Intervenciones indicadas: están dirigidas a las personas con antecedentes de comportamiento violento, por ejemplo, el tratamiento para los perpetradores de actos de violencia doméstica.

A la fecha, muchas tentativas tanto en países industrializados como en desarrollo se han centrado en las respuestas secundarias y terciarias a la violencia. Naturalmente, a menudo se asigna prioridad a tratar las consecuencias inmediatas de la violencia, prestando ayuda a las víctimas y castigando a los agresores. Aunque estas respuestas son importantes y es necesario fortalecerlas, es preciso invertir mucho más en la prevención primaria de la violencia. Una respuesta integral a la violencia no solo protege y ayuda a quienes la padecen, sino que también promueve la no violencia, reduce la perpetración de actos violentos y cambia las circunstancias y condiciones que dan origen a la violencia.

Respuestas polifacéticas

Dado que la violencia es un problema polifacético con raíces biológicas, psíquicas, sociales y ambientales, debe afrontarse en varios niveles diferentes a la vez. El modelo ecológico se utiliza para un doble fin en este sentido: cada categoría del modelo representa un grado de riesgo y también puede concebirse como un punto clave para la intervención.

Afrontar la violencia en varios niveles implica ocuparse de todo lo siguiente:

- Abordar los factores individuales de riesgo y adoptar medidas para modificar los comportamientos de riesgo individuales.
- Influir en las relaciones personales cercanas y promover ambientes familiares saludables, así como proporcionar ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales.
- Vigilar los espacios públicos, tales como escuelas, lugares de trabajo y vecindarios, y adoptar medidas para resolver los problemas que pueden conducir a comportamientos violentos.
- Corregir las desigualdades por razón de género y las actitudes y prácticas culturales perjudiciales.
- Encarar los grandes factores culturales, sociales y económicos que contribuyen a la violencia y adoptar medidas para cambiarlos, incluidas las destinadas a achicar las brechas entre ricos y pobres y asegurar el acceso equitativo a los bienes, servicios y oportunidades.

Documentación de las respuestas eficaces

Una norma básica general del enfoque de salud pública frente a la violencia es que todas las iniciativas, sean grandes o pequeñas, deben evaluarse en forma rigurosa. Documentar las respuestas existentes y promover una evaluación estrictamente científica en diferentes ámbitos es valioso para todos. Resulta sobre todo necesario para quienes intenten determinar las respuestas más eficaces contra la violencia y las estrategias que tienen probabilidades de lograr un cambio.

Reunir todas las pruebas y experiencias es también una parte sumamente útil de la lucha contra la violencia, pues esa información muestra a los encargados de adopar las decisiones que algo puede

hacerse. Lo que es aún más importante, les proporciona una orientación valiosa sobre las medidas que tienen más probabilidades de reducir la violencia.

Una acción equilibrada de salud pública

La investigación rigurosa tarda en producir resultados. El impulso de invertir solo en estrategias comprobadas no debe ser un obstáculo para apoyar iniciativas prometedoras. Por tales se entiende aquellas que se han evaluado pero requieren más pruebas en diversos ámbitos y con diferentes grupos de población.

También es prudente ensayar y someter a prueba una variedad de programas, y usar las iniciativas e ideas de las comunidades locales. La violencia es un problema demasiado urgente para demorar la acción de salud pública a la espera de adquirir el conocimiento perfecto.

Abordar las normas culturales

En diversas partes del mundo, la especificidad cultural y la tradición se dan a veces como justificaciones de prácticas sociales particulares que perpetúan la violencia. La opresión de las mujeres es uno de los ejemplos más ampliamente citados, pero hay muchos otros.

Las normas culturales se deben tratar de manera inteligente y respetuosa en todas las actividades preventivas; lo primero, porque las personas suelen tener nexos apasionados con sus tradiciones, y lo segundo, porque la cultura suele ser una fuente de protección contra la violencia. La experiencia ha revelado que, cuando se diseñan y aplican los programas, es importante efectuar consultas tempranas y constantes con líderes religiosos y tradicionales, grupos de legos y figuras prominentes de la comunidad, como los curanderos.

Medidas contra la violencia a todos los niveles

Los resultados exitosos a largo plazo en la prevención de la violencia dependerán cada vez más de intervenciones integrales a todos los niveles.

Nivel local

A este nivel, los copartícipes pueden ser los prestadores de asistencia sanitaria, la policía, los educadores, los asistentes sociales, los empleadores y los funcionarios del gobierno. Es mucho lo que puede hacerse aquí para promover la prevención de la violencia. Los programas de demostración y los proyectos de investigación en pequeña escala pueden proporcionar un medio para ensayar ideas y —quizá lo más importante— pueden servir para que diferentes sectores asociados se acostumbren a trabajar juntos. Estructuras tales como los grupos de trabajo o las comisiones que reúnen a diferentes sectores y mantienen contactos tanto formales como informales son indispensables para que este tipo de colaboración resulte exitosa.

Nivel nacional

Las asociaciones multisectoriales son sumamente aconsejables a nivel tanto nacional como local. Diversos ministerios del gobierno —no solo los que se encargan de velar por el cumplimiento de la ley, los servicios sociales y la salud— pueden hacer grandes aportes para prevenir la violencia. Evidentemente, los ministerios de educación son socios que no pueden faltar, dada la importancia de intervenir en las escuelas. Los ministerios de trabajo pueden hacer mucho para reducir la violencia en los lugares de trabajo, especialmente en colaboración con los sindicatos y los empleadores (recuadro 1.3). Los ministerios de defensa pueden influir positivamente en las actitudes hacia la violencia de los numerosos jóvenes que están bajo su control, fomentando la disciplina, promoviendo códigos de honor y creando una clara conciencia de la índole mortífera de las armas. A los líderes y las organizaciones religiosas les compete desempeñar un papel en su trabajo pastoral y, si corresponde, ofrecer sus buenos oficios para mediar en problemas concretos.

Nivel mundial

Según se ha mostrado, por ejemplo, en la respuesta internacional al SIDA y en el campo de la asistencia ofrecida en casos de desastre, la cooperación y el intercambio de información entre organizaciones a nivel mundial trae consigo beneficios considerables, del mismo modo que sucede con las alianzas forjadas en los planos nacional y local. A la Organización Mundial de la Salud le compete claramente

RECUADRO 1.3

Un enfoque integral para prevenir la violencia en el trabajo

La violencia en el lugar de trabajo es una de las principales causas de muertes y lesiones en muchas partes del mundo. En los Estados Unidos, de acuerdo con estadísticas oficiales el homicidio representa la segunda causa de muerte en el lugar de trabajo para los hombres —después de las lesiones por accidentes de tráfico— y la primera para las mujeres. En la Unión Europea, unos 3 millones de trabajadores (2% de la fuerza laboral) han sido sometidos a alguna forma de violencia física en el trabajo. Los estudios sobre trabajadoras migrantes de Filipinas han revelado que muchas de ellas, en especial las que laboran en el servicio doméstico o en la industria del entretenimiento, se ven afectadas desproporcionadamente por la violencia en el lugar de trabajo.

La violencia en el trabajo incluye no solo el maltrato físico sino también psíquico. Muchos trabajadores son sometidos al maltrato, el acoso sexual, las amenazas, la intimidación y otras formas de violencia psíquica. En investigaciones efectuadas en el Reino Unido se ha comprobado que 53% de los empleados han sufrido intimidación en el trabajo, y 78% han presenciado dicho comportamiento. En Sudáfrica, las agresiones en el lugar de trabajo se han notificado como algo "anormalmente elevado" y un estudio reciente mostró que 78% de los encuestados habían experimentado en algún momento intimidación en el lugar de trabajo.

Los actos repetidos de violencia —desde la intimidación, el acoso sexual y las amenazas hasta la humillación y el menosprecio de los trabajadores— pueden convertirse en casos muy graves por efecto acumulativo. En Suecia, se calcula que tal comportamiento ha sido un factor en 10% a 15% de los suicidios.

Los costos

La violencia en el lugar de trabajo trastorna de inmediato, y a menudo por tiempo prolongado, las relaciones interpersonales y el ambiente laboral en su totalidad. Entre los costos de este tipo de violencia cabe mencionar:

- Costos directos, que provienen entre otras cosas, de:
  - accidentes;
  - enfermedades;
  - discapacidad y muerte;
  - ausentismo;
  - recambio del personal.
- Costos indirectos, que incluyen:
  - mengua del rendimiento en el trabajo;
  - descenso de la calidad de los productos o el servicio y una producción más lenta;
  - disminución de la competitividad.
- Costos más intangibles, como:
  - daño a la imagen de la institución;
  - mengua de la motivación y la moral de los empleados;
  - menor lealtad a la institución;
  - niveles inferiores de creatividad;
  - un ambiente que no propicia el trabajo.

Las respuestas

Al igual que sucede con otros ámbitos, para abordar la violencia que se produce en el lugar de trabajo se requiere un enfoque integral. La violencia en el trabajo no es sencillamente un problema individual que sucede en forma esporádica, sino un problema estructural con causas socioeconómicas, culturales e institucionales mucho más generales.

RECUADRO 1.3 (continuación)

La respuesta tradicional a la violencia en el trabajo, basada exclusivamente en el cumplimiento de los reglamentos, no logra resolver muchas de las situaciones que se presentan. Un enfoque más integral se centra en las causas de este tipo de violencia. Su objetivo es lograr que la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores sean parte integrante del desarrollo de la institución.

Entre los métodos sistemáticos y específicos que se están aplicando cada vez más para prevenir la violencia en el lugar de trabajo cabe mencionar los siguientes:

- impulsar la colaboración activa de organizaciones de trabajadores y de empleadores para la elaboración de normas claras y programas contra la violencia laboral;
- apoyar la sanción de leyes y la implantación de normas por el gobierno nacional y local;
- difundir los estudios de casos de prácticas adecuadas para prevenir la violencia en el trabajo;
- mejorar el ambiente laboral, los estilos de gestión y la organización del trabajo;
- brindar mayores oportunidades de capacitación;
- orientar y apoyar a las personas afectadas.

Al vincular directamente la salud y la seguridad con la gestión y el desarrollo de una institución, este enfoque integral ofrece medios de actuación inmediata y sostenible para eliminar la violencia en el lugar de trabajo.

desempeñar un papel destacado en este sentido, por tratarse del organismo de las Naciones Unidas que tiene a su cargo la salud. Sin embargo, hay otros organismos internacionales que también tienen mucho que ofrecer en sus campos de especialización. Cabe mencionar entre ellos la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (en relación con los derechos humanos), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (los refugiados), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (el bienestar de los niños), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (la salud de la mujer), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (el desarrollo humano), el Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (la delincuencia) y el Banco Mundial (financiamiento y condiciones de buen gobierno). Diversos donantes internacionales, programas bilaterales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones religiosas ya participan en actividades de prevención de la violencia en todo el mundo.

Problemas para los que toman las decisiones en el ámbito nacional

Si la violencia es en gran parte prevenible, surge la pregunta: ¿por qué no hay más iniciativas para prevenirla, en particular a nivel nacional o provincial y estatal?

Un gran obstáculo es, sencillamente, la falta de conocimientos. Para muchos responsables políticos, la idea de que la violencia es un problema de salud pública es nueva; a decir verdad, va muy en contra de su convicción de que es un problema de índole delictiva. Esto es lo que sucede en particular en relación con las formas menos visibles de la violencia: el maltrato de los niños, las mujeres y las personas mayores. La idea de que la violencia puede prevenirse también les resulta nueva o dudosa a los encargados de adoptar decisiones. Para muchos que ocupan cargos de autoridad, una sociedad sin violencia es algo inalcanzable; parece mucho más realista un nivel "aceptable" de violencia, especialmente en las calles donde ellos viven. Hay otros que, paradójicamente, creen lo contrario: como gran parte de la violencia está oculta y es distante o esporádica, les parece que lo que prevalece es la paz y

la seguridad. De la misma manera que el aire limpio se da por sentado hasta que el cielo se llena de smog, a la violencia solo se le presta atención cuando se presenta en el umbral de la propia casa. No es sorprendente que algunas de las soluciones más innovadoras hayan provenido de los ámbitos comunitario y municipal del gobierno: es decir, precisamente de los que están más cerca del problema diariamente.

Otro problema tiene que ver con la factibilidad de las opciones de política para encarar el problema. Aún no es suficiente el número de responsables políticos informados de que muchas formas de violencia son prevenibles. Siguen siendo muchos los que opinan que los métodos tradicionales del sistema de justicia penal son los únicos que "funcionan". Tal criterio pasa por alto la variedad de los actos de violencia que se cometen en la sociedad. Además, hace que la atención se concentre siempre en ciertas formas sumamente visibles de la violencia —sobre todo la violencia juvenil—, al tiempo que se presta mucha menos atención a otros tipos de violencia, como la infligida por la pareja y el maltrato de los menores y de las personas mayores, frente a los cuales el sistema de justicia penal es menos receptivo y eficaz.

Un tercer problema es el de la determinación. En efecto, la violencia es un tema sumamente emocional y numerosos países se muestran renuentes a tomar iniciativas que pongan en tela de juicio actitudes o prácticas que llevan mucho tiempo de establecidas. Probar nuevas estrategias en ámbitos tales como la vigilancia policial y la seguridad pública puede requerir gran valentía política.

Frente a estos tres problemas, los profesionales de la salud pública, las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones internacionales pueden desempeñar un papel sobresaliente ayudando a los gobiernos a aumentar sus conocimientos y a depositar su confianza en las intervenciones factibles. Una parte de ese papel es promover la lucha contra la violencia mediante la educación y la información científica. La otra parte consiste en actuar como aliados o consultores para ayudar a elaborar políticas y diseñar o aplicar intervenciones.

Conclusiones

La salud pública se ocupa de la salud y el bienestar de las poblaciones en su totalidad. La violencia impone una carga importante a ese bienestar. El objetivo de la salud pública es crear comunidades seguras y sanas en todo el mundo. Una prioridad importante hoy en día es persuadir a los diversos sectores, tanto a escala mundial como nacional y comunitaria, de que se comprometan con este objetivo. El personal de salud pública puede hacer mucho para establecer planes y políticas nacionales de prevención de la violencia, forjar alianzas importantes entre los sectores y velar por la asignación adecuada de los recursos a las iniciativas de prevención.

Si bien el liderazgo de salud pública no necesita y de hecho no puede dirigir todas las acciones para prevenir la violencia y responder a ella, le toca desempeñar un papel importante. Los datos puestos a disposición de los organismos de salud pública y otros organismos afines, los conocimientos y la comprensión obtenidos mediante el método científico, y la dedicación para encontrar respuestas eficaces son aportaciones importantes que el campo de la salud pública hace a la respuesta mundial contra la violencia.

Referencias

1. Mercy JA *et al.* Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7–29.
2. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).
3. Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. En: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology. Vol. 1*. Nueva York, NY, Academic Press, 1964: 231–276.
4. Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 53:1146–1158.
5. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2–9.
6. Kruger J et al. A public health approach to violence prevention in South Africa. En: Van Eeden R, Wentzel M, eds. *The dynamics of aggression and violence in South*

Africa. Pretoria, Human Sciences Research Council, 1998:399–424.

7. Houry D et al. Emergency department documentation in cases of intentional assault. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:715–719.
8. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/FCH/GWH/02.01).
9. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (publicado en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos), 2001 (documento WHO/NMH/VIP/01.02).
10. Sethi D, Krug E, eds. *Guidance for surveillance of injuries due to landmines and unexploded ordnance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/NMH/PVI/00.2).
11. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements*, Version 1.0. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
12. *Uniform data elements for the national fatal firearm injury reporting system*. Boston, MA, Harvard Injury Control Research Center, Harvard School of Public Health, 2000.
13. *Data elements for emergency departments*. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1997.
14. Dahlberg LL, Toal SB, Behrens CB. *Measuring violence-related attitudes, beliefs, and behaviors among youths: a compendium of assessment tools*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (documento WHO/FCH/GWH/01.01).
16. *World health statistics annual 1996*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.
17. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49:1–87.
18. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
19. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
20. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
21. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey, 1995*. Calverton, MD, Macro International, 1996.
22. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6–31.
23. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595-1610.
24. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. Londres, Middlesex University, 1993.
25. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57-65.
26. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77–81.
27. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:1–104 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
28. Gofin R, Palti H, Mandel M. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218–223.
29. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29:329–341.
30. Clayton D, Barcel A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Diseases in Canada*, 1999, 20:89–95.
31. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, DC, Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:1–8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
32. Kaplan SJ et al. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:954–959.
33. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African–American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533–540.
34. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
35. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320–325.
36. Kakar F et al. The consequences of landmines on public health. *Prehospital Disaster Medicine*, 1996, 11:41–45.
37. Toole MJ. Complex emergencies: refugee and other populations. En: Noji E, ed. *The public health consequences of disasters*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1997:419–442.

38. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
39. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
40. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.
41. Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
42. Chaulk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
43. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262–290.
44. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
45. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. Nueva York, NY, Springer, 2000.
46. Reiss AJ, Roth JA, eds. *Violence in families: understanding and preventing violence. Panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 1*. Washington, DC, National Academy Press, 1993:221–245.
47. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. En: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
48. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. En: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
49. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence: revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:390–395.
50. Farrington DP. The family backgrounds of aggressive youths. En: Hersov LA, Berger M, Shaffer D, eds. *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford, Pergamon Press, 1978:73–93.
51. McCord J. A forty-year perspective on the effects of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1983, 7:265–270.
52. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 27:251–272.
53. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 2001, 135:17–36.
54. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
55. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *International Journal of Health Services*, 1995, 25:43–64.
56. Bristowe E, Collins JB. Family-mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45–54.
57. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65–74.
58. Somasundaram DJ, Rajadurai S. War and suicide in Northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, 91:1–4.
59. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3:251–273.

CAPÍTULO 2

La violencia juvenil

Antecedentes

La violencia juvenil es una de las formas de violencia más visibles en la sociedad. En todo el mundo, los periódicos y los medios de radiodifusión informan diariamente sobre la violencia juvenil de pandillas, en las escuelas y en las calles. En casi todos los países, los adolescentes y los adultos jóvenes son tanto las principales víctimas como los principales perpetradores de esa violencia (*1*). Los homicidios y las agresiones no mortales que involucran a jóvenes aumentan enormemente la carga mundial de muertes prematuras, lesiones y discapacidad (*1*, 2).

La violencia juvenil daña profundamente no solo a las víctimas, sino también a sus familias, amigos y comunidades. Sus efectos se ven no solo en los casos de muerte, enfermedad y discapacidad, sino también en la calidad de vida. La violencia que afecta a los jóvenes incrementa enormemente los costos de los servicios de salud y asistencia social, reduce la productividad, disminuye el valor de la propiedad, desorganiza una serie de servicios esenciales y en general socava la estructura de la sociedad.

No se puede considerar el problema de la violencia juvenil aislado de otros comportamientos problemáticos. Los jóvenes violentos tienden a cometer una variedad de delitos; además, a menudo presentan también otros problemas, tales como el ausentismo escolar, el abandono de los estudios y el abuso de sustancias psicotrópicas, y suelen ser mentirosos compulsivos y conductores imprudentes y estar afectados por tasas altas de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, no todos los jóvenes violentos tienen problemas significativos además de su violencia ni todos los jóvenes con problemas son necesariamente violentos (3).

Hay conexiones cercanas entre la violencia juvenil y otras formas de violencia. Por ejemplo, presenciar actos violentos en el hogar o sufrir abuso físico o sexual puede condicionar a los niños o adolescentes de tal modo que consideren la violencia como un medio aceptable para resolver los problemas (4, 5). La exposición prolongada a conflictos armados también puede contribuir a crear una cultura general del terror, que aumenta la incidencia de la violencia juvenil (6–8). La comprensión de los factores que incrementan el riesgo de que los jóvenes se conviertan en víctimas o perpetradores de actos violentos es esencial para formular políticas y programas eficaces de prevención de la violencia.

En este informe, se define a los jóvenes como las personas de edades comprendidas entre los 10 y los 29 años. No obstante, las tasas altas de agresión y victimización a menudo se extienden hasta el grupo de 30 a 35 años de edad y este grupo de jóvenes adultos de más edad también debe ser tenido en cuenta al tratar de comprender y evitar la violencia juvenil.

La magnitud del problema

Tasas de homicidios juveniles

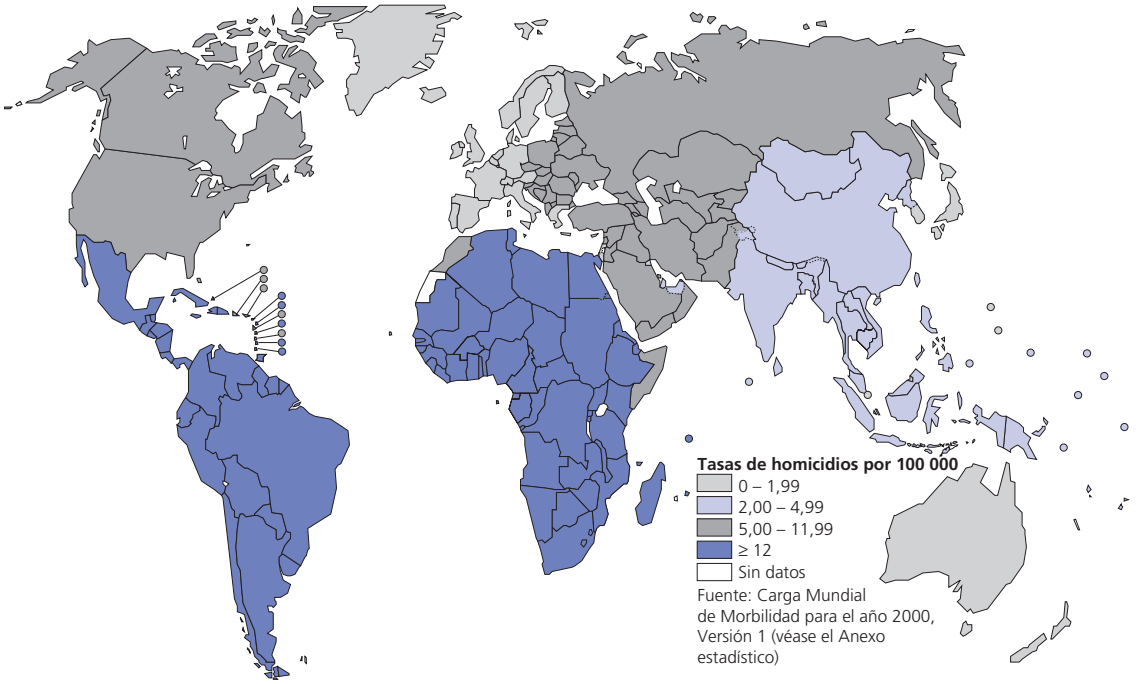
En 2000, se produjeron a nivel mundial unos 199 000 homicidios de jóvenes (9,2 por 100 000 habitantes). En otras palabras, un promedio de 565 niños, adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 29 años de edad mueren cada día como resultado de la violencia interpersonal. Las tasas de homicidios varían considerablemente según la región y fluctúan entre 0,9 por 100 000 en los países de ingreso alto de Europa y partes de Asia y el Pacífico a 17,6 por 100 000 en África y 36,4 por 100 000 en América Latina (figura 2.1).

Hay también variaciones amplias de las tasas de homicidios juveniles entre países (cuadro 2.1). En los países para los cuales se dispone de datos de la OMS, las tasas son más altas en América Latina (por ejemplo, 84,4 por 100 000 en Colombia y 50,2 por 100 000 en El Salvador), el Caribe (por ejemplo, 41,8 por 100 000 en Puerto Rico), la Federación de Rusia (18,0 por 100 000) y algunos países de Europa sudoriental (por ejemplo, 28,2 por 100 000 en Albania). Con la excepción de los Estados Unidos, donde la tasa es de 11,0 por 100 000, la mayor parte de los países con tasas de homicidios juveniles superiores a 10,0 por 100 000 son países en desarrollo o que experimentan agitados cambios sociales y económicos.

Los países con tasas bajas de homicidios juveniles suelen estar en Europa occidental —por ejemplo, Francia (0,6 por 100 000), Alemania (0,8 por 100 000) y el Reino Unido (0,9 por 100 000)—

FIGURA 2.1

Tasas estimadas de homicidios entre los jóvenes de 10 a 29 años de edad,[a] 2000



[a] Se calcularon las tasas por región de la OMS y por el nivel de ingreso de los países y luego se las agrupó conforme a su magnitud.

o en Asia, como el Japón (0,4 por 100 000). En varios países se registran menos de 20 homicidios juveniles al año.

En casi todos los países, las tasas de homicidios juveniles entre las mujeres son sustancialmente inferiores a las de los hombres, lo que indica que el hecho de ser varón es un fuerte factor demográfico de riesgo. La razón entre la tasa de homicidios juveniles masculina y la femenina tiende a ser mayor en los países con tasas altas de población masculina. Por ejemplo, la razón es de 13,1:1 en Colombia, 14,6:1 en El Salvador, 16,0:1 en Filipinas y 16,5:1 en Venezuela. Cuando las tasas de población masculina son más bajas, la razón es generalmente inferior, como en Hungría (0,9:1) y los Países Bajos y la República de Corea (1,6:1). La variación de la tasa de homicidios femeninos entre los países es considerablemente menor que la variación observada en la tasa masculina.

Los resultados epidemiológicos concernientes a los homicidios juveniles son escasos en los países y regiones donde se carece de datos de mortalidad recopilados por la OMS o los datos son incompletos. Cuando existe información suficiente sobre los homicidios juveniles, como en varios estudios efectuados en países de África (entre ellos Nigeria, la República Unida de Tanzanía y Sudáfrica) y de Asia y el Pacífico (como China [incluida la Provincia de Taiwán] y Fiji) (9–16), se han comunicado perfiles epidemiológicos similares, a saber:

- un marcado predominio de víctimas masculinas de homicidio con respecto a las femeninas;
- una variación sustancial de las tasas entre los países y las regiones.

Tendencias en los homicidios de jóvenes

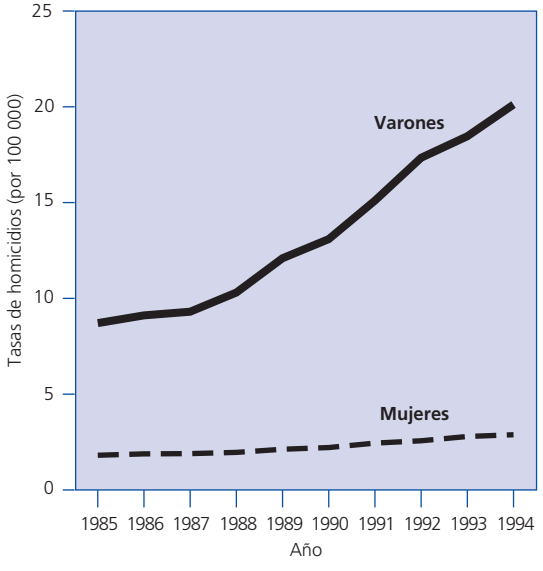
Entre 1985 y 1994, en muchas partes del mundo aumentaron las tasas de homicidios juveniles, especialmente entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 10 y los 24 años. Hubo también diferencias importantes entre los sexos y entre los países y regiones. En general, las tasas de homicidios en los jóvenes de 15 a 19 y de 20 a 24 años se incrementaron más que la tasa correspondiente al

grupo de 10 a 14 años de edad. Las tasas masculinas subieron más que las femeninas (figura 2.2) y los aumentos de las tasas de homicidios juveniles fueron más pronunciados en los países en desarrollo y en las economías en transición. Además, los incrementos de dichas tasas se asociaron en general con un mayor uso de las armas de fuego como método de ataque (figura 2.3).

Mientras que las tasas de homicidios juveniles en Europa oriental y la antigua Unión Soviética se elevaron extraordinariamente después del derrumbamiento del comunismo a fines de los años ochenta y principios de los noventa, en Europa occidental las tasas permanecieron en general bajas y estables. Entre 1985 y 1994, en la Federación de Rusia las tasas en el grupo de 10 a 24 años de edad aumentaron más de 150% (de 7,0 por 100 000 a 18,0 por 100 000), mientras que en Letonia hubo un ascenso de 125% (de 4,4 por 100 000 a 9,9 por 100 000). En el mismo período, en muchos de estos países se produjo un aumento exorbitante de la proporción de muertes provocadas por heridas con armas de fuego; esa proporción subió a más del doble en Azerbaiyán, la Federación de Rusia y Letonia.

FIGURA 2.2

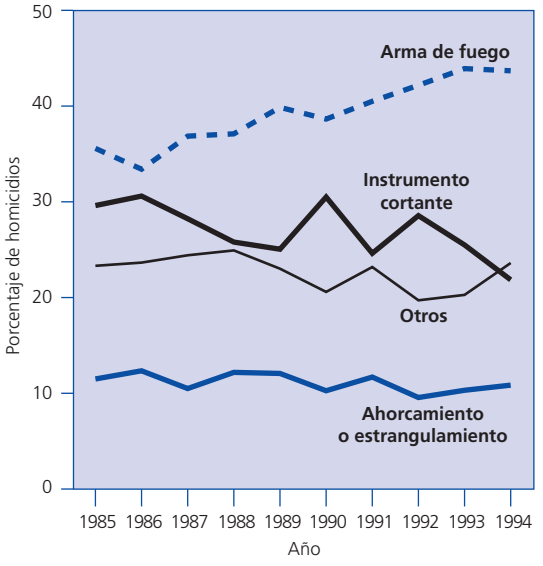
Tendencias mundiales de las tasas de homicidios juveniles entre los varones y las mujeres de 10 a 24 años de edad, 1985–1994[a]



[a] Basada en los datos de la OMS sobre la mortalidad en 66 países.

FIGURA 2.3

Tendencias de las formas de ataque en los homicidios de jóvenes de 10 a 24 años de edad, 1985–1994[a]



[a] Basada en los datos de la OMS sobre la mortalidad en 46 países.

En contraste, en el Reino Unido las tasas de homicidio entre los jóvenes de 10 a 24 años de edad crecieron 37,5% (de 0,8 por 100 000 a 1,1 por 100 000) durante el mismo período de 10 años. En Francia, las tasas de homicidios en los jóvenes aumentaron 28,6% (de 0,7 por 100 000 a 0,9 por 100 000) en el mismo período. En Alemania, dichas tasas aumentaron 12,5% (de 0,8 por 100 000 a 0,9 por 100 000) entre 1990 y 1994. Aunque las tasas mencionadas se incrementaron en esos países durante el período en cuestión, la proporción de homicidios de jóvenes perpetrados con armas de fuego quedó en alrededor de 30%.

Se advirtieron diferencias notables en las tendencias de los homicidios juveniles entre 1985 y 1994 en el continente americano. En el Canadá, donde se cometen con armas de fuego alrededor de un tercio de los homicidios de jóvenes, las tasas descendieron un 9,5% (de 2,1 por 100 000 a 1,9 por 100 000). En los Estados Unidos, la tendencia fue exactamente inversa, con más de 70% de los homicidios de jóvenes cometidos con armas de fuego y un aumento de los homicidios de 77% (de 8,8 por 100 000 a 15,6 por 100 000). En Chile, las tasas en ese período continuaron siendo bajas y

estables (de alrededor de 2,4 por 100 000). En México, donde las agresiones con armas de fuego provocan más o menos el 50% de los homicidios de jóvenes, las tasas permanecieron altas y estables y aumentaron de 14,7 por 100 000 a 15,6 por 100 000. Por otra parte, en Colombia los homicidios de jóvenes aumentaron en 159%, de 36,7 por 100 000 a 95,0 por 100 000 (a fines de este período, 80% de los homicidios fueron perpetrados con armas de fuego) y en Venezuela crecieron en 132%, de 10,4 por 100 000 a 24,1 por 100 000.

En Australia, la tasa de homicidios en los jóvenes descendió de 2,0 por 100 000 en 1985 a 1,5 por 100 000 en 1994, mientras que en la vecina Nueva Zelandia se incrementó a más del doble en el período mencionado, de 0,8 por 100 000 a 2,2 por 100 000. En el Japón, las tasas permanecieron bajas en el período (en alrededor de 0,4 por 100 000).

Violencia no mortal

En algunos países, los datos sobre los homicidios juveniles pueden ser interpretados conjuntamente con los datos provenientes de estudios sobre la violencia no mortal. Tales comparaciones proporcionan una imagen más completa del problema de la violencia juvenil. Los estudios de la violencia no mortal revelan que, por cada homicidio juvenil, hay alrededor de 20 a 40 víctimas no mortales de la violencia juvenil que reciben tratamiento en hospitales. En algunos países, como por ejemplo en Israel, Nueva Zelandia y Nicaragua, la razón es aun mayor (17–19). En

CUADRO 2.1

Tasas de homicidios entre los jóvenes de 10 a 29 años de edad por país o zona, en el año más reciente para el cual se dispone de datos[a]

País o zona	Año	Número total de defunciones	Tasa de homicidios por 100 000 habitantes de 10 a 29 años de edad			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre la tasa masculina y la femenina
Albania	1998	325	28,2	53,5	5,5	9,8
Alemania	1999	156	0,8	1,0	0,6	1,6
Argentina	1996	628	5,2	8,7	1,6	5,5
Armenia	1999	26	1,9	3,1	—[b]	—[c]
Australia	1998	88	1,6	2,2	1,0	2,3
Austria	1999	7	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Azerbaiyán	1999	194	6,7	12,1	—[b]	—[c]
Belarús	1999	267	8,8	13,2	4,3	3,1
Bélgica	1995	37	1,4	1,8	—[b]	—[c]
Bosnia y Herzegovina	1991	2	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Brasil	1995	20 386	32,5	59,6	5,2	11,5
Bulgaria	1999	51	2,2	3,2	—[b]	—[c]
Canadá	1997	143	1,7	2,5	0,9	2,7
Chile	1994	146	3,0	5,1	—[b]	—[c]
China						
RAE de Hong Kong	1996	16	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Algunas zonas rurales y urbanas	1999	778	1,8	2,4	1,2	2,1
Colombia	1995	12 834	84,4	156,3	11,9	13,1
Costa Rica	1995	75	5,5	8,4	—[b]	—[c]
Croacia	1999	21	1,6	—[b]	—[b]	—[c]
Cuba	1997	348	9,6	14,4	4,6	3,2
Dinamarca	1996	20	1,5	—[b]	—[b]	—[c]
Ecuador	1996	757	15,9	29,2	2,3	12,4
El Salvador	1993	1 147	50,2	94,8	6,5	14,6
Eslovaquia	1999	26	1,5	2,4	—[b]	—[c]
Eslovenia	1999	4	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
España	1998	96	0,8	1,2	0,4	2,9
Estados Unidos de América	1998	8 226	11,0	17,9	3,7	4,8
Estonia	1999	33	7,7	13,3	—[b]	—[c]
Federación de Rusia	1998	7 885	18,0	27,5	8,0	3,4
Filipinas	1993	3 252	12,2	22,7	1,4	16,0
Finlandia	1998	19	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Francia	1998	91	0,6	0,7	0,4	1,9
Georgia	1992	4	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Grecia	1998	25	0,9	1,4	—[b]	—[c]
Hungría	1999	41	1,4	1,4	1,5	0,9
Irlanda	1997	10	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Israel	1997	13	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Italia	1997	210	1,4	2,3	0,5	4,5
Jamaica	1991	2	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Japón	1997	127	0,4	0,5	0,3	1,7
Kazajstán	1999	631	11,5	18,0	5,0	3,6
Kirguistán	1999	88	4,6	6,7	2,4	2,8
Kuwait	1999	14	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Letonia	1999	55	7,8	13,1	—[b]	—[c]
Lituania	1999	59	5,4	8,4	—[b]	—[c]
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	6	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]

CUADRO 2.1 *(continuación)*

País o zona	Año	Número total de defunciones	Tasa de homicidios por 100 000 habitantes de 10 a 29 años de edad			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre la tasa masculina y la femenina
Mauricio	1999	4	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
México	1997	5 991	15,3	27,8	2,8	9,8
Nicaragua	1996	139	7,3	12,5	—[b]	—[c]
Noruega	1997	11	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Nueva Zelandia	1998	20	1,8	—[b]	—[b]	—[c]
Países Bajos	1999	60	1,5	1,8	1,2	1,6
Panamá (excluida la Zona del Canal)	1997	151	14,4	25,8	—[b]	—[c]
Paraguay	1994	191	10,4	18,7	—[b]	—[c]
Polonia	1995	186	1,6	2,3	0,8	2,7
Portugal	1999	37	1,3	2,1	—[b]	—[c]
Puerto Rico	1998	538	41,8	77,4	5,3	14,5
Reino Unido	1999	139	0,9	1,4	0,4	3,9
Inglaterra y Gales	1999	91	0,7	1,0	0,3	3,4
Irlanda del Norte	1999	7	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Escocia	1999	41	3,1	5,3	—[b]	—[c]
República Checa	1999	36	1,2	1,4	—[b]	—[c]
República de Corea	1997	282	1,7	2,1	1,3	1,6
República de Moldova	1999	96	7,7	12,8	—[b]	—[c]
Rumania	1999	169	2,3	3,5	1,1	3,1
Singapur	1998	15	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Suecia	1996	16	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Suiza	1996	17	—[b]	—[b]	—[b]	—[c]
Tailandia	1994	1 456	6,2	10,0	2,2	4,4
Tayikistán	1995	124	5,5	9,7	—[b]	—[c]
Trinidad y Tabago	1994	55	11,4	15,4	—[b]	—[c]
Turkmenistán	1998	131	6,9	12,4	—[b]	—[c]
Ucrania	1999	1 273	8,7	13,0	4,3	3,1
Uruguay	1990	36	3,6	4,5	—[b]	—[c]
Uzbekistán	1998	249	2,6	3,8	1,3	3,0
Venezuela	1994	2 090	25,0	46,4	2,8	16,5

RAE: Región Administrativa Especial

[a] Año más reciente disponible entre 1990 y 2000 para los países con ≥ 1 millón de habitantes.

[b] Menos de 20 defunciones informadas; no se calculó la tasa.

[c] No se calculó la razón de tasa cuando se comunicaron menos de 20 defunciones entre los varones o las mujeres.

Israel, entre los menores de 18 años, la incidencia anual de traumatismos causados por la violencia que reciben tratamiento en una sala de urgencias es de 196 por 100 000, en comparación con las tasas de homicidios juveniles de 1,3 por 100 000 entre los varones y 0,4 por 100 000 entre las mujeres (19).

Tal como sucede con la violencia juvenil mortal, la mayoría de las víctimas de la violencia no mortal tratadas en los hospitales son varones (20–26), aunque la razón entre las víctimas masculinas y las femeninas es algo inferior que en el caso de las defunciones. En un estudio efectuado en Eldoret, Kenya, por ejemplo, se determinó que la razón entre las víctimas masculinas y femeninas de la violencia no mortal era de 2,6:1 (22). Otra investigación ha encontrado una razón de alrededor de 3:1 en Jamaica y de 4 a 5:1 en Noruega (23, 24).

Las tasas de traumatismos no mortales causados por la violencia tienden a aumentar extraordinariamente al promediar la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta. Una encuesta en hogares de Johannesburgo, Sudáfrica, encontró que 3,5% de las víctimas de la violencia tenían 13 o menos años de edad, en comparación con 21,9% de 14 a 21 años y 52,3% de 22 a 35 años de edad (27). Los estudios realizados en Jamaica, Kenya, Mozambique y varias ciudades de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador y Venezuela también revelan tasas altas de lesiones no mortales provocadas por la violencia entre los adolescentes y los adultos jóvenes (22, 28, 29).

En comparación con la violencia juvenil mortal, los traumatismos no mortales resultantes de actos violentos incluyen sustancialmente menos agresiones con armas de fuego y un uso correspondientemente mayor de los puños y los pies, y de otras armas, como las punzocortantes y los garrotes. En Honduras, 52% de los ataques no mortales contra los jóvenes fueron perpetrados con armas que no eran de fuego, y en un estudio colombiano, solo 5% de los ataques no mortales se relacionaron con armas de fuego (en comparación con más de 80% de los homicidios juveniles perpetrados con armas de fuego) (25, 30). En Sudáfrica, las heridas con armas de

fuego representan alrededor de 16% del total de los traumatismos causados por la violencia que se tratan en los hospitales, frente a 46% del total de homicidios (31). Sin embargo, la comparación directa entre países y subgrupos dentro de los países usando los datos sobre la violencia no mortal registrados en los servicios de salud puede ser engañosa. Por ejemplo, las desigualdades entre las tasas de concurrencia a servicios de urgencia por heridas con arma de fuego sencillamente pueden reflejar el hecho de que la atención médica prehospitalaria y de urgencia varía en los distintos ámbitos.

Comportamientos de riesgo relacionados con la violencia juvenil

La participación en riñas, la intimidación y portar armas son importantes comportamientos de riesgo de violencia juvenil. La mayoría de los estudios que examinan estos comportamientos han incluido a alumnos de escuelas primarias y secundarias, que difieren considerablemente de los niños y adolescentes que han dado por concluido sus estudios o han desertado de la escuela. En consecuencia, probablemente sea limitada la aplicabilidad de los resultados de estos estudios a los jóvenes que ya no están asistiendo a la escuela.

La participación en riñas es muy común entre los niños en edad escolar en muchas partes del mundo (32–38). Alrededor de un tercio de los alumnos informan haber participado en riñas y, en comparación con las niñas, es de dos a tres veces más probable que los varones hayan intervenido alguna vez en riñas. La intimidación es también frecuente entre los niños en edad escolar (39, 40). En un estudio de comportamientos relacionados con la salud en niños en edad escolar de 27 países, se encontró que la mayoría de los niños de 13 años en la generalidad de los países habían llevado a cabo actos de intimidación al menos por algún tiempo (cuadro 2.2) (40). Aparte de ser formas de agresión, la intimidación y las riñas también pueden conducir a modalidades más graves de violencia (41).

Portar armas es tanto un importante comportamiento de riesgo como una actividad predominantemente masculina entre los jóvenes en edad escolar. Sin embargo, hay grandes variaciones en la prevalencia de portar armas, como han informado los adolescentes en diferentes países. En Ciudad del Cabo, Sudáfrica, 9,8% de los varones y 1,3% de las mujeres en las escuelas secundarias informaron que habían llevado armas punzocortantes a la escuela en las cuatro semanas precedentes (42). En Escocia, 34,1% de los varones y 8,6% de las mujeres de 11 a 16 años dijeron que habían portado armas por lo menos una vez en su vida, y fue significativamente más probable que lo hubieran hecho los usuarios de drogas, en comparación con quienes no las consumían (43). En los Países Bajos, 21% de los alumnos de escuelas secundarias admitieron poseer un arma y 8% de hecho habían llevado armas a la escuela (44). En los Estados Unidos, una encuesta nacional entre los estudiantes de los grados 9° a 12°

CUADRO 2.2

El comportamiento de intimidación entre niños de 13 años de edad, 1997–1998

País	¿Participó en actos de intimidación durante este período escolar?		
	No (%)	A veces (%)	Una vez a la semana (%)
Alemania	31,2	60,8	7,9
Austria	26,4	64,2	9,4
Bélgica (región flamenca)	52,2	43,6	4,1
Canadá	55,4	37,3	7,3
Dinamarca	31,9	58,7	9,5
Escocia	73,9	24,2	1,9
Eslovaquia	68,9	27,3	3,9
Estados Unidos de América	57,5	34,9	7,6
Estonia	44,3	50,6	5,1
Finlandia	62,8	33,3	3,8
Francia	44,3	49,1	6,6
Gales	78,6	20,0	1,4
Grecia	76,8	18,9	4,3
Groenlandia	33,0	57,4	9,6
Hungría	55,8	38,2	6,0
Inglaterra	85,2	13,6	1,2
Irlanda del Norte	78,1	20,6	1,3
Israel	57,1	36,4	6,6
Letonia	41,2	49,1	9,7
Lituania	33,3	57,3	9,3
Noruega	71,0	26,7	2,3
Polonia	65,1	31,3	3,5
Portugal	57,9	39,7	2,4
República Checa	69,1	27,9	3,0
República de Irlanda	74,2	24,1	1,7
Suecia	86,8	11,9	1,2
Suiza	42,5	52,6	5,0

encontró que 17,3% habían portado un arma en los 30 días anteriores y 6,9% había llevado un arma a los establecimientos de enseñanza (32).

La dinámica de la violencia juvenil

Las pautas de comportamiento, incluida la violencia, cambian en el curso de la vida de las personas. La adolescencia y los primeros años de la edad adulta constituyen un período en que la violencia, así como otro tipo de comportamientos, a menudo se expresan con más intensidad (45). Conocer cuándo y en qué condiciones se presenta de manera característica el comportamiento violento conforme se desarrolla la persona puede ayudar a planificar intervenciones y políticas de prevención orientadas a los grupos de edad más críticos (3).

¿Cómo empieza la violencia juvenil?

La violencia juvenil puede desarrollarse de diferentes maneras. Algunos niños presentan comportamientos problemáticos en la primera infancia que gradualmente se van agravando hasta llegar a formas más graves de agresión antes de la adolescencia y durante ella. Entre 20% y 45% de los varones y entre 47% y 69% de las muchachas que son delincuentes juveniles violentos a la edad de 16 a 17 años han tomado lo que se denomina un "camino de desarrollo que persistirá toda la vida" (3, 46–50). Los jóvenes que encajan en esta categoría cometen los actos de violencia más graves y a menudo siguen teniendo un comportamiento violento hasta la edad adulta (51–54).

Los estudios longitudinales han examinado de qué manera la agresión puede proseguir desde la niñez hasta la adolescencia y desde la adolescencia hasta la edad adulta para crear una pauta de delito persistente durante toda la vida. Varios estudios han revelado que la agresividad en la niñez es un buen factor predictivo de la violencia en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. En un estudio realizado en Örebro, Suecia (55), dos tercios de una muestra de alrededor de 1 000 hombres jóvenes que mostraban comportamientos violentos a la edad de 26 años ya habían exhibido una marcada agresividad a las edades de 10 y 13 años, en comparación con cerca de un tercio del total de los muchachos. De igual manera, en un estudio de seguimiento de casi 400 jóvenes efectuado en Jyväskylä, Finlandia (56), las apreciaciones de la agresividad por parte de los compañeros a las edades de 8 y 14 años predijeron significativamente la violencia hasta la edad de 20 años.

Hay también pruebas de una continuidad del comportamiento agresivo desde la adolescencia hasta la edad adulta. En un estudio efectuado en Columbus, Estados Unidos, 59% de los jóvenes detenidos por delitos violentos antes de la edad de 18 años fueron arrestados nuevamente cuando ya eran adultos y 42% de estos delincuentes adultos fueron acusados de al menos un delito violento grave, como homicidio, asalto con agravantes o violación (57). La proporción de los detenidos cuando eran más jóvenes por delitos que implicaban violencia grave que fueron arrestados nuevamente ya adultos fue mayor que entre los jóvenes detenidos por delitos que entrañaban violencia menor. Un estudio sobre el desarrollo de la delincuencia en Cambridge, Inglaterra, encontró que un tercio de los hombres jóvenes menores de 20 años declarados culpables de delitos que implicaban violencia fueron nuevamente condenados entre los 21 y los 40 años de edad, en comparación con solo 8% de aquellos no condenados por esa clase de delitos cuando eran adolescentes (58).

La existencia de un camino de desarrollo que persistirá toda la vida ayuda a explicar la continuidad del comportamiento agresivo y violento en el transcurso del tiempo. Hay ciertos individuos en los que persiste una mayor tendencia subyacente hacia el comportamiento agresivo y violento. En otras palabras, quienes son relativamente más agresivos a cierta edad también tienden a ser relativamente más agresivos más adelante, aunque los grados absolutos de su violencia pueden variar.

Quizá con el transcurso del tiempo también haya progresiones de un tipo de agresión a otro. Por ejemplo, en un estudio longitudinal realizado en Pittsburgh, Estados Unidos, que incluyó a más de 1 500 muchachos originalmente estudiados a los 7, 10 y 13 años de edad, Loeber et al. informaron que la agresión en la niñez tendía a convertirse en riñas de pandillas y posteriormente en violencia juvenil (59).

No obstante, los delincuentes que a lo largo de toda su vida exhiben un comportamiento agresivo pertinaz representan solo una proporción pequeña de quienes cometen actos de violencia. La mayor parte de los jóvenes violentos cometen actos de violencia durante períodos mucho más cortos. A estos jóvenes se los llama "delincuentes circunscritos a la adolescencia". Los resultados de la Encuesta Nacional de la Juventud realizada en los Estados Unidos —basada en una muestra nacional de jóvenes de 11 a 17 años en 1976, cuyo seguimiento se efectuó hasta que alcanzaron edades comprendidas entre los 27 y los 33 años— muestran que si bien una proporción pequeña de los jóvenes siguieron cometiendo actos de violencia hasta llegar a la edad adulta y más adelante, unas tres cuartas partes de los jóvenes que habían incurrido en violencia grave abandonaron su comportamiento violento alrededor de uno a tres años después (3). La mayoría de los jóvenes que se tornan violentos son delincuentes circunscritos a la adolescencia que, en realidad, han dado pocas o ninguna muestra de grados altos de agresividad u otros comportamientos problemáticos durante la niñez (3).

Factores situacionales

Entre los jóvenes que solo delinquen durante la adolescencia, ciertos factores situacionales pueden tener una influencia importante en el origen del comportamiento violento. El análisis de la situación —que explica las interacciones entre el eventual perpetrador y la víctima en una situación dada— describe cómo el potencial de violencia quizá se convierta en violencia real. Los factores situacionales son:

- los móviles del comportamiento violento;
- el lugar donde se manifiesta el comportamiento;
- si intervienen el alcohol o las armas;
- si están presentes otras personas además de la víctima y el agresor;
- si existen otras acciones (como el robo) que podrían conducir a la violencia.

Los móviles de la violencia juvenil varían según la edad de los participantes y el hecho de que estén o no presentes otras personas. Un estudio de la delincuencia en Montreal, Canadá, reveló que, cuando los autores eran adolescentes o veinteañeros, cerca de la mitad de los ataques personales violentos fueron motivados por la búsqueda de emociones estimulantes, a menudo en compañía de otros delincuentes, y la otra mitad obedeció a objetivos racionales o utilitarios (60). Sin embargo, en todos los delitos la motivación principal de los autores cambió de la búsqueda de emociones en la adolescencia a propósitos utilitarios —que incluían una planificación previa, la intimidación psicológica y el empleo de armas— después de los 20 años (61).

La Encuesta Nacional de la Juventud efectuada en los Estados Unidos encontró que los actos de violencia se cometieron en general en represalia por un ataque anterior, por venganza o debido a una provocación o a la ira (61). En el estudio realizado en Cambridge mencionado anteriormente, los motivos de las riñas dependieron de que el muchacho se peleara solo o en grupo (62). En las riñas individuales, generalmente el joven fue provocado, se enojó y golpeó para lastimar a su adversario o liberar las tensiones internas. En las riñas en grupo, los muchachos a menudo tomaron parte para ayudar a amigos o porque fueron atacados, rara vez porque estaban enojados. No obstante, las riñas en grupo fueron en general más graves. A menudo comenzaron como incidentes menores que luego se intensificaron, ocurrieron de manera característica en bares o en la calle, fue más probable que se usaran armas, provocaron traumatismos e intervino la policía.

La embriaguez es un importante factor situacional inmediato que puede precipitar la violencia. Según un estudio sueco, cerca de tres cuartas partes de los delincuentes violentos y alrededor de la mitad de las víctimas de la violencia estaban ebrios en el momento del incidente, y en el estudio de Cambridge, muchos de los muchachos participaron en riñas después de ingerir bebidas alcohólicas (62, 63).

Una característica interesante de los jóvenes que cometen actos delictivos violentos, que puede aumentar la probabilidad de que se vean envueltos en situaciones que conducen a la violencia, es su tendencia a involucrarse en una amplia gama de delitos, así como el hecho de que suelen exhibir diversos comportamientos problemáticos. Por lo

general, dichos jóvenes son versátiles y no se especializan en los tipos de delitos que cometen. En realidad, los jóvenes violentos suelen cometer más delitos no violentos que violentos (64–66). En el estudio de Cambridge, los delincuentes violentos declarados culpables antes de los 21 años tenían casi tres veces más condenas por transgresiones no violentas que por delitos violentos (58).

¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia juvenil?

Factores individuales

A nivel individual, los factores que afectan al potencial de comportamiento violento incluyen características biológicas, psicológicas y conductuales. Estos factores pueden aparecer desde la niñez o la adolescencia y, en grados variables, pueden ser influidos por la familia y los compañeros, y por otros factores sociales y culturales.

Características biológicas

Entre los factores biológicos posibles, ha habido estudios sobre las lesiones y complicaciones asociadas con el embarazo y el parto, ya que se ha señalado que estos trastornos quizá produzcan daño neurológico, que a su vez podría conducir a la violencia. En un estudio realizado en Copenhague (Dinamarca), Kandel y Mednick (67) efectuaron el seguimiento de 200 niños nacidos entre 1959 y 1961. Su investigación indicó que las complicaciones del parto eran un factor predictivo de las detenciones por actos de violencia hasta la edad de 22 años. De los jóvenes detenidos por cometer delitos violentos, 80% fueron incluidos en el intervalo de valores altos en cuanto a las probabilidades de que hubieran estado expuestos a complicaciones del parto al nacer, en comparación con 30% de los detenidos por cometer delitos relacionados con la propiedad y 47% de los jóvenes sin antecedentes penales. Por otra parte, las complicaciones del embarazo no fueron un factor significativamente predictivo de la violencia.

Es interesante señalar que las complicaciones del parto se asociaron fuertemente con violencia futura cuando alguno de los progenitores tenía antecedentes de enfermedad psiquiátrica (68). En estos casos, 32% de los varones expuestos a complicaciones significativas durante el parto fueron detenidos por actos de violencia, en comparación con 5% de los que no estuvieron expuestos a ninguna complicación durante el parto o presentaron solo problemas menores. Lamentablemente, estos resultados no se repitieron en el Proyecto Biosocial de Filadelfia realizado por Denno (69), un estudio de casi 1 000 niños afroestadounidenses de Filadelfia, a quienes se siguió desde el nacimiento hasta los 22 años de edad. Por tanto, puede ser que el embarazo y las complicaciones del parto permitan predecir la violencia solo o principalmente cuando ocurren en combinación con otros problemas dentro de la familia.

Las frecuencias cardíacas bajas, estudiadas sobre todo en muchachos, se asocian con la búsqueda de emociones y el deseo de correr riesgos, y ambas características pueden predisponer a los muchachos a la agresión y la violencia en sus intentos por aumentar la estimulación y el grado de excitación (70–73). Sin embargo, especialmente en los lactantes y en los niños pequeños, las frecuencias cardíacas altas se vinculan con ansiedad, temor e inhibiciones (71).

Características psicológicas y del comportamiento

Entre los principales factores de la personalidad y del comportamiento que pueden predecir la violencia juvenil están la hiperactividad, la impulsividad, el control deficiente del comportamiento y los problemas de atención. No obstante, la nerviosidad y la ansiedad están relacionadas negativamente con la violencia. En la ciudad de Dunedin, Nueva Zelandia, en un estudio de seguimiento de más de 1 000 adolescentes varones se observó que los muchachos que habían sido condenados por delitos violentos antes de los 18 años de edad tenían significativamente más probabilidades de haber presentado puntuaciones deficientes en el control del comportamiento (por ejemplo, impulsividad y falta de persistencia) entre los 3 y los 5 años, en comparación con los muchachos sin condenas o con sentencias por delitos no violentos (74). En el mismo

estudio, los factores vinculados con la represión de la personalidad (como la cautela y evitar emociones estimulantes) y con la emotividad negativa (como la nerviosidad y la alienación) a la edad de 18 años se correlacionaron significativamente en forma inversa con condenas por violencia (75).

Los estudios longitudinales realizados en Copenhague, Dinamarca (68), Örebro, Suecia (76), Cambridge, Inglaterra (77) y Pittsburgh, Estados Unidos (77), también mostraron las conexiones entre esos rasgos de la personalidad y las condenas por violencia, incluida la admitida espontáneamente. La hiperactividad, los comportamientos que expresan grados altos de temeridad y el deseo de correr riesgos, la concentración deficiente y las dificultades de atención antes de la edad de 13 años fueron todas características que predijeron cabalmente la violencia en los adultos jóvenes. Los grados altos de ansiedad y nerviosidad estuvieron negativamente relacionados con la violencia en los estudios realizados en Cambridge y en los Estados Unidos.

Sistemáticamente se ha encontrado que la escasa inteligencia y los niveles bajos de progreso en la escuela se asocian con violencia juvenil (78). En el proyecto de Filadelfia (69), las puntuaciones bajas del cociente de inteligencia (CI) en las pruebas de CI verbales y de desempeño a las edades de 4 y 7 años así como las puntuaciones bajas en las pruebas ordinarias de aprovechamiento escolar a los 13 y 14 años se vincularon con una mayor probabilidad de ser detenidos por hechos de violencia antes de los 22 años de edad. En un estudio efectuado en Copenhague, Dinamarca, que incluyó a más de 12 000 niños nacidos en 1953, el CI bajo a los 12 años de edad predecía con bastante exactitud la violencia registrada por la policía entre los 15 y los 22 años de edad. La conexión entre el CI y la violencia fue más marcada entre los niños de los grupos socioeconómicos más bajos.

La impulsividad, los problemas de atención, la escasa inteligencia y el bajo progreso educativo pueden estar vinculados con deficiencias en las funciones ejecutivas del cerebro, ubicadas en los lóbulos frontales. Estas funciones incluyen: la atención y concentración sostenidas, el razonamiento abstracto y la formación de conceptos, la fijación de metas, la previsión y planificación, la percepción y vigilancia efectivas del propio comportamiento, y las inhibiciones con respecto a comportamientos inapropiados o impulsivos (79). Es interesante que, en otra investigación realizada en Montreal —que incluyó a más de 1 100 niños inicialmente estudiados a los 6 años de edad y seguidos a partir de la edad de 10 años—, las funciones ejecutivas a los 14 años, medidas por medio de pruebas cognoscitivas y neuropsicológicas, constituyeron un instrumento importante para diferenciar entre los niños violentos y los no violentos (80). Esa relación fue independiente de factores familiares tales como la situación socioeconómica, el nivel educativo de los padres y su edad al nacer el primer hijo, o la eventual separación o divorcio de los padres.

Factores relacionales

Los factores individuales de riesgo de violencia juvenil, tales como los descritos anteriormente, no existen aislados de otros factores de riesgo. Los factores asociados con las relaciones interpersonales de los jóvenes —con sus familias, amigos y compañeros— también pueden influir mucho en el comportamiento agresivo y violento y configurar rasgos de la personalidad que a su vez pueden contribuir al comportamiento violento. La influencia de las familias es por lo general mayor en este sentido durante la niñez, mientras que durante la adolescencia los amigos y los compañeros tienen un efecto cada vez más importante (81).

Influencia de la familia

El comportamiento de los progenitores y el ambiente familiar son factores fundamentales en el desarrollo de conductas violentas en los jóvenes. La falta de vigilancia y supervisión de los niños por los padres y el uso del castigo físico severo para disciplinar a los niños son sólidos factores predictivos de la violencia durante la adolescencia y la edad adulta. En su estudio de 250 niños en Boston, Estados Unidos, McCord (82) encontró que la supervisión deficiente, la agresión y la aplicación de una disciplina muy rigurosa por parte de los padres

a los niños de 10 años de edad se vincularon firmemente con mayor riesgo de condenas posteriores por actos violentos antes de los 45 años de edad.

Eron, Huesmann y Zelli (83) efectuaron el seguimiento de casi 900 niños en Nueva York. Encontraron que el castigo físico severo infligido por los padres a la edad de 8 años permitía predecir no solo arrestos por incidentes de violencia antes de la edad de 30 años, sino también, en los muchachos, la severidad con que estos castigarían a sus hijos y sus propias historias de maltrato del cónyuge. En un estudio de más de 900 niños maltratados y casi 700 testigos, Widom indicó que los antecedentes registrados de abuso físico y descuido de los niños se vincularon con arrestos posteriores por actos violentos, independientemente de otros factores predictivos como el sexo, el grupo étnico y la edad (84). Otros estudios han obtenido resultados similares (77, 85, 86).

La violencia en la adolescencia y hasta la edad adulta también ha estado relacionada firmemente con los conflictos entre los progenitores durante la primera infancia (77, 82) y con los vínculos afectivos deficientes entre padres e hijos (87, 88). Otros factores son: una familia con muchos hermanos (65, 77); una madre que tuvo su primer hijo a edad temprana, posiblemente cuando era adolescente (77, 89, 90), y un escaso grado de cohesión familiar (91). Muchos de estos factores, a falta de otro apoyo social, pueden afectar al funcionamiento y comportamiento emocional y social de los niños. McCord (87), por ejemplo, indicó que los delincuentes violentos tenían menos probabilidades que los no violentos de haber sido criados con afecto y disciplina y supervisión apropiados.

La estructura familiar es también un factor importante de la agresión y la violencia posteriores. Los resultados de estudios realizados en los Estados Unidos, Nueva Zelandia y el Reino Unido indican que los niños que se crían en familias monoparentales están expuestos a mayor riesgo de violencia (74, 77, 92). Por ejemplo, en un estudio de 5 300 niños de Inglaterra, Escocia y Gales, el hecho de haber experimentado la separación de sus progenitores entre el nacimiento y los 10 años aumentó las probabilidades de recibir condenas por hechos de violencia antes de los 21 años de edad (92). En el estudio llevado a cabo en Dunedin, Nueva Zelandia, el hecho de vivir a los 13 años con un padre o madre solteros permitió vaticinar condenas por violencia antes de los 18 años (74). Las pocas oportunidades de recibir apoyo y probablemente los menores recursos económicos en estas situaciones quizá sean las razones de que a menudo se deteriore la crianza y aumente el riesgo de que los jóvenes incurran en actos de violencia.

En general, el estrato socioeconómico bajo de la familia se asocia con violencia futura. Por ejemplo, en una encuesta nacional de jóvenes en los Estados Unidos, la frecuencia con que los jóvenes de clases socioeconómicas bajas admitieron haber consumado asaltos y robos fue cerca del doble de la prevalente entre los jóvenes de clase media (93). En Lima, Perú, se encontró que la baja escolaridad de la madre y la alta densidad habitacional se asociaron con la violencia juvenil (94). Un estudio de adultos jóvenes en São Paulo, Brasil, reveló que, después de hacer ajustes según el sexo y la edad, el riesgo de ser víctimas de la violencia fue significativamente mayor entre los jóvenes de clase socioeconómica baja por comparación con los de clase alta (95). Se han obtenido resultados similares en estudios realizados en Dinamarca (96), Nueva Zelandia (74) y Suecia (97).

Dada la importancia de la supervisión de los padres, la estructura familiar y la situación económica como factores que contribuyen a determinar la prevalencia de la violencia juvenil, se esperaría un aumento de la violencia cuando las familias se han desintegrado como resultado de guerras o epidemias, o por los rápidos cambios sociales. En el caso de las epidemias, unos 13 millones de niños en el mundo han perdido a uno o ambos padres debido al SIDA, más de 90% de ellos en África al sur del Sahara, donde probablemente millones de niños más quedarán huérfanos en los próximos años (98). La mortandad provocada por el SIDA entre las personas en edad fértil está aumentando la cantidad de huérfanos con tal velocidad, que muchas comunidades ya no pueden depender de las estructuras tradicionales para atenderlos. Por lo tanto, la epidemia de SIDA probablemente tendrá repercusiones

adversas graves en la violencia en los jóvenes, en particular en África, donde las tasas de violencia juvenil ya son sumamente altas.

Influencias de los compañeros

Las influencias de los compañeros durante la adolescencia se consideran en general positivas e importantes para configurar las relaciones interpersonales, pero también pueden tener efectos negativos. Tener amigos delincuentes, por ejemplo, se asocia con violencia en los jóvenes (88). Los resultados de los estudios en los países desarrollados (78, 88) concuerdan con un estudio realizado en Lima, Perú (94), que encontró una correlación entre el comportamiento violento y el hecho de tener amigos que usaban drogas. Sin embargo, no está clara la dirección causal en esta correlación, a saber, si tener amigos delincuentes viene antes o después de ser un delincuente violento (99). En su estudio, Elliott y Menard concluyeron que la delincuencia generó lazos con compañeros y, al mismo tiempo, que los vínculos con compañeros delincuentes generaron delincuencia (100).

Factores comunitarios

Las comunidades en las cuales viven los jóvenes ejercen una influencia importante en su familia, en la índole de su grupo de compañeros y en la forma en que pueden estar expuestos a situaciones que conducen a la violencia. En términos generales, los muchachos de las zonas urbanas tienen más probabilidades de desplegar un comportamiento violento que los que viven en las zonas rurales (77, 88, 93). Dentro de las zonas urbanas, los que viven en vecindarios con niveles altos de criminalidad tienen más probabilidades de exhibir un comportamiento violento que los que viven en otros vecindarios (77, 88).

Pandillas, armas de fuego y drogas

La existencia de pandillas (recuadro 2.1), armas de fuego y drogas en una localidad es una combinación potente que aumenta las probabilidades de que se cometan actos de violencia. En los Estados Unidos, por ejemplo, la presencia en los vecindarios de estos tres elementos juntos parecería ser un factor importante para explicar por qué la tasa de arrestos de menores por homicidio se elevó a más del doble entre 1984 y 1993 (de 5,4 por 100 000 a 14,5 por 100 000) (97, 101, 102). Blumstein sugirió que este incremento estaba vinculado con aumentos verificados en el mismo período en el número de jóvenes que portan armas de fuego, la cantidad de pandillas y los enfrentamientos por la venta de *crack* (cocaína para fumar) (103). De acuerdo con el estudio de Pittsburgh ya mencionado, la iniciación en el tráfico de drogas coincidió con un aumento significativo de la tenencia de armas y 80% de los jóvenes de 19 años de edad que vendían drogas "duras" (como la cocaína) también portaban un arma de fuego (104). En Rio de Janeiro, Brasil, donde la mayoría de las víctimas y perpetradores de homicidios tienen 25 años de edad o menos, el tráfico de drogas es responsable de gran parte de los homicidios, los conflictos y las lesiones (105). En otras partes de América Latina y el Caribe, las pandillas juveniles involucradas en el tráfico de drogas muestran niveles de violencia superiores a los observados en las pandillas que no participan en él (106).

Integración social

El grado de integración social dentro de una comunidad también afecta a las tasas de violencia juvenil. El capital social es un concepto que intenta medir esa integración de las comunidades. Se refiere aproximadamente a las reglas, normas, obligaciones, reciprocidad y confianza que existen en las relaciones y las instituciones sociales (107). Los jóvenes que viven en lugares que carecen de capital social tienden a mostrar un rendimiento escolar deficiente y son mayores las probabilidades de que abandonen por completo la escuela (108).

Moser y Holland (109) estudiaron cinco comunidades urbanas pobres en Jamaica. Encontraron una relación cíclica entre la violencia y la destrucción del capital social. Cuando había violencia en la comunidad, se restringía la movilidad física en la localidad particular, se reducían las oportunidades laborales y educacionales, las empresas se mostraban renuentes a invertir en la zona y era menos probable que las personas del lugar construyeran

RECUADRO 2.1

Un perfil de las pandillas

Se encuentran pandillas de jóvenes en todas las regiones del mundo. Aunque su tamaño y naturaleza pueden variar muchísimo —de un grupo eminentemente social a una red delictiva organizada—, todas parecen responder a la necesidad básica de pertenecer a un grupo y crear su propia identidad.

En la región occidental de El Cabo, Sudáfrica, hay unos 90 000 miembros de pandillas, mientras que en Guam se registraron en 1993 alrededor de 110 pandillas permanentes, unas 30 de ellas muy bravas. En Port Moresby, Papua Nueva Guinea, se ha denunciado la existencia de cuatro asociaciones delictivas grandes, con numerosos subgrupos. Hay unos 30 000 a 35 000 miembros de pandillas en El Salvador y una cantidad similar en Honduras, mientras que en los Estados Unidos, en 1996 estaban operando unas 31 000 pandillas en cerca de 4 800 ciudades grandes y pequeñas. En Europa existen pandillas en diversa medida en todo el continente y son particularmente agresivas en los países en transición económica, como la Federación de Rusia.

Las pandillas son básicamente un fenómeno masculino, aunque en países como Estados Unidos las niñas están formando sus propias pandillas. La edad de los miembros de la pandilla puede variar entre los 7 y los 35 años, pero comúnmente son muchachos adolescentes o veinteañeros. Suelen provenir de zonas económicamente desfavorecidas y de ámbitos urbanos y suburbanos de clase trabajadora con bajos ingresos. A menudo, los integrantes de las pandillas han abandonado la escuela y tienen trabajos que requieren poca capacitación o mal remunerados. Muchas pandillas de los países de ingreso alto y mediano están integradas por personas de minorías étnicas o raciales que quizás estén socialmente muy marginadas.

Las pandillas se asocian con el comportamiento violento. Los estudios han revelado que, a medida que los jóvenes pasan a formar parte de las pandillas, se tornan más violentos y se involucran en actividades más arriesgadas, a menudo ilícitas. En Guam, más de 60% de los delitos violentos informados a la policía son cometidos por jóvenes y gran parte de ellos se relacionan con las actividades de las pandillas bravas de la isla. En Bremen, Alemania, la violencia perpetrada por los miembros de las pandillas representa casi la mitad de los delitos violentos notificados. En un estudio longitudinal de casi 1 000 jóvenes en Rochester, Estados Unidos, aproximadamente 30% de la muestra eran miembros de pandillas, pero eran responsables de alrededor de 70% de los delitos violentos notificados espontáneamente y de 70% del tráfico de drogas.

Una compleja interacción de factores lleva a los jóvenes a optar por la vida de las pandillas. Estas parecen proliferar en los lugares donde se ha desintegrado el orden social establecido y donde no hay formas alternativas de comportamiento cultural compartido. Otros factores socioeconómicos, comunitarios e interpersonales que alientan a los jóvenes a incorporarse a las pandillas son:

- la falta de oportunidades de movilidad social o económica, dentro de una sociedad que promueve agresivamente el consumo;
- la declinación del cumplimiento de la ley y el orden en el plano local;
- la interrupción de los estudios, combinada con salarios bajos por el trabajo no calificado;
- la falta de orientación, supervisión y apoyo de los padres y otros miembros de la familia;
- el castigo físico severo o la victimización en el hogar;
- el hecho de tener compañeros que ya forman parte de una pandilla.

Las medidas para corregir estos factores fundamentales que alientan el florecimiento de las pandillas juveniles y para proporcionar otras salidas culturales más seguras a los potenciales miembros, pueden contribuir a eliminar una proporción significativa de los delitos violentos cometidos por las pandillas o con la participación de jóvenes.

casas nuevas o repararan o mejoraran las propiedades ya existentes. Esta reducción del capital social —la mayor desconfianza resultante de la destrucción de la infraestructura, las instalaciones de esparcimiento y las oportunidades— aumentó las probabilidades de comportamiento violento, especialmente entre los jóvenes. Un estudio sobre la relación entre el capital social y la criminalidad en una amplia gama de países durante el período comprendido entre 1980 y 1994, encontró que el grado de confianza entre los miembros de la comunidad tenía un fuerte efecto sobre la incidencia de delitos violentos (107). Wilkinson, Kawachi y Kennedy (110) indicaron que los índices de capital social que reflejan escasa cohesión social y altos grados de desconfianza recíproca estaban vinculados con tasas más altas de homicidios y mayor desigualdad económica.

Factores sociales

Varios factores sociales pueden crear condiciones conducentes a la violencia entre los jóvenes. Sin embargo, gran parte de los datos relacionados con estos factores se basan en estudios transversales o ecológicos y son principalmente útiles para identificar asociaciones importantes, más que causas directas.

Cambios demográficos y sociales

Los cambios demográficos rápidos en la población de jóvenes, la modernización, la emigración, la urbanización y la modificación de las políticas sociales han estado todos vinculados con un aumento de la violencia juvenil (111). En los lugares que han experimentado crisis económicas y políticas subsiguientes a medidas de ajuste estructural, como en África y partes de América Latina, los salarios reales a menudo han declinado marcadamente, se han debilitado o desechado las leyes concebidas para proteger a los trabajadores y se ha producido un deterioro sustancial de la infraestructura y los servicios sociales básicos (112, 113). La pobreza se ha concentrado masivamente en las ciudades, que presentan altas tasas de crecimiento de la población de jóvenes (114).

En su análisis demográfico de los jóvenes de África, Lauras-Locoh y Lopez-Escartin (113) sugieren que la tensión entre una población de jóvenes que crece con rapidez y una infraestructura en deterioro ha dado lugar a revueltas estudiantiles originadas en las escuelas. Diallo Co-Trung (115) encontró una situación similar de huelgas y rebeliones de estudiantes en Senegal, donde la población de menos de 20 años de edad se duplicó entre 1970 y 1988, durante un período de recesión económica e implantación de políticas de ajuste estructural. En una encuesta entre jóvenes de Argelia, Rarrbo (116) encontró que el rápido crecimiento demográfico y la urbanización acelerada crearon desempleo y condiciones habitacionales de extrema precariedad, que a su vez condujeron a la frustración extrema, la ira y la acumulación de tensiones entre los jóvenes. Como resultado, era más probable que los jóvenes cometieran delitos menores y actos de violencia, en particular bajo la influencia de los compañeros.

En Papua Nueva Guinea, Dinnen (117) describe la evolución de "raskolism" (las pandillas de delincuentes) en el contexto más amplio de la descolonización y los cambios sociales y políticos subsiguientes, incluido el crecimiento demográfico rápido no igualado por el crecimiento económico. Tal fenómeno también ha sido citado como un problema en algunas de las anteriores economías comunistas (118), donde, a medida que el desempleo se ha elevado vertiginosamente y se ha recortado en forma drástica el sistema de asistencia social, los jóvenes han carecido de ingresos y ocupaciones legítimos, así como del apoyo social necesario en el período entre la conclusión de los estudios y la consecución de un trabajo. Al carecer de ese apoyo, algunos han pasado a la criminalidad y la violencia.

Desigualdad de ingresos

La investigación ha revelado las conexiones entre el crecimiento económico y la violencia, y entre la desigualdad de ingresos y la violencia (119). Gartner, en un estudio de 18 países industrializados durante el período comprendido entre 1950 y 1980 (6), encontró que la desigualdad de ingresos,

según la mide el coeficiente de Gini, tenía un considerable efecto favorecedor de la tasa de homicidios. Fajnzylber, Lederman y Loayza (120) obtuvieron los mismos resultados en una investigación realizada en 45 países industrializados y en desarrollo entre 1965 y 1995. La tasa de crecimiento del producto interno bruto (PIB) también se asoció significativamente con una reducción de la tasa de homicidios, pero este efecto fue en muchos casos contrarrestado por los niveles ascendentes de la desigualdad de ingresos. Unnithan y Whitt llegaron a conclusiones similares en su estudio transnacional (121), a saber, que esa desigualdad de ingresos estaba estrechamente vinculada con las tasas de homicidios y que estas tasas también disminuyeron a medida que se incrementaba el PIB per cápita.

Estructuras políticas

La calidad de las condiciones de buen gobierno en un país, en cuanto al marco legal y las políticas que ofrecen protección social, es un factor determinante fundamental de la violencia. En particular, el grado en que una sociedad hace cumplir las leyes existentes sobre la violencia al detener y encausar a los delincuentes, puede actuar como factor disuasivo contra la violencia. Fajnzylber, Lederman y Loayza (120) encontraron que la tasa de arrestos por homicidio tenía un efecto negativo considerable sobre la tasa de homicidios. En su estudio, las mediciones objetivas de las condiciones de buen gobierno (como las tasas de arrestos) se correlacionaron negativamente con las tasas de criminalidad, mientras que las mediciones subjetivas (como la confianza en el poder judicial y la calidad percibida de las condiciones de buen gobierno) solo se correlacionaron débilmente con las tasas de criminalidad.

Por consiguiente, el ejercicio del buen gobierno puede tener repercusiones sobre la violencia, en particular la que afecta a los jóvenes. Noronha et al. (122), en su estudio sobre la violencia que afecta a diversos grupos étnicos en Salvador, Bahía (Brasil), concluyeron que la insatisfacción con la policía, el sistema judicial y las cárceles aumentó el empleo de modalidades no oficiales de justicia. En Rio de Janeiro, de Souza Minayo (105) encontró que la policía figuraba entre los principales perpetradores de violencia contra los jóvenes. Las acciones policiales —en particular contra hombres jóvenes de las clases socioeconómicas más bajas— incluían la violencia física, el abuso sexual, la violación y el cohecho. Sanjuán (123) señaló que la idea de que la justicia dependía de la clase socioeconómica era un factor importante en la aparición de una cultura de la violencia entre los jóvenes marginados de Caracas, Venezuela. De igual manera, Aitchinson (124) concluyó que en Sudáfrica, después del apartheid, la impunidad para los que habían cometido abusos contra los derechos humanos y la incapacidad de la policía de cambiar significativamente sus métodos, han contribuido a un sentimiento generalizado de inseguridad y han incrementado el número de acciones extrajudiciales que incluyen la violencia.

La protección social por el Estado, otro aspecto de las condiciones de buen gobierno, es también importante. En su estudio, Pampel y Gartner (125) usaron un indicador que medía el grado de desarrollo de las instituciones nacionales responsables de la protección social colectiva. Estaban interesados en averiguar por qué diferentes países, cuyos grupos de edad de 15 a 29 años habían crecido según la misma tasa durante un período dado, experimentaron sin embargo aumentos dispares en sus tasas de homicidios. Pampel y Gartner llegaron a la conclusión de que la solidez de las instituciones de protección social del país tenían un efecto negativo sobre la tasa de homicidios. Además, el hecho de contar con esas instituciones podría contrarrestar los efectos sobre la tasa de homicidios asociados con aumentos en el grupo de 15 a 29 años de edad, sector que tradicionalmente presenta tasas altas de víctimas o perpetradores de homicidios.

Messner y Rosenfeld (126) examinaron la repercusión de los esfuerzos por proteger a las poblaciones vulnerables de las fuerzas del mercado, por ejemplo de la recesión económica. Se encontró que los gastos más elevados en asistencia social se asociaban con disminuciones de la tasa de homicidios, lo que indica que las sociedades con redes de seguridad económica presentan menos homicidios. Briggs y Cutright (7), en un estudio de 21 países

durante el período comprendido entre 1965 y 1988, establecieron que el gasto en seguridad social, como una proporción del PIB, se correlacionaba con reducciones de los homicidios entre los niños de hasta 14 años de edad.

Influencias culturales

La cultura, que se refleja en las normas y los valores hereditarios de la sociedad, contribuye a determinar cómo responden las personas a un ámbito cambiante. Los factores culturales pueden influir en el nivel de violencia presente en una sociedad, por ejemplo, al respaldar la violencia como un medio normal para resolver los conflictos y al enseñar a los jóvenes a adoptar normas y valores que favorecen el comportamiento violento.

Un instrumento importante mediante el cual se difunden imágenes, normas y valores que instigan a la violencia son los medios de comunicación. La exposición de los niños y los jóvenes a las diversas formas de estos medios ha aumentado extraordinariamente en años recientes. Los nuevos tipos de medios —entre ellos los videojuegos, las videocintas e Internet— han multiplicado las oportunidades de que los jóvenes estén expuestos a la violencia. Varios estudios han revelado que la introducción de la televisión en los países se asoció con aumentos de la escala de violencia (*127–131*), si bien estos estudios en general no tuvieron en cuenta otros factores que pueden haber influido simultáneamente en las tasas de violencia (*3*). El predominio de las pruebas hasta la fecha indica que la exposición a la violencia mostrada en la televisión aumenta las probabilidades de comportamientos agresivos inmediatos y produce a más largo plazo un efecto desconocido en la violencia grave (*3*) (recuadro 2.2). No hay datos suficientes acerca de la repercusión de algunos de los medios de comunicación más nuevos.

Las culturas que no logran proporcionar opciones no violentas para resolver los conflictos parecen tener tasas mayores de violencia juvenil. En su estudio de las pandillas en Medellín, Colombia, Bedoya Marín y Jaramillo Martínez (*136*) describen cómo los jóvenes de bajos ingresos reciben la influencia de la cultura de la violencia en la sociedad en general y en sus comunidades en particular. Señalan que se fomenta una cultura de la violencia a nivel de la comunidad mediante la creciente aceptación del "dinero fácil" (gran parte de esto se relaciona con el tráfico de drogas) y de cualquier medio adecuado para obtenerlo, así como mediante la corrupción de la policía, el poder judicial, los militares y la administración local.

Las influencias culturales que traspasan las fronteras de los países también han estado vinculadas con el aumento de la violencia juvenil. En una encuesta de pandillas juveniles en América Latina y el Caribe, Rodgers (*106*) ha mostrado que en ciudades del norte y el sudoeste de México, donde es más alta la inmigración desde los Estados Unidos, han surgido bandas violentas que siguen el modelo de las pandillas de Los Ángeles. Se ha encontrado un fenómeno similar en El Salvador, país que ha experimentado una tasa alta de deportaciones de ciudadanos salvadoreños desde Estados Unidos a partir de 1992; muchos de los deportados han sido miembros de pandillas en los Estados Unidos.

¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia juvenil?

Al diseñar programas nacionales para prevenir la violencia juvenil es importante abordar no solo los factores individuales cognoscitivos, sociales y del comportamiento, sino también los sistemas sociales que configuran esos factores.

Los cuadros 2.3 y 2.4 ilustran los ejemplos de las estrategias de prevención de la violencia juvenil como matrices, relacionando los sistemas ecológicos mediante los cuales se puede prevenir la violencia con las etapas del desarrollo, desde la lactancia hasta los primeros años de la edad adulta, cuando es probable que surjan comportamientos violentos o el riesgo de que estos se produzcan. Las estrategias de prevención presentadas en estos cuadros no son exhaustivas ni constituyen necesariamente estrategias de eficacia comprobada. En realidad, se ha comprobado que algunas son ineficaces. Más bien, las matrices sirven para ilustrar el amplio abanico de soluciones posibles al problema de la violencia juvenil, y para recalcar la necesidad de aplicar

RECUADRO 2.2

La influencia de los medios de comunicación en la violencia juvenil

Los niños y los jóvenes son consumidores importantes del material difundido por los medios de comunicación, tales como los programas de entretenimiento y la publicidad. Los estudios efectuados en los Estados Unidos han encontrado que el hábito de ver televisión empieza a menudo a los 2 años de edad y que, en promedio, los jóvenes de entre 8 y 18 años ven unos 10 000 actos de violencia al año en la televisión. Estos patrones de exposición a los medios no se manifiestan necesariamente en otras partes del mundo, en especial donde se tiene menos acceso a la televisión y a las películas. Aun así, no hay duda de que en todas partes la exposición de los niños y los jóvenes a los medios de comunicación es sustancial y está aumentando. Por consiguiente, es importante investigar la exposición a los medios como posible factor de riesgo de violencia interpersonal en la que participan jóvenes.

Los investigadores han estado examinando por más de 40 años las repercusiones de los medios en el comportamiento agresivo y violento. Varios metanálisis de los estudios sobre la repercusión de los medios de comunicación en la agresión y la violencia han llegado a la conclusión de que la violencia exhibida en los medios está positivamente relacionada con la agresión hacia otras personas. Sin embargo, se carece de datos que confirmen sus efectos sobre las formas graves de violencia (como la agresión física y el homicidio).

Un metanálisis realizado en 1991, que abarcó 28 estudios de niños y adolescentes expuestos a la violencia exhibida en los medios y observados en la interacción social libre, concluyó que la exposición a la violencia en los medios aumentaba el comportamiento agresivo hacia los amigos, los compañeros de clase y los desconocidos (*132*). Otro metanálisis, efectuado en 1994, examinó 217 estudios publicados entre 1957 y 1990 concernientes a las repercusiones de la violencia mostrada en los medios sobre el comportamiento agresivo, en los cuales 85% de los sujetos de la muestra tenían entre 6 y 21 años de edad. Los autores llegaron a la conclusión de que había una correlación positiva significativa entre la exposición a la violencia exhibida en los medios y el comportamiento agresivo, independientemente de la edad (*133*).

Muchos de los estudios incluidos en estos exámenes analíticos eran experimentos aleatorizados (en el laboratorio y sobre el terreno) o encuestas transversales. Los resultados de los estudios experimentales indican que la exposición breve a la violencia mostrada en la televisión o el cine, en particular las presentaciones impresionantes de la violencia, produce aumentos a corto plazo del comportamiento agresivo. Además, los efectos parecen ser mayores entre los niños y los jóvenes con tendencias agresivas y entre los que han sido irritados o provocados. Los resultados, sin embargo, no pueden extenderse a las situaciones de la vida real. De hecho, los ámbitos de la vida real a menudo incluyen influencias que no pueden "controlarse" como se hace en los experimentos, y que quizá mitiguen el comportamiento agresivo y violento.

Los resultados de los estudios transversales también muestran una correlación positiva entre la violencia exhibida en los medios y diversas muestras de agresión, por ejemplo, las actitudes y creencias, el comportamiento y emociones como la ira. No obstante, los efectos de la violencia que muestran los medios sobre las formas más graves de comportamiento violento (como la agresión física y el homicidio) son bastante limitados en el mejor de los casos ($r = 0{,}06$) (*133*). Además, a diferencia de los estudios experimentales y longitudinales donde se puede establecer más fácilmente la causalidad, a partir de los estudios transversales no es posible inferir que la exposición a la violencia mostrada en los medios propicia el comportamiento agresivo y violento.

RECUADRO 2.2 (continuación)

También ha habido estudios longitudinales que examinaron la conexión entre ver televisión y la agresión interpersonal unos años después. Un estudio longitudinal de niños de 7 a 9 años de edad realizado durante tres años en Australia, Estados Unidos, Finlandia, Israel y Polonia produjo resultados contradictorios (*134*) y otro estudio de niños de los Países Bajos del mismo grupo de edad efectuado en 1992 no logró comprobar ningún efecto sobre el comportamiento agresivo (*135*). No obstante, otros estudios de seguimiento de niños que se llevaron a cabo en los Estados Unidos durante períodos más largos (10 a 15 años) han mostrado una correlación positiva entre ver televisión en la niñez y la agresividad posterior en los primeros años de la edad adulta (*3*).

Estudios que examinaron la relación entre las tasas de homicidios y la introducción de la televisión (básicamente considerando dichas tasas en los países antes y después de dicha introducción) también han encontrado una correlación positiva entre ambos (*127-131*). Sin embargo, en estos estudios no se tuvieron en cuenta variables de confusión, tales como las diferencias económicas, los cambios sociales y políticos y una serie de otras posibles influencias en las tasas de homicidios.

Los resultados científicos acerca de la relación entre la violencia exhibida en los medios de comunicación y la violencia juvenil son por lo tanto concluyentes en lo que se refiere a los aumentos a corto plazo de la agresión. Sin embargo, los resultados no son terminantes en lo que se refiere a los efectos a más largo plazo y a las formas más graves de comportamiento violento, lo que indica que se necesitan más investigaciones. Aparte de examinar el grado en que la violencia en los medios es causa directa de la violencia física grave, también es preciso investigar la influencia de los medios en las relaciones interpersonales y en los rasgos individuales como la hostilidad, la insensibilidad, la indiferencia, la falta de respeto y la incapacidad de identificarse con los sentimientos de otras personas.

una variedad de estrategias diferentes en las diversas etapas de desarrollo.

Estrategias individuales

Las intervenciones más comunes contra la violencia juvenil procuran aumentar la influencia de los factores protectores asociados con las aptitudes, las actitudes y las creencias individuales.

Una estrategia de prevención de la violencia apropiada para la primera infancia —aunque generalmente no se piensa en ella como tal— es la adopción de programas de refuerzo preescolar. Estos programas fomentan desde el principio en los niños pequeños el desarrollo de las aptitudes necesarias para mejorar el éxito escolar, y por consiguiente aumentan la probabilidad de obtener resultados académicos exitosos en el futuro. Tales programas pueden fortalecer los lazos del niño con la escuela y aumentar el aprovechamiento y la autoestima (137). Los estudios de seguimiento a largo plazo de prototipos de esos programas han encontrado beneficios para los niños, tales como una menor participación en hechos violentos y otros comportamientos delictivos (138–140).

Los programas de desarrollo social para reducir el comportamiento antisocial y agresivo en los niños y la violencia en los adolescentes adoptan diversas estrategias. Estas comúnmente incluyen mejorar la competencia y las aptitudes sociales con los compañeros y, en general, promover comportamientos positivos, amistosos y cooperativos (141). Estos programas se pueden dirigir a todo el mundo o solo a grupos de alto riesgo y suelen llevarse a cabo en ámbitos escolares (142, 143). Ordinariamente se concentran en uno o más de los siguientes aspectos (143):

- controlar la ira;
- modificar el comportamiento;
- adoptar una perspectiva social;
- promover el desarrollo moral;
- desarrollar aptitudes sociales;
- resolver problemas sociales;
- solucionar los conflictos.

CUADRO 2.3

Estrategias de prevención de la violencia utilizadas según la etapa del desarrollo (desde la lactancia hasta mediados de la niñez) y el contexto ecológico

Contexto ecológico	Etapa del desarrollo		
	Lactancia (0 a 3 años de edad)	Primera infancia (3 a 5 años de edad)	Mediados de la niñez (6 a 11 años de edad)
El individuo	• Prevención de los embarazos no deseados • Mayor acceso a la atención prenatal y posnatal	• Programas de desarrollo social[a] • Programas de refuerzo preescolar[a]	• Programas de desarrollo social[a] • Programas que proporcionan información acerca del abuso de drogas[b]
Las relaciones (por ejemplo, la familia, los compañeros)	• Visita domiciliaria[a] • Capacitación para la crianza[a]	• Capacitación para la crianza[a]	• Programas con mentores • Programas de asociación del hogar y la escuela para promover la participación de los progenitores
La comunidad	• Vigilancia de las concentraciones de plomo y eliminación de los productos tóxicos de uso doméstico • Aumento de la disponibilidad y calidad de los centros de puericultura	• Vigilancia de las concentraciones de plomo y eliminación de los productos tóxicos de uso doméstico • Aumento de la disponibilidad y calidad de los programas de refuerzo preescolar	• Establecimiento de rutas seguras para los niños en su camino a la escuela o de regreso de esta u otras actividades de la comunidad • Mejoramiento de los ámbitos escolares, incluidas las prácticas de enseñanza, las políticas y la seguridad escolares • Programación de actividades posteriores a las horas de clase para extender la supervisión de los adultos • Actividades extracurriculares
La sociedad	• Desconcentración de la pobreza • Reducción de la desigualdad de ingresos	• Desconcentración de la pobreza • Reducción de la desigualdad de ingresos • Reducción de la exhibición de la violencia en los medios • Campañas de información al público	• Desconcentración de la pobreza • Reducción de la desigualdad de ingresos • Reducción de la exhibición de la violencia en los medios • Campañas de información al público • Reforma de los sistemas educacionales

[a] De comprobada eficacia para reducir la violencia juvenil o los factores de riesgo de violencia juvenil.
[b] Se ha comprobado que no son eficaces para reducir la violencia juvenil ni los factores de riesgo de violencia juvenil.

Hay indicios de que estos programas de desarrollo social pueden ser eficaces para reducir la violencia juvenil y mejorar las aptitudes sociales (144–146). Los programas que se centran en las aptitudes sociales y de competencia parecen estar entre las estrategias más eficaces de prevención de la violencia juvenil (3). También parecen resultar más eficaces cuando se aplican a los niños de los centros preescolares y escuelas primarias, en lugar de a los estudiantes de colegios secundarios.

Un ejemplo de programa de desarrollo social que utiliza técnicas conductuales en el aula es un programa para prevenir la intimidación, introducido en escuelas primarias e intermedias de Bergen, Noruega. Gracias a esta intervención, los incidentes de intimidación se redujeron a la mitad en dos años (147). Se ha repetido el programa en Alemania, Estados Unidos e Inglaterra con resultados similares (3).

Otras intervenciones orientadas a los individuos que quizá resulten eficaces son las siguientes, si bien se necesitan más datos para confirmar su efecto sobre el comportamiento violento y agresivo (137, 148):

CUADRO 2.4

Estrategias de prevención de la violencia utilizadas según la etapa del desarrollo (adolescencia y primeros años de la edad adulta) y el contexto ecológico

Contexto ecológico	Etapa del desarrollo	
	Adolescencia (12 a 19 años de edad)	Primeros años de la edad adulta (20 a 29 años de edad)
El individuo	• Programas de desarrollo social[a] • Incentivos a los jóvenes en alto riesgo de violencia para que completen la escuela secundaria[a] • Orientación individual[b] • Programas de períodos de prueba o de libertad condicional, que incluyen reuniones con presidiarios que describen la brutalidad de la vida en prisión[b] • Programas de internación en instituciones psiquiátricas o correccionales[b] • Programas que informan sobre el abuso de drogas[b] • Programas de refuerzo académico • Adiestramiento en el uso seguro de las armas de fuego[b] • Programas que siguen el modelo del adiestramiento militar básico[b] • Enjuiciamiento de los delincuentes jóvenes en tribunales para adultos[b]	• Insentivos para proseguir cursos en la educación superior • Adiestramiento vocacional
Las relaciones (por ejemplo, la familia, los compañeros)	• Programas con mentores[a] • Mediación de los compañeros u orientación por estos[b] • Programas de tutela temporal para delincuentes graves y crónicos • Terapia familiar[a]	• Programas para fortalecer los vínculos familiares y laborales, y reducir la participación en acciones violentas
La comunidad	• Establecimiento de rutas seguras para los jóvenes en su camino a la escuela o de regreso de esta u otras actividades de la comunidad • Mejoramiento de los ámbitos escolares, incluidas las prácticas de enseñanza, las políticas y la seguridad escolares • Actividades extracurriculares • Programas contra la formación de las pandillas[b] • Capacitación de los trabajadores de atención de salud para que identifiquen a los jóvenes en alto riesgo de violencia y los envíen a los servicios pertinentes • Vigilancia policial de la comunidad • Reducción de la disponibilidad de alcohol • Mejoramiento de la respuesta de urgencia, la atención traumatológica y el acceso a los servicios de salud • Recompra de armas de fuego[b]	• Programas recreativos para adultos • Vigilancia policial de la comunidad • Reducción de la disponibilidad de alcohol • Mejoramiento de la respuesta de urgencia, la atención traumatológica y el acceso a los servicios de salud • Recompra de armas de fuego[b]
La sociedad	• Desconcentración de la pobreza • Reducción de la desigualdad de ingresos • Campañas de información al público • Disminución de la exhibición de la violencia en los medios • Cumplimiento de las leyes que prohíben la transferencia ilegal de armas de fuego a los jóvenes • Promoción del almacenamiento seguro e inviolable de las armas de fuego • Fortalecimiento y mejora de los sistemas policiales y judiciales • Reforma de los sistemas educacionales	• Desconcentración de la pobreza • Reducción de la desigualdad de ingresos • Programas de creación de empleos para los desempleados crónicos • Campañas de información del público • Promoción del almacenamiento seguro e inviolable de las armas de fuego • Fortalecimiento y mejora de los sistemas policiales y judiciales

[a] De comprobada eficacia para reducir la violencia juvenil o los factores de riesgo de violencia juvenil.

[b] Se ha comprobado que no son eficaces para reducir la violencia juvenil ni los factores de riesgo de violencia juvenil.

– programas para prevenir los embarazos no deseados, con el fin de reducir el maltrato de los niños y el riesgo que este supone en cuanto a la participación posterior en comportamientos violentos;
– por razones similares, programas para aumentar el acceso a la atención prenatal y posnatal;
– programas de refuerzo académico;
– incentivos para los jóvenes en alto riesgo de violencia para que completen la escolaridad secundaria y prosigan estudios de educación superior;
– adiestramiento vocacional para los jóvenes y los adultos jóvenes menos privilegiados.

Los programas que no parecen eficaces para reducir la violencia juvenil son (3):

– la orientación individual;
– el adiestramiento en el manejo seguro de las armas de fuego;
– los programas de períodos de prueba y de libertad condicional que incluyen reuniones con presidiarios que describen la brutalidad de la vida de prisión;
– el procesamiento de los delincuentes juveniles en los tribunales para adultos;
– los programas de internación en instituciones psiquiátricas o correccionales;
– los programas que proporcionan información acerca del abuso de drogas.

En algunos estudios, se ha encontrado que los programas para jóvenes delincuentes que siguen el modelo del adiestramiento militar básico (campamentos de reclutas) aumentan la reincidencia en los delitos (3).

Estrategias relacionales

Otro conjunto común de estrategias de prevención de la violencia juvenil intenta influir en el tipo de relaciones que los jóvenes tienen con otras personas con quienes interactúan habitualmente. Estos programas abordan problemas tales como la falta de relaciones afectivas entre padres e hijos, las presiones poderosas que ejercen los compañeros para lograr la participación del joven en actos de violencia y la ausencia de un vínculo fuerte con un adulto que se preocupe por él.

La visita domiciliaria

Un tipo de enfoque para prevenir la violencia juvenil basado en la familia es la visita domiciliaria. Esta es una intervención efectuada durante el período de la lactancia (0 a 3 años de edad), que incluye visitas periódicas de una enfermera u otro profesional de la asistencia sanitaria al hogar del niño. Este tipo de programa se realiza en muchas partes del mundo, tales como Australia, Canadá, China (Región Administrativa Especial [RAE] de Hong Kong), Dinamarca, Estados Unidos, Estonia, Israel, Sudáfrica y Tailandia. El objetivo es brindar capacitación, apoyo y orientación, efectuar el monitoreo y referir casos a organismos externos para la asistencia a las madres de bajos ingresos, a las familias que están esperando su primer hijo o que han tenido recientemente uno, y a las familias en las que los niños corren mayor riesgo de maltrato o tienen otros problemas de salud (137, 146). Se ha encontrado que los programas de visitas domiciliarias producen considerables efectos a largo plazo para reducir la violencia y la delincuencia (138, 149–152). Cuanto más tempranamente se introducen en la vida del niño estos programas y más larga es la duración de estos, mayores parecen ser los beneficios (3).

Capacitación para la crianza

Los programas de capacitación en materia de crianza de los hijos procuran mejorar las relaciones familiares y las técnicas de crianza, y de ese modo reducir la violencia juvenil. Sus objetivos incluyen mejorar los lazos afectivos entre padres e hijos, alentar a los padres a que utilicen métodos de crianza coherentes y ayudarlos a desarrollar el autocontrol en la crianza de los hijos (146).

Un ejemplo de programa de capacitación integral es el programa Triple-P de Australia (Programa Positivo para Padres) (153). Este programa incluye una campaña en los medios de comunicación basada en la población para llegar a todos los padres, y un componente de atención de salud que aprovecha las consultas con médicos de atención primaria para mejorar las prácticas de crianza. También se les ofrecen intervenciones intensivas a los padres y las familias con niños en riesgo de sufrir problemas

graves de comportamiento. El programa —o elementos de él— se ha puesto en práctica o se está aplicando actualmente en Alemania, China (RAE de Hong Kong), Nueva Zelandia, el Reino Unido y Singapur (154).

Varios estudios de evaluación han encontrado que la capacitación para la crianza tiene éxito y hay algunos indicios de un efecto a largo plazo de reducción del comportamiento antisocial (155–158). En un estudio sobre la eficacia en función de los costos de las intervenciones tempranas para prevenir formas graves de criminalidad en California, Estados Unidos, se calculó que la capacitación de los padres de los niños en edad escolar que presentaban comportamientos agresivos, había prevenido 157 delitos graves (tales como homicidio, violación, incendio intencional y robo) por cada millón de dólares gastados (159). En realidad, se estimó que la capacitación para la crianza era cerca de tres veces más eficaz en función de los costos que la denominada ley de los "tres arrestos" en California, una ley que decreta sentencias severas para los que delinquen reiteradamente.

Programas con mentores

Se piensa que una relación cordial y de apoyo con un adulto que actúa como modelo positivo a imitar es un factor protector contra la violencia juvenil (3, 146). Los programas con mentores basados en esta teoría asignan una persona joven —en particular una en alto riesgo de comportamiento antisocial o que haya crecido en una familia con un solo progenitor— a un adulto que se preocupe por él —el mentor—, ajeno a la familia del menor (160). Los mentores pueden ser compañeros de clase de más edad, docentes, consejeros, oficiales de policía u otros miembros de la comunidad. Los objetivos de estos programas son ayudar a los jóvenes a que desarrollen aptitudes y proporcionarles una relación sostenida con alguien que les sirva como modelo a imitar y como guía (143). Si bien no han sido tan ampliamente evaluadas como algunas de las otras estrategias para reducir la violencia juvenil, hay indicios de que la relación positiva con un mentor puede mejorar en forma significativa la asistencia a la escuela y el desempeño escolar, disminuir las probabilidades del consumo de drogas, mejorar las relaciones con los padres y reducir las formas de comportamiento antisocial admitidas espontáneamente (161).

Estrategias terapéuticas y de otro tipo

Los enfoques terapéuticos también se han usado en las familias para prevenir la violencia juvenil. Hay muchas formas de esta terapia, pero sus objetivos comunes son mejorar la comunicación y la interacción entre padres e hijos y resolver los problemas que se plantean (143). Algunos programas también procuran ayudar a las familias a controlar los factores ambientales que contribuyen al comportamiento antisocial y a utilizar mejor los recursos en la comunidad. Los programas de terapia familiar a menudo son costosos, pero hay pruebas sustanciales de que pueden ser eficaces para mejorar el funcionamiento familiar y reducir los problemas de comportamiento de los hijos (162–164). La terapia familiar funcional (165) y la terapia multisistémica (166) son dos estrategias particulares usadas en los Estados Unidos, que han demostrado tener efectos positivos a largo plazo al reducir el comportamiento violento y delictivo de los delincuentes juveniles a un costo más bajo que el de otros programas de tratamiento (3).

Otras intervenciones orientadas a las relaciones de los jóvenes que quizá resulten eficaces son (3):

- los programas de asociación del hogar y la escuela para promover la participación de los progenitores;
- la educación compensatoria, como la asignación de tutores adultos.

Entre los programas que abordan las relaciones de los jóvenes y que no parecen ser eficaces para reducir la violencia de los adolescentes están (137):

- La mediación de los compañeros, es decir, la participación de los estudiantes para ayudar a otros estudiantes a resolver controversias.
- El asesoramiento de los compañeros.
- La reorientación del comportamiento de los jóvenes y la modificación de las normas del grupo de compañeros, que pretenden encaminar a los jóvenes en alto riesgo de violencia hacia actividades ordinarias, pero que en realidad

se ha comprobado que tienen efectos negativos sobre las actitudes, el logro y el comportamiento (3).

Estrategias comunitarias

Las intervenciones que abordan los factores de la comunidad son las que procuran modificar los ámbitos en los cuales los jóvenes interactúan. Un ejemplo sencillo es el mejoramiento del alumbrado callejero, cuando las zonas mal iluminadas pueden aumentar el riesgo de que ocurran agresiones físicas violentas. Lamentablemente, se sabe menos acerca de la eficacia de las estrategias comunitarias para evitar la violencia juvenil que sobre las estrategias que se concentran en los factores individuales o en las relaciones que los jóvenes tienen con otras personas.

Policía comunitaria

La vigilancia policial con participación de la comunidad, orientada a evitar problemas, se ha convertido en una estrategia importante de aplicación de la ley para combatir la violencia juvenil y otros problemas delictivos en diversas partes del mundo (167). Puede adoptar muchas formas, pero sus ingredientes esenciales son la creación de asociaciones comunitarias y la solución de los problemas de la comunidad (168). Por ejemplo, en algunos programas la policía colabora con profesionales de la salud mental para identificar y referir a los servicios pertinentes a los jóvenes que han presenciado, experimentado o cometido actos de violencia (169). Este tipo de programas se basa en el hecho de que los miembros de la policía están en contacto diario con jóvenes víctimas o autores de hechos de violencia. Esto les proporciona un adiestramiento especial y los vincula —en una etapa inicial del desarrollo de los jóvenes— con los profesionales de la salud mental apropiados (168). Todavía no se ha determinado la eficacia de este tipo de programas, pero parecen dar un enfoque útil.

Los programas de vigilancia policial con participación de la comunidad se han puesto en práctica con algún éxito en Rio de Janeiro, Brasil, y San José, Costa Rica (170, 171). En Costa Rica, una evaluación del programa encontró una asociación con una disminución de la criminalidad y de la inseguridad personal percibida (171). Estos programas, que deben evaluarse más rigurosamente, ofrecen mejor protección a los residentes locales y compensan la falta de servicios policiales ordinarios (170).

Disponibilidad de alcohol

Otra estrategia de la comunidad para abordar la criminalidad y la violencia es reducir la disponibilidad de alcohol. Como ya se ha mencionado, el alcohol es un factor coyuntural importante que puede precipitar la violencia. Se examinó el efecto de la reducción de la disponibilidad de alcohol sobre las tasas de delitos en un estudio longitudinal realizado durante cuatro años en una pequeña región provincial de Nueva Zelandia (172). Se compararon las tasas de delitos penales graves (homicidio y violación) y otros delitos (relacionados con la propiedad y el tráfico) en dos poblaciones del experimento y cuatro poblaciones testigo durante el período de estudio. Mientras que ambos tipos de delitos disminuyeron en las poblaciones del experimento y aumentaron en relación con las tendencias nacionales en las poblaciones testigo, las tasas de criminalidad descendieron significativamente por dos años en las zonas donde se redujo la disponibilidad de alcohol. No obstante, no está claro en qué medida la intervención afectó al comportamiento violento entre los jóvenes o cuán bien podría funcionar esa intervención en otros ámbitos.

Actividades extracurriculares

Las actividades extracurriculares —tales como los deportes y la recreación, el arte, la música, el teatro y la producción de boletines informativos— pueden proporcionar a los adolescentes las oportunidades de participar en actividades de grupo constructivas y recibir un reconocimiento por ellas (3). Sin embargo, en muchas comunidades no existen este tipo de actividades o no hay ningún lugar donde los niños puedan practicarlas con seguridad fuera de las horas de clase (173). Los programas de actividades después de las horas de clase proporcionan esas instalaciones para los niños y los jóvenes. En condiciones ideales, los programas deben ser (174):

– integrales, es decir, abordar la amplia gama de factores de riesgo de violencia y delincuencia juveniles;
– apropiados desde la perspectiva del desarrollo;
– de larga duración.

Por ejemplo, en Maputo, Mozambique (*175*), la Essor puso en marcha un programa comunitario concebido para abordar la delincuencia juvenil en dos vecindarios de bajos ingresos. El programa, orientado a los adolescentes de 13 y 18 años de edad, ofrece deportes y pasatiempos para promover la expresión personal y la formación de equipos. El personal del programa también mantiene contacto con los jóvenes por medio de visitas domiciliarias periódicas. Una evaluación del programa mostró mejoras significativas en el comportamiento constructivo y la comunicación con los padres en un período de 18 meses, junto con una disminución considerable del comportamiento antisocial.

Supresión de la violencia de las pandillas

Los programas comunitarios para prevenir la violencia de las pandillas han adoptado varias formas. Las estrategias preventivas han incluido intentos de suprimir las pandillas juveniles o de organizar a las comunidades afectadas por ellas de tal manera que operen de otro modo y no incurran en actividades delictivas (*106*). Las estrategias rehabilitadoras o correctivas incluyen programas de extensión y orientación para los miembros de las pandillas, así como programas que procuran encauzar sus actividades en direcciones socialmente productivas (*106*). Hay pocos indicios de que los programas para suprimir las pandillas, organizar las comunidades o proporcionar servicios de orientación o extensión sean eficaces. En Nicaragua, los muy variados esfuerzos policiales por suprimir las actividades de las pandillas en 1997 tuvieron solo un éxito temporal y finalmente tal vez hayan agravado el problema (*176*). Los intentos de organización comunitaria en los Estados Unidos, en Boston y Chicago, no han tenido éxito en reducir la violencia de las pandillas, quizá porque las comunidades afectadas no estaban suficientemente integradas o cohesionadas para mantener esfuerzos organizados (*177*). Las actividades de extensión y orientación han tenido la consecuencia no deseada e inesperada de incrementar la cohesión de las pandillas (*178*). En Medellín, Colombia, se han usado con éxito programas para alentar a los miembros de las pandillas a interesarse en la política y participar en proyectos de desarrollo social locales (*179*), mientras que en Nicaragua y en los Estados Unidos tales programas de "oportunidad" solamente han tenido un éxito limitado (*106*).

Otras estrategias

Otras intervenciones orientadas a las comunidades que pueden resultar eficaces son (*148*, *180*):

- El monitoreo de las concentraciones de plomo y la eliminación de los productos tóxicos de uso doméstico para reducir el riesgo de daño cerebral en los niños, algo que puede conducir indirectamente a la violencia juvenil.
- El aumento de la disponibilidad y la calidad de los centros y programas de puericultura y de refuerzo preescolar para promover el desarrollo saludable y facilitar el éxito en la escuela.
- Los intentos de mejorar los ámbitos escolares, tales como cambiar las prácticas de enseñanza y las normas y reglamentos escolares y aumentar la seguridad (por ejemplo, instalando detectores de metales o videocámaras de vigilancia).
- El establecimiento de rutas seguras para los niños en su camino a la escuela y de regreso de esta u otras actividades de la comunidad.

Los sistemas de atención de salud pueden contribuir considerablemente a responder y prevenir la violencia juvenil:

– mejorando la respuesta y el desempeño de los servicios de urgencia;
– mejorando el acceso a los servicios de salud;
– capacitando a los trabajadores de asistencia sanitaria para que identifiquen a los jóvenes en alto riesgo y los envíen a los servicios pertinentes.

Un tipo de programa que parece ser poco eficaz para reducir la violencia juvenil es ofrecer dinero como recompensa por la entrega de armas de fuego a la policía u otros organismos de la comunidad, en lo que se conoce como un "programa de recompra

de armas de fuego". Hay algunos indicios de que los tipos de armas de fuego entregadas no son los que suelen usarse en los homicidios cometidos por los jóvenes (3).

Estrategias sociales

Los cambios del ámbito social y cultural orientados a reducir la violencia son la estrategia que se emplea con menos frecuencia para prevenir la violencia juvenil. Ese enfoque procura reducir las barreras económicas o sociales para el desarrollo —por ejemplo, creando programas de empleo o fortaleciendo el sistema de justicia penal— o modificar las normas y los valores culturales arraigados que estimulan la violencia.

Abordar la pobreza

Las políticas que intentan reducir la concentración de la pobreza en las zonas urbanas quizá sean eficaces para combatir la violencia juvenil. Estas políticas, tendientes a ofrecer mejores oportunidades de vida, se han experimentado en Maryland, Estados Unidos, en un programa sobre la vivienda y la movilidad llamado "Moving to Opportunity" [Cambio de Domicilio para Mejorar] (181). En un estudio de la repercusión de este programa, se clasificó en tres grupos a las familias de los vecindarios con alto grado de pobreza de la ciudad de Baltimore:

- familias que habían recibido subsidios, orientación y otro tipo de asistencia específicamente para que se mudaran a comunidades con menores grados de pobreza;
- familias que solo habían recibido subsidios, pero sin restricciones acerca de dónde podrían mudarse;
- familias que no habían recibido ninguna asistencia especial.

El estudio encontró que dar a las familias la oportunidad de mudarse a vecindarios con grados menores de pobreza redujo sustancialmente el comportamiento violento de los adolescentes (181). Es preciso conocer mejor los mecanismos mediante los cuales los vecindarios y los grupos de compañeros influyen en la violencia juvenil para comprender plenamente las implicaciones de estos resultados.

Evitar la violencia con armas de fuego entre los jóvenes

El cambio del ámbito social para mantener las armas de fuego y otras armas letales fuera del alcance de los niños y los jóvenes no supervisados puede ser una estrategia viable para reducir el número de muertes producidas por la violencia juvenil. Los jóvenes y otras personas que no deben poseer armas de fuego, inevitablemente terminan por conseguirlas. Algunas de estas personas lo harán para cometer delitos, mientras que otras —cuya capacidad de discernimiento ha sido deteriorada por el alcohol o las drogas— carecerán del cuidado y la responsabilidad adecuados que deben acompañar la posesión de armas de fuego.

En muchos países, los medios por los cuales los jóvenes pueden obtener armas de fuego son ya ilegales. En este caso, un cumplimiento más estricto de las leyes existentes que reglamentan la transferencia ilegal de armas de fuego puede dar buenos resultados en cuanto a la reducción de la violencia armada entre los adolescentes (182). Sin embargo, se sabe poco acerca de la eficacia de tal estrategia.

Otro enfoque para abordar el problema de los jóvenes que poseen armas letales es sancionar y poner en vigor leyes que exijan el almacenamiento seguro e inviolable de las armas de fuego. Esto puede tener el efecto de limitar directamente el acceso indebido al hacer más difícil que los jóvenes saquen las armas de fuego fuera de sus hogares e, indirectamente, reducir las posibilidades de que las personas roben las armas de fuego. El hurto es una fuente importante de armas de fuego para los mercados ilegales, y el hurto y el robo son la máxima (aunque no siempre la más reciente) fuente de la cual obtienen armas de fuego los menores (182, 183). Una estrategia a más largo plazo para reducir el acceso no autorizado a las armas de fuego por parte de los niños y adolescentes sería crear armas de fuego "inteligentes", que no funcionen si intenta usarlas alguien que no sea su dueño legítimo (184). Estas armas de fuego podrían operar reconociendo la impresión de la palma del dueño o requiriendo la proximidad cercana de una funda o anillo especial para funcionar.

Se han evaluado algunas otras intervenciones diseñadas para controlar el mal uso de las armas de fuego. En 1977 se sancionó en Washington, D.C., una ley restrictiva de concesión de licencias que prohíbe la propiedad de armas cortas a todos excepto a los oficiales de policía, los guardias de seguridad y los propietarios ya existentes de armas de fuego. Posteriormente, la incidencia de los homicidios y los suicidios relacionados con armas de fuego descendió en 25% (*185*). Sin embargo, no se conoce la repercusión de esta ley en cuanto a la reducción de la violencia relacionada con armas de fuego específicamente entre los jóvenes. En Cali y Bogotá, Colombia, durante los años noventa se prohibió portar armas de fuego durante los períodos en que, por experiencia anterior, se sabía que había tasas más altas de homicidios (*186*), como por ejemplo los fines de semana posteriores a los días de pago, los fines de semana vinculados con los feriados y los días de elecciones. Una evaluación encontró que la incidencia de los homicidios fue inferior durante los períodos en que estuvo en vigor la prohibición de portar armas de fuego (*186*). Los autores del estudio señalaron que las prohibiciones intermitentes de portar armas de fuego en toda la ciudad podrían ser útiles para prevenir homicidios, en particular en las regiones del mundo con tasas muy altas de este tipo de delitos.

Otras estrategias

Otras estrategias que abordan los factores socioeconómicos y culturales y que quizá resulten eficaces para la prevención de la violencia juvenil, pero que no se han evaluado adecuadamente, son (*148, 170*):

- las campañas de información al público para cambiar las pautas comunitarias prevalecientes y promover el buen comportamiento social;
- las medidas para reducir la exhibición de la violencia en los medios de comunicación;
- los programas para reducir la desigualdad de ingresos;
- las actividades y las políticas para mitigar los efectos de los cambios sociales rápidos;
- los esfuerzos por fortalecer y mejorar los sistemas policiales y judiciales;
- las reformas institucionales de los sistemas educativos.

Según resulta evidente al examinar los factores de riesgo y las estrategias de prevención, la violencia juvenil se origina en una interacción compleja entre múltiples factores, y las medidas adoptadas para reducir este problema de manera sustancial deberán ser polifacéticas. Como ha mostrado la exposición precedente, hay varios factores —algunos presentes en el individuo, otros en la familia y el ámbito social— que aumentan las probabilidades de agresión y violencia durante la niñez, la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. En condiciones ideales, los programas deben acercarse a los jóvenes a través de múltiples sistemas de influencia (del individuo, la familia, la comunidad y la sociedad) y proporcionar un proceso continuo de intervenciones y actividades que abarquen las etapas del desarrollo. Esos programas pueden abordar factores de riesgo coincidentes, tales como el bajo rendimiento escolar, el embarazo en las adolescentes, las relaciones sexuales arriesgadas y el uso de drogas, y de ese modo abordar las necesidades de los jóvenes en distintas esferas de su vida.

Recomendaciones

Las defunciones y lesiones causadas por la violencia juvenil constituyen un importante problema de salud pública en muchas partes del mundo. Existen variaciones significativas en la magnitud de este problema entre los países y las regiones del mundo y en el seno de cada uno de los países. Hay una gama amplia de estrategias viables para prevenir la violencia juvenil, algunas de las cuales se ha comprobado que son particularmente eficaces. Sin embargo, es probable que ninguna estrategia por sí sola sea suficiente para reducir la carga sobre la salud que genera la violencia juvenil. En cambio, se requerirán numerosos métodos concurrentes, que deberán ser apropiados para el lugar particular donde se aplican. Una medida que tiene éxito para prevenir la violencia juvenil en Dinamarca, por ejemplo, no necesariamente resultará eficaz en Colombia o Sudáfrica.

Durante los dos últimos decenios, se ha aprendido mucho acerca de la naturaleza y las causas de la

violencia juvenil y cómo prevenirla. Este conocimiento, si bien se basa principalmente en investigaciones llevadas a cabo en países desarrollados, proporciona una base a partir de la cual se pueden elaborar programas que tengan éxito para prevenir la violencia juvenil. Sin embargo, resta mucho más por conocer acerca de la prevención. Basadas en los conocimientos actuales, las siguientes recomendaciones, si se ponen en práctica, deben conducir a una mayor comprensión y una prevención más eficaz de la violencia juvenil.

Establecimiento de sistemas de recopilación de datos

La creación de sistemas de información para la vigilancia ordinaria de las tendencias del comportamiento violento, las lesiones y las defunciones debe constituir la base de las medidas de prevención. Esos datos proporcionarán información valiosa para elaborar políticas públicas y programas de prevención de la violencia juvenil, y para evaluar los programas y las políticas. Se necesitan métodos sencillos de vigilancia de la violencia juvenil que puedan aplicarse en una gama amplia de ámbitos culturales. En este sentido, se debe asignar prioridad a los siguientes puntos.

- Se deben crear normas uniformes para definir y medir la violencia juvenil e incorporarlas en los sistemas de vigilancia de la violencia y los traumatismos. Estas normas deben incluir categorías de edad que reflejen con exactitud los diferentes riesgos para los jóvenes de ser víctimas o autores de actos violentos.
- Se debe asignar prioridad al establecimiento de sistemas para vigilar las muertes violentas en las regiones donde los datos sobre los homicidios son actualmente insuficientes o no existen. Estas regiones son África, el Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental, y partes de las Américas y el Pacífico Occidental, especialmente las zonas más pobres de estas dos regiones.
- Paralelamente a la vigilancia, se deben realizar estudios especiales para establecer la razón entre los casos mortales y los casos no mortales de lesiones relacionadas con la violencia, clasificadas según el método de ataque, la edad y el sexo de la víctima. Estos datos pueden usarse luego para calcular la magnitud del problema de la violencia juvenil cuando se dispone de un solo tipo de datos, como la mortalidad o la morbilidad.
- Se debe instar a todos los países y regiones a establecer centros donde se puedan compilar y comparar los datos ordinarios provenientes de los servicios de salud (incluidos los de urgencia), la policía y otras autoridades, relacionados con la violencia. Esto ayudará enormemente a formular y poner en práctica programas de prevención.

Más investigaciones científicas

Los datos científicos —tanto cualitativos como cuantitativos— sobre las características y las causas de la violencia juvenil son esenciales para formular respuestas racionales y eficaces al problema. Si bien se ha progresado enormemente en la comprensión del fenómeno de la violencia, subsisten lagunas significativas que podrían contribuir a llenar las investigaciones en relación con los siguientes aspectos:

- en el plano transcultural, las causas, el desarrollo y la prevención de la violencia juvenil, para explicar las grandes variaciones mundiales de los niveles de violencia juvenil;
- la validez y las ventajas relativas de usar los registros oficiales, los registros de hospitales y la notificación espontánea para medir la violencia juvenil;
- la comparación de los jóvenes que cometen delitos violentos con los que cometen delitos no violentos y los que no participan en acciones violentas o delictivas;
- la determinación de los factores de riesgo que tienen efectos diferenciales sobre la persistencia, el aumento, la disminución y el cese de la violencia a diversas edades;
- la identificación de los factores que protegen contra la violencia juvenil;
- la participación femenina en la violencia juvenil;
- en el plano transcultural, las influencias sociales y culturales en la violencia juvenil;

– estudios longitudinales que midan gran variedad de riesgos y factores protectores, para ampliar los conocimientos acerca de las vías de desarrollo de la violencia juvenil;
– la disponibilidad de una mejor comprensión de la forma en que se podrían modificar eficazmente los factores sociales y macroeconómicos para reducir la violencia juvenil.

Además de las investigaciones enumeradas antes:

- Se necesitan cálculos del costo total de la violencia juvenil para la sociedad, con el fin de evaluar mejor la eficacia en función de los costos de los programas de prevención y tratamiento.
- Se deben establecer instituciones para organizar, coordinar y financiar la investigación mundial sobre la violencia juvenil.

Formulación de estrategias de prevención

Hasta el momento, la mayoría de los recursos asignados a la prevención han correspondido a programas que no han sido puestos a prueba. Muchos de estos programas se han basado en suposiciones dudosas y se han realizado de manera poco sistemática, sin control de calidad. La capacidad de prevenir y controlar eficazmente la violencia juvenil requiere, sobre todo, la evaluación sistemática de las intervenciones. En particular, se necesitan muchas más investigaciones sobre los siguientes aspectos relacionados con los programas de prevención de la violencia juvenil:

– estudios longitudinales que evalúen las repercusiones a largo plazo de las intervenciones realizadas durante la lactancia o la niñez;
– evaluaciones del efecto de las intervenciones en los factores sociales asociados con la violencia juvenil, tales como las desigualdades de ingreso y la concentración de la pobreza;
– estudios sobre la eficacia en función de los costos de los programas y las políticas de prevención.

Es preciso contar con normas uniformes para los estudios de evaluación de la eficacia de los programas y las políticas para evitar la violencia juvenil. Estas normas deben incluir:

– la aplicación de un diseño experimental;
– pruebas de una reducción estadísticamente significativa de la incidencia de comportamientos violentos o de los traumatismos relacionados con la violencia;
– la obtención de los mismos resultados en diferentes sitios y distintos contextos culturales;
– pruebas de que los efectos se mantienen con el transcurso del tiempo.

Difusión de los conocimientos

Hay que realizar más esfuerzos para aplicar lo que se ha aprendido acerca de las causas y la prevención de la violencia juvenil. Actualmente, los conocimientos sobre este tema se difunden con gran dificultad a los profesionales y los responsables políticos en todo el mundo, sobre todo debido a una infraestructura deficiente de comunicación. Las siguientes áreas en particular deben recibir mayor atención:

- Se necesita una coordinación mundial para establecer redes de organizaciones que se concentren en el intercambio de información, la capacitación y la asistencia técnica.
- Se deben asignar recursos a la aplicación de la tecnología de Internet. En partes del mundo donde esto presenta problemas, hay que promover otras formas no electrónicas de intercambio de información.
- Es preciso establecer centros internacionales de distribución de información para identificar y traducir la información apropiada proveniente de todas partes del mundo, en particular de las fuentes menos conocidas.
- Se requieren investigaciones sobre cómo poner mejor en práctica las estrategias y las políticas de prevención de la violencia juvenil. El mero conocimiento de cuáles son las estrategias que han demostrado ser eficaces no basta para asegurar que tendrán éxito cuando se las aplique.
- Los programas de prevención de la violencia juvenil deben integrarse, siempre que sea posible, con programas para evitar el maltrato de menores y otras formas de violencia dentro de la familia.

Conclusiones

El volumen de la información acerca de las causas y la prevención de la violencia juvenil está aumentando rápidamente, al igual que la demanda mundial de esta información. Satisfacer esa enorme demanda requerirá una inversión considerable para mejorar los mecanismos que permiten efectuar la vigilancia de salud pública, llevar a cabo todas las investigaciones científicas necesarias y crear la infraestructura mundial para difundir y aplicar lo que se ha aprendido. Si el mundo puede afrontar el reto y proporcionar los recursos requeridos, la violencia juvenil podrá en un futuro previsible empezar a ser considerada un problema de salud pública prevenible.

Referencias

1. Reza A, Krug EG, Mercy JA. Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, 2001, 7:104–111.
2. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in health research and development*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documentTDR/GEN/96.1).
3. *Youth violence: a report of the Surgeon General*. Washington, D.C., United States Department of Health and Human Services, 2001.
4. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. En: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences*. Washington, D.C., National Academy Press, 1994:114–292.
5. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 244:160–166.
6. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
7. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
8. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. En: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud*. San Salvador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1998: 151–187.
9. Kahn K et al. Who dies from what? Determining cause of death in South Africa's rural north-east. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4:433–441.
10. Campbell NC et al. Review of 1198 cases of penetrating trauma. *British Journal of Surgery*, 1997, 84:1737–1740.
11. Phillips R. *The economic cost of homicide to a South African city* [Tesis doctoral]. Cape Town, University of Cape Town, 1999.
12. Wygton A. Firearm-related injuries and deaths among children and adolescents in Cape Town, 1992–1996. *South African Medical Journal*, 1999, 89:407–410.
13. Amakiri CN et al. A prospective study of coroners' autopsies in University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Medicine, Science and Law*, 1997, 37:69–75.
14. Nwosu SE, Odesanmi WO. Pattern of homicides in Nigeria: the Ile-Ife experience. *West African Medical Journal*, 1998, 17:236–268.
15. Pridmore S, Ryan K, Blizzard L. Victims of violence in Fiji. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1995, 29:666–670.
16. Lu TH, Lee MC, Chou MC. Trends in injury mortality among adolescents in Taiwan, 1965–94. *Injury Prevention*, 1998, 4:111–115.
17. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19:149–154.
18. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6:33–42.
19. Gofin R et al. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:434–442.
20. Lerer LB, Matzopoulos RG, Phillips R. Violence and injury mortality in the Cape Town metropole. *South African Medical Journal*, 1997, 87:298–201.
21. Zwi KJ et al. Patterns of injury in children and adolescents presenting to a South African township health centre. *Injury Prevention*, 1995, 1:26–30.
22. Odero WO, Kibosia JC. Incidence and characteristics of injuries in Eldoret, Kenya. *East African Medical Journal*, 1995, 72:706–760.
23. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42:53–56.
24. Engeland A, Kopjar B. Injuries connected to violence: an analysis of data from injury registry. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 2000, 120:714–117.
25. Tercero DM. *Caracteristicas de los pacientes con lesiones de origen violento, atendidos en Hospital Mario Catarino Rivas*. San Pedro Sula, Honduras, Secretaría de Salud, 1999.

26. Kuhn F et al. Epidemiology of severe eye injuries. United States Eye Injury Registry (USEIR) and Hungarian Eye Injury Registry (HEIR). *Ophthalmologe*, 1998, 95:332–343.
27. Butchart A, Kruger J, Nell V. Neighborhood safety: a township violence and injury profile. *Crime and Conflict*, 1997, 9:11–15.
28. Neveis O, Bagus R, Bartolomeos K. *Injury surveillance at Maputo Central Hospital*. Abstract for XIth Day of Health, June 2001. Maputo, 2001.
29. Cruz JM. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1999, 5:4–5.
30. National Referral Centre for Violence. *Forensis 1999: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia*. Santa Fe de Bogotá, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forense, 2000.
31. Peden M. Non-fatal violence: some results from the pilot national injury surveillance system. *Trauma Review*, 2000, 8:10–12.
32. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:3–9 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
33. Rossow I et al. Young, wet and wild? Associations between alcohol intoxication and violent behaviour in adolescence. *Addiction*, 1999, 94:1017–1031.
34. Clémense A. Violence and incivility at school: the situation in Switzerland. En: Debarbieux E, Blaya C, eds. *Violence in schools: ten approaches in Europe*. Issyles-Moulineaux, Elsevier, 2001:163–179.
35. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77–81.
36. Gofin R et al. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218–223.
37. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Violence among schoolchildren in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1999, 5:282–298.
38. Parrilla IC et al. Internal and external environment of the Puerto Rican adolescent in the use of alcohol, drugs and violence. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 1997, 89:146–149.
39. O'Moore AM et al. Bullying behaviour in Irish schools: a nationwide study. *Irish Journal of Psychology*, 1997, 18:141–169.
40. Currie C, ed. *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Bergen, University of Bergen, 1998.
41. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
42. Flisher AJ et al. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high-school students. Part VII: violent behaviour. *South African Medical Journal*, 1993, 83:490–494.
43. McKeganey N, Norrie J. Association between illegal drugs and weapon carrying in young people in Scotland: schools' survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:982–984.
44. Mooij T. *Veilige scholen en (pro)sociaal gedrag: evaluatie van de campaghne 'De veilige school' in het voortgezet onderwijs*. [*Escuelas seguras y comportamiento social positivo: evaluación de la campaña "Escuelas seguras" en la educación continua.*] Nijmegen, Institute for Applied Social Sciences, University of Nijmegen, 2001.
45. Dahlberg LL, Potter LB. Youth violence: developmental pathways and prevention challenges. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(1S):3–14.
46. D'Unger AV et al. How many latent classes of delinquent/criminal careers? Results from a mixed Poisson regression analysis. *American Sociological Review*, 1998, 103:1593–1620.
47. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency*. Washington, D.C., United States Department of Justice, 1995.
48. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70:1181–1196.
49. Patterson GR, Yoerger K. A developmental model for late-onset delinquency. *Nebraska Symposium on Motivation*, 1997, 44:119–177.
50. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8:617–645.
51. Loeber R, Farrington DP, Waschbusch DA. Serious and violent juvenile offenders. En: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:13–29.
52. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 1993, 100:674–701.
53. Tolan PH. Implications of onset for delinquency risk identification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987, 15:47–65.
54. Tolan PH, Gorman-Smith D. Development of serious and violent offending careers. En: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:68–85.
55. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:710–718.

56. Pulkkinen L. Offensive and defensive aggression in humans: a longitudinal perspective. *Aggressive Behaviour*, 1987, 13:197–212.
57. Hamparian DM et al. *The young criminal years of the violent few*. Washington, D.C., Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1985.
58. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. En: Pinard GF, Pagani L, eds. *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001:66–88.
59. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
60. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. Nueva York, NY, Springer-Verlag, 1989.
61. Agnew R. The origins of delinquent events: an examination of offender accounts. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1990, 27:267–294.
62. Farrington DP. Motivations for conduct disorder and delinquency. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:225–241.
63. Wikström POH. *Everyday violence in contemporary Sweden*. Stockholm, National Council for Crime Prevention, 1985.
64. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. En: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences*. Washington, D.C., National Academy Press, 1994: 377–570.
65. Brennan P, Mednick S, John R. Specialization in violence: evidence of a criminal subgroup. *Criminology*, 1989, 27:437–453.
66. Hamparian DM et al. *The violent few: a study of dangerous juvenile offenders*. Lexington, MA, DC Heath, 1978.
67. Kandel E, Mednick SA. Perinatal complications predict violent offending. *Criminology*, 1991, 29:519–529.
68. Brennan PA, Mednick BR, Mednick SA. Parental psychopathology, congenital factors, and violence. En: Hodgins S, ed. *Mental disorder and crime*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:244–261.
69. Denno DW. *Biology and violence: from birth to adulthood*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
70. Raine A. *The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder*. San Diego, CA, Academic Press, 1993.
71. Kagan J. Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 1989, 44:668–674.
72. Wadsworth MEJ. Delinquency, pulse rates, and early emotional deprivation. *British Journal of Criminology*, 1976, 16:245–256.
73. Farrington DP. The relationship between low resting heart rate and violence. En: Raine A et al., eds. *Biosocial bases of violence*. Nueva York, NY, Plenum, 1997:89–105.
74. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32:614–623.
75. Caspi A et al. Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology*, 1994, 32:163–195.
76. Klinteberg BA et al. Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: a longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 1993, 15:381–388.
77. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. En: Tonry M, Moore MH, eds. *Youth violence*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1998:421–475.
78. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. En: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
79. Moffitt TE, Henry B. Neuropsychological studies of juvenile delinquency and juvenile violence. En: Milner JS, ed. *Neuropsychology of aggression*. Boston, MA, Kluwer, 1991:131–146.
80. Seguin J et al. Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995, 104:614–624.
81. Dahlberg L. Youth violence in the United States: major trends, risk factors, and prevention approaches. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:259–272.
82. McCord J. Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, 37:1477–1486.
83. Eron LD, Huesmann LR, Zelli A. The role of parental variables in the learning of aggression. En: Pepler DJ, Rubin KJ, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:169–188.
84. Widom CS. The cycle of violence. *Science*, 1989, 244:160–166.
85. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 1993, 114:68–79.
86. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33:451–481.

87. McCord J. Family as crucible for violence: comment on Gorman-Smith et al. (1996). *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:147–152.
88. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. En: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
89. Morash M, Rucker L. An exploratory study of the connection of mother's age at childbearing to her children's delinquency in four data sets. *Crime and Delinquency*, 1989, 35:45–93.
90. Nagin DS, Pogarsky G, Farrington DP. Adolescent mothers and the criminal behavior of their children. *Law and Society Review*, 1997, 31:137–162.
91. Gorman-Smith D et al. The relation of family functioning to violence among inner-city minority youths. *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:115–129.
92. Wadsworth MEJ. Delinquency prediction and its uses: the experience of a 21-year follow-up study. *International Journal of Mental Health*, 1978, 7:43–62.
93. Elliott DS, Huizinga D, Menard S. *Multiple problem youth: delinquency, substance use, and mental health problems*. Nueva York, NY, Springer-Verlag, 1989.
94. Perales A, Sogi C. Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. En: Pimentel Sevilla C, ed. *Violencia, familia y niñez en los sectores urbanos pobres*. Lima, Cecosam, 1995:135–154.
95. Gianini RJ, Litvoc J, Neto JE. Agressão física e classe social. *Revista de Saúde Pública*, 1999, 33:180–186.
96. Hogh E, Wolf P. Violent crime in a birth cohort: Copenhagen 1953–1977. En: van Dusen KT, Mednick SA, eds. *Prospective studies of crime and delinquency*. Boston, Kluwer-Nijhoff, 1983:249–267.
97. Hawkins JD et al. A review of predictors of youth violence. En: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:106–146.
98. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), UNICEF, National Black Leadership Commission on AIDS. *Call to action for "children left behind" by AIDS*. Ginebra, ONUSIDA, 1999 (Se puede obtener en el sitio web: http://www.unaids.org/publications/documents/children/index.html#young).
99. Reiss AJ, Farrington DP. Advancing knowledge about co-offending: results from a prospective longitudinal survey of London males. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1991, 82:360–395.
100. Elliott DS, Menard S. Delinquent friends and delinquent behavior: temporal and developmental patterns. En: Hawkins JD, ed. *Delinquency and crime: current theories*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996:28–67.
101. Howell JC. *Juvenile justice and youth violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997.
102. Farrington DP, Loeber R. Major aims of this book. En: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:1–9.
103. Blumstein A. Youth violence, guns and the illicit-drug industry. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1995, 86:10–36.
104. van Kammen WB, Loeber R. Are fluctuations in delinquent activities related to the onset and offset in juvenile illegal drug use and drug dealing? *Journal of Drug Issues*, 1994, 24:9–24.
105. De Souza Minayo MC. *Fala, galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro, Garamond, 1999.
106. Rodgers D. *Youth gangs and violence in Latin America and the Caribbean: a literature survey*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1999 (LCR Sustainable Development Working Paper, No. 4).
107. Lederman D, Loayza N, Menéndez AM. *Violent crime: does social capital matter?* Washington, D.C., Banco Mundial, 1999.
108. Ayres RL. *Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1998.
109. Moser C, Holland J. Urban poverty and violence in Jamaica. En: *World Bank Latin American and Caribbean studies: viewpoints*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1997:1–53.
110. Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy BP. Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20:578–597.
111. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257–277.
112. Schneidman M. *Targeting at-risk youth: rationales, approaches to service delivery and monitoring and evaluation issues*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1996 (LAC Human and Social Development Group Paper Series, No. 2).
113. Lauras-Loch T, Lopez-Escartin N. Jeunesse et démographie en Afrique. En: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle (XIXe–XXe siècles)*. París, L'Harmattan, 1992:66–82.
114. *A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), 1995 (document WHO/FHE/ADH/95.14).
115. Diallo Co-Trung M. La crise scolaire au Sénegal: crise de l'école, crise de l'autorité? En: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle*

(*XIXe–XXe siècles*). París, L'Harmattan, 1992:407–439.

116. Rarrbo K. *L'Algérie et sa jeunesse: marginalisations sociales et désarroi culturel*. Paris, L'Harmattan, 1995.
117. Dinnen S. Urban raskolism and criminal groups in Papua New Guinea. En: Hazlehurst K, Hazlehurst C, eds. *Gangs and youth subcultures: international explorations*. New Brunswick, NJ, Transaction, 1998.
118. United Nations Children's Fund. *Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises*. Florencia, Centro Internacional de Desarrollo del Niño, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).
119. Messner SF. Research on cultural and socio-economic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511–525.
120. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1999.
121. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182–196.
122. Noronha CV et al. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 1999, 5:268–277.
123. Sanjuán AM. Juventude e violência em Caracas: paradoxos de um processo de perda da cidadania. En: Pinheiro PS, ed. *São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana*. Rio de Janeiro, Garamond, 1998:155–171.
124. Aitchinson J. Violência e juventude na África do Sul: causas, lições e soluções para uma sociedade violenta. En: Pinheiro PS, ed. *São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana*. Rio de Janeiro, Garamond, 1998:121–132.
125. Pampel FC, Gartner R. Age structure, socio-political institutions, and national homicide rates. *European Sociological Review*, 1995, 11:243–260.
126. Messner SF, Rosenfeld R. Political restraint of the market and levels of criminal homicide: a cross-national application of institutional-anomie theory. *Social Forces*, 1997, 75:1393–1416.
127. Centerwall BS. Television and violence: the scale of the problem and where to go from here. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3059–3063.
128. Centerwall BS. Exposure to television as a cause of violence. *Public Communication and Behaviour*, 1989, 2:1–58.
129. Centerwall BS. Exposure to television as a risk factor for violence. *American Journal of Epidemiology*, 1989, 129:643–652.
130. Joy LA, Kimball MM, Zabrack ML. Television and children's aggressive behavior. En: Williams TM, ed. *The impact of television: a natural experiment in three communities*. Nueva York, NY, Academic Press, 1986:303–360.
131. Williams TM. *The impact of television: a natural experiment in three communities*. Nueva York, NY, Academic Press, 1986.
132. Wood W, Wong FY, Chachere G. Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction. *Psychological Bulletin*, 1991, 109:307–326.
133. Paik H, Comstock G. The effects of television violence on antisocial behavior: a meta-analysis. *Communication Research*, 1994, 21:516–546.
134. Huesmann LR, Eron LD, eds. *Television and the aggressive child: a cross-national comparison*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1986.
135. Wiegman O, Kuttschreuter M, Baarda B. A longitudinal study of the effects of television viewing on aggressive and antisocial behaviours. *British Journal of Social Psychology*, 1992, 31:147–164.
136. Bedoya Marín DA, Jaramillo Martínez J. *De la barra a la banda*. Medellín, El Propio Bolsillo, 1991.
137. Kellermann AL et al. Preventing youth violence: what works? *Annual Review of Public Health*, 1998, 19:271–292.
138. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican–American children. *American Journal of Community Psychology*, 1987, 15:375–385.
139. Berrueta-Clement JR et al. *Changed lives: the effects of the Perry preschool program on youth through age 19*. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1984.
140. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool project study through age 27*. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1993.
141. Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
142. Richards BA, Dodge KA. Social maladjustment and problem-solving in school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, 50:226–233.
143. Guerra NG, Williams KR. *A program planning guide for youth violence prevention: a risk-focused approach*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1996.
144. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
145. Howell JC, Bilchick S, eds. *Guide for implementing the comprehensive strategy for serious violent and chronic juvenile offenders*. Washington, D.C., United States Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1995.

146. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
147. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
148. Williams KR, Guerra NG, Elliott DS. *Human development and violence prevention: a focus on youth*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997.
149. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Project: long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. En: Powell DR, ed. *Annual advances in applied developmental psychology: parent education as an early childhood intervention*. Norwood, NJ, Ablex, 1988:79–104.
150. Seitz V, Rosenbaum LK, Apfel NH. Effects of a family support intervention: a 10-year follow-up. *Child Development*, 1985, 56:376–391.
151. Olds DL et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238–1244.
152. Farrington DP, Welsh BC. Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13:287–303.
153. Sanders MR. Triple-P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1999, 2:71–90.
154. Triple-P-Positive Parenting Program. *Triple P News*, 2001, 4:1.
155. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. En: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:139–168.
156. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, OR, Castalia, 1992.
157. Hawkins JD, Von Cleve E, Catalano RF. Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1991, 30:208–217.
158. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study. En: McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. Nueva York, NY, Guilford, 1992:117–138.
159. Greenwood PW et al. *Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits*. Santa Monica, CA, Rand, 1996.
160. Mihalic SF, Grotpeter JK. *Big Brothers/Big Sisters of America*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 2).
161. Grossman JB, Garry EM. *Mentoring: a proven delinquency prevention strategy*. Washington, D.C., United States Department of Justice, Office of Justice Programs, 1997 (Juvenile Justice Bulletin, No. NCJ 164386).
162. Shadish WR. Do family and marital psychotherapies change what people do? A meta-analysis of behavior outcomes. En: Cook TD et al., eds. *Meta-analysis for explanation: a casebook*. Nueva York, NY, Russell Sage Foundation, 1992:129–208.
163. Hazelrigg MD, Cooper HM, Borduin CM. Evaluating the effectiveness of family therapies: an integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 1987, 101:428–442.
164. Klein NC, Alexander JF, Parsons BV. Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: a model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45:469–474.
165. Aos S et al. *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime: a review of national research findings with implications for Washington state*. Olympia, WA, Washington State Institute for Public Policy, 1999 (Report No. 99-05-1202).
166. Henggler SW et al. *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Nueva York, NY, Guilford, 1998.
167. Goldstein H. *Policing of a free society*. Cambridge, MA, Ballinger, 1977.
168. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. *Bridging the child welfare and juvenile justice systems*. Washington, D.C., National Institute of Justice, 1995.
169. Marens S, Schaefer M. Community policing, schools, and mental health. En: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. *Violence in American schools*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998:312–347.
170. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. *Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action*. Washington, D.C., Inter-American Development Bank, 1999.
171. Jarquin E, Carrillo F. *La política económica de la reforma judicial*. Washington, D.C., Inter-American Development Bank, 1997.
172. Kraushaar K, Alsop B. *A naturalistic alcohol availability experiment: effects on crime*. Washington, D.C., Educational Resources Information Center, 1995 (document CG 026 940).

173. Chaiken MR. Tailoring established after-school programs to meet urban realities. En: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. *Violence in American schools*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998: 348–375.
174. Chaiken MR, Huizinga D. Early prevention of and intervention for delinquency and related problem behavior. *The Criminologist*, 1995, 20:4–5.
175. Babotim F et al. *Avaliação 1998 do trabalho realizado pela Essor com os adolescentes de dois bairros de Maputo/Moçambique*. Maputo, Essor, 1999.
176. Rodgers D. *Living in the shadow of death: violence, pandillas and social disorganization in contemporary urban Nicaragua* [Tesis doctoral]. Cambridge, University of Cambridge, 1999.
177. Finestone H. *Victims of change: juvenile delinquency in American society*. Westport, CT, Greenwood, 1976.
178. Klein MW. *A structural approach to gang intervention: the Lincoln Heights project*. San Diego, CA, Youth Studies Center, 1967.
179. Salazar A. Young assassins in the drug trade. *North American Conference on Latin America*, 1994, 27:24–28.
180. Painter KA, Farrington DP. Evaluating situational crime prevention using a young people's survey. *British Journal of Criminology*, 2001, 41:266–284.
181. Ludwig J, Duncan GJ, Hirschfield P. Urban poverty and juvenile crime: evidence from a randomized housing-mobility experiment. *Quarterly Journal of Economics*, 2001, 16:655–680.
182. Sheley JF, Wright JD. *Gun acquisition and possession in selected juvenile samples*. Washington, D.C., United States Department of Justice, 1993.
183. Cook PJ, Moore MH. Guns, gun control, and homicide. En: Smith MD, Zahn MA eds. *Studying and preventing homicide: issues and challenges*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999:246–273.
184. Teret SP et al. Making guns safer. *Issues in Science and Technology*, 1998, Summer:37–40.
185. Loftin C et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 1991, 325:1615–1620.
186. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1205–1209.

CAPÍTULO 3

Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo

Antecedentes

Desde hace siglos, el maltrato de los menores ha sido consignado en la literatura, el arte y la ciencia en muchas partes del mundo. Los informes sobre infanticidios, mutilaciones, desamparo y otras formas de violencia contra los niños se remontan a las civilizaciones más antiguas (1). En los registros históricos también abundan los casos de niños descuidados, débiles y malnutridos, echados del hogar por su familia para que se valieran por sí mismos, y de niños que han sufrido abuso sexual.

Asimismo, durante mucho tiempo han existido grupos de beneficencia y de otra índole preocupados por el bienestar de los niños, que han abogado por la protección de estos. No obstante, el problema no recibió gran atención por parte de los profesionales de la medicina o el público general hasta 1962, con la publicación de un trabajo de gran trascendencia, *The battered child syndrome* [El síndrome del niño golpeado], de Kempe et al. (2).

Se acuñó el término "síndrome del niño golpeado" para caracterizar las manifestaciones clínicas del maltrato físico grave en los niños pequeños (2). Ahora, cuatro decenios después, hay pruebas claras de que el maltrato de menores es un problema mundial. Se produce en una variedad de formas y está profundamente arraigado en las prácticas culturales, económicas y sociales. Sin embargo, para resolver este problema mundial se requiere un conocimiento mucho mayor de las formas en que se manifiesta en diferentes contextos, así como de sus causas y consecuencias en esos contextos.

¿Cómo se definen el maltrato y descuido de los menores?

Aspectos culturales

Todo enfoque integral del maltrato de menores debe tener en cuenta las diversas normas y expectativas del comportamiento de los padres en las distintas culturas del mundo. La cultura es el acervo común de creencias y comportamientos de una sociedad y sus ideas acerca de cómo deben conducirse las personas. Entre esas ideas están las que definen qué actos omitidos o cometidos podrían constituir maltrato y descuido (3, 4). En otras palabras, la cultura ayuda a definir los principios que por lo general se aceptan en relación con la crianza y el cuidado de los niños.

Las diferentes culturas tienen reglas distintas acerca de cuáles prácticas de crianza son aceptables. Algunos investigadores han señalado que los criterios sobre la crianza de los niños en diversas culturas quizá diverjan a tal grado que resulte sumamente difícil alcanzar un consenso sobre qué prácticas implican maltrato o descuido (5, 6). No obstante, las diferencias en cuanto a cómo definen las culturas lo que constituye maltrato tienen más que ver con el énfasis en aspectos particulares del comportamiento de los padres. Parece que muchas culturas concuerdan en que no se debe permitir el maltrato de menores y, en este sentido, prácticamente hay unanimidad en lo concerniente a las prácticas disciplinarias muy duras y el abuso sexual (7).

Tipos de maltrato

La Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y Descuido de Menores comparó recientemente las definiciones de maltrato de 58 países y encontró un común denominador en lo que se considera maltrato (7). En 1999, la Reunión de Consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición (8):

> "El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder."

Algunas definiciones se concentran en los comportamientos o los actos de los adultos, mientras que otras consideran que existe maltrato cuando hay daño o amenaza de daño para el niño (8–13). La distinción entre el comportamiento —independientemente del resultado— y la repercusión o el daño puede ser confusa si la intención de los padres forma parte de la definición. Algunos expertos consideran que han sufrido maltrato los niños que han resultado dañados involuntariamente por actos de uno o ambos padres, mientras que otros requieren que el daño al niño sea intencional para definir el acto como maltrato. Parte de la bibliografía sobre

el maltrato de menores incluye explícitamente la violencia contra los niños en instituciones asistenciales o escolares (14–17).

La definición dada anteriormente (8) cubre una amplia gama de tipos de maltrato. Este capítulo se concentra principalmente en los actos cometidos u omitidos por los padres u otras personas a cargo que dan como resultado el daño al niño. En particular, se investigan la prevalencia, las causas y las consecuencias de cuatro tipos de maltrato de niños por los cuidadores, a saber:

– el maltrato físico;
– el abuso sexual;
– el maltrato emocional;
– el descuido.

Se define el maltrato físico de un niño como los actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo. El abuso sexual se define como los actos en que una persona usa a un niño para su gratificación sexual.

El maltrato emocional se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.

El descuido se produce cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño —estando en condiciones de hacerlo— en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras. Por lo tanto, el descuido se distingue de la situación de pobreza en que puede ocurrir solo en los casos en que la familia u otras personas a cargo disponen de recursos razonables.

En el recuadro 3.1 se describen con más detalles las manifestaciones de estos tipos de maltrato.

La magnitud del problema

El maltrato mortal

La información sobre el número de niños que mueren cada año como resultado del maltrato proviene principalmente de los registros de defunciones o los datos de mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2000 hubo unas 57 000 defunciones atribuidas a homicidios en los menores de 15 años de edad. Las estimaciones de los homicidios de niños a nivel mundial indican que los lactantes y los niños muy pequeños corren un riesgo mayor, con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los niños de 5 a 14 años (véase el Anexo estadístico).

El riesgo de maltrato mortal de los niños varía según el nivel de ingreso del país y la región del mundo. En los niños menores de 5 años que viven en los países de ingreso alto, la tasa de homicidios es de 2,2 por 100 000 para los varones y de 1,8 por 100 000 para las niñas. En los países de ingreso mediano o bajo las tasas son de dos a tres veces más altas: 6,1 por 100 000 para los niños y 5,1 por 100 000 para las niñas. Las tasas más altas de homicidios de menores de 5 años de edad se encuentran en la Región de África de la OMS: 17,9 por 100 000 para los varones y 12,7 por 100 000 para las niñas. Se presentan las tasas más bajas en los países de ingreso alto de las regiones de la OMS de Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental (véase el Anexo estadístico).

Sin embargo, habitualmente no se investigan muchas defunciones de menores ni se llevan a cabo exámenes posmortem, lo que dificulta establecer con precisión la cantidad de muertes causadas por el maltrato de menores en un país determinado. Aun en los países ricos hay problemas para reconocer adecuadamente los casos de infanticidio y medir su incidencia. Por ejemplo, en varios estados de los Estados Unidos se han encontrado grados significativos de clasificación errónea de la causa de muerte señalada en los certificados de defunción. A menudo se ha comprobado en la reinvestigación que defunciones atribuidas a otras causas —por ejemplo, síndrome de muerte súbita del lactante o accidentes— eran homicidios (18, 19).

A pesar de la evidente clasificación errónea generalizada, por lo regular se concuerda en que las muertes resultantes del maltrato de menores son mucho más frecuentes de lo que indican los registros oficiales en cada país donde se han emprendido estudios sobre las defunciones de lactantes (20–22).

RECUADRO 3.1

Manifestaciones del maltrato y descuido de menores

Las lesiones provocadas por una persona que cuida de un niño pueden adoptar muchas formas. El daño grave o la muerte del niño causados por malos tratos son con mucha frecuencia la consecuencia de un traumatismo craneoencefálico o de lesiones en los órganos internos. El traumatismo craneoencefálico como resultado del maltrato es la causa más común de muerte en los niños pequeños, que son los más vulnerables durante los dos primeros años de vida. Dado que la fuerza aplicada al cuerpo pasa a través de la piel, las características de las lesiones en la piel pueden proporcionar signos claros del maltrato. Las manifestaciones esqueléticas del maltrato incluyen fracturas múltiples en diferentes etapas del proceso de sanar, fracturas de huesos que muy rara vez se rompen en circunstancias normales, y las características fracturas de las costillas y los huesos largos.

El lactante zamarreado

El zamarreo es una forma frecuente de maltrato observado en los niños muy pequeños. La mayoría de los niños zamarreados tienen menos de 9 meses de edad. Los autores de este tipo de maltrato comúnmente son varones y esto puede ser más bien un reflejo del hecho de que los hombres, que en promedio son más fuertes que las mujeres, tienden a aplicar mayor fuerza, y no de que sean más propensos que las mujeres a zamarrear a los niños. Se pueden producir hemorragias intracraneales, hemorragias retinianas y pequeñas fracturas "astilladas" en las principales articulaciones de las extremidades del niño, como resultado del zamarreo muy rápido. Estas lesiones también pueden ser consecuencia de una combinación de zamarreo y del golpe de la cabeza contra una superficie. Hay indicios de que cerca de un tercio de los lactantes sacudidos violentamente mueren y que la mayoría de los sobrevivientes sufren consecuencias a largo plazo, como retraso mental, parálisis cerebral o ceguera.

El niño golpeado

Uno de los síndromes del maltrato de menores es el del "niño golpeado". Este término se aplica en general a los niños que presentan lesiones repetidas y graves en la piel, el aparato esquelético o el sistema nervioso. Incluye a niños con fracturas múltiples producidas en distinas fechas, traumatismo craneoencefálico y traumatismo visceral grave, con indicios de un castigo repetido. Afortunadamente, si bien los casos son trágicos, esta modalidad de maltrato es poco frecuente.

Abuso sexual

Los niños pueden ser llevados a servicios profesionales debido a problemas físicos o de conducta que, cuando se investigan más a fondo, resultan ser consecuencia del abuso sexual. No es poco común que los niños que han sido maltratados sexualmente presenten síntomas de infección, lesión genital, dolor abdominal, estreñimiento, infecciones crónicas o recurrentes de las vías urinarias o problemas de conducta. Para poder detectar el abuso sexual de menores se requiere una gran suspicacia y estar familiarizado con los indicadores verbales, conductuales y físicos del abuso. Muchos niños revelan espontáneamente el abuso a las personas que los cuidan o a otras personas, aunque quizá también haya signos indirectos físicos o de conducta.

Descuido

Existen muchas manifestaciones del descuido de los menores, entre ellas el incumplimiento de las recomendaciones de atención de la salud, no buscar la asistencia sanitaria apropiada, la privación de alimentos que produce hambre y la falta de progreso físico en el niño. Otras causas de preocupación son la exposición de los niños a las drogas y la ausencia de protección contra los peligros ambientales. Además, el desamparo, la supervisión inadecuada, la falta de higiene y ser privados de educación son todos elementos que se consideran signos de descuido.

Entre las defunciones atribuidas al maltrato de menores, la causa más común de muerte es una lesión en la cabeza, seguida de traumatismo en el abdomen (18, 23, 24). También se ha informado muy a menudo la sofocación intencional como causa de la muerte (19, 22).

El maltrato no mortal

Los datos sobre el maltrato y descuido de menores con resultados no mortales provienen de diversas fuentes, tales como las estadísticas oficiales, los informes de casos y las encuestas basadas en la población. No obstante, difiere la utilidad de estas fuentes para describir las dimensiones plenas del problema.

Las estadísticas oficiales a menudo revelan poco acerca de las características del maltrato de menores. Esto obedece en parte a que en muchos países no hay ningún sistema jurídico o social con la responsabilidad específica de registrar informes sobre el maltrato y descuido de menores y, mucho menos, de responder a ellos (7). Además, existen diversas definiciones jurídicas y culturales del maltrato y el descuido en los distintos países. Hay también pruebas de que solo una proporción pequeña de los casos de maltrato de menores se informan a las autoridades, aunque exista la notificación obligatoria (25).

Se han publicado series de casos en muchos países, que son importantes para orientar las medidas locales destinadas a combatir el maltrato de menores y aumentar la conciencia y la preocupación del público y de los profesionales acerca de este problema (26–32). Las series de casos pueden revelar semejanzas entre las experiencias en diferentes países y plantear nuevas hipótesis. Sin embargo, no son particularmente útiles para evaluar la importancia relativa del posible riesgo o los factores protectores en distintos contextos culturales (33).

Las encuestas basadas en la población son un elemento esencial para determinar las dimensiones reales del problema del maltrato no mortal de menores. Se han efectuado recientemente encuestas de este tipo en varios países, como Australia, Brasil, Canadá, Chile, China, Costa Rica, Egipto, Estados Unidos, Etiopía, Filipinas, India, Italia, México, Nueva Zelandia, Nicaragua, Noruega, la República de Corea, Rumania, Sudáfrica y Zimbabwe (12, 14–17, 26, 34–43).

El maltrato físico

Las estimaciones de los casos de maltrato físico de menores obtenidas en las encuestas basadas en la población varían considerablemente. En una encuesta efectuada en 1995 en los Estados Unidos, se preguntó a los padres cómo castigaban a sus hijos (12). A partir de esta encuesta se obtuvo una tasa de maltrato físico de 49 por 1 000 niños cuando se incluyeron los siguientes comportamientos: golpear al niño con un objeto en un sitio que no eran las nalgas, patearlo, vapulearlo, y amenazarlo con un cuchillo o arma de fuego.

Las investigaciones existentes indican que en muchos otros países las tasas no son inferiores y pueden en verdad ser superiores a las estimaciones del maltrato físico en los Estados Unidos. Recientemente se han obtenido, entre otros, los siguientes resultados en todo el mundo:

- En una encuesta transversal entre menores de Egipto, 37% informaron que eran golpeados o atados por sus padres y 26% comunicaron que habían sufrido lesiones físicas como fracturas, pérdida del conocimiento o discapacidad permanente a causa de los golpe o ataduras (17).
- En un estudio reciente efectuado en la República de Corea, se preguntó a los padres acerca de su comportamiento hacia sus hijos. Dos tercios de los padres informaron que azotaban a sus hijos y 45% confirmaron que los habían golpeado, pateado o vapuleado (26).
- Una encuesta en hogares de Rumania encontró que 4,6% de los niños informaron sufrir malos tratos físicos graves y frecuentes, como ser golpeados con un objeto, ser quemados o privados de alimentos. Casi la mitad de los padres rumanos admitieron que golpeaban a sus hijos "habitualmente", y 16%, que los golpeaban con objetos (34).
- En Etiopía, 21% de los escolares urbanos y 64% de los escolares rurales informaron que tenían magulladuras o tumefacciones en el cuerpo como resultado del castigo administrado por sus progenitores (14).

Los datos que son más comparables provienen del proyecto de Estudios Mundiales del Maltrato en el Entorno Familiar (WorldSAFE), una investigación efectuada en colaboración en diversos países. Los investigadores de Chile, Egipto, Filipinas y la India aplicaron un protocolo básico común a muestras basadas en la población de las madres de cada país, con el fin de establecer tasas de incidencia comparables de formas severas y más moderadas de castigar a los niños. Específicamente, los investigadores midieron la frecuencia de comportamientos de castigo de los padres, sin catalogar los castigos severos como maltrato, usando la Escala de Tácticas para Conflictos entre Padres e Hijos (9–12, 40). En estos estudios también se recopilaron sistemáticamente otros datos con el propósito de determinar los factores de riesgo y protectores.

CUADRO 3.1

Tasas de formas severas o moderadas de castigo físico infligido en los seis meses anteriores, según lo informado por las madres en el estudio WorldSAFE

Tipo de castigo	Incidencia (%)				
	Chile	Egipto	India[a]	Filipinas	EUA
Castigo físico severo					
Golpeó al niño con un objeto (no en las nalgas)	4	26	36	21	4
Pateó al niño	0	2	10	6	0
Quemó al niño	0	2	1	0	0
Golpeó al niño	0	25	—[b]	3	0
Amenazó al niño con un cuchillo o arma de fuego	0	0	1	1	0
Asfixió al niño	0	1	2	1	0
Castigo físico moderado					
Nalgadas (con la mano)	51	29	58	75	47
Golpeó al niño en las nalgas (con un objeto)	18	28	23	51	21
Abofeteó al niño o le dio un golpe con la mano abierta en la cabeza	13	41	58	21	4
Jaló el pelo del niño	24	29	29	23	—[b]
Zamarreó al niño[c]	39	59	12	20	9
Golpeó al niño con los nudillos	12	25	28	8	—[b]
Pellizcó al niño	3	45	17	60	5
Retorció la oreja del niño	27	31	16	31	—[b]
Forzó al niño a arrodillarse o permanecer en una posición incómoda	0	6	2	4	—[b]
Puso pimienta en la boca del niño	0	2	3	1	—[b]

[a] Zonas rurales.
[b] Pregunta no hecha en la encuesta.
[c] Niños de 2 o más años de edad.

En el cuadro 3.1 se presentan los resultados obtenidos en los cuatro países que participaron en este estudio, sobre la incidencia relativa de los comportamientos disciplinarios notificados espontáneamente por los padres. En cada país se usaron preguntas redactadas de manera idéntica. Se comparan los resultados con los de una encuesta nacional realizada en los Estados Unidos usando el mismo instrumento (12). Está claro que el castigo severo por los progenitores no está confinado a unos pocos lugares o una sola región del mundo. Los padres en Egipto, en zonas rurales de la India y en Filipinas informaron con frecuencia que, como castigo, habían golpeado a sus hijos con un objeto en una parte del cuerpo diferente de las nalgas por lo menos una vez en los seis meses previos. Este comportamiento también se informó en Chile y en los Estados Unidos, si bien con una tasa mucho menor. Las formas más crueles de violencia —como asfixiar a los niños, quemarlos o amenazarlos con un cuchillo o arma de fuego— se notificaron con frecuencia mucho menor.

Las notificaciones similares hechas por los padres en otros países confirman que el castigo físico severo a los niños existe en proporciones significativas dondequiera que se ha investigado. En Italia, según las Escalas de Tácticas para Conflictos, la incidencia de la violencia grave era de 8% (39). Tang indicó una tasa anual de violencia grave contra los niños, según lo informado por los padres, de 461 por 1 000 en China (RAE de Hong Kong) (43).

Otro estudio, donde se compararon las tasas de violencia contra los niños de escuelas primarias de China y la República de Corea, también usó las Escalas de Tácticas para Conflictos, pero se hicieron las preguntas a los niños en lugar de a sus padres (41). En China, la tasa de violencia grave informada por los niños fue de 22,6%, mientras que en la República de Corea llegó a 51,3%.

Los datos del estudio de WorldSAFE también revelan las características de formas más "moderadas" de castigo físico en diferentes países (cuadro 3.1). El castigo moderado no se considera maltrato en todo el mundo, si bien algunos profesionales y padres consideran inadmisibles tales formas de disciplina.

En este aspecto, el estudio de WorldSAFE indicó una divergencia mayor entre las sociedades y las culturas. Dar nalgadas a los niños fue la medida disciplinaria más comúnmente notificada en los países, con la excepción de Egipto, donde otras formas de castigo, como zamarrear a los niños, pellizcarlos, darles un golpe con la mano abierta en la cara o la cabeza, se usaron con mayor frecuencia. No obstante, ambos padres en las zonas rurales de la India informaron que abofeteaban a sus hijos o les pegaban en la cabeza con la mano abierta casi con la misma frecuencia con que les propinaban nalgadas, mientras que en los otros países las bofetadas y los golpes en la cabeza ocurrían menos a menudo.

Las formas moderadas y severas de castigo no están limitadas a la familia o el ámbito doméstico. Gran parte de los castigos excesivos los administran los docentes y otros responsables del cuidado de los niños en las escuelas y otras instituciones (recuadro 3.2).

El abuso sexual

Las estimaciones de la prevalencia del abuso sexual varían enormemente según las definiciones usadas y la manera en que se recopila la información. Algunas encuestas se realizan con niños, otras con adolescentes y adultos que informan sobre su niñez, mientras que en otras se pregunta a los padres acerca de lo que pueden haber experimentado sus hijos. Estos tres métodos diferentes pueden producir resultados muy distintos. Por ejemplo, en la encuesta entre familias rumanas ya mencionada, se encontró que 0,1% de los padres admitieron haber abusado sexualmente de sus hijos, mientras 9,1% de los hijos informaron que habían sufrido abuso sexual (34). Esta discrepancia quizá se expli-

RECUADRO 3.2

Castigo corporal

El castigo corporal de los niños —en forma de golpes, puñetazos, patadas o vapuleo— es algo social y jurídicamente aceptado en la mayoría de los países. En muchos, es un fenómeno significativo en las escuelas y otras instituciones y en los sistemas penales para delincuentes juveniles.

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas estipula que los estados deben proteger a los niños "contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental" mientras están al cuidado de los padres o de otras personas, y el Comité de los Derechos del Niño, de las Naciones Unidas, ha subrayado que el castigo corporal es incompatible con la convención.

En 1979, Suecia se convirtió en el primer país en prohibir todas las formas de castigo corporal de los niños. Desde entonces, lo han prohibido al menos 10 estados más. También se han anunciado fallos de tribunales constitucionales o cortes supremas que condenan el castigo corporal en las escuelas y los sistemas penales —como en Namibia, Sudáfrica y Zimbabwe— y en 2000 la corte suprema de Israel declaró ilegal todo castigo físico. En Etiopía, la constitución de 1994 afirma el derecho de los niños de estar exentos de castigo corporal en las escuelas y las instituciones de asistencia. El castigo corporal en las escuelas también ha sido prohibido en Nueva Zelandia, la República de Corea, Tailandia y Uganda.

No obstante, las encuestas indican que en al menos 60 países el castigo corporal sigue siendo lícito para los delincuentes juveniles y, en al menos 65 países, en las escuelas y otras instituciones. El castigo corporal de los niños en el hogar es jurídicamente aceptable en todos menos 11 países. Cuando la práctica no ha sido encarada persistentemente mediante reformas jurídicas y la educación del público, los pocos estudios existentes sobre la prevalencia indican que sigue siendo sumamente común.

El castigo corporal es peligroso para los niños; a corto plazo, cada año mata a miles de niños y daña e incapacita a muchos más. Gran cantidad de investigaciones han revelado que, a más largo plazo, es un factor importante en el desarrollo de comportamientos violentos y se asocia con otros problemas en la niñez y etapas posteriores de la vida.

que en parte por el hecho de que a los niños se les pidió que incluyeran el abuso sexual por otras personas además de sus padres.

Entre los estudios publicados de adultos que informaban retrospectivamente sobre su propia niñez, las tasas de prevalencia del abuso sexual en la niñez entre los varones varían de 1% (44) —usando una definición restringida de contacto sexual que implica presión o fuerza— a 19% (38), cuando se empleó una definición más amplia. En las mujeres adultas, las tasas de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez varían de 0,9% (45), usando la violación como definición del abuso, a 45% (38) con una definición mucho más amplia. Los resultados informados en los estudios internacionales realizados desde 1980 revelan una tasa media de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez de 20% en las mujeres y de 5% a 10% en los varones (46, 47).

Estas variaciones amplias en las estimaciones de la prevalencia publicadas podrían ser resultado de diferencias reales del riesgo que existe en las distintas culturas o de las diferencias en la forma en que se efectuaron los estudios (46). La inclusión del abuso por los pares en la definición de abuso sexual de los niños puede aumentar la prevalencia en un 9% (48), y la inclusión de los casos donde no se produce contacto físico puede aumentar las tasas en alrededor de 16% (49).

El maltrato emocional y psíquico

El maltrato psíquico de los niños ha recibido aun menos atención mundial que el maltrato físico y el abuso sexual. Los factores culturales parecen influir vigorosamente en las modalidades no físicas que los padres eligen para disciplinar a sus hijos, algunas de las cuales pueden ser consideradas psíquicamente nocivas por personas de otros ambientes culturales. Por consiguiente, es muy difícil definir el maltrato psíquico. Además, las consecuencias del maltrato psíquico, cualquiera que sea su definición, probablemente diferirán mucho según el contexto y la edad del niño.

Hay datos que indican que gritar a los niños es una respuesta común de los padres en muchos países. Maldecir a los niños e insultarlos es un comportamiento que parece variar mucho más. En los cinco países del estudio WorldSAFE, la tasa de incidencia más baja de insultos dirigidos a los niños en los seis meses anteriores fue de 15% (cuadro 3.2). Sin embargo, las prácticas de amenazar a los niños con abandonarlos o dejarlos fuera de la casa y echar llave a la puerta variaron mucho entre los distintos países. En Filipinas, por ejemplo, las amenazas de abandono fueron notificadas frecuentemente por las madres como una medida disciplinaria. En Chile, solo cerca de 8% de las madres recurrían a este tipo de amenazas.

Son sumamente escasos los datos sobre el grado en que los padres u otras personas a cargo en diferentes culturas y partes del mundo emplean métodos disciplinarios no violentos que no representan maltrato. Los datos limitados del proyecto de WorldSAFE indican que la mayoría de los padres utilizan prácticas disciplinarias no violentas, tales como explicar a los niños por qué su comportamiento estaba equivocado y decirles que no deben actuar así, cancelar prerrogativas y usar otros métodos no violentos para corregir los problemas de conducta (cuadro 3.3). En otras partes, por ejemplo en Costa Rica, los padres admitieron que empleaban el castigo físico para disciplinar a los niños, pero señalaron que era el método que menos les gustaba (50).

CUADRO 3.2

Tasas de castigo verbal o psíquico infligido en los seis meses anteriores, conforme a lo informado por las madres en el estudio WorldSAFE

Castigo verbal o psíquico	Incidencia (%)				
	Chile	Egipto	India[a]	Filipinas	EUA
Le gritó al niño	84	72	70	82	85
Insultó al niño	15	44	29	24	17
Maldijo al niño	3	51	—[b]	0	24
Rehusó hablar con el niño	17	48	31	15	—[b]
Amenazó echar al niño del hogar	5	0	—[b]	26	6
Amenazó abandonarlo	8	10	20	48	—[b]
Lo amenazó con espíritus malignos	12	6	20	24	—[b]
Cerró la puerta y dejó al niño fuera de la casa	2	1	—[b]	12	—[b]

[a] Zonas rurales.

[b] Pregunta no hecha en la encuesta.

CUADRO 3.3

Tasas de prácticas disciplinarias no violentas usadas en los 6 meses anteriores, conforme a lo informado por las madres en el estudio WorldSAFE

Prácticas disciplinarias no violentas	Incidencia (%)				
	Chile	Egipto	India[a]	Filipinas	EUA
Explicó al niño por qué estaba mal su conducta	91	80	94	90	94
Canceló prerrogativas	60	27	43	3	77
Dijo al niño que dejara de comportarse de ese modo	88	69	—[b]	91	—[b]
Le dio al niño algo que hacer	71	43	27	66	75
Obligó al niño a quedarse en un lugar	37	50	5	58	75

[a] Zonas rurales.

[b] Pregunta no hecha en la encuesta.

El descuido

Muchos investigadores incluyen el descuido o el daño causado por la falta de cuidado por parte de los padres u otros cuidadores como parte de la definición de maltrato (29, 51–53). Condiciones tales como el hambre y la pobreza están a veces incluidas en la definición de descuido. Dado que las definiciones varían y las leyes sobre la notificación del maltrato no siempre establecen la notificación obligatoria del descuido, es difícil estimar las dimensiones mundiales del problema o comparar de manera válida las tasas de los distintos países. Por ejemplo, se ha investigado poco cómo los niños y los padres u otras personas a cargo pueden diferir al definir el descuido.

En Kenya, el abandono y el descuido eran los aspectos más comúnmente citados del maltrato de menores cuando se preguntó sobre el tema a los adultos de la comunidad (51). En este estudio, 21,9% de los niños informaron que habían sido descuidados por sus padres. En el Canadá, un estudio nacional de los casos notificados a los servicios de protección de la infancia encontró que, entre los casos comprobados de descuido, 19% fueron de descuido físico, 12% de abandono, 11% de descuido de la educación y 48% de daño físico resultante de que uno de los progenitores no había proporcionado una supervisión adecuada (54).

¿Cuáles son los factores de riesgo en el maltrato y descuido de los menores?

Se han formulado diversas teorías y modelos para explicar los incidentes de maltrato dentro de las familias. El modelo explicativo más ampliamente adoptado es el modelo ecológico descrito en el capítulo 1. Aplicado al maltrato y descuido de menores, el modelo ecológico considera varios factores, como las características de cada niño y su familia, las de su cuidador o perpetrador, la índole de la comunidad local y el ámbito social, económico y cultural (55, 56).

La escasa investigación en este campo indica que, en una serie de países, algunos factores son bastante uniformes en cuanto al riesgo que implican. No obstante, es importante observar que estos factores, que se enumeran a continuación, tal vez se asocien solo estadísticamente y no exista un vínculo causal (6).

Factores que aumentan la vulnerabilidad del niño

Varios estudios, la mayoría de ellos efectuados en el mundo desarrollado, han indicado que ciertas características de los niños aumentan el riesgo de maltrato.

La edad

La vulnerabilidad de los menores al maltrato —ya sea físico, sexual o por descuido— depende en parte de su edad (14, 17, 57, 58). Los casos mortales de maltrato físico se presentan en gran medida entre los lactantes pequeños (18, 20, 21, 28). En estudios de las defunciones de lactantes realizados en Alemania, Fiji, Finlandia y Senegal, por ejemplo, la mayoría de las víctimas tenían menos de 2 años de edad (20, 24, 28, 59).

Los niños pequeños también corren el riesgo de sufrir maltrato físico no mortal, si bien las edades en que es mayor ese riesgo varían de un país a otro. Por ejemplo, las tasas de maltrato físico no mortal son más altas en los niños de 3 a 6 años de edad en China, en los de 6 a 11 años en la India y en los de 6 a 12 años en los Estados Unidos (11, 40, 43). Por otra parte, las tasas de abuso sexual tienden a subir después del inicio de la pubertad y las más altas se registran durante la adolescencia (15, 47, 60). Sin embargo, en algunos países el abuso sexual también afecta a los niños pequeños.

El sexo

En la mayoría de los países, las niñas corren mayor peligro que los varones de ser víctimas de infanticidio, abuso sexual, descuido de la educación y la nutrición y prostitución forzada (véase también el capítulo 6). Los resultados de varios estudios internacionales indican que las tasas de abuso sexual entre las niñas son de 1,5 a 3 veces más altas que entre los varones (46). A nivel mundial, más de 130 millones de niños de 6 a 11 años de edad no asisten a la escuela y 60% de ellos son niñas (61). En algunos países, no se les permite a las niñas recibir instrucción escolar, o se las mantiene en casa para que colaboren en el cuidado de sus hermanos o trabajen para ayudar económicamente a la familia.

Los varones parecen correr un riesgo mayor de sufrir castigos físicos severos en muchos países (6, 12, 16, 40, 62). Aunque las niñas están expuestas a un riesgo más alto de infanticidio en muchos lugares, no está claro por qué los varones son sometidos a castigos físicos más severos. Puede ser que tales castigos sean vistos como una preparación para las funciones y responsabilidades de la vida adulta, o que se considere que los varones necesitan más disciplina física. Evidentemente, las amplias brechas culturales que existen entre las diferentes sociedades en lo que se refiere a la función de las mujeres y los valores asignados a los varones y a las mujeres podrían explicar muchas de estas diferencias.

Características especiales

Se ha comprobado que los lactantes prematuros, los gemelos y los niños con discapacidades están expuestos a mayor riesgo de maltrato físico y descuido (6, 53, 57, 63). Hay resultados contradictorios en los estudios sobre la importancia del retraso mental como factor de riesgo. Se cree que el bajo peso al nacer, la prematuridad, la enfermedad o las minusvalías físicas o mentales en el lactante o el niño dificultan la creación de vínculos afectivos y pueden hacer al niño más vulnerable al maltrato (6). Sin embargo, estas características no parecen ser importantes factores de riesgo de maltrato cuando se consideran otros factores, como las variables sociales y de los progenitores (6).

Características de las personas a cargo y de la familia

La investigación ha vinculado ciertas características del cuidador, así como las características del ambiente familiar, con el maltrato y descuido de menores. Mientras que algunos factores —incluidos los demográficos— están relacionados con la variación del riesgo, otros se vinculan con las características psíquicas y de comportamiento de la persona a cargo del cuidado o con aspectos del ambiente familiar que pueden comprometer la crianza y conducir al maltrato de los niños.

El sexo

Las mayores probabilidades de que los que infligen malos tratos sean de sexo masculino o femenino dependen en parte del tipo de maltrato. Las investigaciones realizadas en China, Chile, Estados Unidos, Finlandia y la India indican que las mujeres señalan que usan el castigo físico más que los hombres (12, 40, 43, 64, 65). En Kenya, los informes de los niños también revelan que hay más muestras de violencia de las madres que de los padres (51). Sin embargo, los hombres son los causantes más comunes de los traumatismos craneoencefálicos potencialmente mortales, las fracturas por maltrato y otras lesiones mortales (66–68).

Los que cometen abuso sexual de menores, tanto en el caso de las víctimas femeninas como masculinas, son predominantemente hombres en muchos países (46, 69, 70). Los estudios han revelado que, en los casos de las víctimas femeninas de abuso sexual, más de 90% de los agresores son varones y, en el caso de las víctimas masculinas, el porcentaje de agresores varones varía entre 63% (72) y 86% (46, 71, 72).

La estructura y los recursos de la familia

Es más probable que los padres que infligen maltrato físico sean jóvenes, solteros, pobres y desempleados, y tengan menos educación que sus homólogos que no maltratan a sus hijos. Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, los hijos de madres pobres, jóvenes y solteras corren mayor riesgo de recibir castigos corporales

(6, 12, 65, 73). En los Estados Unidos, por ejemplo, es tres veces más probable que las madres solteras informen que administran castigos físicos severos, en comparación con las madres de hogares que cuentan con los dos progenitores (12). Se han informado resultados similares en la Argentina (73).

Estudios efectuados en Bangladesh, Colombia, Kenya, Italia, el Reino Unido, Suecia y Tailandia también han encontrado que la escasa educación y la falta de ingresos para satisfacer las necesidades de la familia aumentan el potencial de violencia física contra los niños (39, 52, 62, 67, 74–76), aunque se han observado excepciones a esta pauta en otras partes (14). En un estudio de familias palestinas, la falta de dinero para cubrir las necesidades del niño fue una de las razones principales dadas por los padres para maltratar psíquicamente a sus hijos (77).

El tamaño de la familia y la composición de la unidad familiar

El tamaño de la familia también puede aumentar el riesgo de maltrato. Un estudio de padres realizado en Chile, por ejemplo, encontró que en las familias con cuatro o más hijos era tres veces más probable que los padres trataran a sus hijos en forma violenta, en comparación con los padres con menos hijos (78). Sin embargo, no siempre es sencillamente el tamaño de la familia lo que influye. Datos provenientes de diversos países indican que el hacinamiento doméstico aumenta el riesgo de maltrato de menores (17, 41, 52, 57, 74, 79). Los ambientes familiares inestables, en los cuales cambia con frecuencia la composición del hogar cuando se van unos miembros de la familia y llegan otros, son una característica particularmente observada en los casos de descuido crónico (6, 57).

Características de la personalidad y del comportamiento

Varias características de la personalidad y del comportamiento han estado vinculadas en muchos estudios con el maltrato y descuido de menores. Los padres con más probabilidades de maltratar físicamente a sus hijos suelen tener una baja autoestima, poco control de sus impulsos y problemas de salud mental, además de mostrar comportamientos antisociales (6, 67, 75, 76, 79). Los padres negligentes tienen muchos de estos mismos problemas y tal vez también les resulte difícil planificar los acontecimientos importantes de la vida, tales como casarse, tener hijos o buscar empleo. Muchas de esas características afectan negativamente a la crianza y se asocian con la ruptura de las relaciones sociales, la incapacidad de hacer frente al estrés y las dificultades para tener acceso a los sistemas de apoyo social (6).

Los padres que maltratan a sus hijos quizá no estén bien informados y tengan expectativas poco realistas acerca del desarrollo del niño (6, 57, 67, 80). Las investigaciones han encontrado que estos padres responden con mayor irritación y fastidio ante los estados de ánimo y el comportamiento de sus hijos, que los apoyan menos, son poco cariñosos, no juegan con ellos, desatienden sus demandas, y son más dominantes y hostiles (6, 39).

Antecedentes de maltrato

Los estudios también han revelado que los padres que fueron maltratados cuando eran niños son más propensos a maltratar a sus propios hijos (6, 58, 67, 81, 82). No obstante, la relación aquí es compleja (81–83) y algunas investigaciones han indicado que la mayoría de los padres que maltratan a sus hijos no fueron en realidad maltratados ellos mismos (58). Si bien los datos empíricos señalan que hay en verdad una relación, quizá se haya exagerado la importancia de este factor de riesgo. Otros factores que han estado vinculados con el maltrato de menores, tales como la juventud de los padres, el estrés, el aislamiento, el hacinamiento en el hogar, el abuso de sustancias psicotrópicas y la pobreza, quizá sean más predictivos.

La violencia en el hogar

Se está prestando cada vez más atención a la violencia en la pareja y su relación con el maltrato de menores. Los datos de estudios realizados en países geográfica y culturalmente tan diversos como China, Colombia, Egipto, Estados Unidos, Filipinas, la India, México y Sudáfrica indican todos una relación estrecha entre estas dos formas de violencia (6, 15, 17, 37, 40, 43, 67). En un estudio reciente efectuado en la India, la presencia de violencia

doméstica duplicó el riesgo de maltrato de menores (40). Entre las víctimas conocidas del maltrato de menores, 40% o más también han notificado violencia doméstica en sus hogares (84). En realidad, la relación quizá sea aun más estrecha, ya que muchos organismos encargados de la protección de los niños no recopilan sistemáticamente datos sobre otras formas de violencia en las familias.

Otras características

El estrés y el aislamiento social del progenitor también han sido vinculados con el maltrato y descuido de menores (6, 39, 57, 73, 85). Se cree que el estrés causado por los cambios de trabajo, la pérdida de ingresos, los problemas de salud u otros aspectos del ambiente familiar pueden intensificar los conflictos en el hogar y la capacidad de los miembros de la familia de hacerles frente o de encontrar apoyo. Es menos probable que los padres más capaces de encontrar apoyo social maltraten a sus hijos, aunque estén presentes otros factores de riesgo conocidos. Por ejemplo, en un estudio de casos y testigos efectuado en Buenos Aires, Argentina, los niños de familias integradas por un solo progenitor (el padre o la madre) estaban expuestos a un riesgo significativamente mayor de sufrir maltrato que los hijos de familias integradas por el padre y la madre. No obstante, el riesgo de maltrato fue menor entre los que eran más capaces de tener acceso a servicios de apoyo social (73).

En muchos estudios, el maltrato de menores también ha estado vinculado al abuso de sustancias psicotrópicas (6, 37, 40, 67, 76), si bien se requieren otras investigaciones para distinguir los efectos independientes del abuso de sustancias psicotrópicas de los problemas conexos de pobreza, hacinamiento, trastornos mentales y problemas de salud asociados con este comportamiento.

Factores de la comunidad

La pobreza

Numerosos estudios realizados en muchos países han revelado claros nexos entre la pobreza y el maltrato de menores (6, 37, 40, 62, 86–88). Las tasas de maltrato son más elevadas en las comunidades con niveles altos de desempleo y concentración de la pobreza (89–91). Esas comunidades también se caracterizan por el alto grado de renovación de la población y el hacinamiento habitacional. Las investigaciones indican que la pobreza crónica perjudica a los niños por su repercusión sobre el comportamiento de los padres y la disponibilidad de recursos en la comunidad (92). Las comunidades con niveles altos de pobreza tienden a tener infraestructuras físicas y sociales deterioradas, y cuentan con menos recursos o elementos que hacen agradable la vida, por comparación con las comunidades más ricas.

El capital social

El capital social representa el grado de cohesión y solidaridad que existe dentro de las comunidades (85). Los niños de zonas con menos "capital social" o inversión social en la comunidad parecen correr mayor riesgo de maltrato y tener más problemas psíquicos o de conducta (85). Por otra parte, se ha comprobado que las redes sociales y las vinculaciones entre los vecinos protegen a los niños (4, 58, 93). Esto vale aun para los niños expuestos a varios factores de riesgo (como la pobreza, la violencia, el abuso de sustancias psicotrópicas y tener padres con niveles educativos bajos), a quienes estos niveles relativamente mejores de capital social parecen brindar protección(85).

Factores sociales

Se considera que una variedad de factores de la sociedad tienen gran influencia en el bienestar de los niños y las familias. Estos factores —no examinados hasta la fecha en la mayor parte de los países como factores de riesgo de maltrato de menores— son:

- La función de los valores culturales y las fuerzas económicas al configurar las elecciones que enfrentan las familias y determinar su respuesta a estas fuerzas.
- Las desigualdades relacionadas con el sexo y el ingreso, que son factores presentes en otros tipos de violencia y que probablemente estén también vinculados con el maltrato de menores.

- Las normas culturales concernientes a las funciones de género, las relaciones entre padres e hijos y la privacidad de la familia.
- Las políticas relacionadas con los niños y la familia, tales como las que se refieren a la licencia por maternidad, el empleo materno y las disposiciones para el cuidado de los niños.
- La índole y el grado de atención preventiva de salud para los lactantes y los niños, como ayuda para identificar los casos de maltrato de menores.
- La solidez del sistema de asistencia social, es decir, las fuentes de apoyo que proporcionan una red de seguridad para los niños y las familias.
- La naturaleza y el grado de la protección social y la capacidad de respuesta del sistema de justicia penal.
- Los conflictos sociales más vastos y la guerra.

Muchos de estos factores culturales y sociales más amplios pueden afectar a la capacidad de los padres de cuidar a los niños, intensificando o reduciendo el estrés asociado con la vida familiar e influyendo en los recursos de que disponen las familias.

Las consecuencias del maltrato de menores

Carga para la salud

La mala salud causada por el maltrato de menores constituye una porción significativa de la carga mundial de morbilidad. Si bien se han investigado algunas de las consecuencias para la salud (21, 35, 72, 94–96), solo recientemente se le ha prestado atención a otras, como los trastornos psiquiátricos y el comportamiento suicida (53, 97, 98). Hay que señalar que actualmente hay pruebas de que enfermedades importantes de la edad adulta —entre ellas la cardiopatía isquémica, el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica, el síndrome del colon irritable y la fibromialgia— están relacionadas con experiencias de maltrato durante la niñez (99–101). El mecanismo evidente que explica estos resultados es la adopción de factores de riesgo vinculados con el comportamiento, tales como el tabaquismo, el abuso de alcohol, la alimentación deficiente y la falta de ejercicio. La investigación también ha destacado importantes consecuencias agudas directas a largo plazo (21, 23, 99–103) (cuadro 3.4).

CUADRO 3.4
Consecuencias del maltrato de menores sobre su salud

Físicas
Lesiones abdominales o torácicas
Lesiones cerebrales
Moretones e hinchazón
Quemaduras y escaldaduras
Lesiones del sistema nervioso central
Discapacidad
Fracturas
Desgarros y abrasiones
Lesiones oculares
Relacionadas con la salud sexual y reproductiva
Problemas de la salud reproductiva
Disfunción sexual
Enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA
Embarazos no deseados
Psíquicas y en el comportamiento
Abuso de alcohol y otras drogas
Menoscabo cognoscitivo
Comportamientos delictivos, violentos y de otros tipos que implican riesgos
Depresión y ansiedad
Retraso del desarrollo
Trastornos de la alimentación y el sueño
Sentimientos de vergüenza y culpa
Hiperactividad
Incapacidad para relacionarse
Desempeño escolar deficiente
Falta de autoestima
Trastorno postraumático por estrés
Trastornos psicosomáticos
Comportamiento suicida y daño autoinfligido
Otras consecuencias a largo plazo
Cáncer
Enfermedad pulmonar crónica
Fibromialgia
Síndrome de colon irritable
Cardiopatía isquémica
Enfermedad hepática
Problemas de la salud reproductiva, como la esterilidad

Asimismo, hay muchos estudios que demuestran el daño psíquico a corto y a largo plazo (35, 45, 53, 94, 97). Algunos niños tienen unos pocos síntomas que no llegan a niveles clínicos que despierten preocupación, o bien alcanzan niveles clínicos pero no tan altos como en los niños generalmente asistidos en los ámbitos clínicos. Otros sobrevivientes presentan síntomas psiquiátricos graves, tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias psicotrópicas, agresividad, vergüenza o deficiencias cognoscitivas. Finalmente, algunos niños satisfacen los criterios totales para definir la enfermedad psiquiátrica, que incluyen el trastorno postraumático

por estrés, la depresión grave, los trastornos de ansiedad y las alteraciones del sueño (53, 97, 98). Por ejemplo, un reciente estudio longitudinal de una cohorte efectuado en Christchurch (Nueva Zelandia) encontró asociaciones significativas entre el abuso sexual durante la niñez y problemas ulteriores de salud mental, tales como depresión, trastornos de ansiedad y pensamientos y comportamientos suicidas (97).

Las manifestaciones físicas, emocionales y del comportamiento resultantes del maltrato varían entre los menores según la etapa de desarrollo del niño en que se produce el maltrato, la gravedad de este, la relación del agresor con el niño, la duración del período en el cual continúa el maltrato y otros factores presentes en el entorno del niño (6, 23, 72, 95–101).

Carga financiera

Los costos financieros asociados con la atención a corto y a largo plazo de las víctimas representan una proporción significativa de la carga general creada por el maltrato y descuido de menores. Se incluyen en el cálculo los costos directos asociados con el tratamiento, las visitas al hospital y al médico y otros servicios de salud. Una variedad de costos indirectos se relacionan con la productividad perdida, la discapacidad, la menor calidad de vida y la muerte prematura. Hay también costos asumidos por el sistema de justicia penal y otras instituciones, como:

- los gastos relacionados con la aprehensión y enjuiciamiento de los agresores;
- los costos para las organizaciones de asistencia social resultantes de la investigación de los informes de maltrato y de la protección de los niños contra el maltrato;
- los costos asociados con el cuidado de los menores en hogares de guarda;
- los costos para el sistema educativo;
- los costos para el sector del empleo generados por el ausentismo y la baja productividad.

Los datos provenientes de algunos países desarrollados ilustran la carga financiera potencial. En 1996, se estimó en unos US$ 12 400 millones el costo financiero asociado con el maltrato y descuido de menores en los Estados Unidos (8). Esta cifra incluía estimaciones de los ingresos futuros perdidos, los costos educacionales y los servicios de salud mental para los adultos. En el Reino Unido se ha hablado de un costo anual estimado de alrededor de US$ 1 200 millones solo por servicios inmediatos de asistencia social y jurídicos (104). Los costos preventivos probablemente sean muy superados por el total combinado de los costos a corto y a largo plazo del maltrato y el descuido de menores para los individuos, las familias y la sociedad.

¿Qué se puede hacer para prevenir el maltrato y el descuido de los menores?

Mientras que en casi todo el mundo se proclama que la prevención del maltrato de menores es una política social importante, sorprendentemente se ha hecho muy poco para investigar la eficacia de las intervenciones preventivas. Se ha realizado un estudio cuidadoso de algunas intervenciones, como la visita domiciliaria (105–107), pero se carece de una evaluación adecuada de muchas más intervenciones en este campo (108).

La gran mayoría de los programas se concentran en las víctimas o causantes del maltrato y descuido de menores; muy pocos hacen hincapié en estrategias de prevención primaria encaminadas a impedir que aquellos se produzcan. A continuación se describen las respuestas más comunes.

Estrategias de apoyo a la familia

Capacitación para la crianza de los hijos

Se han establecido varias intervenciones para mejorar las prácticas de crianza y prestar apoyo a la familia. Este tipo de programas en general instruyen a los padres acerca del desarrollo del niño y los ayudan a mejorar sus aptitudes para manejar el comportamiento de sus hijos. Mientras que la mayoría de estos programas están concebidos para las familias de alto riesgo o para aquellas en las cuales ya ha ocurrido el maltrato, cada vez más se considera que puede ser beneficioso proporcionar educación y capacitación en este aspecto a todos los padres o futuros padres. En Singapur, por ejemplo, la educación y la capacitación para la crianza empiezan en la escuela secundaria, con clases de "preparación para

la paternidad y la maternidad". Los estudiantes aprenden acerca del cuidado y el desarrollo de los niños y tienen una experiencia directa al trabajar con niños pequeños en centros y guarderías infantiles (8).

En el caso de las familias en las cuales ya ha ocurrido el maltrato de menores, el principal objetivo es prevenir nuevos abusos, así como otros resultados negativos para el niño, como son los problemas emocionales o el retraso del desarrollo. Si bien las evaluaciones de los programas sobre la educación y la capacitación para la crianza de los hijos han mostrado resultados promisorios al reducir la violencia juvenil, son menos los estudios que han examinado específicamente la repercusión de dichos programas en las tasas de maltrato y descuido de menores. En cambio, para medir la eficacia de muchas de las intervenciones se han usado resultados afines, como la competencia y aptitudes de los padres, los conflictos entre padres e hijos y la salud mental de los padres.

Por ejemplo, Wolfe et al. evaluaron una intervención conductual para proporcionar capacitación para la crianza, específicamente diseñada para las familias consideradas en riesgo (109). Se asignaron aleatoriamente las parejas constituidas por una madre y su hijo al grupo de la intervención o a un grupo testigo. Las madres que recibieron capacitación para la crianza notificaron menos problemas de conducta con sus hijos y menos problemas de ajuste asociados con un maltrato potencial, en comparación con las madres del grupo testigo. Además, una evaluación de seguimiento por los asistentes sociales indicó que era menor el riesgo de maltrato en el caso de las madres que habían recibido la capacitación mencionada.

Las visitas domiciliarias y otros programas de apoyo a la familia

Los programas de visitas domiciliarias llevan recursos de la comunidad a las familias en sus hogares. Se ha identificado este tipo de intervención como uno de los más prometedores para prevenir varios resultados negativos, incluidos la violencia juvenil (capítulo 2) y el maltrato de menores (105–107). Durante las visitas a domicilio, se ofrecen información, apoyo y otros servicios para mejorar el funcionamiento de la familia. Se han elaborado y estudiado diversos modelos de visita domiciliaria. En algunos de ellos, las visitas se hacen a todas las familias, independientemente de su situación de riesgo, mientras que en otros se concentran en las familias en riesgo de violencia, como las constituidas por un solo progenitor o por padres adolescentes o primerizos que viven en comunidades con altos índices de pobreza.

En una encuesta que abarcó más de 1 900 programas de visitas domiciliarias, Wasik y Roberts (110) señalaron 224 que básicamente prestaban servicios a los niños maltratados y desamparados. En esos programas, se consideró que los servicios más importantes eran perfeccionar las aptitudes para la crianza y aumentar la capacidad de los padres de hacer frente a las dificultades, seguidos del apoyo emocional. En general se visitó a las familias semanalmente o cada dos semanas y se prestaron los servicios durante un período que fluctuó entre seis meses y dos años.

Un ejemplo de programa de ese tipo es el que lleva a cabo el Centro de Padres en Ciudad del Cabo (Sudáfrica). Los visitantes domiciliarios son reclutados en la comunidad, adiestrados por el centro y supervisados por asistentes sociales profesionales. Se visita a las familias mensualmente durante el período prenatal, semanalmente durante los dos primeros meses posteriores al nacimiento, luego cada dos semanas durante dos meses más, y después mensualmente hasta que el niño cumple los 6 meses de edad. En ese momento, las visitas pueden seguir o se terminan, según la evaluación del supervisor. Cuando se considera apropiado, las familias pueden ser remitidas a otros organismos para los servicios.

Olds et al. (106) realizaron uno de los pocos estudios sobre los efectos a largo plazo de la visita domiciliaria en el maltrato y descuido de los menores. Estos investigadores concluyeron que, a lo largo del período de 15 años posterior al nacimiento del primer hijo, era menos probable que las mujeres que habían sido visitadas por las enfermeras durante su embarazo y durante la lactancia de su hijo fueran identificadas como

causantes de malos tratos, en comparación con las mujeres que no habían recibido esas visitas.

Servicios intensivos de protección de la familia

El propósito de este tipo de servicios es mantener a la familia unida e impedir que los niños sean colocados bajo tutela. Orientada hacia las familias en las cuales se ha confirmado el maltrato de niños, la intervención es breve (unas pocas semanas o meses) e intensa: en general se dedican de 10 a 30 horas a la semana a una familia particular, ya sea en el hogar o en alguna otra parte que sea familiar para el niño. Comúnmente se ofrece una amplia variedad de servicios, según las necesidades de la familia, que incluyen diversas formas de terapia y servicios más prácticos, tales como los subsidios temporales para alquiler.

Un ejemplo de esos programas en los Estados Unidos es Constructores de Hogares, una intervención domiciliaria intensiva para casos de crisis familiares, que incluye un programa de educación (*111*). Las familias que tienen uno o varios niños en peligro inminente de ser colocados bajo tutela son referidas a este programa por los trabajadores estatales. Durante cuatro meses, las familias reciben servicios intensivos de los terapeutas que están de guardia 24 horas al día. La amplia gama de servicios que se ofrecen incluye ayuda para satisfacer necesidades básicas como los alimentos y el albergue, y para aprender nuevas aptitudes.

Las evaluaciones de este tipo de intervención han sido limitadas y sus resultados son poco concluyentes, sobre todo debido a que los programas ofrecen gran variedad de servicios y relativamente pocos estudios han incluido un grupo testigo. Algunos datos indican que los programas para proteger la unidad familiar pueden contribuir a evitar la colocación de los niños bajo tutela, al menos a corto plazo. Sin embargo, hay pocos indicios de que la disfunción familiar subyacente que causa el problema pueda resolverse con servicios intensivos breves de este tipo. Un metanálisis de varios programas intensivos de protección de la familia diferentes encontró que aquellos en los que había grados altos de participación de los involucrados y que usaban un enfoque que aprovechaba los aspectos positivos de la familia e incluía un elemento de apoyo social, produjeron mejores resultados que los programas sin esos componentes (*112*).

Estrategias de los servicios de salud

La detección por los profesionales de la asistencia sanitaria

Los profesionales de la asistencia sanitaria cumplen una función clave al identificar, tratar y remitir a los servicios apropiados los casos de maltrato y descuido de menores y al notificar los presuntos casos de maltrato a las autoridades pertinentes. Es vital que los casos de maltrato de niños se detecten desde el principio, con el fin de reducir al mínimo las consecuencias para el niño y poner en marcha cuanto antes los servicios necesarios.

Tradicionalmente, la detección es la identificación de un problema de salud antes de que aparezcan los signos y síntomas. En el caso del maltrato y descuido de menores, la detección podría presentar problemas pues dependería de la información obtenida directamente del perpetrador o de observadores. Por tal motivo, se han descrito relativamente pocas estrategias de detección, y en la mayoría de ellas el objetivo esencial ha sido perfeccionar el reconocimiento temprano por los proveedores de la asistencia sanitaria del maltrato y descuido de menores, sobre todo mediante mayores niveles de capacitación y educación.

Capacitación para los profesionales de la salud

En diversos países, los estudios han destacado la necesidad de la educación continua de los profesionales de asistencia sanitaria en relación con la detección y notificación de los signos y síntomas tempranos del maltrato y el descuido de menores (*113–115*). En consecuencia, varias organizaciones de atención de salud han elaborado programas de capacitación para mejorar tanto la detección y notificación del maltrato y el descuido como el conocimiento entre los trabajadores de asistencia sanitaria acerca de los servicios disponibles en la comunidad. En los Estados Unidos, por ejemplo, la Asociación Médica Estadounidense y la Academia Estadounidense de Pediatría han elaborado pautas

para el diagnóstico y tratamiento del maltrato de menores (116) y el abuso sexual (117). En el estado de Nueva York, los profesionales de la salud están obligados a tomar un curso de dos horas sobre la identificación y notificación del maltrato y el descuido de menores, como requisito previo para obtener una licencia profesional (118). También ha habido mociones en varios países europeos y en otras partes para aumentar esa capacitación de los profesionales de la salud (7, 119–121).

Sin embargo, no siempre es sencillo detectar el maltrato y el descuido de menores (122–124), y en general se requieren técnicas específicas de entrevista y determinados tipos de examen físico. Los profesionales médicos también deben estar alerta para descubrir la presencia de factores de riesgo en la familia o de otro tipo que quizás indiquen la existencia de maltrato de menores.

Con el fin de mantener un proceso continuo y dinámico de educación, algunos investigadores han propuesto programas de estudios estructurados con múltiples componentes para los profesionales de la salud, según su grado particular de participación en la atención de casos de maltrato de menores (125). Conforme a esta propuesta, se prepararían por un lado cursos de formación integrada para los estudiantes de medicina para los médicos que se capacitan, respectivamente, y por otro, cursos para los que tienen un interés específico en el maltrato de menores.

Las evaluaciones de los programas de capacitación se han concentrado principalmente en el conocimiento y el comportamiento del trabajador de la salud en relación con el maltrato de menores. No se conoce la repercusión de los programas sobre otros aspectos tales como una mejor atención y referencia de los niños.

Estrategias terapéuticas

Las respuestas al maltrato y el descuido de menores dependen de muchos factores, como son la edad y la etapa de desarrollo del niño y la presencia de factores ambientales que causan estrés. Por este motivo, se ha diseñado una gama amplia de servicios terapéuticos que pueden utilizar las personas. Se han puesto en marcha programas terapéuticos en todo el mundo, por ejemplo en Argentina, China (RAE de Hong Kong), Eslovaquia, la Federación de Rusia, Grecia, Panamá y Senegal (7).

Servicios para las víctimas

Un examen de los programas de tratamiento para niños maltratados físicamente encontró que la asistencia en centros de atención diurna —centrada en mejorar las aptitudes cognoscitivas y del desarrollo— era la estrategia más popular (126). La asistencia en centros de atención diurna ha sido recomendada para diversos trastornos relacionados con el maltrato, como los problemas emocionales, de conducta o afectivos, y retrasos cognoscitivos o del desarrollo. Esta estrategia incorpora la terapia y métodos de tratamiento específicos en el curso de las actividades diarias del niño en un centro de cuidados infantiles. La mayoría de los programas de este tipo también incluyen la terapia y la educación de los padres.

Fantuzzo et al. (127) han descrito un ejemplo de un método de tratamiento específico para los niños maltratados que se aíslan socialmente. Se colocó a niños maltratados en edad preescolar socialmente muy aislados en grupos de juego junto con niños con grados más altos de integración social. Se enseñó a los niños mejor integrados a actuar como "ejemplos de conducta social" de los niños más retraídos y a alentar a estos a participar en las sesiones de juego. Sus tareas incluían hacer apropiadas insinuaciones verbales y físicas de acercamiento a los niños retraídos, por ejemplo, ofreciéndoles un juguete. Se observaron mejoras en el comportamiento social de los niños retraídos, pero no se evaluaron los efectos a largo plazo de esta estrategia. La mayoría de los otros programas de tratamiento descritos en el examen antes mencionado también han sido sometidos a poca o ninguna evaluación (126).

Del mismo modo que el maltrato físico, las manifestaciones del abuso sexual pueden variar considerablemente según varios factores, tales como las características individuales de la víctima, la relación del perpetrador con la víctima y las circunstancias del abuso. En consecuencia, se ha adoptado una amplia variedad de enfoques de intervención y métodos terapéuticos para tratar a los niños que han sido

víctimas de abuso sexual, como la terapia individual, en grupo y familiar (128–131). Aunque las limitadas investigaciones efectuadas indican que la salud mental de las víctimas mejora como resultado de las intervenciones, hay considerablemente menos información sobre otros beneficios.

Servicios para los niños que presencian la violencia

Uno de los agregados más recientes a la colección de estrategias de intervención son los servicios para los niños que presencian la violencia en el hogar (132–134). Las investigaciones han indicado que tal exposición puede tener numerosas consecuencias negativas. Por ejemplo, los niños que presencian la violencia tienen mayores probabilidades de reproducir, cuando llegan a la edad adulta, las relaciones disfuncionales que existían dentro de su propia familia.

Al igual que en los casos de agresión física o sexual directa, los niños que son testigos de la violencia pueden presentar diversos síntomas, entre ellos, problemas de conducta, emocionales o sociales y retraso del desarrollo cognoscitivo o físico, si bien algunos de esos niños tal vez no sufran ningún problema. Dada esta variabilidad, se han elaborado diferentes estrategias de intervención y métodos de tratamiento teniendo en cuenta la etapa de desarrollo del niño. Son limitados y a menudo contradictorios los datos obtenidos hasta la fecha acerca de la eficacia de estos programas. Por ejemplo, dos evaluaciones del mismo programa de orientación en grupos efectuado durante 10 semanas dieron resultados dispares. En una evaluación, los niños en el grupo de intervención pudieron describir más aptitudes y estrategias para evitar verse envueltos en conflictos violentos entre sus padres y buscar apoyo externo que los niños en el grupo de comparación, mientras que en la otra evaluación no se observó ninguna diferencia entre el grupo de tratamiento y el de comparación (135, 136).

Servicios para adultos víctimas de abuso sexual en la niñez

Varios estudios han encontrado una conexión entre los antecedentes de abuso en la niñez y una serie de trastornos, como la adicción a sustancias psicotrópicas, los problemas de salud mental y el alcoholismo (96–99, 137). Además, las víctimas del abuso tal vez no sean identificadas como tales hasta etapas posteriores de la vida y quizá no presenten síntomas hasta mucho tiempo después de haber sufrido el abuso. Por estas razones, ha habido un aumento reciente de los servicios para los adultos que fueron vejados en la niñez, en particular el envío de casos a los servicios de salud mental. Lamentablemente, se han publicado pocas evaluaciones de la repercusión de las intervenciones para adultos víctimas de abuso en la niñez. La mayoría de las investigaciones se han concentrado en niñas que sufrieron abuso sexual cometido por sus padres (138).

Recursos jurídicos y conexos

La notificación obligatoria y voluntaria

La notificación por los profesionales de la salud de presuntos casos de maltrato y descuido de menores es obligatoria por ley en diversos países, tales como Argentina, España, Estados Unidos, Finlandia, Israel, Kirguistán, la República de Corea, Rwanda y Sri Lanka. Aun así, son relativamente pocos los países del mundo que tienen leyes que estipulan la notificación obligatoria del maltrato y el descuido de menores. Una encuesta mundial reciente encontró que, de los 58 países que respondieron, 33 tenían en vigor leyes de notificación obligatoria, y 20, leyes sobre la notificación voluntaria (7).

El razonamiento que sustentaba la introducción de las leyes de notificación obligatoria fue que la detección temprana del maltrato contribuiría a impedir las lesiones graves, aumentaría la seguridad de las víctimas al eximirlas de la necesidad de efectuar la denuncia y fomentaría la coordinación entre las respuestas jurídicas, de atención de salud y de servicios.

En el Brasil, es obligatoria la notificación a un "Consejo de Tutores", integrado por cinco personas (8). Los miembros del consejo, elegidos para desempeñar el cargo durante dos años, tienen la responsabilidad de proteger a los menores víctimas de maltrato y descuido empleando todos los recursos sociales, como son la colocación temporal

en hogares de guarda o la hospitalización. Los aspectos jurídicos del maltrato y descuido de menores —tales como el enjuiciamiento de los autores del maltrato y la revocación de la patria potestad— no son abordados por el consejo.

Las leyes de notificación obligatoria son potencialmente útiles para la recopilación de datos, pero no se sabe cuán eficaces son para prevenir los casos de maltrato y descuido. Los críticos de este enfoque han planteado diversas inquietudes, por ejemplo, si los organismos de asistencia social, cuyo financiamiento es deficiente, están en condiciones de beneficiar al niño y su familia o si, en cambio, pueden hacer más daño que bien al inducir esperanzas falsas (139).

Existen diversos tipos de sistemas de notificación voluntaria en todo el mundo, por ejemplo en Barbados, Camerún, Croacia, Japón, la República Unida de Tanzanía y Rumania (7). En los Países Bajos, los casos de presunto maltrato de menores pueden notificarse voluntariamente a uno de dos organismos públicos independientes: el Consejo de Asistencia y Protección de los Niños y la Oficina Confidencial del Médico. Los dos organismos tienen la misión de proteger a los niños del maltrato y el descuido, y ambos actúan para investigar informes de presunto maltrato. Ninguno de ellos presta servicios directos al niño ni a la familia y, en cambio, envían a los niños y los miembros de la familia a otros sitios para que reciban los servicios apropiados (140).

Servicios de protección a los niños

Los organismos que prestan servicios de protección a los niños investigan y tratan de comprobar los informes de presunto maltrato de menores. Los informes iniciales pueden provenir de diversas fuentes, tales como el personal de atención de salud, la policía, maestros y vecinos.

Si se comprueba la veracidad de los informes, el personal de los servicios de protección al menor tiene que decidir acerca del tratamiento y el envío a otros servicios apropiados. Esas decisiones son a menudo difíciles, ya que es preciso encontrar un equilibrio entre diversos requisitos que potencialmente compiten entre sí, como son la necesidad de proteger al niño y el deseo de mantener unida a la familia. Por lo tanto, los servicios ofrecidos a los niños y las familias varían mucho. Si bien se han publicado algunos estudios sobre el proceso de toma de decisiones con respecto al tratamiento apropiado, así como sobre las deficiencias actuales —por ejemplo la necesidad de aplicar criterios específicos uniformes para identificar a las familias cuyos niños se encuentran en riesgo de sufrir maltrato—, se ha investigado poco la eficacia de los servicios de protección a la infancia para reducir las tasas de maltrato.

Equipos revisores de las causas de muertes infantiles

En los Estados Unidos, una mayor conciencia de la existencia de casos de violencia grave contra los niños ha conducido al establecimiento de equipos para la revisión de las muertes de niños en muchos estados (141). Estos equipos multidisciplinarios examinan las defunciones producidas entre los niños y obtienen datos y pruebas de la policía, los abogados de la fiscalía, los profesionales de la asistencia sanitaria, los servicios de protección de los niños y los médicos forenses. Los investigadores han encontrado que estos equipos especializados tienen más probabilidades de detectar signos de maltrato y descuido de menores que los equipos sin adiestramiento específico. Por consiguiente, uno de los objetivos de este tipo de intervención es mejorar la exactitud de la clasificación de las muertes de niños.

A su vez, la mayor exactitud de la clasificación puede contribuir a que los enjuiciamientos tengan más éxito gracias a la reunión de más pruebas. En un análisis de los datos recogidos a partir de las revisiones de la mortalidad entre los niños en el estado de Georgia, Estados Unidos (142), los investigadores encontraron que la revisión de las causas de muertes infantiles permitía detectar más fielmente las defunciones por maltrato y el síndrome de muerte súbita del lactante. Después de la investigación de la mortalidad de niños realizada por el equipo especializado, 2% de las defunciones acaecidas durante el año de estudio no clasificadas inicialmente como relacionadas con el maltrato o el descuido fueron posteriormente reclasificadas como causadas por el maltrato.

Otros objetivos de estos equipos son evitar las muertes futuras de niños por maltrato mediante la revisión, el análisis y la implantación de medidas correctivas, y promover una mejor coordinación entre los diversos organismos y disciplinas involucrados.

Las políticas de arresto y enjuiciamiento

Las políticas de justicia criminal varían notablemente y reflejan diferentes criterios acerca de la función del sistema judicial con respecto al maltrato de niños. La decisión de enjuiciar a supuestos autores de maltrato depende de diversos factores, como por ejemplo la gravedad del maltrato, la solidez de las pruebas, que el niño pueda ser un testigo competente y que haya alguna opción viable del enjuiciamiento (143). Un examen de la acción penal en los casos de abuso sexual de niños (144) encontró que 72% de 451 imputaciones presentadas durante un período de dos años fueron consideradas probables casos de abuso sexual. Sin embargo, se presentaron cargos en firme en poco más de la mitad de estos casos. En otro estudio de imputaciones de abuso sexual de niños (145), los fiscales aceptaron 60% de los casos que se les remitieron.

Tratamiento obligatorio para los agresores

El tratamiento ordenado por un tribunal para los acusados de maltrato de menores es una estrategia recomendada en muchos países. No obstante, hay un debate entre los investigadores sobre si el tratamiento establecido a través del sistema judicial es preferible a la inscripción voluntaria en programas de tratamiento. El tratamiento obligatorio es resultado de la creencia de que, a falta de consecuencias legales, algunos agresores se negarán a recibir el tratamiento. En oposición a esto, existe el criterio de que el tratamiento forzoso impuesto por un tribunal en realidad podría crear resistencia al tratamiento por parte de los agresores, y que la participación voluntaria de estos es esencial para el éxito del tratamiento.

Actividades comunitarias

Las intervenciones comunitarias a menudo se concentran en determinado grupo de población o se realizan en un ámbito específico, como las escuelas. También se pueden efectuar en una escala mayor, por ejemplo, en algunos de los sectores de la población, o incluso en toda la comunidad, con la participación de muchos sectores.

Programas escolares

Los programas escolares creados para evitar el abuso sexual de los niños son una de las estrategias preventivas más ampliamente aplicadas y se han incorporado a los programas ordinarios de las escuelas en varios países. En Irlanda, por ejemplo, el Programa de Prevención Primaria Cuídate actualmente se aplica en casi todas las escuelas primarias, con el apoyo total del Departamento de Educación y los líderes religiosos (146).

Estos programas en general tienen como objetivo enseñarles a los niños cómo reconocer las situaciones peligrosas y desarrollar en ellos las aptitudes necesarias para protegerse contra el abuso. Los conceptos que sustentan estos programas son que los niños son dueños de su cuerpo y pueden prevenir el abuso, y que hay diferentes tipos de contacto físico. Se enseña a los niños cómo responder a un adulto si les pide que hagan algo que encuentran desagradable. Los programas escolares son muy variados en cuanto a su contenido y presentación y muchos también incluyen a los padres u otras personas a cargo.

Aunque hay consenso entre los investigadores en cuanto a que los niños pueden adquirir conocimientos y aptitudes para protegerse del abuso, se han planteado interrogantes acerca de si estas aptitudes se conservan con el paso del tiempo y si protegerían a un niño en una situación de abuso, en particular cuando el agresor es alguien bien conocido y goza de la confianza del niño. Por ejemplo, en una evaluación del Programa de Prevención Cuídate de Irlanda mencionado anteriormente, los niños incluidos en el programa mostraron mejoras significativas en cuanto a conocimientos y aptitudes (146). Cuando se efectuaron observaciones después de tres meses, se comprobó que se habían conservado las aptitudes.

Un metanálisis reciente (147) llegó a la conclusión de que los programas para prevenir la victimización fueron bastante eficaces en enseñarles a los

niños los conceptos y aptitudes relacionados con la protección contra el abuso sexual. Los investigadores también encontraron que la retención de esta información era satisfactoria. Sin embargo, concluyeron que la comprobación definitiva de la eficacia de estos programas requeriría demostrar que las aptitudes aprendidas habían sido transferidas con éxito a las situaciones de la vida real.

Campañas preventivas y educativas

Las campañas preventivas y educativas de amplia difusión son otra estrategia empleada para reducir el maltrato y descuido de los menores. Estas intervenciones se originan en la creencia de que una mayor sensibilización y comprensión del fenómeno por parte de la población general disminuirán el maltrato. Esto podría producirse directamente (cuando los agresores reconocen que su propio comportamiento está equivocado y constituye un maltrato y buscan tratamiento) o indirectamente (cuando se incrementan el reconocimiento y la notificación del maltrato por parte de las víctimas o de terceras personas).

En 1991–1992, se realizó en los Países Bajos una campaña en diversos medios de difusión (*148*, *149*). La meta era aumentar la divulgación de los casos de maltrato de menores, tanto por parte de las víctimas como de quienes tienen estrecho contacto con los niños, como los maestros. La campaña incluía un documental televisado, cortometrajes y anuncios, un programa de radio y materiales impresos como carteles, etiquetas adhesivas, folletos y artículos de periódicos. Se realizaron sesiones regionales de capacitación para los maestros. En una evaluación de esta intervención, Hoefnagels y Baartman (*149*) concluyeron que la campaña en los medios aumentó la divulgación, medida por la cantidad de llamadas telefónicas al servicio Línea Nacional de los Niños antes y después de la campaña. Sin embargo, es preciso investigar más a fondo el efecto de una mayor divulgación sobre las tasas de abuso de menores y sobre la salud mental de las víctimas.

Intervenciones para cambiar las actitudes y el comportamiento de la comunidad

Otra estrategia de prevención del maltrato y descuido de menores consiste en establecer intervenciones coordinadas para cambiar las actitudes y el comportamiento de la comunidad, y aplicarlas en diversos sectores. Un ejemplo de este tipo de programas es la respuesta integral al maltrato y descuido de menores en Kenya (recuadro 3.3).

En Zimbabwe, el Centro de Apoyo a la Investigación y la Capacitación instauró un programa participativo multisectorial para abordar el problema del abuso sexual de niños (*8*). El centro convocó a un grupo variado de personas, incluidos algunos profesionales, de las zonas rurales y urbanas del país. Se usaron la representación de papeles, la dramatización, pinturas y sesiones de discusión para resaltar las experiencias y las percepciones del abuso sexual de niños y considerar lo que podría hacerse para prevenir y detectar el problema.

Después de esta primera etapa, el grupo de participantes posteriormente estableció y puso en práctica dos programas de acción. El primero, un programa escolar elaborado en colaboración con los Ministerios de Educación y Cultura, abarcó la capacitación, el mejoramiento de las aptitudes profesionales y la preparación de materiales de trabajo para los psicopedagogos, los maestros, el personal administrativo y los niños. El segundo era un programa jurídico elaborado conjuntamente con el Ministerio de Justicia, Asuntos Jurídicos y Parlamentarios. Este programa —destinado a enfermeras, trabajadores de organizaciones no gubernamentales, oficiales de policía y otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley— estableció cursos de capacitación sobre cómo manejar a los agresores sexuales jóvenes. El adiestramiento abordó además la creación de tribunales que fueran comprensivos hacia las víctimas, destinados a los testigos vulnerables. También se elaboraron pautas para la notificación.

Estrategias en el ámbito social

Políticas y programas nacionales

La mayoría de las iniciativas de prevención del maltrato de menores hacen hincapié en las víctimas y los victimarios sin abordar necesariamente las causas fundamentales del problema. No obstante, se piensa que atacando con éxito la pobreza, mejorando los niveles educativos y las oportunidades laborales y aumentando la disponibilidad y la calidad de

RECUADRO 3.3

Prevención del maltrato y el descuido de menores en Kenya

En 1996, se formó una coalición en Kenya con el propósito de aumentar la conciencia del público acerca del maltrato y el descuido de menores y mejorar la prestación de servicios a las víctimas. Un estudio anterior efectuado en cuatro zonas del país reveló que el maltrato y el descuido de menores eran relativamente frecuentes, pero no existían sistemas organizados de respuesta. Los miembros de la coalición provenían inicialmente de ministerios fundamentales del gobierno y de organizaciones no gubernamentales con programas comunitarios. Posteriormente, se sumaron representantes del sector privado, la policía, el sistema judicial y los hospitales principales.

Todos los miembros de la coalición recibieron capacitación relativa al maltrato y el descuido de menores. Se establecieron tres grupos de trabajo que se ocuparon de la capacitación, de la promoción de la causa, y de la protección de los niños; cada uno de estos grupos colaboraba con dependencias gubernamentales u otros organismos específicos. El grupo de trabajo sobre la capacitación, por ejemplo, organizó conjuntamente con los ministerios de educación, de salud, del interior y del trabajo, talleres para personal docente, profesionales de la salud, abogados, asistentes sociales y personal policial. El grupo de promoción trabajó con el Ministerio de Información y Radiodifusión y con diversas organizaciones no gubernamentales en la producción de programas de radio y televisión y también colaboró con la prensa en las zonas rurales.

Es importante destacar que los niños mismos tomaron parte en el proyecto mediante certámenes de teatro, música y redacción de ensayos, que inicialmente se celebraron en el ámbito local y luego a nivel distrital, provincial y nacional. Estas competencias son ahora una actividad ordinaria dentro del sistema escolar keniano.

La coalición también trabajó para fortalecer la notificación y el tratamiento de los casos de maltrato y descuido de menores. Colaboró con el Departamento para los niños del Ministerio del Interior en el establecimiento de una base de datos sobre el maltrato y el descuido de menores y ayudó a crear una red jurídica para los niños maltratados, la "Red de Acción Judicial de los Niños". En 1998 y 1999, la coalición organizó conferencias nacionales y regionales para reunir a los investigadores y los profesionales del campo del maltrato y descuido de menores.

Como resultado de estas diversas iniciativas, más kenianos están ahora conscientes del problema del maltrato y el descuido de menores y se ha establecido un sistema para abordar las necesidades de las víctimas y sus familias.

la asistencia prestada a los niños, se pueden reducir significativamente las tasas de maltrato y descuido de menores. Las investigaciones efectuadas en varios países de Europa occidental, así como en Canadá, Colombia y partes de Asia y el Pacífico, indican que la disponibilidad de programas de alta calidad para la primera infancia puede compensar las desigualdades sociales y económicas y mejorar los resultados escolares (150). Sin embargo, se carece de datos que vinculen directamente la disponibilidad de tales programas con una disminución del maltrato de niños. Los estudios de estos programas generalmente han medido resultados tales como el desarrollo del niño y el éxito escolar.

Otras políticas que pueden afectar indirectamente a los niveles de maltrato y descuido de menores son las relacionadas con la salud reproductiva. Se ha mencionado que las políticas liberales sobre la salud reproductiva proporcionan mayor sensación de control del tamaño de la familia, y que esto a su vez beneficia a las mujeres y a los niños. Estas políticas, por ejemplo, han posibilitado una mayor flexibilidad en el empleo materno y han facilitado las disposiciones para el cuidado de los niños.

Sin embargo, también son importantes la índole y el alcance de estas políticas. Algunos investigadores han sostenido que las políticas que limitan el tamaño de las familias, como la política de "un solo hijo" en China, han tenido el efecto indirecto de reducir las tasas de maltrato y descuido de menores (151), pero otros señalan la mayor cantidad de niñas abandonadas en China como prueba de que tales políticas en realidad pueden aumentar la incidencia del maltrato.

Tratados internacionales

En noviembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño. Un principio orientador de la Convención es que los niños son individuos con derechos iguales a los de los adultos. No obstante, como los niños dependen de los adultos, rara vez se tienen en cuenta sus opiniones cuando los gobiernos plantean las políticas. Al mismo tiempo, los niños son a menudo el grupo más vulnerable en cuanto a las disposiciones gubernamentales referidas al ambiente, las condiciones de vida, la atención de salud y la nutrición. La Convención sobre los Derechos del Niño proporciona a todas las naciones signatarias normas y obligaciones claras para la protección de los niños.

La Convención sobre los Derechos del Niño es uno de los tratados y convenios internacionales más ampliamente ratificados. Sin embargo, sus efectos en cuanto a proteger a los niños del maltrato y el descuido aún no se han concretado plenamente (recuadro 3.4).

Recomendaciones

Hay varios campos importantes para la acción que deben ser abordados por los gobiernos, los investigadores, los trabajadores de la salud, los asistentes sociales, los profesionales de la educación y el derecho, las organizaciones no gubernamentales y otras personas e instituciones que luchan por evitar el maltrato y el descuido de los menores.

Mejor evaluación y vigilancia

Es necesaria la vigilancia de los gobiernos para detectar los casos de maltrato y descuido de menores y el daño que causan. Esa vigilancia puede consistir en reunir informes de casos, realizar encuestas periódicas o usar otros métodos apropiados, y cabe esperar la colaboración de las instituciones académicas, el sistema de atención de salud y las organizaciones no gubernamentales. Dado que en muchos países los profesionales no han sido capacitados en relación con este problema y en general se carece de programas gubernamentales, en la mayoría de los lugares probablemente no será suficiente basarse en los informes oficiales para despertar el interés del público acerca del maltrato y el descuido de menores. Posiblemente se requieran encuestas periódicas basadas en la población.

Mejores sistemas de respuesta

Es esencial que existan sistemas para responder al maltrato y el descuido de menores que funcionen. En Filipinas, por ejemplo, los hospitales privados y públicos proporcionan la primera línea de respuesta al maltrato de menores, seguidos del sistema de justicia penal nacional (152). Evidentemente, es vital que quienes prestan servicios a los niños en todas las etapas sean expertos sensibles. Las investigaciones, las evaluaciones médicas, la atención de salud física y mental, las intervenciones familiares y los servicios jurídicos deben ser completamente seguros para los niños y las familias afectados. En los países donde hay una tradición de sociedades privadas de ayuda a los niños que prestan estos servicios, quizá sea necesario vigilar solo la atención. Sin embargo, es importante que los gobiernos garanticen la calidad y la disponibilidad de los servicios y los proporcionen cuando no exista ningún otro prestador.

Formulación de políticas

Los gobiernos deben ayudar a los organismos locales a instaurar servicios eficaces de protección de los niños. Tal vez se requieran nuevas políticas, como:

- asegurar que haya personal capacitado;
- preparar respuestas usando una variedad de disciplinas;
- proporcionar hogares alternativos para el cuidado de los niños;
- garantizar el acceso a los recursos de salud;
- proporcionar recursos para las familias.

RECUADRO 3.4

La Convención sobre los Derechos del Niño

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce e insta a respetar los derechos humanos de los niños. En particular, el artículo 19 llama a instaurar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a los niños contra toda forma de violencia, incluidos el maltrato y el descuido.

Sin embargo, es difícil evaluar las repercusiones precisas de la convención sobre los grados del maltrato de menores. La mayoría de los países incluyen la protección de los niños contra la violencia dentro del derecho de familia, lo cual dificulta obtener información detallada sobre los avances que han logrado los signatarios de la convención en cuanto a prevenir el maltrato de menores. Además, ningún estudio mundial ha tratado de determinar específicamente las repercusiones de la convención en la prevención del maltrato.

Aun así, la convención ha estimulado reformas jurídicas y el establecimiento de organismos de derecho público para supervisar los problemas que afectan a los niños. En América Latina, pionera en el proceso mundial de ratificar la convención y reformar en consecuencia la legislación, los parlamentos nacionales han aprobado leyes que estipulan que los niños deben ser protegidos de las situaciones de riesgo, incluido el descuido, la violencia y la explotación. La incorporación de la convención en la jurisprudencia nacional ha conducido al reconocimiento oficial de la función clave de la familia en cuanto a la atención y el desarrollo de los niños. En el caso del maltrato de menores, se ha pasado de la medida de poner a los niños maltratados al cuidado de instituciones a políticas de mayor apoyo a la familia y apartar a los causantes del maltrato del entorno familiar.

En Europa, Polonia es uno de los países que han integrado las estipulaciones de la convención en la legislación nacional. Los cuerpos locales del gobierno en ese país ahora tienen la responsabilidad de proporcionar ayuda social, psiquiátrica y jurídica a los niños. En África, Ghana también ha modificado su código penal aumentando las penas por violación y abuso deshonesto y aboliendo la opción de las multas para los delitos que implican violencia sexual. El gobierno también ha realizado campañas educativas sobre aspectos relacionados con los derechos de los niños, incluido el maltrato de menores.

No obstante, solo unos pocos países cuentan con disposiciones jurídicas que cubren todas las formas de violencia contra los niños. Además, la falta de coordinación entre diferentes dependencias del gobierno y entre las autoridades en los ámbitos nacional y local, así como otros factores, han dado lugar a una aplicación a menudo fragmentada de las medidas que se han ratificado. En el Ecuador, por ejemplo, se ha establecido un organismo nacional para proteger a los menores, pero se requiere una reforma del sistema de protección de la niñez para que sea posible el cumplimiento adecuado de los derechos de los niños. En Ghana, las reformas jurídicas solo han tenido efecto limitado, ya que se carece de fondos para difundir la información e impartir la capacitación necesaria.

Las organizaciones no gubernamentales han dedicado considerables esfuerzos a promover los derechos del niño y han hecho campañas para que se apoye decididamente la convención. Los organismos de protección de los niños en varios países, como Gambia, Pakistán y Perú, han usado la convención para justificar los pedidos de mayor inversión estatal en la protección de los niños y, en general, mayor participación gubernamental y no gubernamental en la prevención del maltrato de menores. En Pakistán, por ejemplo, la Coalición para los Derechos del Niño trabaja en la Provincia de la Frontera del Nordeste capacitando a los activistas de la comunidad sobre los derechos del niño y llevando a cabo investigaciones sobre problemas tales como el maltrato de menores. Utilizando sus propios resultados y el marco jurídico de la convención, trata de lograr que otras organizaciones comunitarias se vuelvan más sensibles al problema del abuso.

RECUADRO 3.4 (continuación)

Es necesario que más países incorporen los derechos de los niños en sus políticas sociales y ordenen a las instituciones de los gobiernos locales que apliquen estos derechos. También se necesitan datos específicos sobre la violencia contra los niños y sobre las intervenciones que abordan el problema para que se puedan vigilar los programas existentes y poner en práctica los nuevos de manera eficaz.

Un aspecto importante de las políticas que es preciso abordar es la forma en que opera el sistema de justicia con respecto a las víctimas del maltrato y descuido de menores. Algunos países han asignado recursos para mejorar los juzgados de menores, encontrar maneras de reducir al mínimo la necesidad del testimonio de los niños y asegurar que, cuando un niño atestigua en el tribunal, estén presentes personas que lo apoyen.

Mejores datos

La falta de datos adecuados sobre el grado y las consecuencias del maltrato y el descuido ha restringido la elaboración de respuestas apropiadas en casi todo el mundo. Sin datos locales de calidad, también es difícil crear una sensibilización adecuada sobre el maltrato y el descuido de los menores y generar los conocimientos para abordar el problema entre los profesionales de los servicios sanitarios, jurídicos y sociales. Si bien es esencial efectuar un estudio sistemático sobre el maltrato y el descuido de los menores dentro de cada país, se debe alentar a los investigadores a que utilicen las técnicas de medición ya empleadas con éxito en otros sitios, de tal modo que se puedan hacer comparaciones transculturales significativas y examinar las razones que explican las variaciones entre los países.

Más investigaciones

Prácticas disciplinarias

Se necesitan más investigaciones para explorar las variaciones de la definición de comportamientos disciplinarios aceptables en las distintas culturas. Las características de las variaciones culturales de los métodos para disciplinar a los niños pueden ayudar a todos los países a elaborar definiciones operativas del maltrato y a prestar atención a las variaciones culturales dentro de los países. Esas variaciones culturales quizá sean efectivamente la razón fundamental de algunas de las manifestaciones insólitas del maltrato de menores informadas en la bibliografía médica (153). Algunos de los datos citados anteriormente indican que bien puede haber en las distintas culturas una concordancia más general que lo que se creía anteriormente sobre cuáles prácticas disciplinarias se consideran inadmisibles y constituyen maltrato. Sin embargo, se requieren investigaciones que exploren aún más si se puede alcanzar también un consenso más amplio en cuanto a los castigos muy severos.

El descuido

Hay también una gran necesidad de incrementar los estudios sobre el problema del descuido de los niños. Dado que el descuido se asocia tan estrechamente con la escasa educación y los ingresos bajos, es importante descubrir cómo distinguir mejor el descuido en que incurren los padres de las carencias resultantes de la pobreza.

Factores de riesgo

Muchos factores de riesgo parecen operar de igual manera en todas las sociedades; no obstante, hay algunos, que es preciso investigar más a fondo, que parecen depender de la cultura. Si bien hay una asociación clara entre el riesgo de maltrato y la edad del niño, las tasas máximas de maltrato físico se presentan en diferentes edades en los distintos países. Este fenómeno requiere investigaciones adicionales. En particular, es necesario conocer mejor cómo las expectativas de los padres acerca del comportamiento de sus hijos varía según las culturas, así como qué

función desempeñan las características del niño en la manifestación del maltrato.

Otros elementos que se han propuesto ya sea como factores de riesgo o como factores protectores en relación con el maltrato de menores —como el estrés, el capital social, el apoyo social, la disponibilidad de una familia ampliada que ayude a cuidar a los niños, la violencia doméstica y el abuso de sustancias psicotrópicas— también deben ser investigados.

Igualmente necesario es un mejor conocimiento de cómo factores sociales, culturales y económicos más amplios influyen en la vida familiar. Se cree que esas fuerzas interactúan con los factores individuales y familiares para producir formas de comportamiento coercitivas y violentas. Sin embargo, la mayoría de esas fuerzas no se han tenido en cuenta en los estudios del maltrato de menores.

Documentación de las respuestas eficaces

Se han llevado a cabo relativamente pocos estudios sobre la eficacia de las respuestas para evitar el maltrato y el descuido de los menores. Por lo tanto, en los países tanto industrializados como en desarrollo es urgente la necesidad de efectuar una evaluación rigurosa de muchas de las respuestas preventivas descritas anteriormente. Otras intervenciones existentes también deben ser evaluadas con respecto a su potencial para prevenir el maltrato, por ejemplo, los pagos de subsidios por hijos, las licencias por maternidad y por paternidad con goce de sueldo y los programas de asistencia en la primera infancia. Finalmente, se deben formular y poner a prueba nuevas estrategias, en especial las que se concentran en la prevención primaria.

Mejor capacitación y educación para los profesionales

Los profesionales de la salud y la educación tienen una responsabilidad especial. Los investigadores en los campos de la medicina y la salud pública deben tener las aptitudes requeridas para proyectar y realizar investigaciones sobre el maltrato. Los programas de estudio para los estudiantes de medicina y de enfermería, los programas de capacitación de posgrado en ciencias sociales y de la conducta, y los programas de capacitación para maestros deben todos incluir el tema del maltrato de menores y la elaboración de las respuestas al problema dentro de las organizaciones. Es preciso que los profesionales eminentes en todos estos campos trabajen en forma activa para conseguir recursos que permitan poner en práctica de manera adecuada esos programas de estudios.

Conclusiones

El maltrato de los menores es un grave problema mundial de salud. Aunque la mayoría de los estudios sobre este problema se han realizado en los países desarrollados, hay pruebas irrefutables de que es un fenómeno frecuente en todo el mundo.

Mucho más puede y debe hacerse al respecto. En muchos países, hay poco conocimiento sobre el maltrato de los menores entre el público o los profesionales de la salud. El reconocimiento y la concientización, si bien son constituyen elementos esenciales para la prevención eficaz, son solo parte de la solución. Los esfuerzos y las políticas de prevención deben dirigirse directamente a los niños, a quienes les prestan asistencia y a los entornos en los que viven, para prevenir que se produzca el maltrato potencial y tratar eficazmente los casos de maltrato y descuido que se hayan producido. Se requieren aquí los esfuerzos concertados y coordinados de una amplia gama de sectores, y los investigadores y los profesionales de la salud pública pueden desempeñar una función clave al liderar y facilitar el proceso.

Referencias

1. Ten Bensel RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. En: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997:3–28.
2. Kempe CH et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962, 181:17–24.
3. Estroff SE. A cultural perspective of experiences of illness, disability and deviance. En: Henderson GE et al., eds. *The social medicine reader*. Durham, NC, Duke University Press, 1997:6–11.
4. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15:67–77.

5. Facchin P et al. *European strategies on child protection: preliminary report*. Padua, Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua, 1998.
6. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, D.C., National Academy of Sciences Press, 1993.
7. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
8. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999, WHO, Geneva*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.1).
9. Straus MA. *Manual for the Conflict Tactics Scales*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
10. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 1979, 41:75–88.
11. Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. En: Kantor K et al., eds. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997:119–135.
12. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent–Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:249–270.
13. Straus MA, Gelles RJ, eds. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1990.
14. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23–33.
15. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259–268.
16. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:265–277.
17. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959–973.
18. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467–516.
19. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517–543.
20. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543–1555.
21. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233–247.
22. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 80:7–14.
23. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis & management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47–80.
24. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204:75–87.
25. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 1999, 104:168–177.
26. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169–179.
27. Larner M, Halpren B, Harkavy O. *Fair start for children: lessons learned from seven demonstrations*. New Haven, CT, Yale University Press, 1992.
28. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557–1565.
29. Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglio d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:109–121.
30. Oral R et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:279–290.
31. Schein M et al. The prevalence of a history of sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:667–675.
32. Shalhoub-Kevrkian N. The politics of disclosing female sexual abuse: a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1275–1293.
33. Runyan DK. Prevalence, risk, sensitivity and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:493–498.
34. Browne K et al. *Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study* 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
35. Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of child sexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:837–847.

36. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1355–1364.
37. Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998, 26:129–139.
38. Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:489–498.
39. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent–child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839–853.
40. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435–447.
41. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163–1173.
42. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*, 1992, 90:157–161.
43. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381–391.
44. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
45. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823–832.
46. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18: 409–417.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31–53.
48. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse: an evidence-based perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
49. Russell DEH. *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. Nueva York, NY, Basic Books, 1986.
50. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8:257–267.
51. *Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya*. Nairobi, African Network for the Prevention and Protection against Child Abuse and Neglect, 2000.
52. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70:688–692.
53. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
54. Troemé NH, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
55. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
56. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35:320–335.
57. Dubowitz H, Black MB. Child neglect. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:339–362.
58. Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 1978, 61:629–635.
59. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstance, childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14:219–239.
60. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
61. *Equality, development and peace*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000.
62. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh: prevalence and determinants. *Public Health*, 2000, 114:380–384.
63. Leventhal JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:647–653.
64. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of school children in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19: 1077–1082.
65. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
66. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621–626.
67. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24: 323–332.
68. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463–465.

69. Levesque RJR. *Sexual abuse of children: a human rights perspective*. Bloomington, IN, Indiana University Press, 1999.
70. MacIntyre D, Carr A. The epidemiology of child sexual abuse. *Journal of Child Centred Practice*, 1999:57–86.
71. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. Londres, Sage, 1986.
72. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54–69.
73. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
74. Isaranurug S et al. Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84:1481–1489.
75. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the "Children of the Nineties": a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.
76. Lindell C, Svedin CG. Physical abuse in Sweden: a study of police reports between 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:150–157.
77. Khamis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1047–1059.
78. Larrain S, Vega J, Delgado I. *Relaciones familiares y maltrato infantil*. Santiago, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1997.
79. Tadele G, Tefera D, Nasir E. *Family violence against children in Addis Ababa*. Addis Ababa, African Network for the Prevention of and Protection against Child Abuse and Neglect, 1999.
80. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997.
81. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. En: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:197–208.
82. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*, 2000, 356:814–819.
83. Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 106:3–28.
84. Children's Bureau. *The national child abuse and neglect data system 1998*. Washington, D.C., United States Department of Health and Human Services, 1999.
85. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.
86. Cawson P et al. *The prevalence of child maltreatment in the UK*. Londres, National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2000.
87. De Paul J, Milner JS, Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:907–920.
88. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 2000, 5:218–226.
89. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79–90.
90. Coulton CJ et al. Community-level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 1995, 66:1262–1276.
91. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019–1040.
92. McLloyd VC. The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting, and socioeconomic development. *Child Development*, 1990, 61:311–346.
93. Korbin JE et al. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 12:1509–1527.
94. Bifulco A, Moran A. *Wednesday's child: research into women's experience of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. Londres, Routledge, 1998.
95. Briere JN. *Child abuse trauma: theory and treatment of lasting effects*. Londres, Sage, 1992.
96. Lau JT et al. Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents: a population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:549–557.
97. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1365–1374.
98. Trowell J et al. Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: a North London study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 8:107–116.
99. Anda R et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1652–1658.
100. Felitti V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.

101. McBeth J et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, 1999, 42:1397–1404.
102. Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:123–156.
103. Wattam C, Woodward C. "… And do I abuse my children? No!" Learning about prevention from people who have experienced child abuse. En: *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. Vol. 2*. Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
104. National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. Vol. 1*. Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
105. Olds D et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78:65–78.
106. Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:637–643.
107. The David and Lucile Packard Foundation. Home visiting: recent program evaluations. *The Future of Children*, 1999, 9:1–223.
108. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:1451–1458.
109. Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:40–47.
110. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:271–283.
111. Kinney J et al. The homebuilder's model. En: Whittaker JK et al. *Reaching high-risk families: intensive family preservation in human services. Modern applications of social work*. Nueva York, NY, Aldine de Gruyter, 1990:31–64.
112. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1127–1149.
113. Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:273–278.
114. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:159–169.
115. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1461–1470.
116. *Child maltreatment*. Washington, D.C., American Medical Association, actualizado periódicamente. (Se puede consultar por Internet en: http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4663.html.)
117. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186–191.
118. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:63–69.
119. Kutlesic V. The McColgan case: increasing the public awareness of professional responsibility for protecting children from physical and sexual abuse in the Republic of Ireland: a commentary. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1999, 8:105–108.
120. LeBihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. *Santé Publique*, 1998, 10:305–310.
121. Díaz Huertes JA et al. Abused children: role of the pediatrician. *Anales Españoles de Pediatría*, 2000, 52:548–553.
122. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207–286.
123. Jenny C. Cutaneous manifestations of child abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23–45.
124. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:481–491.
125. Giardino AP, Brayden RM, Sugarman JM. Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:331–336.
126. Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:463–473.
127. Fantuzzo JW et al. Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:34–39.
128. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1408–1423.

129. O'Donohue WT, Elliott AN. Treatment of the sexually abused child: a review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992, 21:218–228.
130. Vargo B et al. Child sexual abuse: its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33:468–473.
131. Beutler LE, Williams RE, Zetzer HA. Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:156–175.
132. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 1999, 9:122–132.
133. Pelcovitz D, Kaplan SJ. Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1994, 3:745–758.
134. Pynoos RS, Eth S. Special intervention programs for child witnesses to violence. En: Lystad M, ed. *Violence in the home: interdisciplinary perspectives*. Filadelfia, PA, Brunner/Mazel, 1986:193–216.
135. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1986, 18:356–380.
136. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 1995, 10:295–306.
137. Dube SR et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:3089–3096.
138. Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, 30:1–12.
139. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781–1787.
140. Roelofs MAS, Baartman HEM. The Netherlands. Responding to abuse: compassion or control? En: Gilbert N, ed. *Combatting child abuse: international perspectives and trends*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1997:192–211.
141. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267: 3172–3175.
142. Luallen JJ et al. Child fatality review in Georgia: a young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 1998, 91:414–419.
143. Myers JEB. *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
144. Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:457–464.
145. Cross TP, Whitcomb D, DeVos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child abuse sexual abuse: a case-flow analysis. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19: 1431–1442.
146. MacIntyre D, Carr A. Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23: 1307–1325.
147. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:975–987.
148. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1091–1101.
149. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure: the effects of a mass media field experiment. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:557–573.
150. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94–114.
151. Hesketh T, Zhu WX. Health in China. The one-child family policy: the good, the bad, and the ugly. *British Medical Journal*, 1997, 314:1685–1689.
152. Ramiro L, Madrid B, Amarillo M. *The Philippines World-SAFE Study (Final report)*. Manila, International Clinical Epidemiology Network, 2000.
153. Socolar RRS, Runyan DK. Unusual manifestations of child abuse. En: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Filadelfia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:453–466.

CAPÍTULO 4

La violencia en la pareja

Antecedentes

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infligida por su marido o pareja masculina. Esto contrasta sobremanera con la situación de los hombres, mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo (*1–5*). El hecho de que las mujeres a menudo tengan vínculos afectivos con el hombre que las maltrata y dependan económicamente de él, ejerce gran influencia sobre la dinámica del maltrato y las estrategias para hacerle frente.

La violencia en la pareja se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural. Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas, y la violencia también se da a veces en las parejas del mismo sexo, la violencia en la pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres (*6, 7*). Por este motivo, en el presente capítulo se abordará el tema de la violencia infligida por los hombres a sus parejas.

Desde hace mucho tiempo, las organizaciones de mujeres en todo el mundo han venido denunciando la violencia contra la mujer, en particular la infligida por su pareja. Gracias a sus esfuerzos, la violencia contra la mujer en la relación de pareja se ha convertido en un motivo de preocupación internacional. Considerada inicialmente como un tema sobre todo de derechos humanos, la violencia masculina en la pareja se ve cada vez más como un problema importante de salud pública.

La magnitud del problema

La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Este comportamiento incluye:

- Agresiones físicas: por ejemplo, abofetear, golpear con los puños, patear.
- Maltrato psíquico: por ejemplo, mediante intimidación, denigración y humillación constantes.
- Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.
- Diversos comportamientos dominantes: por ejemplo, aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.

Cuando el maltrato se produce reiteradamente en la misma relación, el fenómeno suele denominarse "maltrato físico".

En 48 encuestas basadas en la población efectuadas en todo el mundo, entre 10% y 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas (cuadro 4.1). El porcentaje de las mujeres que habían sido atacadas por su pareja en los 12 meses anteriores varió de 3% o menos entre las mujeres de Australia, Canadá y Estados Unidos a 27% entre las mujeres que alguna vez tuvieron una pareja (es decir, mujeres que alguna vez habían mantenido relaciones sexuales con un hombre) en León (Nicaragua), 38% de las mujeres casadas en la República de Corea, y 52% de las mujeres palestinas casadas en la Ribera Occidental y la Faja de Gaza. Para muchas de estas mujeres, la agresión física no era un suceso aislado sino parte de una pauta continua de comportamiento abusivo.

La investigación indica que la violencia física en las relaciones de pareja se acompaña a menudo de maltrato psíquico, y en una tercera parte a más de la mitad de los casos también hay abuso sexual (*3, 8–10*). En el Japón, por ejemplo, entre 613 mujeres que en un momento dado habían sido maltratadas, 57% habían sufrido los tres tipos de abuso: físico, psíquico y sexual. Menos de 10% de estas mujeres habían experimentado solo maltrato físico (*8*). De igual manera, en Monterrey (México), 52% de las mujeres agredidas físicamente también habían sido maltratadas sexualmente por su pareja (*11*). La figura 4.1 ilustra gráficamente la superposición de los tipos de maltrato entre las mujeres que alguna vez tuvieron una relación de pareja con un hombre en León (Nicaragua) (*9*).

La mayoría de las mujeres que son víctimas de agresión física por lo general se ven sometidas a muchos actos de violencia con el transcurso del tiempo. En el estudio de León, por ejemplo, 60% de las mujeres maltratadas durante el año precedente habían sido agredidas más de una vez, y 20% habían experimentado violencia grave más de seis veces. Entre las mujeres que notificaron una agresión física, 70%

CUADRO 4.1

Agresión física a las mujeres por su pareja masculina, según estudios basados en poblaciones seleccionadas, 1982–1999

País o zona	Año del estudio	Cobertura	Muestra			Proporción de mujeres agredidas físicamente por su pareja (%)		
			Tamaño	Población estudiada[a]	Edad (años)	En los 12 meses anteriores	En la relación actual	Alguna vez
África								
Etiopía	1995	Meskanena Woreda	673	II	≥15	10[b]		45
Kenia	1984–1987	Distrito Kisii	612	VI	≥15		42	
Nigeria	1993	No declarado	1 000	I	—			31[c]
Sudáfrica	1998	Eastern Cape	396	III	18–49	11		27
		Mpumalanga	419	III	18–49	12		28
		Northern Province	464	III	18–49	5		19
		Nacional	10 190	III	15–49	6		13
Zimbabwe	1996	Midlands Province	966	I	≥18			17[d]
América del Norte								
Canadá	1991–1992	Toronto	420	I	18–64			27[c]
	1993	Nacional	12 300	I	≥18	3[d,e]		29[d,e]
Estados Unidos	1995–1996	Nacional	8 000	I	≥18	1,3[c]		22[c]
América Latina y el Caribe								
Antigua	1990	Nacional	97	I	29–45			30[d]
Barbados	1990	Nacional	264	I	20–45			30[c,e]
Bolivia	1998	Tres distritos	289	I	≥20	17[c]		
Chile	1993	Provincia de Santiago	1 000	II	22–55		26/11[f]	
	1997	Santiago	310	II	15–49	23		
Colombia	1995	Nacional	6 097	II	15–49		19	
México	1996	Guadalajara	650	III	≥15			27
		Monterrey	1 064	III	≥15			17
Nicaragua	1995	León	360	III	15–49	27/20[f]		52/37[f]
	1997	Managua	378	III	15–49	33/28		69
	1998	Nacional	8 507	III	15–49	12/8[f]		28/21[f]
Paraguay	1995–1996	Nacional, excepto la región del Chaco	5 940	III	15–49			10
Perú	1997	Lima, zona metropolitana (ingreso mediano y bajo)	359	II	17–55	31		
Puerto Rico	1995–1996	Nacional	4 755	III	15–49			13[g]
Uruguay	1997	Dos regiones	545	II[h]	22–55	10[e]		
Asia y Pacífico Occidental								
Australia	1996	Nacional	6 300	I	—	3[d]	8[d]	
Bangladesh	1992	Nacional (aldeas)	1 225	II	<50	19		47
	1993	Dos regiones rurales	10 368	II	15–49		42	
Camboya	1996	Seis regiones	1 374	III	—			16
India	1993–1994	Tamil Nadu	859	II	15–39		37	
	1993–1994	Uttar Pradesh	983	II	15–39		45	
	1995–1996	Uttar Pradesh, cinco distritos	6 695	IV	15–65		30	
	1998–1999	Nacional	89 199	III	15–49	11[i]		19[i]
	1999	Seis estados	9 938	III	15–49	14		40/26
Filipinas	1993	Nacional	8 481	V	15–49			10
	1998	Cagayan de Oro City y Bukidnon Province	1 660	II	15–49			26[j]
Papua Nueva Guinea	1982	Nacional, aldeas rurales	628	III[h]	—			67
	1984	Port Moresby	298	III[h]	—			56
República de Corea	1989	Nacional	707	II	≥20	38/12[f]		
Tailandia	1994	Bangkok	619	IV	—		20	
Europa								
Noruega	1989	Trondheim	111	III	20–49			18
Países Bajos	1986	Nacional	989	I	20–60			21/11[c,f]

CUADRO 4.1 *(continuación)*

País o zona	Año del estudio	Cobertura	Muestra			Proporción de mujeres agredidas físicamente por su pareja (%)		
			Tamaño	Población estudiada[a]	Edad (años)	En los 12 meses anteriores	En la relación actual	Alguna vez
Europa *(continuación)*								
República de Moldova	1997	Nacional	4 790	III	15–44	≥7		≥14
Reino Unido	1993	Norte de Londres	430	I	≥16	12[c]		30[c]
Suiza	1994–1996	Nacional	1 500	II	20–60	6[e]		21[e]
Turquía	1998	Anatolia oriental y sudoriental	599	I	14–75			58[c]
Mediterráneo Oriental								
Egipto	1995–1996	Nacional	7 121	III	15–49	16[j]		34[g]
Israel	1997	Población árabe	1 826	II	19–67	32		
Ribera Occidental y Faja de Gaza	1994	Población palestina	2 410	II	17–65	52/37[f]		

Fuente: reproducido de la referencia *6* con el permiso de la editorial.

[a] Población de estudio: I = todas las mujeres; II = mujeres casadas/unidas; III = mujeres alguna vez casadas/unidas; IV = hombres casados que notifican el uso de la violencia contra la esposa; V = mujeres con un resultado de embarazo; VI = mujeres casadas, la mitad con resultado de embarazo, la mitad sin ese resultado.

[b] En los últimos tres meses.

[c] El grupo de la muestra incluyó a mujeres que nunca habían estado en relación de pareja y, por consiguiente, no estaban en riesgo de violencia en la pareja.

[d] Aunque la muestra incluye a todas las mujeres, se presenta la tasa de maltrato para las mujeres alguna vez casadas/unidas (no se da el número).

[e] Maltrato físico o sexual.

[f] Cualquier forma de maltrato físico o solo maltrato físico grave.

[g] La tasa de maltrato por la pareja en las mujeres algunas vez casadas/unidas se volvió a calcular a partir de los datos del autor.

[h] Se usaron técnicas de muestreo no aleatorio.

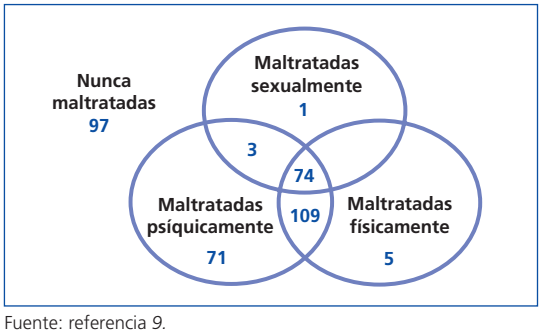
[i] Incluye agresiones por otros.

[j] El agresor podía ser un miembro de la familia o un amigo cercano.

denunciaron maltrato grave (12). El número promedio de agresiones físicas durante el año precedente entre las mujeres que actualmente sufrían maltrato, según una encuesta efectuada en Londres, Inglaterra, fue de siete (13), mientras que en los Estados Unidos, según un estudio nacional realizado en 1996, fue de tres (5).

FIGURA 4.1

Intersecciones de los conjuntos de mujeres maltratadas sexual, física y psíquicamente en León (Nicaragua) (*N* = 360 mujeres que algunas vez estuvieron en una relación íntima)



Fuente: referencia *9*.

Diversos tipos de maltrato suelen coexistir en la misma relación. Sin embargo, los estudios de prevalencia de la violencia doméstica son un campo nuevo de investigación y en general no se cuenta con datos sobre los diversos tipos de violencia en las relaciones de pareja diferentes de la violencia física. Las cifras del cuadro 4.1, por consiguiente, se refieren en forma exclusiva a la agresión física. Aun así, debido a diferencias metodológicas, los datos de estos estudios bien diseñados no son directamente comparables. Los cálculos publicados del maltrato son sumamente sensibles a las definiciones particulares usadas, la manera en la cual se formulan las preguntas, el grado de privacidad de las entrevistas y la naturaleza de la población examinada (14) (recuadro 4.1). Por consiguiente, las diferencias entre los países —especialmente las muy pequeñas— bien

RECUADRO 4.1

Para hacer comparables los datos sobre la violencia masculina en la pareja

Diversos factores influyen en la calidad y comparabilidad de los datos sobre la violencia masculina en la pareja, entre ellos:

— incongruencias en la forma en que se definen la violencia y el maltrato;
— variaciones en los criterios de selección de los participantes en los estudios;
— diferencias atribuibles a las fuentes de los datos;
— la disposición de los entrevistados a hablar abiertamente sobre sus experiencias con la violencia.

Debido a estos factores, la mayor parte de las cifras de prevalencia de violencia en las relaciones de pareja aportadas por distintos estudios no pueden compararse directamente. Por ejemplo, no todos los estudios separan las diferentes clases de violencia, de manera que no siempre es posible distinguir entre actos de violencia física, sexual o psíquica. Algunos estudios examinan solo los actos de violencia en los 12 meses o 5 años precedentes, mientras que otros miden las experiencias a lo largo de toda la vida.

También hay considerable variación en las poblaciones de estudio usadas para la investigación. En muchos estudios sobre la violencia en la pareja se incluye a todas las mujeres dentro de un determinado intervalo de edad, mientras que en otros se entrevista solo a las mujeres que están o han estado casadas. Tanto la edad como el estado civil se asocian con el riesgo de una mujer de sufrir maltrato a manos de su pareja. Por lo tanto, los criterios de selección de los participantes pueden afectar considerablemente a los cálculos de la prevalencia del maltrato en una población.

Asimismo, es probable que dichos cálculos varíen según la fuente de los datos. Varios estudios a escala nacional han producido cálculos de la prevalencia de la violencia en la pareja que generalmente son inferiores a los obtenidos a partir de estudios exhaustivos más acotados de las experiencias de las mujeres con la violencia. Los estudios exhaustivos más pequeños tienden a concentrarse más en la interacción entre los entrevistadores y los entrevistados. También tienden a abordar el asunto con muchos más detalles que la mayoría de las encuestas nacionales. Los cálculos de prevalencia pueden además variar entre los dos tipos de estudios debido a algunos de los factores anteriormente mencionados, en especial las diferencias en las poblaciones estudiadas y en las definiciones de la violencia.

Estimular la denuncia

Todos los estudios sobre temas delicados como la violencia se enfrentan con el problema de cómo lograr que las personas hablen abiertamente acerca de aspectos íntimos de su vida. El éxito dependerá en parte de la forma en que las preguntas se enmarquen y se formulen, así como del grado de comodidad de los entrevistados durante la entrevista. Lo último depende de factores tales como el sexo del entrevistador, la duración de la entrevista, si otras personas están presentes, y el grado de interés y la ausencia de una actitud crítica de parte del entrevistador.

Diversas estrategias pueden ayudar a mejorar la denuncia. Ellos son:

- Dar al entrevistado varias oportunidades durante la entrevista para que pueda explayarse sobre la violencia.
- Usar preguntas sobre comportamientos específicos en vez de preguntas subjetivas tales como "¿Alguna vez ha sido maltratada?"
- Seleccionar cuidadosamente a los entrevistadores y adiestrarlos para que entablen una buena relación con las entrevistadas.
- Apoyar a las entrevistadas para ayudar a evitar represalias por parte de la pareja o de algún miembro de la familia que las maltrata.

RECUADRO 4.1 (continuación)

La seguridad tanto de los entrevistados como de los entrevistadores siempre debe tenerse en cuenta en todas las estrategias para mejorar la investigación sobre la violencia.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado recientemente normas que abordan los temas éticos y de seguridad en la investigación de la violencia contra la mujer (*15*). También se están preparando normas para definir y cuantificar la violencia infligida por la pareja y la agresión sexual, con el fin de ayudar a mejorar la comparabilidad de los datos. Algunas de esas normas ya se han publicado (*16*) (véase el apartado "Recursos").

podrían reflejar variaciones metodológicas y no diferencias reales de las tasas de prevalencia.

Medición de la violencia masculina en la pareja

En las encuestas de violencia en la pareja, a las mujeres por lo general se les pregunta si han experimentado algún maltrato de una lista de actos específicos de agresión, tales como bofetadas, golpes, puñetazos, patadas o amenazas con un arma. Las investigaciones han revelado que preguntas específicamente referidas al comportamiento, como "¿Alguna vez ha sido obligada a tener relaciones sexuales contra su voluntad?", producen mayores tasas de respuesta positiva que las preguntas que piden a las mujeres indicar si han sido "maltratadas" o "violadas" (17). Tales preguntas específicamente referidas al comportamiento también permiten a los investigadores medir la gravedad y la frecuencia relativa del maltrato sufrido. Los actos físicos que son más graves que abofetear, dar empujones o lanzarle objetos a una persona se definen en general en los estudios como "violencia grave", aunque algunos observadores se oponen a que la gravedad se defina exclusivamente según el acto (18).

Centrarse exclusivamente en los actos también puede ocultar la atmósfera de terror que a veces impregna las relaciones violentas. En una encuesta nacional de la violencia contra la mujer realizada en el Canadá, por ejemplo, una tercera parte de las mujeres que habían sido agredidas físicamente por su pareja declararon que habían temido por su vida en algún momento de la relación (19). Aunque los estudios internacionales se han concentrado en la violencia física porque se conceptualiza y se mide más fácilmente, los estudios cualitativos indican que para algunas mujeres el maltrato y la degradación psicológicos resultan aún más intolerables que la violencia física (1, 20, 21).

Violencia y asesinato en la pareja

Los datos de una gama amplia de países indican que la violencia en la pareja es la causa de un número significativo de muertes por asesinato entre las mujeres. Estudios efectuados en Australia, Canadá, los Estados Unidos, Israel y Sudáfrica revelan que en 40% a 70% de los asesinatos de mujeres las víctimas fueron muertas por su esposo o novio, a menudo en el contexto de una relación de maltrato constante (22–25). Esto contrasta notablemente con la situación de las víctimas masculinas de asesinato. En los Estados Unidos, por ejemplo, solo 4% de los hombres asesinados entre 1976 y 1996 fueron muertos por su esposa, ex esposa o novia (26). En Australia, entre 1989 y 1996, la cifra fue de 8,6% (27).

Los factores culturales y la disponibilidad de armas definen los perfiles de los asesinatos cometidos por la pareja en diferentes países. En los Estados Unidos, el número de asesinatos de mujeres con armas de fuego es mayor que el cometido con todos los otros tipos de armas combinados (28). En la India, el uso de armas de fuego es raro, pero las golpizas y la muerte por fuego son comunes. Una treta habitual consiste en rociar a una mujer con queroseno, prenderle fuego y luego afirmar que murió en un "accidente de cocina". Los funcionarios indios de salud pública sospechan que muchos asesinatos de

mujeres quedan ocultos por las estadísticas oficiales como "quemaduras accidentales". En un estudio realizado a mediados de los años ochenta se encontró que entre las mujeres de 15 a 44 años de edad en el gran Bombay y otras zonas urbanas del estado de Maharashtra, una de cada cinco defunciones se imputaron a "quemaduras accidentales" (29).

Nociones tradicionales del honor masculino

En muchos lugares, las ideas del honor masculino y la castidad femenina ponen a las mujeres en riesgo (véase también el capítulo 6). Por ejemplo, en partes del Mediterráneo Oriental, el honor de un hombre a menudo está vinculado a la "pureza" sexual percibida de las mujeres de su familia. Si una mujer es "deshonrada" sexualmente —mediante la violación o porque incurre voluntariamente en relaciones sexuales extramatrimoniales— se considera que ha dañado el honor familiar. En algunas sociedades, la única manera de limpiar el honor familiar es matar a la mujer o muchacha acusada del "agravio". En un estudio de las defunciones femeninas ocurridas por asesinato en Alejandría (Egipto), se encontró que 47% de las mujeres habían sido muertas por un pariente después de que habían sido violadas (30).

La dinámica de la violencia en la pareja

Investigaciones recientes realizadas en los países industrializados indican que las formas de violencia infligida por la pareja que se observan no son las mismas para todas las parejas que experimentan conflictos violentos. Parecería haber al menos dos modalidades (31, 32):

- Una modalidad grave y cada vez más frecuente de violencia es la caracterizada por muchas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y un comportamiento dominante paulatinos por parte del agresor.
- Una forma más moderada de violencia en las relaciones íntimas, en que la frustración y la ira continuas ocasionalmente estallan en forma de agresión física.

Algunos investigadores han postulado la hipótesis de que las encuestas comunitarias son más aptas para detectar la segunda forma, más moderada, de violencia —también conocida como "violencia común de pareja"— y el tipo grave conocido como maltrato físico. Esto puede ayudar a explicar por qué las encuestas comunitarias de violencia en los países industrializados a menudo encuentran indicios sustanciales de agresión física por las mujeres, a pesar de que la gran mayoría de las víctimas que solicitan atención de los proveedores de servicios (por ejemplo, en albergues) y de la policía o los tribunales son mujeres. Aunque se ha comprobado en los países industrializados que las mujeres llevan a cabo la violencia común de pareja, hay pocos indicios de que sometan a los hombres al mismo tipo de violencia grave y paulatina que se observa con frecuencia en grupos clínicos de mujeres golpeadas (32, 33).

De igual manera, la investigación indica que las consecuencias de la violencia en la relación de pareja difieren entre los hombres y las mujeres, lo mismo que los motivos para perpetrarla. Estudios realizados en el Canadá y los Estados Unidos han revelado que las mujeres tienen muchas más probabilidades de resultar lastimadas durante las agresiones de la pareja y sufren formas más graves de violencia (5, 34–36). En el Canadá, las víctimas femeninas de la violencia conyugal tienen tres veces más probabilidades de resultar lastimadas, cinco veces más de recibir atención médica y cinco veces más de temer por sus vidas, por comparación con las víctimas masculinas (36). En los casos de violencia perpetrada por las mujeres, lo más probable es que sea en defensa propia (32, 37, 38).

En las sociedades más tradicionales, golpear a la esposa se considera en gran medida como una consecuencia del derecho del hombre a castigar físicamente a su mujer, tal como lo indican estudios realizados en países tan diversos como Bangladesh, Camboya, India, México, Nigeria, Pakistán, Papua Nueva Guinea, la República Unida de Tanzanía y Zimbabwe (39–47). Las justificaciones culturales de la violencia generalmente se desprenden de las ideas tradicionales de los roles que corresponden a los hombres y a las mujeres. En muchas situaciones, se espera que las mujeres cuiden del hogar, se ocupen de los hijos y muestren obediencia y respeto al

esposo. Si un hombre siente que su esposa no ha cumplido sus funciones o se ha propasado —incluso, por ejemplo, al pedirle dinero para los gastos de la casa o al señalarle las necesidades de los hijos—, puede responder en forma violenta. El autor del estudio de Pakistán observa: "Pegarle a la esposa para castigarla o disciplinarla se considera cultural y religiosamente justificado. [...] Como se piensa que el hombre es el 'dueño' de la mujer, es necesario mostrarle a esta quién manda para desalentar futuras transgresiones".

Gran variedad de estudios de países tanto industrializados como en desarrollo han producido una lista notablemente uniforme de sucesos que desencadenan la violencia masculina en la pareja (39–44), a saber:

- no obedecer al hombre;
- contestarle mal;
- no tener la comida preparada a tiempo;
- no atender adecuadamente a los hijos o el hogar;
- preguntarle al hombre por cuestiones de dinero o de sus enamoradas;
- salir sin el permiso del hombre;
- negarse a mantener relaciones sexuales con el hombre;
- sospechas, por parte del hombre, de infidelidad de la mujer.

En muchos países en desarrollo, las mujeres a menudo están de acuerdo con la idea de que los hombres tienen el derecho de disciplinar a sus esposas, si es necesario por la fuerza (cuadro 4.2). En Egipto, más de 80% de las mujeres de zonas rurales comparten la opinión de que pegarle a la mujer se justifica en ciertas circunstancias (48). Significativamente, una de las razones que las mujeres citan con mayor frecuencia como causa justa de las golpizas es negarse a tener relaciones sexuales con el hombre (48–51). Como era de esperar, esta es también una de las causas que las mujeres citan con mayor frecuencia como un factor desencadenante de las golpizas (40, 52–54). Esto tiene claras consecuencias en cuanto a la capacidad de las mujeres de protegerse del embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Las sociedades a menudo distinguen entre las razones "justas" e "injustas" del maltrato, y entre niveles "admisibles" e "inadmisibles" de violencia. Así, se concede a ciertos individuos —por lo general el marido o algún miembro mayor de la familia— el derecho de castigar físicamente a una mujer, dentro de determinados límites, por haber cometido ciertas transgresiones. Solo si un hombre transgrede estos límites —por ejemplo, poniéndose demasiado violento o golpeando a una mujer sin que haya una causa aceptada— pueden los demás intervenir (39, 43, 55, 56).

Esta idea de la "causa justa" se encuentra en muchos datos cualitativos sobre la violencia procedentes del mundo en desarrollo. Una mujer indígena de México observaba: "Pienso que si la esposa tiene la culpa, el esposo tiene el derecho de pegarle. [...] Si yo hice algo mal [...], nadie debe defenderme. Pero si no hice algo malo, tengo derecho a que me defiendan (43)". Los participantes en grupos de discusión llevados a cabo en el norte y en el sur de la India, expresan sentimientos similares. "Si se trata de una falta grave —observó una mujer en Tamil Nadu—, el esposo tiene razón en pegarle a la esposa. ¿Por qué no? Una vaca no obedece si no es a golpes" (47).

Aun si la propia cultura les concede a los hombres un control sustancial del comportamiento femenino, los hombres violentos por lo común se pasan de la raya (49, 57, 58). Las estadísticas de la encuesta nicaragüense de demografía y salud, por ejemplo, muestran que entre las mujeres que habían sido maltratadas físicamente, 32% tenían esposos que sacaban alta puntuación en una escala de rigurosidad del "control marital", por comparación con solo 2% entre las mujeres que no habían sido maltratadas físicamente. La escala incluía diversos comportamientos por parte del esposo, entre ellos acusarla continuamente de ser infiel y limitar su contacto con la familia y los amigos (49).

¿Cómo responden las mujeres al maltrato?

Algunos estudios cualitativos han confirmado que la mayoría de las mujeres maltratadas no son víctimas pasivas, sino que adoptan estrategias activas para aumentar al máximo su seguridad y la de sus hijos. Algunas mujeres resisten, otras huyen y algunas más intentan llevar la fiesta en paz cediendo a

CUADRO 4.2

Porcentaje de entrevistados que aprueban el uso de la violencia física contra la cónyuge, según la justificación, en estudios seleccionados, 1995–1999

País o zona	Año	Entrevistado	Justificación del maltrato físico			
			Ella descuida a los niños o el hogar	Ella se niega a tener relaciones sexuales con él	Él sospecha que ella comete adulterio	Ella le replica o desobedece
Brasil (Salvador, Bahía)	1999	H	—	—	19[a]	—
		M	—	—	11[a]	—
Chile (Santiago)	1999	H	—	—	12[a]	—
		M	—	—	14[a]	—
Colombia (Cali)	1999	H	—	—	14[a]	—
		M	—	—	13[a]	—
Egipto	1996	M urbana	40	57	—	59
		M rural	61	81	—	78
El Salvador (San Salvador)	1999	H	—	—	5[a]	—
		M	—	—	9[a]	—
Ghana[b]	1999	H	—	43	—	—
		M	—	33	—	—
India (Uttar Pradesh)	1996	H	—	—	—	10–50
Nueva Zelandia	1995	H	1	1	5[c]	1[d]
Nicaragua[e]	1999	M urbana	15	5	22	—
		M rural	25	10	32	—
Singapur	1996	H	—	5	33[f]	4
Venezuela (Caracas)	1999	H	—	—	8[a]	—
		M	—	—	8[a]	—
Ribera Occidental y Faja de Gaza[g]	1996	H[h]	—	28	71	57

Fuente: reproducido de la referencia *6* con el permiso de la editorial.

H = hombre; M = mujer; — indica que la pregunta no se formuló.

[a] "Una mujer infiel merece ser golpeada."

[b] Además, 51% de los hombres y 43% de las mujeres estuvieron de acuerdo: "El esposo tiene razón en pegarle a su mujer si esta usa la planificación familiar sin el conocimiento de él".

[c] "La sorprende en la cama con otro hombre."

[d] "No hace lo que se le dice."

[e] Además, 11% de las mujeres urbanas y 23% de las mujeres rurales estuvieron de acuerdo en que "el marido tiene razón en pegarle a su mujer si ella sale sin su permiso".

[f] "Ella tiene relaciones sexuales con otro hombre."

[g] Además, 23% de los hombres estuvieron de acuerdo en que "pegarle a la mujer está justificado" si ella no respeta a los familiares de su marido.

[h] Población palestina.

las exigencias del marido (3, 59–61). Lo que a un observador externo le puede parecer una falta de respuesta positiva por parte de la mujer, en realidad puede ser un cálculo meditado de esta, que opta por lo que se necesita para sobrevivir en el matrimonio y protegerse a sí misma y a sus hijos.

La respuesta de una mujer al maltrato suele estar limitada por las opciones de que dispone (60). Estudios cualitativos integrales de mujeres en Estados Unidos y África, América Latina, Asia y Europa, revelan que diversos factores pueden determinar que las mujeres continúen en una relación en la que son maltratadas. Entre ellos sobresalen comúnmente: el temor al castigo, la falta de medios alternativos de apoyo económico, la preocupación por los hijos, la dependencia emocional, la falta de apoyo de la familia y los amigos, y la esperanza constante de que el hombre cambie (9, 40, 42, 62, 63). En los países en desarrollo, las mujeres también citan la estigmatización que trae aparejada el hecho de no estar casadas como una barrera adicional que les impide dejar una relación violenta (40, 56, 64).

A menudo, la negación y el temor de aislarse socialmente impiden a las mujeres buscar ayuda. Se ha comprobado que alrededor de 20% a 70% de las mujeres maltratadas nunca mencionan el maltrato a otras personas hasta que son entrevistadas para el estudio (cuadro 4.3). Las que buscan ayuda

CUADRO 4.3
Proporción de mujeres agredidas físicamente que buscaron ayuda en diferentes lugares, varios estudios basados en poblaciones seleccionadas

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

Fuente: reproducido de la referencia *6* con el permiso de la editorial.
[a] Mujeres que fueron agredidas físicamente en los últimos 12 meses.
[b] Se refiere a la proporción de mujeres que le contaron a la familia.
[c] Se refiere a la proporción de mujeres que le contaron a la familia de su pareja.

lo hacen principalmente con miembros de la familia y amigos, en vez de recurrir a las instituciones. Son una minoría las que alguna vez establecen contacto con la policía.

A pesar de los obstáculos, muchas mujeres maltratadas acaban por dejar al compañero violento, a veces al cabo de muchos años, una vez que han crecido los hijos. En el estudio de León (Nicaragua), por ejemplo, 70% de las mujeres con el tiempo dejaron a la pareja que las había maltratado (65). La duración media de tales relaciones fue de seis años, aunque las más jóvenes tendieron a liberarse antes (9). Algunos estudios indican que hay un conjunto uniforme de factores que llevan a las mujeres a separarse en forma permanente de la pareja que las maltrata. Por lo general, esto ocurre cuando la violencia llega a ser lo bastante grave como para que exista el convencimiento de que el compañero no va a cambiar, o cuando la situación comienza a afectar notablemente a los hijos. Las mujeres también han mencionado que el apoyo emocional y logístico de la familia o los amigos desempeña una función crucial en su decisión de dar por terminada la relación (61, 63, 66–68).

Según las investigaciones, dejar una relación de maltrato es un proceso, no un acto aislado. La mayoría de las mujeres se separan y regresan varias veces, antes de tomar la decisión de concluir definitivamente la relación. El proceso incluye períodos de negación, culpa y sufrimiento antes de que terminen por reconocer la situación de maltrato y se identifiquen con otras mujeres en situaciones similares. A estas alturas, sobreviene la ruptura y empieza la recuperación con respecto a la relación de maltrato (69). Reconocer que este proceso existe puede ayudar a las personas a ser más comprensivas y criticar menos a las mujeres que regresan a una situación de maltrato.

Lamentablemente, dejar una relación de maltrato no siempre garantiza la seguridad de la mujer. La violencia a veces puede seguir, e incluso aumentar mucho, después de que la mujer deja a su pareja (70). De hecho, en Australia, Canadá y Estados Unidos, una proporción significativa de los asesinatos de mujeres se cometen cuando la mujer está tratando de dejar al hombre que la maltrata (22, 27, 71, 72).

¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia infligida por la pareja?

Solo en fecha reciente los investigadores han empezado a buscar los factores individuales y comunitarios que podrían determinar la tasa de violencia en la pareja. Aunque la violencia contra la mujer existe en casi todas partes, se encuentran ejemplos de sociedades preindustriales en las cuales la violencia en la pareja prácticamente no existe (73, 74). Estas sociedades son un testimonio de que las relaciones sociales pueden organizarse de tal manera que se reduzca al mínimo la violencia contra la mujer.

En muchos países, la prevalencia de la violencia doméstica varía sustancialmente entre zonas vecinas. Estas diferencias locales a menudo son mayores que las diferencias nacionales. Por ejemplo, en el estado de Uttar Pradesh (India), el porcentaje de los hombres que admitieron que golpeaban a su esposa varió de 18% en el distrito de Naintal a

45% en el distrito de Banda. La proporción de los que obligaban físicamente a la esposa a que aceptara las relaciones sexuales varió de 14% a 36% entre los distritos (cuadro 4.4). Tales variaciones plantean una pregunta interesante e imperiosa: ¿qué hay en esos ámbitos que pueda explicar las grandes diferencias en las agresiones físicas y sexuales?

Recientemente, los investigadores se han interesado más en explorar tales preguntas, aunque los datos recabados hasta ahora resultan insuficientes para acometer la tarea. Lo que sabemos actualmente de los factores que determinan la prevalencia de la violencia en la pareja se basa en gran parte en estudios realizados en los Estados Unidos y el Canadá, por lo cual quizá no sea forzosamente aplicable a otros ámbitos. Se conocen varios estudios basados en la población realizados en países en desarrollo, pero su utilidad para investigar los factores de riesgo y los factores protectores está limitada por su diseño transversal y por la escasa cantidad de factores predictivos que exploran. En general, los datos científicos actuales se inclinan demasiado a investigar los aspectos individuales en lugar de los elementos comunitarios o sociales que pueden determinar la probabilidad del maltrato.

En efecto, si bien empieza a formarse el consenso de que una acción recíproca de los factores personales, coyunturales, sociales y culturales se combina para causar el maltrato (55, 75), aún es limitada la información acerca de los factores más importantes. En el cuadro 4.5 se resumen los factores que se consideran relacionados con el riesgo de que un hombre cometa actos de violencia contra su pareja. Con todo, esta información debe considerarse incompleta y sumamente tentativa. Pueden faltar varios factores importantes porque ningún estudio ha examinado su importancia, mientras que otros quizá solo sean elementos correlacionados de la agresión de la compañera y no sean factores causales verdaderos.

CUADRO 4.4

Variaciones en las actitudes masculinas y uso notificado de la violencia, distritos seleccionados de Uttar Pradesh, India, 1995–1996

Distrito	Tamaño de la muestra (*N*)	Proporción de hombres que:			
		Admitieron obligar a la esposa a tener relaciones sexuales (%)	Estuvieron de acuerdo en que, si la esposa desobedece, hay que pegarle (%)	Admitieron haber pegado a la esposa (%)	Le pegaron a su esposa en el último año (%)
Aligarh	323	31	15	29	17
Banda	765	17	50	45	33
Gonda	369	36	27	31	20
Kanpur Nagar	256	14	11	22	10
Naintal	277	21	10	18	11

Fuente: reproducido de la referencia *6* con el permiso de la editorial.

Factores individuales

Hace poco, Black et al. examinaron la bibliografía de ciencias sociales de los Estados Unidos y el Canadá acerca de los factores de riesgo de agredir físicamente a la pareja (76). Solo examinaron los estudios que consideraron metodológicamente sólidos y que se basaban ya fuese en una muestra representativa de la comunidad o en una muestra clínica con un grupo testigo apropiado. De este análisis surgieron varios factores demográficos, de antecedentes personales y de personalidad vinculados de manera uniforme con la probabilidad de que un hombre agrediera físicamente a su pareja. Entre ellos, se encontró sistemáticamente que la edad joven y los ingresos bajos eran factores vinculados con la probabilidad de que un hombre fuese violento con su compañera.

Algunos estudios han encontrado una relación entre la agresión física y la combinación de mediciones sobre el nivel socioeconómico y educativo, aunque los datos no son del todo coherentes. El Estudio de Salud y Desarrollo de Dunedin (Nueva Zelandia) —uno de los pocos estudios longitudinales de cohorte de nacimiento para explorar la violencia de pareja— comprobó que la pobreza familiar en la niñez y la adolescencia, el bajo nivel de instrucción y la delincuencia agresiva a la edad de 15 años servían para predecir en gran medida el maltrato físico de la compañera por los hombres a la edad de 21 años (77). Este estudio ha sido uno de los pocos que han evaluado si los mismos factores de riesgo predicen la agresión por parte de las mujeres y los hombres contra su pareja.

CUADRO 4.5
Factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a su pareja

Factores individuales	Factores de la relación	Factores comunitarios	Factores sociales
• Edad joven • Beber en exceso • Depresión • Trastornos de la personalidad • Poca instrucción • Ingresos bajos • Haber presenciado o sufrido violencia cuando niño	• Conflicto matrimonial • Inestabilidad del matrimonio • Dominio masculino en la familia • Presiones económicas • Mal funcionamiento familiar	• Sanciones débiles de la comunidad contra la violencia doméstica • Pobreza • Poco capital social	• Normas tradicionales de género • Normas sociales que apoyan la violencia

Antecedentes de violencia en la familia

Entre los antecedentes personales, la violencia en la familia de origen ha surgido como un factor de riesgo especialmente poderoso de agresión masculina en la pareja. Estudios efectuados en Brasil, Camboya, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España, Estados Unidos, Indonesia, Nicaragua y Venezuela encontraron que las tasas de maltrato eran mayores entre las mujeres cuyo esposo había sido golpeado de niño o había presenciado cuando su madre era golpeada (12, 57, 76, 78–81). Aunque los hombres que maltratan físicamente a su esposa suelen tener antecedentes de violencia, no todos los niños que presencian malos tratos o son objeto de ellos se convierten en adultos que maltratan a otros (82). Una pregunta teórica importante aquí es la siguiente: ¿qué distingue a los hombres capaces de establecer relaciones sanas y sin violencia, a pesar de las adversidades afrontadas en la niñez, de los que maltratan a su compañera íntima?

Consumo de alcohol por los hombres

Otro marcador de riesgo de la violencia en la pareja que aparece de manera especialmente uniforme en diferentes circunstancias es el consumo de bebidas alcohólicas por los hombres (81, 83–85). En el metanálisis de Black et al. mencionado antes, cada estudio que examinó el consumo de alcohol o la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas como un factor de riesgo de violencia en la pareja encontró una asociación significativa; los coeficientes de correlación variaron de $r = 0{,}21$ a $r = 0{,}57$. Las encuestas basadas en la población realizadas en Brasil, Camboya, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España, India, Indonesia, Nicaragua, Sudáfrica y Venezuela también hallaron una relación entre el riesgo de una mujer de ser víctima de la violencia y los hábitos de su pareja relacionados con el alcohol (9, 19, 79–81, 86, 87).

Sin embargo, hay considerable debate acerca de la naturaleza de la relación entre el consumo de alcohol y la violencia, y si este es verdaderamente causal. Muchos investigadores creen que el alcohol opera como un factor coyuntural, que aumenta las probabilidades de que se produzca la violencia al reducir las inhibiciones, nublar el juicio y deteriorar la capacidad del individuo para interpretar indicios (88). Beber en exceso también puede aumentar la violencia del compañero al dar pábulo a discusiones entre las parejas. Otros autores alegan que el nexo entre la violencia y el alcohol está determinado culturalmente y solo existe en circunstancias en que la expectativa colectiva es que el beber causa o excusa ciertos comportamientos (89, 90). En Sudáfrica, por ejemplo, los hombres hablan de consumir alcohol de manera premeditada para hacerse de valor y propinar a su compañera la golpiza que, según les parece, se espera socialmente de ellos (91).

A pesar de que hay opiniones contradictorias acerca del papel causal desempeñado por el abuso del alcohol, se ha comprobado que las mujeres que viven con bebedores empedernidos corren un riesgo mucho mayor de que este las agreda físicamente, y que los hombres que han estado bebiendo infligen una violencia más grave en el momento de una agresión (57). Según la encuesta de violencia contra la mujer realizada en el Canadá, por ejemplo, las mujeres que vivían con bebedores empedernidos presentaban cinco veces más probabilidades de

ser agredidas por su compañero que las que vivían con hombres que no bebían (19).

Trastornos de la personalidad

Varios estudios han intentado identificar si ciertos factores o trastornos de la personalidad están vinculados sistemáticamente con la violencia contra la pareja. Estudios efectuados en el Canadá y los Estados Unidos revelan que los hombres que agreden a sus esposas es más probable que sean emocionalmente dependientes e inseguros y tengan poca autoestima, y es más probable que tengan dificultades para controlar sus impulsos (33). Comparados con sus pares no violentos, también tienden a manifestar más ira y hostilidad, a deprimirse y a sacar puntuaciones altas en ciertas escalas de trastornos de la personalidad, incluidos los trastornos de personalidad antisocial, agresiva y limítrofe (76). Aunque las tasas de trastornos psicopatológicos por lo general son mayores en los hombres que maltratan a sus esposas, no todos los hombres que infligen malos tratos físicos presentan tales trastornos psicológicos. La proporción de las agresiones por la pareja vinculadas con trastornos psicopatológicos suele ser relativamente baja en entornos donde este tipo de violencia es común.

Factores de la relación

En el plano interpersonal, el marcador más uniforme que ha surgido respecto de la violencia en la pareja son los conflictos o desavenencias matrimoniales. En todos y cada uno de los estudios examinados por Black et al., los conflictos matrimoniales se relacionaron desde moderada hasta firmemente con la violencia masculina contra la pareja (76). También se encontró que tales conflictos precedían a la violencia en la pareja en un estudio basado en la población de mujeres y hombres realizado en Sudáfrica (87) y en una muestra representativa de hombres casados en Bangkok (Tailandia) (92). En este último estudio, el conflicto verbal de los cónyuges tuvo una relación significativa con la agresión física a la esposa, incluso después de controlar el estado socioeconómico, el nivel de estrés del esposo y otros aspectos relacionados con el matrimonio, como el compañerismo y la estabilidad (92).

Factores comunitarios

Se ha encontrado en general que un nivel socioeconómico alto ofrece cierta protección contra el riesgo de violencia física hacia la pareja íntima, si bien hay excepciones (39). Los estudios de una gama amplia de ámbitos revelan que, aunque este tipo de violencia física contra la pareja afecta a todos los grupos socioeconómicos, las mujeres que viven en la pobreza la padecen en forma desproporcionada (12, 19, 49, 78, 79, 81, 92–96).

Aún no está claro por qué la pobreza aumenta el riesgo de violencia: si es debido a los ingresos bajos en sí o a otros factores acompañantes, como el hacinamiento o la desesperanza. Para algunos hombres, vivir en la pobreza con toda probabilidad genera estrés, frustración y un sentido de ineficacia por no haber logrado cumplir con su papel culturalmente esperado de proveedores de sus familias. También puede aportar motivos para las desavenencias matrimoniales o hacer más difícil que las mujeres den por terminada una relación violenta o insatisfactoria por otras razones. Sean cuales fueren los mecanismos precisos, es probable que la pobreza actúe como un "marcador" de diversas condiciones sociales que se combinan y aumentan el riesgo con que se enfrentan las mujeres (55).

La forma en que una comunidad responde a la violencia en la pareja puede influir en los niveles generales del maltrato en esa comunidad. En un estudio comparativo de 16 sociedades con tasas altas y bajas de violencia en la pareja, Counts, Brown y Campbell encontraron que las sociedades con los niveles más bajos de violencia en la pareja eran las que preveían sanciones de la comunidad contra esta y aquellas donde las mujeres maltratadas tenían acceso al amparo, en forma de albergues o apoyo familiar (73). Las sanciones o prohibiciones de la comunidad podían adoptar la forma de sanciones legales formales o de presiones morales para que los vecinos intervinieran si una mujer era golpeada. Este contexto de "sanciones y amparo" permite proponer la hipótesis de que la violencia infligida por la pareja alcanzará su nivel más alto en las sociedades donde la situación de las mujeres se halla en un estado de transición. En los lugares donde las mujeres tienen una categoría socioeconómica muy

baja, la violencia no es "necesaria" para hacer cumplir la autoridad masculina. Al contrario, en los sitios donde las mujeres tienen mejor situación socioeconómica, probablemente habrán logrado suficiente poder conjunto para cambiar los roles tradicionales de género. La violencia en la pareja, por lo tanto, suele alcanzar el punto más alto cuando las mujeres empiezan a desempeñar papeles no tradicionales o entran a formar parte de la fuerza de trabajo.

Se ha propuesto que varios otros factores de la comunidad posiblemente influyan en la incidencia general de la violencia por la pareja, pero pocos de ellos se han sometido a pruebas empíricas. Un estudio múltiple en curso patrocinado por la Organización Mundial de la Salud en ocho países (Bangladesh, Brasil, Japón, Namibia, Perú, la República Unida de Tanzanía, Samoa y Tailandia) está recopilando datos sobre varios factores a nivel de la comunidad para examinar su relación posible con la violencia por la pareja. Esos factores son los siguientes:

- Las tasas de otros delitos violentos.
- El capital social (véase el capítulo 2).
- Las normas sociales relacionadas con la vida íntima familiar.
- Las normas de la comunidad relacionadas con la autoridad masculina sobre las mujeres.

El estudio arrojará luz sobre la contribución relativa de los factores individuales y a nivel comunitario a las tasas de violencia en la pareja.

Factores sociales

En estudios de investigación realizados en distintas culturas se han encontrado varios factores sociales y culturales que podrían dar lugar a mayores grados de violencia. Levinson, por ejemplo, analizó estadísticamente los datos etnográficos codificados de 90 sociedades para examinar las modalidades culturales de maltrato físico de la esposa, explorando los factores que distinguen sistemáticamente las sociedades donde golpear a la esposa es común de aquellas donde la práctica es rara o no existe (74). El análisis de Levinson indica que el maltrato físico de la esposa ocurre más a menudo en las sociedades en las cuales los hombres tienen poder económico y de toma de decisiones en el hogar, donde las mujeres no tienen acceso fácil al divorcio y donde los adultos recurren habitualmente a la violencia para resolver sus conflictos. El segundo factor predictivo de importancia en este estudio de la frecuencia del maltrato físico de la esposa fue la ausencia de grupos de trabajo formados exclusivamente por mujeres. Levinson postula la hipótesis de que la presencia de grupos de trabajo femeninos brinda protección contra el maltrato físico de la esposa porque proporciona a las mujeres una fuente estable de apoyo social, así como la independencia económica respecto de su esposo y de la familia.

Diversos investigadores han propuesto varios otros factores que quizá contribuyan a que haya tasas mayores de violencia de pareja. Se ha argumentado, por ejemplo, que esta forma de violencia es más común en los lugares donde hay o ha habido recientemente guerra u otros conflictos o alteraciones sociales. En los lugares donde la violencia se ha vuelto común y los individuos tienen acceso fácil a las armas, las relaciones sociales —incluidos los roles del hombre y la mujer— se alteran con frecuencia. Durante esas épocas de trastorno económico y social, las mujeres son a menudo más independientes y asumen mayores responsabilidades económicas, mientras que los hombres quizá sean menos capaces de cumplir sus funciones culturalmente esperadas de protectores y proveedores. Tales factores bien pueden aumentar la violencia en la pareja, pero esto no pasa de ser algo anecdótico y aún no se ha comprobado.

Otros autores han señalado que las desigualdades estructurales entre los hombres y las mujeres, los roles de género rígidos y las ideas de hombría vinculada al dominio, el honor masculino y la agresión, aumentan en conjunto el riesgo de violencia en la pareja (55). Aunque estas hipótesis parecen razonables, hay que demostrarlas con pruebas sólidas.

Las consecuencias de la violencia en la pareja

Las consecuencias del maltrato son profundas, y van más allá de la salud y la felicidad de los individuos para afectar al bienestar de toda la comunidad. Vivir en una relación violenta afecta al sentido de autoestima de una mujer y a su capacidad de participar en el mundo. Diversos estudios han revelado que las

mujeres maltratadas suelen tener restricciones en cuanto al acceso a la información y los servicios, la participación en la vida pública y la consecución de apoyo emocional por parte de amigos y familiares. No es de sorprender que tales mujeres sean a menudo incapaces de cuidar debidamente de sí mismas y de sus hijos o de tener un trabajo o seguir una carrera.

Repercusiones sobre la salud

Un acervo cada vez mayor de datos de investigación está revelando que compartir la vida con un hombre que la somete a malos tratos puede tener una repercusión profunda sobre la salud de una mujer. La violencia se ha vinculado con un sinnúmero de resultados de salud diferentes, tanto inmediatos como a largo plazo. En el cuadro 4.6, basado en datos de la bibliografía científica, se resumen las consecuencias que se han asociado con la violencia masculina en la pareja. Aunque la violencia puede tener consecuencias directas sobre la salud, como sufrir una lesión, ser víctima de la violencia también aumenta el riesgo de que una mujer tenga mala salud en el futuro. Del mismo modo que las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol, ser víctima de la violencia puede considerarse un factor de riesgo de una variedad de enfermedades y afecciones.

Ciertos estudios revelan que las mujeres que han sufrido maltrato físico o sexual en la niñez o la vida adulta experimentan mala salud con mayor frecuencia que otras mujeres en lo que respecta al funcionamiento físico, el bienestar psíquico y la adopción de otros comportamientos de riesgo, como son el tabaquismo, la inactividad física y el abuso de alcohol y otras drogas (85, 97–103). El antecedente de haber sido víctimas de la violencia pone a las mujeres en mayor riesgo de:

- depresión;
- intentos de suicidio;
- síndromes de dolor crónico;
- trastornos psicosomáticos;
- lesiones físicas;
- trastornos del aparato digestivo;
- síndrome del colon irritable;
- diversas consecuencias para la salud reproductiva (véase más adelante).

CUADRO 4.6

Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja

Físicas
Lesiones abdominales y torácicas
Moretones e hinchazón
Síndromes de dolor crónico
Discapacidad
Fibromialgia
Fracturas
Trastornos del aparato digestivo
Síndrome del colon irritable
Desgarros y abrasiones
Lesiones oculares
Mengua de las funciones físicas
Sexuales y reproductivas
Trastornos del aparato genital
Esterilidad
Enfermedad inflamatoria de la pelvis
Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo
Disfunción sexual
Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA
Aborto practicado en condiciones peligrosas
Embarazo no deseado
Psíquicas y del comportamiento
Abuso de alcohol y otras drogas
Depresión y ansiedad
Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño
Sentimientos de vergüenza y culpabilidad
Fobias y trastorno por pánico
Inactividad física
Poca autoestima
Trastorno por estrés postraumático
Trastornos psicosomáticos
Hábito de fumar
Comportamiento suicida y daño autoinfligido
Comportamiento sexual riesgoso
Consecuencias mortales
Mortalidad relacionada con el SIDA
Mortalidad materna
Homicidio
Suicidio

Se enumeran a continuación las conclusiones derivadas de las investigaciones actuales acerca de las consecuencias generales del maltrato sobre la salud:

- La influencia del maltrato puede persistir mucho tiempo después que este ha cesado (103, 104).
- Cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus efectos sobre la salud física y mental de una mujer (98).
- Los efectos con el transcurso del tiempo de diferentes tipos de maltrato y de episodios múltiples de maltrato parecen ser acumulativos (85, 99, 100, 103, 105).

Salud reproductiva

Las mujeres que viven con un compañero violento tienen dificultades para protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades. La violencia mediante relaciones sexuales forzadas puede desembocar directamente en un embarazo no deseado o en infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH; también, indirectamente puede dificultar la capacidad de la mujer de usar anticonceptivos, en especial condones (*6*, *106*). Los estudios revelan sistemáticamente que la violencia doméstica es más común en las familias numerosas (*5*, *47*, *49*, *50*, *78*, *93*, *107*). Por consiguiente, los investigadores han supuesto por mucho tiempo que el estrés de tener muchos hijos aumenta el riesgo de la violencia; pero datos recientes obtenidos en Nicaragua indican que, en realidad, la relación quizá sea la inversa. En efecto, en ese país centroamericano el inicio de la violencia precede en gran medida al nacimiento de muchos hijos (80% de la violencia comienza en los cuatro primeros años del matrimonio), lo cual indica que la violencia quizá sea un factor de riesgo de tener muchos hijos (*9*).

La violencia también ocurre durante el embarazo, con consecuencias no solo para la mujer sino también para el feto en desarrollo. Estudios basados en la población realizados en Canadá, Chile, Egipto y Nicaragua han encontrado que entre 6% y 15% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han sido maltratadas física o sexualmente durante el embarazo, generalmente por su pareja (*9*, *48*, *49*, *57*, *78*). En los Estados Unidos, los cálculos de maltrato durante el embarazo varían entre 3% y 11% de las mujeres adultas y hasta 38% de las madres adolescentes de bajos ingresos (*108–112*).

La violencia durante el embarazo se ha acompañado de (*6*, *110*, *113–117*):

- aborto espontáneo;
- inicio tardío de la atención prenatal;
- mortinatalidad;
- parto y nacimiento prematuros;
- lesiones fetales;
- bajo peso al nacer, causa destacada de mortalidad infantil en el mundo en desarrollo.

La violencia masculina hacia la pareja representa una proporción sustancial, pero en gran parte inadvertida, de la mortalidad materna. En un estudio reciente que abarcó 400 pueblos y siete hospitales en Pune (India), se encontró que 16% de las defunciones durante el embarazo eran el resultado de este tipo de violencia (*118*). El estudio también reveló que 70% de las defunciones maternas en esta región por lo general no se registraron, y que se clasificaron mal 41% de las defunciones registradas. La muerte de la mujer embarazada a manos de su pareja también se ha identificado como una causa importante de defunciones maternas en Bangladesh (*119*) y en los Estados Unidos (*120*, *121*).

La violencia en la relación de pareja también tiene muchos vínculos con la epidemia creciente de SIDA. En seis países de África, por ejemplo, el temor al ostracismo y la violencia doméstica consiguiente fue una razón importante de que las mujeres embarazadas se negaran a hacerse la prueba del VIH o no regresaran para conocer el resultado (*122*). De manera análoga, en un estudio reciente de transmisión del VIH entre heterosexuales de la región rural de Uganda, las mujeres que informaron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales contra su voluntad en el año precedente presentaban un riesgo ocho veces mayor de contraer la infección por el VIH (*123*).

Salud física

Obviamente, la violencia puede producir lesiones que varían desde cortes y equimosis hasta la discapacidad permanente y la muerte. Ciertos estudios basados en la población muestran que entre 40% y 72% de las mujeres que han sido maltratadas físicamente por su pareja han sufrido lesiones en algún momento de sus vidas (*5*, *9*, *19*, *62*, *79*, *124*). En el Canadá, 43% de las mujeres lesionadas de esta manera recibieron atención médica y 50% de las lesionadas tuvieron que ausentarse del trabajo (*19*).

La lesión, sin embargo, no es el resultado físico más común del maltrato por la pareja. Son más comunes los "trastornos funcionales", una gran cantidad de dolencias que a menudo no tienen causa médica discernible, como el síndrome del colon irritable, la fibromialgia, los trastornos del aparato digestivo y diversos síndromes de dolor crónico. Hay estudios que vinculan sistemáticamente tales trastornos con

el antecedente de maltrato físico o sexual (98, 125–127). Las mujeres que han sido maltratadas también experimentan una mengua del funcionamiento físico, más síntomas físicos y permanecen mayor número de días en cama por comparación con las no maltratadas (97, 98, 101, 124, 125, 128).

Salud mental

Las mujeres maltratadas por su pareja padecen más depresión, ansiedad y fobias que las no maltratadas, según estudios realizados en Australia, Estados Unidos, Nicaragua y Pakistán (129–132). De modo parecido, las investigaciones indican que las mujeres maltratadas por su pareja presentan mayor riesgo de suicidio e intentos de suicidio (25, 49, 133–136).

Uso de los servicios de salud

Dados los efrectos a largo plazo de la violencia en la salud de las mujeres, aquellas que han sido maltratadas tienen mayores probabilidades de ser usuarias a largo plazo de los servicios de salud, lo que acrecienta los costos de la asistencia sanitaria. Estudios realizados en los Estados Unidos, Nicaragua y Zimbabwe indican que las mujeres que han sufrido agresión física o sexual, ya sea en la niñez o en la edad adulta, usan los servicios de salud con más frecuencia que las mujeres no maltratadas (98, 100, 137–140). Por término medio, las víctimas de maltrato presentan más operaciones quirúrgicas, visitas médicas, estancias hospitalarias, visitas a farmacias y consultas de salud mental a lo largo de sus vidas que las no maltratadas, aun después de tener en cuenta los posibles factores de confusión.

Repercusiones económicas de la violencia

Además de sus costos humanos, la violencia impone una carga económica enorme a las sociedades desde el punto de vista de la productividad perdida y el mayor uso de los servicios sociales. Entre las mujeres que tomaron parte en una encuesta en Nagpur (India), por ejemplo, 13% tuvieron que renunciar al trabajo remunerado debido al maltrato, luego de perder un promedio de siete días laborales por incidente, y 11% no habían podido realizar las tareas domésticas debido a un incidente de violencia (141).

Aunque la violencia masculina en la pareja no afecta uniformemente a la probabilidad general de que una mujer esté empleada, sí parece influir en sus ingresos y en su capacidad de conservar un trabajo (139, 142, 143). En un estudio efectuado en Chicago (Estados Unidos), se encontró que las mujeres con antecedentes de haber sido víctimas de la violencia en la pareja solían haber experimentado períodos de desempleo, haber cambiado con mayor frecuencia de trabajo y haber sufrido más problemas de salud físicos y mentales que podían afectar a su desempeño laboral. También percibían ingresos inferiores y mostraban una tendencia significativamente mayor a recibir asistencia social del Estado que las mujeres que no informaron el antecedente de violencia por la pareja (143). De igual manera, en un estudio realizado en Managua (Nicaragua) las mujeres maltratadas ganaban 46% menos que las mujeres que no informaron sufrir maltrato, incluso después de controlar otros factores que podrían influir en los ingresos (139).

Repercusiones en los hijos

Los hijos a menudo están presentes durante los altercados domésticos. En un estudio hecho en Irlanda (62), 64% de las mujeres maltratadas dijeron que sus hijos presenciaban habitualmente la violencia; lo mismo declararon 50% de las mujeres maltratadas en Monterrey (México) (11).

Los hijos que presencian la violencia matrimonial presentan mayor riesgo de sufrir una amplia gama de problemas emocionales y de conducta, entre ellos ansiedad, depresión, mal rendimiento escolar, poca autoestima, desobediencia, pesadillas y quejas sobre la salud física (9, 144–146). En efecto, estudios realizados en los Estados Unidos y el Canadá indican que los hijos que presencian episodios violentos entre sus padres presentan con frecuencia muchos de los mismos trastornos conductuales y psicológicos de los niños que son maltratados directamente (145, 147).

Datos recientes indican que la violencia también puede afectar directa o indirectamente a la mortalidad en la niñez (148, 149). Un grupo de investigadores de León (Nicaragua) encontró que, después de controlar otros factores de confusión

posibles, los hijos de mujeres que habían sido maltratadas física y sexualmente por su pareja presentaban seis veces más probabilidades de morir antes de los 5 años de edad que los hijos de mujeres que no habían sido maltratadas. El maltrato infligido por la pareja representó hasta un tercio de las muertes entre los niños de esa región (149). En otro estudio que se hizo en los estados indios de Tamil Nadu y Uttar Pradesh, se encontró que las mujeres que habían sido golpeadas mostraban una tendencia significativamente mayor que las mujeres no maltratadas a haber presentado mortalidad infantil o pérdida del embarazo (aborto provocado, aborto espontáneo o mortinato), aun después de controlar factores predictivos bien establecidos de mortalidad en la niñez, como la edad de la mujer, el nivel educativo y el número de embarazos anteriores que acabaron en un nacido vivo (148).

¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia en la relación de pareja?

La mayor parte de las investigaciones efectuadas hasta la fecha sobre la violencia por la pareja han sido encabezadas por organizaciones de mujeres, con financiamiento y asistencia ocasional de los gobiernos. En los sitios donde los gobiernos han tomado parte —como en Australia, América Latina, Estados Unidos, Canadá y partes de Europa—, ha sido en general como respuesta a exigencias de la sociedad civil en favor de una acción constructiva. La primera ola de actividad generalmente ha incluido elementos de reforma jurídica, adiestramiento policial y establecimiento de servicios especializados para las víctimas. Docenas de países han promulgado leyes sobre la violencia doméstica, aunque muchos funcionarios aún no conocen las nuevas leyes o son renuentes a aplicarlas. Las personas que forman parte del sistema (en la policía o el aparato judicial, por ejemplo) comparten con frecuencia los mismos prejuicios que predominan en la sociedad en su conjunto. La experiencia ha demostrado reiteradamente que, si no se despliegan esfuerzos incesantes para cambiar la cultura y las prácticas institucionales, la mayoría de las reformas legales y normativas surten poco efecto.

A pesar de más de 20 años de activismo en el campo de la violencia contra la mujer, es notable que tan pocas intervenciones se hayan evaluado rigurosamente. En efecto, el examen reciente de los programas para la prevención de la violencia familiar en los Estados Unidos efectuado por el Consejo Nacional de Investigación encontró solo 34 estudios que habían intentado evaluar las intervenciones relacionadas con el maltrato infligido por la pareja. De ellos, 19 centraron su atención en la aplicación de la ley, lo cual refleja la marcada inclinación de los funcionarios gubernamentales por recurrir al sistema penal para hacer frente a la violencia (150). La investigación sobre intervenciones en los países en desarrollo es aún más limitada. Solo hay un puñado de estudios que hayan intentado examinar críticamente las intervenciones actuales. Entre ellos cabe mencionar un examen de los programas sobre la violencia contra la mujer en cuatro estados de la India. Además, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer examinó siete proyectos puestos en práctica en cinco regiones con el financiamiento del fondo fiduciario en apoyo de las medidas para eliminar la violencia contra la mujer, con la intención de difundir las enseñanzas extraídas de esos proyectos (151).

Apoyo a las víctimas

En el mundo desarrollado, los centros para ayuda de mujeres en crisis y los albergues para mujeres golpeadas han sido la piedra angular de los programas de ayuda a las víctimas de la violencia doméstica. En 1995, había alrededor de 1 800 programas de esta clase en los Estados Unidos, 1 200 de los cuales proporcionaban albergue de urgencia además de apoyo emocional, legal y material a las mujeres y sus hijos (152). Estos centros generalmente facilitaban el contacto con grupos de apoyo y orientación psicosocial individual, capacitación laboral, programas para los niños, ayuda para tratar con los servicios sociales y con los asuntos legales, y remisiones para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol. La mayoría de los albergues y centros de crisis en Europa y los Estados Unidos fueron establecidos originalmente por activistas defensores de los derechos de las mujeres, aunque en la actualidad

muchos son administrados por profesionales y reciben financiamiento del gobierno.

Desde principios de los años ochenta, en muchos países en desarrollo también han surgido albergues y centros de crisis para las mujeres. En la mayoría de los países hay al menos algunas organizaciones no gubernamentales que ofrecen servicios especializados a las víctimas del maltrato y hacen campaña en su nombre. Algunos países cuentan con centenares de organizaciones de este tipo. Sin embargo, el mantenimiento de los albergues es costoso, y muchos países en desarrollo han evitado este modelo estableciendo en su lugar líneas telefónicas de asistencia urgente o centros de crisis no residenciales que proporcionan algunos de los mismos servicios ofrecidos por los residenciales.

Donde no es posible organizar un albergue formal, las mujeres suelen encontrar otras maneras de tratar las urgencias relacionadas con el maltrato doméstico. Un método consiste en establecer una red informal de "hogares seguros", por medio de la cual las mujeres en dificultades pueden encontrar albergue temporal en la casa de algún vecino. Algunas comunidades han designado sus lugares de culto —templos o iglesias, por ejemplo— como refugio donde las mujeres pueden pasar la noche con sus hijos para escapar de un compañero borracho o violento.

Recursos jurídicos y reformas legislativas

Penalización del maltrato

En los años ochenta y noventa se produjo una verdadera oleada de reformas legales en relación con el maltrato físico y sexual infligido por la pareja (153, 154). En los 10 últimos años, por ejemplo, 24 países de América Latina y el Caribe han promulgado leyes específicas sobre la violencia doméstica (154). Las reformas más comunes incluyen la penalización del maltrato físico, sexual y psíquico por parte de la pareja, ya sea mediante leyes nuevas sobre violencia doméstica o por la modificación de los códigos penales existentes.

El mensaje que transmite tal legislación es que la violencia por la pareja es un delito y no será tolerada por la sociedad. Sacarla a relucir públicamente es también una manera de echar por tierra la idea de que la violencia es un asunto privado, familiar. Además de introducir leyes nuevas o ampliar las existentes, en algunos países desarrollados se han realizado experimentos para respaldar la legislación creando tribunales especiales de violencia doméstica, capacitando a la policía, los funcionarios del tribunal y los abogados litigantes, y proporcionando asesores especiales que ayuden a las mujeres a tratar con el sistema penal. Aunque la evaluación rigurosa de estas medidas ha sido escasa hasta hoy, la revisión reciente de las intervenciones contra la violencia familiar realizada por la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos concluye: "Las pruebas anecdóticas indican que las unidades especializadas y las reformas integrales en los departamentos de policía, las fiscalías y los tribunales especializados han mejorado la experiencia de los niños y mujeres maltratados" (150).

Se están llevando a cabo experimentos similares en otros sitios. En la India, por ejemplo, los gobiernos estatales han establecido células de ayuda legal, tribunales familiares, *lok adalat* (tribunales del pueblo) y *mahilla lok adalat* (tribunales de mujeres). En una evaluación reciente se señala que estos órganos son sobre todo mecanismos conciliatorios, que dependen en forma exclusiva de la mediación y orientación para promover la reconciliación familiar. Sin embargo, se ha señalado que estas instituciones no son satisfactorias ni siquiera como mecanismos conciliatorios y que los mediadores tienden a colocar el bienestar de las mujeres por debajo del interés del Estado por mantener unidas a las familias (155).

Leyes y normas sobre el arresto

Después de los servicios de apoyo a las víctimas, las iniciativas para reformar la práctica policial son el tipo más común de intervención contra la violencia doméstica. En un principio, lo que se pretendía era adiestrar a la policía, pero cuando esta sola medida resultó en gran parte ineficaz para cambiar el comportamiento policial, los esfuerzos se encaminaron a buscar leyes que prescribieran el arresto obligatorio en los casos de violencia doméstica y normas que obligaran a los oficiales de policía a intervenir de manera más activa.

El apoyo al arresto como medio de reducir la violencia doméstica recibió impulso a partir de un experimento de investigación realizado en 1984 en Minneápolis (Estados Unidos), en el cual la detención del agresor reducía a la mitad el riesgo de futuras agresiones durante un período de seis meses, por comparación con las estrategias de separar a las parejas o asesorarlas para que buscaran ayuda (156). Estos resultados se divulgaron ampliamente y dieron por resultado un notable cambio en las políticas policiales hacia la violencia doméstica en todo Estados Unidos.

Los esfuerzos para reproducir los resultados de Minneápolis en otras cinco zonas del país, sin embargo, no lograron confirmar el valor disuasivo del arresto. En los estudios nuevos se comprobó que, por término medio, el arresto no era más eficaz para disminuir la violencia que otras respuestas policiales, tales como expedir advertencias o citaciones, proporcionar orientación a las parejas o separarlas (157, 158). El análisis detallado de esos estudios también arrojó algunos otros resultados interesantes. Cuando el agresor estaba casado o tenía empleo, el arresto disminuía las agresiones; pero si estaba desempleado y no se había casado, el arresto en realidad conducía al aumento del maltrato en algunas ciudades. La repercusión del arresto también varió según la comunidad. El arresto resultaba disuasivo para los hombres que vivían en comunidades con poco desempleo, independientemente de su situación laboral individual; los sospechosos que vivían en zonas con gran desempleo, sin embargo, eran más violentos después del arresto que cuando solo habían recibido una advertencia (159). Estos resultados han llevado a algunos a poner en tela de juicio la idoneidad de las leyes de arresto obligatorio en zonas de pobreza concentrada (160).

Sanciones alternativas

Como opciones frente al arresto, algunas comunidades están experimentando con otras formas de desarraigar el comportamiento violento. Un método basado en el derecho civil consiste en expedir órdenes judiciales que prohíben a un hombre entrar en contacto con su compañera o maltratarla, le ordenan dejar el domicilio conyugal, le imponen el pago de pensión de alimentos o lo obligan a buscar orientación psicosocial o tratamiento para el abuso de sustancias.

Los investigadores han encontrado que, si bien a las víctimas estas órdenes de protección les parecen en general útiles, las pruebas de su eficacia disuasiva son contradictorias (161, 162). En un estudio realizado en las ciudades de Denver y Boulder (Colorado), en los Estados Unidos, Harrell y Smith (163) comprobaron que las órdenes de protección eran eficaces por al menos un año para prevenir la reaparición de la violencia doméstica, por comparación con situaciones similares donde no se emitía ninguna orden de protección. Sin embargo, hay estudios que revelan que los arrestos por violación de una orden de protección son raros, lo cual tiende a minar la eficacia de esas órdenes para prevenir la violencia (164). Otra investigación indica que dichas órdenes pueden mejorar la autoestima de la mujer, pero surten poco efecto sobre los hombres con antecedentes penales graves (165, 166).

En otros sitios, las comunidades han explorado técnicas como el avergonzamiento público, la organización de piquetes frente a la casa o el lugar de trabajo del agresor o la imposición de servicio comunitario como castigo por el comportamiento abusivo. En la India, los activistas con frecuencia organizan *dharna*, una especie de avergonzamiento público y protesta, delante de la casa o el lugar de trabajo de los hombres que maltratan a su mujer (155).

Comisarías atendidas solo por mujeres policías

Algunos países han experimentado con las comisarías de policía atendidas solo por mujeres, una innovación que comenzó en el Brasil y ahora se ha difundido en toda América Latina y partes de Asia (167, 168). Aunque es una iniciativa encomiable en teoría, las evaluaciones muestran que ha tropezado hasta la fecha con muchos problemas (155, 168–172). Si bien la existencia de una comisaría atendida exclusivamente por mujeres policías aumenta el número de mujeres maltratadas que concurren a ella, es frecuente que en esos lugares no se cuente con los servicios que estas necesitan, como son la orientación y el asesoramiento legales. Además,

la suposición de que las mujeres policías son más solidarias con las víctimas no siempre ha resultado verdad, y en algunos lugares la creación de unidades policiales especializadas en los delitos cometidos contra las mujeres ha facilitado que el resto de la fuerza policial se desentienda de las quejas de estas últimas. En un examen que se llevó a cabo de las comisarías de policía atendidas exclusivamente por mujeres en la India, se observó que "las mujeres víctimas se ven obligadas a viajar grandes distancias para presentar su denuncia en dichas comisarías, y no se les puede asegurar protección policial rápida en su vecindario". Para que esta estrategia sea viable se debe acompañar de programas de capacitación para aumentar la sensibilidad de las mujeres policías, incentivos para promover ese tipo de trabajo y prestación de una variedad mayor de servicios (155, 168, 170).

Tratamiento de los hombres que maltratan a su pareja

Los programas de tratamiento para los hombres que maltratan a su pareja son una innovación que se ha difundido de los Estados Unidos a Australia, Canadá, Europa y varios países en desarrollo (173–175). En la mayoría de los programas se usa el método de grupos para tratar los roles de género y enseñar aptitudes, entre ellas cómo hacer frente al estrés y la ira, cómo asumir la responsabilidad de sus propios actos y cómo expresar los sentimientos a los demás.

En años recientes, las tentativas para evaluar estos programas han tropezado con obstáculos a causa de las dificultades metodológicas que siguen planteando problemas a la hora de interpretar los resultados. Investigaciones realizadas en los Estados Unidos indican que la mayoría de los hombres (entre 53% y 85%) que finalizan programas de tratamiento dejan de ser físicamente violentos hasta por dos años, y las tasas son menores conforme aumenta el período de seguimiento (176, 177). Estas tasas de éxito, sin embargo, deben examinarse teniendo en cuenta la elevada proporción de deserciones que se producen en tales programas; en términos generales, entre un tercio y la mitad de los hombres que se inscriben en estos programas no los finalizan (176), y muchos de los que son remitidos a ellos, nunca se anotan (178). Una evaluación del Programa de Prevención de la Violencia en el Reino Unido, por ejemplo, indicó que 65% de los hombres no se presentaron a la primera sesión, 33% asistieron a menos de seis sesiones y solo 33% continuaron en la segunda etapa (179).

Una evaluación reciente de los programas realizados en cuatro ciudades estadounidenses reveló que la mayoría de las mujeres maltratadas se sintieron "mejor " y "seguras" después de que su compañero se había sometido a tratamiento (177). No obstante, en este estudio se encontró que al cabo de 30 meses casi la mitad de los hombres habían recurrido a la violencia una vez y 23% habían sido reiteradamente violentos y siguieron provocando graves lesiones; por el contrario, 21% de los hombres no infligieron maltrato físico ni verbal. En total, 60% de las parejas se separaron y 24% ya no estaban en contacto.

Según un examen internacional efectuado recientemente por investigadores de la Universidad del Norte de Londres (179), las evaluaciones indican conjuntamente que los programas de tratamiento funcionan mejor si:

- se aplican por períodos más bien largos y no cortos;
- cambian las actitudes de los hombres en grado suficiente como para que hablen de su comportamiento;
- sostienen la participación en el programa;
- trabajan en combinación con el sistema penal, que interviene estrictamente cuando no se cumple con las condiciones del programa.

En Pittsburgh, Pensilvania, la tasa de inasistencia descendió de 36% a 6% entre 1994 y 1997, cuando el sistema de justicia empezó a expedir órdenes de arresto en contra de los hombres que no comparecían a la entrevista inicial del programa (179).

Intervenciones de los servicios de salud

En años recientes, la atención se ha dirigido hacia la reforma de la respuesta de los prestadores de asistencia sanitaria a las víctimas del maltrato. La mayoría de las mujeres establecen contacto con el sistema de salud en algún momento de sus vidas: por ejemplo, cuando solicitan métodos anticonceptivos, dan

a luz o buscan atención para sus hijos. Por esta razón, los centros de atención de salud son un lugar importante para detectar a las mujeres maltratadas, brindarles apoyo y enviarlas, si fuera necesario, a los servicios especializados. Lamentablemente, los estudios revelan que en la mayor parte de los países los médicos y las enfermeras rara vez preguntan a las mujeres si han sido maltratadas y ni siquiera buscan signos obvios de violencia (*180–186*).

Las intervenciones existentes se han concentrado en sensibilizar a los prestadores de asistencia sanitaria, alentar la detección sistemática del maltrato y establecer protocolos para el tratamiento adecuado. Una cantidad cada vez mayor de países —entre ellos Brasil, Filipinas, Irlanda, Malasia, México, Nicaragua y Sudáfrica— han iniciado proyectos piloto para capacitar a los trabajadores de la salud para que puedan identificar el maltrato y darle respuesta (*187–189*). Varios países latinoamericanos también han incorporado normas para abordar la violencia doméstica en las políticas del sector de la salud (*190*).

Las investigaciones indican que la introducción de cambios en los procedimientos asistenciales —tales como estampar un recordatorio para el personal de salud en el expediente de la paciente o incorporar preguntas sobre el maltrato en los formularios corrientes de ingreso— surte el máximo efecto sobre el comportamiento del personal sanitario (*191, 192*).

También es importante hacer frente a creencias y actitudes muy arraigadas. En Sudáfrica, el Proyecto Agisanang para la Prevención y Capacitación en materia de Maltrato y su asociado, el Departamento de Desarrollo de Sistemas de Salud de la Universidad de Witwatersrand, han preparado un curso de salud reproductiva y género para las enfermeras, que incluye un componente importante sobre la violencia doméstica. En las clases, se emplean dichos populares, canciones de boda y la representación de papeles para analizar las ideas que se tienen comúnmente acerca de la violencia y los roles que se espera que cumplan los hombres y las mujeres. Después del ejercicio, hay una discusión sobre la responsabilidad de las enfermeras como profesionales de la salud. En el análisis de una encuesta completada después de uno de estos cursos, se encontró que las participantes ya no pensaban que golpear a una mujer estaba justificado y que la mayoría admitieron que una mujer podía ser violada por su esposo.

La detección activa del maltrato —preguntar a las pacientes sobre posibles antecedentes de agresión por parte de la pareja o compañero — en general se considera una práctica adecuada en este campo. Sin embargo, mientras que varios estudios revelan reiteradamente que las mujeres aceptan de buen grado que se les pregunte sobre la violencia desde una posición moralmente neutra (*181, 182, 193*), no se ha evaluado de manera muy sistemática si la detección del abuso puede mejorar la seguridad de las mujeres o su comportamiento de búsqueda de servicios de salud y, si lo hace, en qué condiciones (*194*).

Iniciativas comunitarias

Trabajo de extensión

El trabajo de extensión ha sido parte destacada de la respuesta de las organizaciones no gubernamentales a la violencia de la pareja. Los agentes de extensión —que a menudo son educadores de sus pares— visitan a las víctimas de la violencia en sus hogares y comunidades. Las organizaciones no gubernamentales con frecuencia reclutan y adiestran a mujeres que anteriormente han sido agredidas por sus parejas para que brinden apoyo a sus pares.

Ha habido proyectos, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que han empleado a "defensores", es decir, personas que proporcionan información y asesoramiento a las mujeres maltratadas, particularmente para ayudarlas a negociar los aspectos complejos del sistema legal y las prestaciones de bienestar familiar y otras semejantes a que tienen derecho. Estas personas centran su atención en los derechos que asisten a las víctimas de la violencia y llevan a cabo su trabajo en instituciones tan diversas como comisarías de policía, fiscalías y hospitales.

Se han evaluado varios programas de extensión. En el proyecto Domestic Violence Matters [Cuestiones de violencia doméstica] del distrito Islington (Londres), se colocaron defensores civiles en las comisarías locales de policía, con el cometido

de entrar en contacto con todas las víctimas de la violencia doméstica en el plazo de las 24 horas siguientes a su llamada a la policía. Otra iniciativa realizada en Londres, el proyecto Domestic Violence Intervention [Intervención en Violencia Doméstica], en Hammersmith y Fulham, combinó un programa de educación para los hombres violentos con intervenciones apropiadas para sus compañeras. Una revisión reciente de estos programas encontró que el proyecto de Islington había reducido el número de llamadas repetidas a la policía y, se infiere, había reducido la reaparición de la violencia doméstica. Al mismo tiempo, aumentó el uso de los nuevos servicios por las mujeres, incluidos los albergues, el asesoramiento legal y los grupos de apoyo. El segundo proyecto logró alcanzar a mayor cantidad de mujeres de minorías étnicas y profesionales que otros servicios para víctimas de la violencia doméstica (*195*).

Intervenciones comunitarias coordinadas

Los consejos o foros interinstitucionales de coordinación son un medio cada vez más popular de vigilar y mejorar las respuestas a la violencia masculina en la pareja en el ámbito de la comunidad (*166*). Sus objetivos son:

- intercambiar información;
- identificar y abordar los problemas en la prestación de los servicios;
- promover las prácticas adecuadas mediante la capacitación y la elaboración de normas;
- rastrear los casos y llevar a cabo auditorías institucionales para evaluar la práctica de diversos organismos;
- promover la sensibilización de la comunidad y el trabajo de prevención.

Este tipo de intervenciones, adaptado de programas piloto originales realizados en California, Massachusetts y Minnesota, se ha difundido ampliamente al resto de los Estados Unidos, así como a Canadá, el Reino Unido y partes de América Latina.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), por ejemplo, ha establecido proyectos piloto en 16 países latinoamericanos para someter a prueba esta estrategia en zonas urbanas y rurales. En el ámbito rural, los consejos coordinadores incluyen a personas tales como el párroco local, el alcalde, los promotores de salud comunitaria, los magistrados y los representantes de los grupos de mujeres. El proyecto de la OPS empezó con un estudio de investigación cualitativa —conocido como la ruta crítica— para examinar lo que sucede a las mujeres en las comunidades rurales cuando buscan ayuda, cuyos resultados se resumen en el recuadro 4.2.

Rara vez se han evaluado este tipo de intervenciones comunitarias. Un estudio encontró un aumento estadísticamente significativo de la proporción de las llamadas a la policía que daban lugar a arrestos, así como de la proporción de los hombres arrestados que se llevaban a los tribunales, después de la implantación de un proyecto de intervención comunitaria (*196*). El estudio también encontró un aumento significativo de la proporción de los hombres que eran remitidos a orientación obligatoria en cada una de las comunidades, aunque no está claro qué repercusión, si la hubo, tuvieron estas medidas en las tasas de maltrato.

Las evaluaciones cualitativas han señalado que muchas de estas intervenciones se centran principalmente en la coordinación de los refugios y el sistema penal, con lo que se descuida la mayor participación de las comunidades religiosas, las escuelas, el sistema de salud u otros organismos de servicio social. Un examen reciente de los foros interinstitucionales en el Reino Unido llegó a la conclusión de que aunque los consejos coordinadores pueden mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a las mujeres y los niños, el trabajo interinstitucional puede actuar como una pantalla de humo que oculta el hecho de que es muy poco lo que en realidad cambia. El examen indicó que las organizaciones deben determinar criterios firmes para la autoevaluación que aborden la satisfacción de las usuarias y los cambios reales en las normas y procedimientos (*197*).

Campañas de prevención

Las organizaciones de mujeres han usado por mucho tiempo las campañas de comunicación, los mensajes a pequeña escala en los medios informativos y otras actividades con el fin de aumentar la conciencia sobre la violencia por la pareja y el cambio

RECUADRO 4.2

La ruta crítica: un estudio de las respuestas a la violencia en el hogar

En 1995, la Organización Panamericana de la Salud emprendió un estudio comunitario en 10 países de América Latina (Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú). Su finalidad fue registrar el proceso por el que pasa una mujer que ha sufrido la violencia doméstica después que decide romper el silencio y buscar ayuda. El nombre que se dio a este proceso, la ruta crítica, ilustra gráficamente la serie de decisiones y actos que lleva a cabo la mujer a medida que reconoce la situación violenta y las respuestas que recibe de otras personas en su búsqueda de ayuda. Cada acto y decisión que despliega la mujer a lo largo de esa ruta influye en los actos de otros, incluidos los prestadores de servicios y los miembros de la comunidad, y lo que estos hacen, a su vez, influye en el siguiente paso que la mujer da.

Por este motivo, las preguntas investigadas por el estudio estuvieron relacionadas con las consecuencias de la decisión de una mujer de buscar ayuda, las fuentes a las que acudió en busca de asistencia, sus motivaciones, así como las actitudes y respuestas de los prestadores de servicios institucionales e individuales. El estudio cualitativo incluyó más de 500 entrevistas exhaustivas con mujeres que habían sido maltratadas y más de 1 000 entrevistas con prestadores de servicios, así como unas 50 sesiones de grupos de discusión.

Las mujeres que habían sido víctimas de la violencia identificaron varios factores que pueden desencadenar la búsqueda de ayuda. Entre ellos sobresalió el aumento de la gravedad o frecuencia de las agresiones violentas, lo que llevaba a la mujer a darse cuenta de que su pareja no iba a cambiar. Otro factor importante que motivaba la acción de la mujer era darse cuenta de que su vida o la de sus hijos estaban en peligro. Del mismo modo que los factores que precipitaban la acción, los factores que inhibían a una mujer de buscar ayuda fueron múltiples y estaban interconectados.

El estudio encontró que las consideraciones económicas parecían tener más peso que las emocionales. Muchas mujeres, por ejemplo, expresaron preocupación acerca de su capacidad de mantenerse y mantener a sus hijos. Asimismo, las mujeres entrevistadas expresaron a menudo sentimientos de culpa o se consideraban anormales. También se mencionaron la corrupción y los estereotipos por razón de género del sistema judicial y la policía. El principal factor inhibidor, sin embargo, fue el miedo de que las consecuencias de revelarle el problema a alguien o de separarse resultaran peores que prolongar la relación.

Del estudio de la ruta crítica se desprende claramente que hay muchos factores, tanto internos como externos, relacionados con la decisión de una mujer maltratada de actuar para detener la violencia. El proceso suele ser largo —de muchos años en algunos casos— e incluye varias tentativas de buscar ayuda en muchos lugares distintos. Rara vez es un solo episodio el que precipita la acción. Las pruebas indican que, a pesar de enfrentarse con obstáculos formidables, las mujeres maltratadas suelen ser hábiles para buscar ayuda y encontrar maneras de mitigar la violencia dirigida contra ellas.

de comportamiento. Hay indicios de que tales campañas llegan a gran cantidad de personas, aunque solo unas pocas se han evaluado en cuanto a su eficacia para cambiar las actitudes o el comportamiento. En los años noventa, por ejemplo, una red de grupos de mujeres en Nicaragua montó una campaña anual en los medios de comunicación para aumentar la conciencia sobre la repercusión de la violencia en las mujeres (*198*). Valiéndose de lemas como "Quiero vivir sin violencia", las campañas movilizaron a las comunidades contra el maltrato. De igual manera, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, junto con varios otros organismos de las Naciones Unidas, ha estado

patrocinando una serie de campañas regionales contra la violencia por razón de género bajo el lema: "Una vida libre de violencia: es nuestro derecho" (199). Un proyecto de comunicación que se ha evaluado es el proyecto de salud de medios múltiples conocido como *Soul City*, en Sudáfrica, que combina escenificaciones televisivas y radiofónicas emitidas en horario estelar con otras actividades educativas; un componente está dedicado en forma específica a la violencia doméstica (recuadro 9.1, capítulo 9). La evaluación encontró un mayor conocimiento y conciencia sobre la violencia doméstica, cambios en las actitudes y normas, y mayor disposición por parte de la audiencia del proyecto a tomar medidas apropiadas.

Programas escolares

A pesar de la cantidad cada vez mayor de iniciativas de prevención de la violencia dirigidas a los jóvenes, son pocas las que abordan específicamente el problema de la violencia en las relaciones íntimas. Hay un margen considerable, sin embargo, para integrar el material didáctico que trata de las relaciones, los roles de género y la coacción y el control en los programas existentes para reducir la violencia escolar, la intimidación, la delincuencia y otros problemas de conducta, así como en los programas de salud reproductiva y sexual.

Los programas para los jóvenes que abordan explícitamente el maltrato en las relaciones íntimas tienden a ser iniciativas independientes patrocinadas por organizaciones que combaten la violencia contra la mujer (recuadro 4.3). Solo un puñado de estos programas se ha evaluado, entre ellos uno en el Canadá (200) y dos en los Estados Unidos (201, 202). Mediante diseños experimentales, estas evaluaciones encontraron cambios positivos en el conocimiento y las actitudes hacia la violencia en la relación de pareja (véase también la referencia 203). Uno de los programas estadounidenses demostró que la frecuencia de los actos de violencia disminuyó a un episodio por mes. Aunque su repercusión sobre el comportamiento había desaparecido al cabo de un año, se preservaron sus efectos con respecto a las normas de la violencia en la relación íntima, a las aptitudes para resolver conflictos y al conocimiento (201).

Principios en que se apoyan las prácticas adecuadas

Un acervo creciente de conocimientos acerca de la violencia por la pareja, acumulado a lo largo de muchos años por gran número de proveedores de servicios, activistas e investigadores, ha dado origen a un conjunto de principios para ayudar a guiar las "prácticas adecuadas" en este campo. Estos principios son los siguientes:

- Las medidas para afrontar la violencia deben aplicarse a nivel nacional y local.
- La participación femenina en la elaboración y la ejecución de los proyectos y la seguridad de las mujeres deben guiar todas las decisiones relativas a las intervenciones.
- Las tentativas por reformar la respuesta de las instituciones —entre ellas la policía, el sector sanitario y el sistema judicial— deben ir más allá de la capacitación y cambiar la cultura institucional correspondiente.
- Las intervenciones deben abarcar de manera coordinada una variedad de sectores diferentes.

Acción en todos los niveles

Una enseñanza importante que se ha extraído de las iniciativas para prevenir la violencia es que las medidas se deben adoptar a nivel tanto nacional como local. En el plano nacional, las prioridades son mejorar la situación de las mujeres, establecer normas, políticas y leyes apropiadas sobre el maltrato, y crear un ambiente social que propicie las relaciones no violentas.

A muchos países, tanto industrializados como en desarrollo, les ha resultado útil establecer un mecanismo formal para preparar y ejecutar los planes de acción nacionales. Estos planes deben incluir objetivos, líneas de responsabilidad y cronogramas claros, y deben estar respaldados por recursos suficientes.

No obstante, la experiencia indica que las iniciativas nacionales por sí solas no bastan para transformar el panorama de la violencia en la relación íntima. Incluso en los países industrializados donde los movimientos nacionales contra este tipo de violencia han existido por más de 25 años, las opciones de ayuda con que cuenta una mujer que ha

RECUADRO 4.3

Promoción de la no violencia: algunos ejemplos de programas de prevención primaria

Se describen a continuación algunos ejemplos de los numerosos programas innovadores que se aplican en todo el mundo para prevenir la violencia en por la pareja.

En Calabar (Nigeria), la Girl's Power Initiative [Iniciativa Poder para las Niñas] está dirigida a las niñas menores. Las niñas se reúnen semanalmente durante tres años para tratar con franqueza una variedad de temas relacionados con la sexualidad, la salud y los derechos de la mujer, las relaciones y la violencia doméstica. Algunos temas específicos del programa, concebido para crear autoestima y enseñar aptitudes para defenderse, han sido las actitudes sociales que ponen a las mujeres en riesgo de ser violadas, y cómo distinguir entre el amor y el enamoramiento.

En Toronto (Canadá), el programa Education Wife Assault [Educación sobre la Violencia contra la Esposa] trabaja con mujeres inmigrantes y refugiadas, ayudándolas a desarrollar campañas de prevención de la violencia que son culturalmente apropiadas para sus comunidades por medio de talleres especiales para aprender ciertas aptitudes. También proporciona asistencia técnica para que las mujeres puedan realizar sus propias campañas. Al mismo tiempo, ofrece apoyo emocional a las organizadoras para ayudarlas a superar la discriminación a menudo dirigida contra las mujeres que hacen campaña contra la violencia doméstica por considerar que ponen en peligro la cohesión de la comunidad.

En México, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, una organización no gubernamental, ha creado un taller para adolescentes que se propone ayudarlos a prevenir la violencia en las relaciones de amistad y noviazgo. El proyecto, llamado "Rostros y máscaras de la violencia", utiliza técnicas participativas para ayudar a los jóvenes a explorar sus expectativas y sentimientos acerca del amor, el deseo y el sexo, y a comprender la manera en que los papeles tradicionales asignados a cada género pueden inhibir el comportamiento, tanto en los hombres como en las mujeres.

En Trinidad y Tabago, la organización no gubernamental SERVOL [Servicio Voluntario para Todos] realiza talleres de 14 semanas para ayudar a los adolescentes a desarrollar relaciones sanas y aprender aptitudes de crianza de los hijos. El proyecto ayuda a estos jóvenes a comprender cómo su propia crianza contribuyó a determinar lo que son y les enseña a no repetir los errores que sus padres y otros parientes pueden haber cometido al criar a sus hijos. Como resultado, los estudiantes descubren cómo reconocer y manejar sus emociones, y se vuelven más sensibles a la manera como los traumatismos físicos y psíquicos en etapas tempranas de la vida pueden conducir a un comportamiento destructivo en etapas posteriores.

sufrido maltrato, y las reacciones que probablemente deba afrontar de instituciones como la policía, todavía varían enormemente en cada localidad. En los lugares donde se han llevado a cabo iniciativas de la comunidad para prevenir la violencia y donde hay grupos establecidos que se ocupan de la capacitación y vigilan las actividades de las instituciones formales, a las víctimas de maltrato les va considerablemente mejor que en los lugares donde eso falta (204).

La participación de las mujeres

Las intervenciones deben estar concebidas para trabajar con mujeres —que suelen ser los mejores jueces de su situación— y respetar sus decisiones. Las revisiones recientes de una variedad de programas de violencia doméstica en los estados indios de Gujarat, Karnataka, Madhya Pradesh y Maharashtra, por ejemplo, han indicado sistemáticamente que el éxito o fracaso de los proyectos estuvo determinado en gran parte por las actitudes de los organizadores

hacia la violencia masculina en la pareja y sus prioridades en cuanto a tener en cuenta los intereses de las mujeres durante la planificación y la ejecución de las intervenciones (205).

La seguridad de las mujeres se debe considerar cuidadosamente al planificar y llevar a la práctica las intervenciones. Las que ponen en primer lugar la seguridad y la autonomía de las mujeres han resultado en general más fructíferas. Por ejemplo, se han planteado inquietudes acerca de las leyes que exigen al personal sanitario que notifique a la policía los presuntos casos de maltrato. Este tipo de intervenciones despojan a las mujeres del control y por lo general han resultado contraproducentes. Puede ocurrir que pongan la seguridad de una mujer en riesgo, con lo cual disminuyen las probabilidades de que esta busque atención (206–208). Tales leyes también transforman al personal sanitario en un brazo del sistema judicial, lo que va en contra de la protección emocional que el ambiente del consultorio debe proporcionar (150).

Cambio de las culturas institucionales

Por lo común son pocos los cambios duraderos que se logran mediante actividades a corto plazo para sensibilizar a los actores institucionales, a menos que se acompañen de tentativas reales para comprometer a toda la institución. La naturaleza del liderazgo de la organización, la manera en que se evalúa y se premia el rendimiento, y los sesgos culturales y las creencias arraigadas revisten importancia primordial en este sentido (209, 210). Cuando se pretende reformar la práctica de la atención de salud, la capacitación por sí sola rara vez ha sido suficiente para cambiar el comportamiento institucional hacia las víctimas de la violencia (211, 212). Aunque la capacitación puede mejorar el conocimiento y la práctica a corto plazo, su efecto va menguando rápidamente a menos que se acompañe de cambios institucionales en las políticas y el desempeño (211, 213).

Un enfoque multisectorial

Diversos sectores, tales como el sistema policial y el de servicios de salud, así como los servicios de apoyo judicial y social, deben colaborar para afrontar los problemas de la violencia masculina en la pareja. Históricamente, la tendencia de los programas ha sido concentrarse en un solo sector, pero la experiencia ha demostrado que a menudo ello produce malos resultados (155).

Recomendaciones

Se ha demostrado que la violencia contra la mujer por su pareja es un problema grave y generalizado en todo el mundo. Asimismo, cada vez se acopia más documentación de los efectos perjudiciales de la violencia en la salud física y mental de las mujeres y su bienestar general. Las principales recomendaciones para la acción son las siguientes:

- Los gobiernos y otros donantes deben ser alentados a invertir mucho más en investigaciones sobre la violencia contra la mujer en la relación de pareja durante el próximo decenio.
- Los programas deben hacer más hincapié en habilitar a las familias, los círculos de amigos y los grupos de la comunidad, incluidas las comunidades religiosas, para que puedan hacer frente a los problemas de la violencia en la relación de pareja.
- Los programas sobre la violencia en la pareja deben integrarse con otros programas, como los que combaten la violencia juvenil, el embarazo en las adolescentes, el abuso de sustancias psicoactivas y otras formas de violencia familiar.
- Los programas deben prestar más atención a la prevención primaria de la violencia en la relación de pareja.

Investigación sobre la violencia en la relación de pareja

La falta de una comprensión teórica clara de las causas de la violencia en la pareja y su relación con otras formas de violencia interpersonal ha frustrado las tentativas de montar una respuesta mundial eficaz. Se necesitan estudios para adelantar el conocimiento de la violencia en diversos frentes, entre ellos:

- Estudios que examinen la prevalencia, las consecuencias, los factores de riesgo y los factores protectores de la violencia en la pareja en distintos ámbitos culturales, aplicando métodos normalizados.

- Investigaciones longitudinales sobre la trayectoria del comportamiento violento del hombre hacia su pareja a lo largo del tiempo, examinando si difiere, y cómo lo hace, del desarrollo de otros comportamientos violentos.
- Estudios que exploren los efectos de la violencia en el curso de la vida de una persona, investigando la repercusión relativa de diferentes tipos de violencia en la salud y el bienestar, y si los efectos son acumulativos.
- Estudios que examinen la historia de vida de los adultos que mantienen relaciones íntimas sanas y sin violencia a pesar de haber tenido experiencias que, según se sabe, aumentan el riesgo de violencia en la pareja.

Además, se necesita mucha más investigación sobre las intervenciones, tanto para presionar a los responsables políticos para que se destinen más inversiones, como para mejorar el diseño y la ejecución de los programas. En el próximo decenio, debe asignarse prioridad a lo siguiente:

- Documentación de las diversas estrategias e intervenciones en todo el mundo para combatir la violencia en la pareja.
- Estudios que evalúen los costos económicos de la violencia en la relación de pareja.
- Evaluación de los efectos a corto y a largo plazo de los programas para prevenir y responder a la violencia en la pareja, con inclusión de programas de educación escolar, cambios jurídicos y de política, servicios para las víctimas de la violencia, programas que se concentren en los perpetradores de la violencia y campañas para cambiar las actitudes sociales y el comportamiento.

Fortalecimiento de las fuentes informales de apoyo

Muchas mujeres no buscan la ayuda de los servicios o sistemas oficiales que tienen a su disposición. Por consiguiente, es vital ampliar las fuentes informales de apoyo mediante redes de vecinos y de amigos, grupos religiosos y otros sectores de la comunidad, y lugares de trabajo (6, 61, 183, 214). La manera en que estos grupos informales e individuos respondan determinará si una víctima de la violencia en la pareja adopta medidas o se refugia en el aislamiento y la culpa (214).

Hay mucho margen para los programas que pueden crear respuestas constructivas por parte de la familia y los amigos. Un programa innovador en Iztacalco (México), por ejemplo, aprovechó los acontecimientos de la comunidad, los medios de información en pequeña escala (por ejemplo, carteles, folletos y casetes de audio) y los talleres para ayudar a las víctimas de la violencia a hablar del maltrato que habían experimentado y a demostrar a los amigos y a otros miembros de la familia cómo afrontar tales situaciones de la mejor manera posible (215).

Hacer causa común con otros programas sociales

Hay una considerable superposición entre los factores que aumentan el riesgo de diversos problemas de conducta (216). Asimismo, parece haber una continuidad significativa entre el comportamiento agresivo en la niñez y diversos problemas de conducta en la adolescencia y la juventud temprana (véase el capítulo 2). Los conocimientos adquiridos a partir de la investigación sobre estos tipos de violencia también se superponen. Hay una necesidad evidente de detectar tempranamente a las familias en alto riesgo y de brindarles apoyo y prestarles otros servicios antes de que las pautas de comportamiento disfuncional se establezcan dentro del conjunto familiar, lo cual sienta las bases para conductas abusivas en la adolescencia o la edad adulta.

Por desgracia, actualmente existe poca coordinación entre los programas o los temarios de investigación sobre la violencia juvenil, el maltrato de los menores, el abuso de sustancias psicoactivas y la violencia en la relación de pareja, a pesar de que todos estos problemas coexisten regularmente en las familias. Para lograr adelantos verdaderos, se debe prestar atención al surgimiento de pautas de conducta agresiva, las cuales suelen comenzar en la niñez. Las respuestas integradas de prevención que abordan los vínculos entre diferentes tipos de violencia podrían reducir algunas de estas formas de violencia.

Inversión en prevención primaria

La importancia de la prevención primaria de la violencia masculina en la relación de pareja a menudo se ve eclipsada por la importancia del gran número de programas que, naturalmente, pretenden tratar las consecuencias inmediatas y numerosas de la violencia.

Tanto los responsables políticos como los activistas en este campo deben asignar mayor prioridad a la tarea ciertamente inmensa de crear un ambiente social que permita y promueva las relaciones personales equitativas y sin violencia. Los cimientos de un ambiente así debe formarlos la nueva generación de niños, que deben alcanzar la mayoría de edad con mejores aptitudes que las que sus padres tenían en general para conducir sus relaciones y resolver sus conflictos interiores, con mayores oportunidades para su futuro y con nociones más apropiadas sobre la forma en que hombres y mujeres pueden relacionarse entre sí y compartir el poder.

Conclusiones

La violencia en la pareja es un problema importante de salud pública. Para resolverlo se necesita la participación de muchos sectores que colaboren en los ámbitos comunitario, nacional e internacional. En cada ámbito, las respuestas deben incluir la potenciación de las mujeres y las niñas, los servicios de extensión a los hombres, la atención de las necesidades de las víctimas y el aumento de las sanciones para los agresores. Es vital que en las respuestas se involucre a los niños y jóvenes, y que la atención se centre en cambiar las normas comunitarias y sociales. Los adelantos logrados en cada una de estas áreas serán la clave para lograr reducciones de la violencia en la pareja en todo el mundo.

Referencias

1. Crowell N, Burgess AW. *Understanding violence against women*. Washington, D.C., National Academy Press, 1996.
2. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1994 (Discussion Paper No. 255).
3. Koss MP et al. *No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, D.C., American Psychological Association, 1994.
4. Butchart A, Brown D. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: incidence, determinants and consequences. *Forensic Science International*, 1991, 52:35–51.
5. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, D.C., National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
6. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
7. *Violence against women: a priority health issue*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento WHO/FRH/WHD/97.8).
8. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63–77.
9. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
10. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. *Hitting home: men speak about domestic abuse of women partners*. Wellington, New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995.
11. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
12. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241–244.
13. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. Londres, Middlesex University, 1993.
14. Ellsberg M et al. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*, 2001, 32:1–16.
15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (documento WHO/FCH/GWH/01.01).
16. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements*, Version 1.0. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
17. Ellsberg M, Heise L, Shrader E. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates*. Washington, D.C., Center for Health and Gender Equity, 1999.

18. Smith PH, Smith JB, Earp JAL. Beyond the measurement trap: a reconstructed conceptualization and measurement of battering. *Psychology of Women Quarterly*, 1999, 23:177–193.
19. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
20. Cabaraban M, Morales B. *Social and economic consequences for family planning use in southern Philippines*. Cagayan de Oro, Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University, 1998.
21. Cabrejos MEB et al. *Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio: un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar*. Lima, Proyecto Violencia Contra las Mujeres y las Niñas y Organización Mundial de la Salud, 1998.
22. Mouzos J. *Femicide: the killing of women in Australia 1989–1998*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1999.
23. Juristat. *Homicide in Canada*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
24. Gilbert L. Urban violence and health: South Africa 1995. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:873–886.
25. Bailey JE et al. Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 1997, 157:777–782.
26. Fox JA, Zawitz MW. *Homicide trends in the United States*. Washington, D.C., Bureau of Justice Statistics, United States Department of Justice, 1999.
27. Carcach C, James M. *Homicide between intimate partners in Australia*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1998.
28. *When men murder women: an analysis of 1996 homicide data*. Washington, D.C., Violence Policy Center, 2000.
29. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.
30. Mercy JA et al. Intentional injuries. En: Mashaly AY, Graitcer PL, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. El Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993.
31. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 1995, 57:283–294.
32. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62:948–963.
33. Kantor GK, Jasinski JL. Dynamics and risk factors in partner violence. En: Jasinski JL, Williams LM, eds. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
34. Morse BJ. Beyond the conflict tactics scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence and Victims*, 1995, 10:251–272.
35. Brush LD. Violent acts and injurious outcomes in married couples: methodological issues in the national survey of family and households. *Gender and Society*, 1990, 4:56–67.
36. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 2000.
37. Saunders DG. When battered women use violence: husband-abuse or self-defense? *Violence and Victims*, 1986, 1:47–60.
38. DeKeseredy WS et al. The meanings and motives for women's use of violence in Canadian college dating relationships: results from a national survey. *Sociological Spectrum*, 1997, 17:199–222.
39. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729–1742.
40. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia. A summary*. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
41. Michau L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. En: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, D.C., 9–11 January 1998*. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:4–9.
42. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
43. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. En: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, D.C., 9–11 January 1998*. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36–41.
44. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. En: Petchesky R, Judd K, eds. *Negotiating reproductive rights*. Londres, Zed Books, 1998:180–216.
45. Hassan Y. *The haven becomes hell: a study of domestic violence in Pakistan*. Lahore, Shirkat Gah Women's Resource Centre, 1995.
46. Bradley CS. Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain. En: *Domestic violence in Papua New Guinea*. Boroko, Papua New Guinea Law Reform Commission, 1985:32–71.
47. Jejeebhoy SJ. Wife-beating in rural India: a husband's right? *Economic and Political Weekly*, 1998, 33:855–862.
48. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey 1995*. Calverton, MD, Macro International, 1996.
49. Rosales J et al. *Encuesta nicaragüense de demografía y salud, 1998*. Managua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1999.
50. David F, Chin F. *Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas*.

Iloilo City, Central Philippines University and Family Health International, 1998.

51. Bawah AA et al. Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 1999, 30:54–66.
52. Wood K, Jewkes R. Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township. *Gender and Development*, 1997, 5:41-46.
53. Khan ME et al. Sexual violence within marriage. *Seminar* (New Delhi), 1996:32–35.
54. Jenkins C for the National Sex and Reproduction Research Team. *National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea*. Goroka, Papua New Guinea Institute of Medical Research, 1994.
55. Heise L. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262–290.
56. Rao V. Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1169–1179.
57. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
58. Romero M. *Violencia sexual y doméstica: informe de la fase cuantitativa realizada en el Centro de Atención a Adolescentes de San Miguel de Allende*. México, D.F., Consejo de Población, 1994.
59. Campbell J et al. Voices of strength and resistance: a contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 13:743–762.
60. Dutton MA. Battered women's strategic response to violence: the role of context. En: Edelson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Londres, Sage, 1996:105–124.
61. Sagot M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2000.
62. O'Conner M. *Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men*. Dublín, Women's Aid, 1995.
63. Short L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. En: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, D.C., 9–11 January 1998*. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:27–31.
64. George A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India, on sexual relations and negotiations within marriage. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:87–95.
65. Ellsberg M et al. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:547–555.
66. Bunge VP, Levett A. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
67. Campbell JC, Soeken KL. Women's responses to battering: a test of the model. *Research in Nursing and Health*, 1999, 22:49–58.
68. Campbell JC. Abuse during pregnancy: progress, policy, and potential. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:185–187.
69. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1998, 27:700–706.
70. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371–392.
71. Campbell J. *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.
72. Wilson M, Daly M. Spousal homicide. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–15.
73. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO, Westview Press, 1992.
74. Levinson D. *Family violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.
75. Dutton DG. *The domestic assault of women: psychological and criminal justice perspectives*. Vancouver, University of British Colombia Press, 1995.
76. Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (se puede consultar por Internet en: http://www.nnh.org/risk).
77. Moffitt TE, Caspi A. *Findings about partner violence from the Dunedin multi-disciplinary health and development study, New Zealand*. Washington, D.C., National Institutes of Justice, 1999.
78. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada*. Santiago, Editorial Universitaria, 1994.
79. Nelson E, Zimmerman C. *Household survey on domestic violence in Cambodia*. Phnom Penh, Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence, 1996.
80. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
81. Moreno Martín F. La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1999, 5:245–258.
82. Caeser P. Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims*, 1998, 3:49–63.

83. Parry C et al. Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa. *Curationis*, 1996, 19:2–5.
84. Kyriacou DN et al. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Annals of Emergency Medicine*, 1998, 31:502–506.
85. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
86. International Clinical Epidemiologists Network (INCLEN). *Domestic violence in India*. Washington, D.C., International Center for Research on Women and Centre for Development and Population Activities, 2000.
87. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421–428.
88. Flanzer JP. Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. En: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:171–181.
89. Gelles R. Alcohol and other drugs are associated with violence – they are not its cause. En: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:182–196.
90. MacAndrew D, Edgerton RB. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, IL, Aldine, 1969.
91. Abrahams N, Jewkes R, Laubsher R. *I do not believe in democracy in the home: men's relationships with and abuse of women*. Tyberberg, Centre for Epidemiological Research in South Africa, Medical Research Council, 1999.
92. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131–146.
93. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150:417–426.
94. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:35–49.
95. Straus M et al. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48:465–479.
96. Byrne CA et al. The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:362–366.
97. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*, 1996, 19:33–44.
98. Leserman J et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58:4–15.
99. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342–347.
100. Walker E et al. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 1999, 107:332–339.
101. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362–1368.
102. Dickinson LM et al. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:35–43.
103. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
104. Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Science and Law*, 1991, 9:85–96.
105. Follette V et al. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9:25–35.
106. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. Nueva York, NY, Consejo de Población, 1995.
107. Najera TP, Gutierrez M, Bailey P. *Bolivia: follow-up to the 1994 Demographic and Health Survey, and women's economic activities, fertility and contraceptive use*. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 1998.
108. Ballard TJ et al. Violence during pregnancy: measurement issues. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:274–276.
109. Campbell JC. Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology*, 1995, 19:301–306.
110. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, 92:530–534.
111. Gazmararian JA et al. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275:1915–1920.
112. Newberger EH et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:2370–2372.

113. Bullock LF, McFarlane J. The birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 1989, 89:1153–1155.
114. Murphy C et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164:1567–1572.
115. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 1994, 84:323–328.
116. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Pública de México*, 1996, 38:352–362.
117. Valladares E et al. *Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight* [tesis doctoral]. Umeå, Department of Epidemiology and Public Health, Umeå University, 1999.
118. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case–control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76:591–598.
119. Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–85. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:643–651.
120. Dannenberg AL et al. Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995, 172:1557–1564.
121. Harper M, Parsons L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992–1994. *Obstetrics and Gynecology*, 1997, 90:920–923.
122. Brown D. In Africa, fear makes HIV an inheritance. *Washington Post*, 30 June 1998, Section A:28.
123. Quigley M et al. Case–control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 5:418–425.
124. Romkens R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:99–125.
125. Walker EA et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 1997, 59:572–577.
126. Walker EA et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150:1502–1506.
127. Delvaux M, Denis P, Allemand H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls: results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1997, 9:345–352.
128. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41–70.
129. Roberts GL et al. How does domestic violence affect women's mental health? *Women's Health*, 1998, 28:117–129.
130. Ellsberg M et al. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 1999, 54:30–36.
131. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1999, 65:195–201.
132. Danielson KK et al. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:131–133.
133. Bergman B et al. Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83:380–384.
134. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533–540.
135. Abbott J et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1763–1767.
136. Amaro H et al. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 1990, 80:575–579.
137. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, 1991, 84:328–331.
138. Koss M. The impact of crime victimization on women's medical use. *Journal of Women's Health*, 1993, 2:67–72.
139. Morrison AR, Orlando MB. Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:51–80.
140. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1997, 12:165–172.
141. IndiaSAFE Steering Committee. *IndiaSAFE final report*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1999.
142. Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women*, 1999, 5:393–426.
143. Lloyd S, Taluc N. The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, 1999, 5:370–392.

144. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 1995, 66:1239–1261.
145. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14:839–870.
146. Jouriles EN, Murphy CM, O'Leary KD. Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:453–455.
147. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
148. Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning*, 1998, 29:300–308.
149. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, en prensa.
150. Chalk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, D.C., National Academy Press, 1998.
151. Spindel C, Levy E, Connor M. *With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women*. Nueva York, NY, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 2000.
152. Plichta SB. Identifying characteristics of programs for battered women. En: Leinman JM et al., eds. *Addressing domestic violence and its consequences: a policy report of the Commonwealth Fund Commission on Women's Health*. Nueva York, NY, The Commonwealth Fund, 1998:45.
153. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center, and De La Salle University, 1996.
154. Mehrotra A. *Gender and legislation in Latin America and the Caribbean*. Nueva York, Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1998.
155. Mitra N. *Best practices among response to domestic violence: a study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra [borrador]*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1998.
156. Sherman LW, Berk RA. The specific deterrent effects of arrest for domestic assault. *American Sociological Review*, 1984, 49:261–272.
157. Garner J, Fagan J, Maxwell C. Published findings from the spouse assault replication program: a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 1995, 11:3–28.
158. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. En: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences*. Washington, D.C., National Academy Press, 1994:115–292.
159. Marciniak E. *Community policing of domestic violence: neighborhood differences in the effect of arrest*. College Park, MD, University of Maryland, 1994.
160. Sherman LW. The influence of criminology on criminal law: evaluating arrests for misdemeanor domestic violence. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1992, 83:1–45.
161. National Institute of Justice and American Bar Association. *Legal interventions in family violence: research findings and policy implications*. Washington, D.C., United States Department of Justice, 1998.
162. Grau J, Fagan J, Wexler S. Restraining orders for battered women: issues of access and efficacy. *Women and Politics*, 1984, 4:13–28.
163. Harrell A, Smith B. Effects of restraining orders on domestic violence victims. En: Buzawa ES, Buzawa CG, eds. *Do arrests and restraining orders work?* Thousand Oaks, CA, Sage, 1996.
164. Buzawa ES, Buzawa CG. *Domestic violence: the criminal justice response*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
165. Keilitz S et al. *Civil protection orders: victims' views on effectiveness*. Washington, D.C., National Insitute of Justice, 1998.
166. Littel K et al. *Assessing the justice system response to violence against women: a tool for communities to develop coordinated responses*. Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1998 (se puede consultar por Internet en: http://www.vaw.umn.edu/Promise/PP3.htm).
167. Larrain S. Curbing domestic violence: two decades of activism. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:105–130.
168. Poonacha V, Pandey D. Response to domestic violence in Karnataka and Gujurat. En: Duvvury N, ed. *Domestic violence in India*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1999:28–41.
169. Estremadoyro J. *Violencia en la pareja: comisarías de mujeres en el Perú*. Lima, Ediciones Flora Tristán, 1993.
170. Hautzinger S. *Machos and policewomen, battered women and anti-victims: combatting violence against women in Brazil*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1998.
171. Mesquita da Rocha M. Dealing with crimes against women in Brazil. En: Morrison AR, Biehl L, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:151–154.
172. Thomas DQ. In search of solutions: women's police stations in Brazil. En: Davies M, ed. *Women and*

violence: realities and responses worldwide. Londres, Zed Books, 1994:32–43.

173. Corsi J. Treatment for men who batter women in Latin America. *American Psychologist*, 1999, 54:64.
174. Cervantes Islas F. Helping men overcome violent behavior toward women. En: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:143–147.
175. Axelson BL. Violence against women: a male issue. *Choices*, 1997, 26:9–14.
176. Edleson JL. Intervention for men who batter: a review of research. En: Stith SR, Staus MA, eds. *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneápolis, MN, National Council on Family Relations, 1995:262–273.
177. Gondolf E. *A 30-month follow-up of court-mandated batterers in four cities*. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (se puede consultar por Internet en: http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm).
178. Gondolf EW. Batterer programs: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:83–98.
179. Mullender A, Burton S. *Reducing domestic violence: what works? Perpetrator programmes*. Londres, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
180. Sugg NK et al. Domestic violence and primary care: attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:301–306.
181. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 1997, 90:1075–1080.
182. Friedman LS et al. Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine*, 1992, 152:1186–1190.
183. *Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: análisis y resultados de investigación*. Ciudad de Panamá, Organización Panamericana de la Salud, 1998.
184. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Academic Medicine*, 1997, 72(1 Suppl.):S19–S25.
185. Fawcett G et al. *Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud*. México, D.F., Consejo de Población, 1998.
186. Watts C, Ndlovu M. Addressing violence in Zimbabwe: strengthening the health sector response. En: *Violence against women in Zimbabwe: strategies for action*. Harare, Musasa Project, 1997:31–35.
187. D'Oliviera AFL, Schraiber L. Violence against women: a physician's concern? En: *Fifteenth FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Copenhagen, Denmark, 3–8 August 1997*. Londres, International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 1997:157–163.
188. Leye E, Githaniga A, Temmerman M. *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Gante, International Centre for Reproductive Health, 1999.
189. *Cómo atender a las mujeres que viven situationes de violencia doméstica. Orientaciones básicas para el personal de salud*. Managua, Red de Mujeres Contra la Violencia, 1999.
190. *Achievements of project "Toward a comprehensive model approach to domestic violence: expansion and consolidation of interventions coordinated by the state and civil society"*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1999.
191. Olson L et al. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 27:741–746.
192. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:44–46.
193. Kim J. Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa. En: *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Gante, International Centre for Reproductive Health, 1999:101–107.
194. Davison L et al. *Reducing domestic violence: what works? Health services*. Londres, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
195. Kelly L, Humphreys C. *Reducing domestic violence: what works? Outreach and advocacy approaches*. Londres, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
196. Gamache DJ, Edleson JS, Schock MD. Coordinated police, judicial, and social service response to woman battering: a multiple baseline evaluation across three communities. En: Hotaling GT et al., eds. *Coping with family violence: research and policy perspectives*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988:193–209.
197. Hague G. *Reducing domestic violence: what works? Multi-agency fora*. Londres, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
198. Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A. The Nicaraguan Network of Women Against Violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 1997, 10:82–92.
199. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. Nueva York, NY, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 2000.
200. Jaffe PG et al. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, 1992, 7:129–146.
201. Foshee VA et al. The Safe Dates program: one-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1619–1622.

202. Krajewski SS et al. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *Journal of Family Violence*, 1996, 11:93–112.
203. Lavoie F et al. Evaluation of a prevention program for violence in teen dating relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 1995, 10:516–524.
204. Heise L. Violence against women: global organizing for change. En: Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:7–33.
205. *Domestic violence in India*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1999.
206. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion: mandatory reporting of domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1998, 62:93–95.
207. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781–1787.
208. Jezierski MB, Eickholt T, McGee J. Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence. *Journal of Emergency Nursing*, 1999, 25:79–80.
209. Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training*. Nueva York, NY, AVSC International, 1998.
210. Cole TB. Case management for domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:513–514.
211. McLeer SV et al. Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 1989, 18:651–653.
212. Tilden VP, Shepherd P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: use of a nursing protocol. *Research in Nursing Health*, 1987, 10:209–215.
213. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235–242.
214. Kelly L. Tensions and possibilities: enhancing informal responses to domestic violence. En: Edelson JL, Eisidovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:67–86.
215. Fawcett GM et al. Changing community responses to wife abuse: a research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *American Psychologist*, 1999, 54:41–49.
216. Carter J. *Domestic violence, child abuse, and youth violence: strategies for prevention and early intervention*. San Francisco, CA, Family Violence Prevention Fund, 2000.

CAPÍTULO 5

El maltrato de las personas mayores

Antecedentes

El maltrato de las personas mayores por los miembros de la familia se remonta a la antigüedad. Sin embargo, hasta el advenimiento de las iniciativas para afrontar el maltrato de los menores y la violencia doméstica en los últimos 25 años del siglo XX, este tema se consideró como un asunto privado, que no debía ventilarse en público. Considerado inicialmente como un problema de bienestar social y luego como un tema relacionado con el envejecimiento, el maltrato de las personas de edad y otras formas de violencia doméstica se han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal. Por consiguiente, estas dos disciplinas han determinado, en gran medida, la visión que se tiene del maltrato de las personas mayores, cómo se analiza y de qué manera debe abordarse. El presente capítulo se centra en el maltrato de los ancianos por los miembros de la familia o por otras personas conocidas de aquellos, en sus hogares o en los ámbitos residenciales o institucionales. En cambio, no se ocupa de otros tipos de violencia que pueden ejercerse contra las personas de edad, como la agresión de desconocidos o la resultante del delito callejero, las guerras de pandillas o los conflictos bélicos.

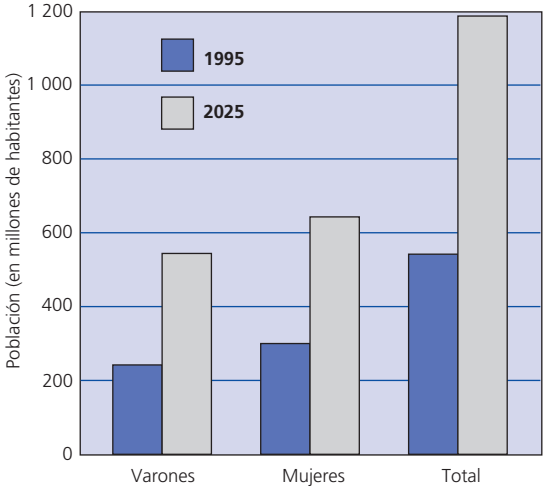
El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término "*granny battering*", que podría traducirse como "abuelita golpeada" (1, 2). Sin embargo, fue el Congreso de los Estados Unidos el primero que abordó el tema en tanto cuestión social y política. Luego lo hicieron los investigadores y los profesionales. Durante los años ochenta se informó de investigaciones científicas y medidas de gobierno en Australia, Canadá, China (la RAE de Hong Kong), Estados Unidos, Noruega y Suecia, y en el decenio siguiente en Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Reino Unido, Sudáfrica y otros países europeos. Aunque el maltrato de los ancianos se identificó por primera vez en los países desarrollados, donde se han realizado la mayoría de las investigaciones existentes, los hechos anecdóticos y la información procedente de algunos países en desarrollo han demostrado que se trata de un fenómeno universal. El hecho de que ahora el maltrato de los ancianos se esté tomando mucho más en serio es un reflejo del interés cada vez más generalizado por los derechos humanos y la igualdad en materia de género, y también por la violencia doméstica y el envejecimiento de la población.

La edad a partir de la cual una persona puede considerarse "anciana" no está definida con precisión, lo que dificulta las comparaciones entre los estudios y entre los países. En las sociedades occidentales, generalmente se considera que la senescencia coincide con la edad de la jubilación (60 ó 65 años). Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo este concepto social basado en la edad de la jubilación no tiene mayor significado. En estos países son más importantes las funciones que se asignan a cada persona en las distintas etapas de la vida. Por lo tanto, se considera que la vejez es el período de la vida en que las personas, debido a la pérdida de su capacidad física, ya no pueden desempeñar las funciones familiares o laborales que les corresponden.

La preocupación por el maltrato de las personas de edad avanzada ha aumentado, pues se ha tomado conciencia de que en los próximos decenios, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, se producirá un enorme aumento de la población de este grupo de edad, que en francés se denomina *le troisième âge* (la tercera edad). Según las predicciones, en el año 2025 la población mundial de 60 o más años aumentará a más del doble, de 542 millones en 1995 a cerca de 1 200 millones (figura 5.1). El número total de personas mayores que viven en los países en desarrollo también aumentará en una proporción similar para 2025, llegando a 850 millones de personas (3), es decir, 12% de la población total del mundo en desarrollo, aunque en algunos países, como Colombia, Indonesia, Kenya y Tailandia, se prevé que aumente más de cuatro veces. En todo el mundo, un millón de personas cumplen 60 años en un mes cualquiera, y de esa cifra, el 80% corresponde al mundo en desarrollo.

Las mujeres sobreviven a los hombres en casi todos los países del mundo, ricos y pobres (3). Sin embargo, esta brecha de género es considerablemente más estrecha en los países en desarrollo, debido

FIGURA 5.1
Crecimiento proyectado de la población mundial de 60 o más años de edad, 1995–2025



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2002.

sobre todo a que las tasas de mortalidad materna son mayores y, en los últimos años, también a la epidemia de SIDA.

Estos cambios demográficos están ocurriendo en los países en desarrollo simultáneamente con el aumento de la movilidad y la modificación de las estructuras familiares. La industrialización está socavando modelos muy antiguos de interdependencia entre varias generaciones de una misma familia. Para las personas mayores, este fenómeno suele acarrear dificultades materiales y emocionales. En muchos países en desarrollo, la rapidez con que se producen los cambios sociales y económicos ha contribuido a debilitar, y a menudo destruir, las redes familiares y comunitarias que en otras épocas habían servido de apoyo a la generación mayor. La pandemia de SIDA también está afectando significativamente a la vida de las personas mayores. Por ejemplo, en numerosas regiones del África subsahariana, muchísimos niños están quedando huérfanos porque sus padres mueren por causa de esa enfermedad. Los ancianos, que habían contado con el apoyo de sus hijos durante la vejez, se encuentran con que son ellos mismos los principales proveedores de cuidados y que no contarán con una familia que los ayude en el futuro.

Solo 30% de las personas mayores del mundo están cubiertas por regímenes jubilatorios. Por ejemplo, en Europa oriental y en los países de la ex Unión Soviética, el cambio de las economías de planificación a las economías de mercado ha dejado a muchas personas de edad avanzada desprovistas de ingresos jubilatorios y de los servicios de salud y bienestar social que proporcionaban los regímenes comunistas anteriores. Tanto en las economías de los países en desarrollo como en las de los países desarrollados, muchas veces la población general se ha visto afectada por problemas derivados de las desigualdades estructurales, como son los bajos salarios, la elevada tasa de desempleo, las deficiencias de los servicios de salud, la falta de oportunidades educativas y la discriminación contra la mujer. Todo ello ha contribuido a que los ancianos sean más pobres y vulnerables.

Las personas mayores de los países en desarrollo todavía corren riesgos significativos de contraer enfermedades transmisibles. Además, a medida que aumenta la esperanza de vida, el anciano será víctima de las mismas enfermedades prolongadas asociadas con la vejez, en gran medida incurables y a menudo discapacitantes, que actualmente son las de mayor prevalencia en los países desarrollados. También deberán hacer frente a los problemas ambientales y a las posibilidades de violencia en las sociedades en que viven. No obstante, los adelantos de las ciencias médicas y del bienestar social permitirán asegurar que muchos ancianos puedan gozar de períodos de vejez más prolongados y libres de discapacidades. Se podrán evitar ciertas enfermedades o reducir sus efectos mediante el perfeccionamiento de las estrategias de atención de salud. La gran cantidad de personas de edad resultante, con su valiosa reserva de experiencia y conocimientos, será muy beneficiosa para la sociedad.

¿Cómo se define el maltrato de las personas mayores?

En general, se conviene en que el maltrato de las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión (en ese caso, por lo común se denomina "descuido"), y que puede ser intencional o no. Además, puede ser de carácter físico o

psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida (4). La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente, de la frecuencia con que se produzcan, su duración, gravedad y consecuencias, y, sobre todo, del contexto cultural. Por ejemplo, entre los navajos de los Estados Unidos, el hecho de que los ancianos de la tribu compartieran sus bienes materiales con los miembros de la familia había sido calificado por un investigador ajeno a dicha cultura como explotación económica por parte de esos parientes. Sin embargo, los ancianos en cuestión lo consideraban como un deber cultural, e incluso un verdadero privilegio (5). En otras tribus indígenas de los Estados Unidos el maltrato de los ancianos se consideraba como un problema comunitario y no individual (6).

Según la definición de la organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido (7), adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores, "el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor". Por lo general, el maltrato se clasifica en las categorías siguientes:

- Maltrato físico: causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas.
- Maltrato psíquico o emocional: infligir sufrimiento psíquico.
- Abuso económico o material: explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida.
- Abuso sexual: mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor.
- Descuido: negarse a cumplir con la obligación de atender a una persona mayor, o no cumplirla. Esto puede entrañar o no la tentativa, consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor.

En esta definición han influido en gran medida las investigaciones realizadas en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido. Los estudios llevados a cabo en China (la RAE de Hong Kong), Finlandia, Grecia, India, Irlanda, Israel, Noruega, Polonia y Sudáfrica han abordado el tema con enfoques bien diferenciados (8). Por ejemplo, los investigadores noruegos identificaron el maltrato con un "triángulo de violencia" que incluye a una víctima, un agresor y otras personas que, en forma directa o indirecta, observan a los protagonistas principales. En países como China, que hacen hincapié en la armonía y respeto sociales, descuidar a una persona mayor se considera como maltrato. El hecho de que los miembros de la familia no cumplan con sus obligaciones, derivadas de la relación de parentesco, de proporcionar a la persona mayor alimentos y vivienda, también se considera como descuido.

Las sociedades tradicionales

En el pasado, muchas sociedades tradicionales consideraban que la armonía familiar era un elemento importante de las relaciones familiares. Esta veneración de la familia se veía reforzada por las tradiciones filosóficas y las políticas públicas. En la sociedad china, estaba inmersa en un sistema de valores que otorgaba suma importancia a la "devoción filial". No se reconocía el maltrato de los ancianos y, por cierto, no se lo denunciaba. Estas tradiciones ejercen su influencia hasta el día de hoy. Ciertos estudios realizados en los Estados Unidos sobre las actitudes frente al maltrato de las personas mayores pusieron de manifiesto que los ciudadanos de origen coreano creían que la armonía familiar debía privar por sobre el bienestar individual y que este criterio se empleaba como patrón para determinar si una conducta determinada podía considerarse como un acto de maltrato (9). Del mismo modo, las personas de origen japonés creían que el "grupo" era primordial y que el bienestar de una persona debía sacrificarse en pos del bien del grupo (10).

Desplazar a las personas mayores de su posición como jefes del hogar y privarlas de su autonomía en nombre del afecto son normas culturales, aun en los países en los que la familia es la institución básica y el sentimiento de deber filial es fuerte (*11*). Esa "infantilización" y sobreprotección pueden hacer que la persona mayor se sienta aislada, deprimida y desmoralizada y suele considerarse como una forma de maltrato. En algunas sociedades tradicionales, se abandona a las viudas ancianas y se les quita los bienes. Los ritos de duelo de las viudas en ciertos lugares de África y la India incluyen prácticas que en otras partes del mundo se considerarían crueles, como la violencia sexual, el levirato (la costumbre de obligar al hermano de un hombre que murió sin hijos a casarse con la viuda) y la expulsión del hogar (*12*). En algunos lugares, las acusaciones de brujería, muchas veces vinculadas con situaciones difíciles de explicar ocurridas en la comunidad local, tales como una muerte o la pérdida de la cosecha, recaen en las mujeres mayores y solas (*13*). En el África subsahariana, esas acusaciones han obligado a muchas mujeres mayores a abandonar su hogar y su comunidad para vivir en condiciones de pobreza en las zonas urbanas. En la República Unida de Tanzanía se estima que unas 500 mujeres mayores son asecinadas cada año acusadas de brujería (*14*). Estos actos de violencia se han convertido en costumbres muy arraigadas en la sociedad, que quizá no las considere como "maltrato de los ancianos" (recuadro 5.1).

En un taller sobre el maltrato de los ancianos celebrado en Sudáfrica en 1992 se estableció una distinción entre *vejación* (que incluye el maltrato verbal, el descuido pasivo y activo, la explotación económica y el exceso de medicación) y *maltrato* (que incluye la violencia física, psíquica y sexual y el robo) (*8*). Desde entonces, se han realizado reuniones de grupos de discusión con los ancianos de tres municipios de Sudáfrica, tradicionalmente "negros", con el objeto de determinar el nivel de conocimiento y de comprensión del fenómeno del maltrato de los ancianos en esas comunidades. Además del típico esquema occidental, que comprende el maltrato físico, verbal y económico, el abuso sexual y el descuido, los participantes quisieron agregar a la definición:

- la falta de respeto a los ancianos, que se equiparó con el descuido;
- las acusaciones de brujería;
- el maltrato infligido por los sistemas (en los dispensarios y en los organismos burocráticos).

Los grupos de discusión elaboraron las definiciones siguientes (*15*):

- Maltrato físico: pegarles y manosearlos violentamente.
- Maltrato emocional y verbal: discriminar a los ancianos por motivos de edad, insultarlos y usar palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas, causarles dolor psíquico y sufrimiento.
- Abuso económico: extorsionar a los ancianos y controlar el dinero de la pensión, robarles los bienes y explotarlos, obligándolos a atender a los nietos.
- Abuso sexual: el incesto, la violación y otros tipos de coacción sexual.
- Descuido: perder el respeto por los ancianos, negarles el afecto y desentenderse de su bienestar.
- Acusaciones de brujería: estigmatizar a los ancianos y excluirlos de la comunidad.
- Maltrato infligido por los sistemas: deshumanizar el trato a los ancianos en los dispensarios y en las oficinas de los servicios de pensión, y hacerlos objeto de marginación por parte del gobierno.

Estas definiciones, propuestas por los participantes y clasificadas por los investigadores, fueron el resultado de un primer intento realizado en Sudáfrica por obtener información sobre el maltrato de los ancianos recurriendo directamente a ellos. También son la primera tentativa de clasificar el maltrato de los ancianos en un país en desarrollo, fundándose en el modelo occidental pero incorporando los elementos propios de la población indígena.

La magnitud del problema

En el ámbito doméstico

Como la mayoría de los países en desarrollo solo han tomado conciencia de este problema en los últimos años, para obtener información sobre la frecuencia del maltrato de ancianos ha sido necesario

RECUADRO 5.1

La brujería: amenaza de violencia en la República Unida de Tanzanía

En la República Unida de Tanzanía, unas 500 mujeres mayores son asesinadas cada año acusadas de brujería. El problema es especialmente grave en Sukumaland, en el norte del país, donde muchas mujeres mayores abandonan sus hogares y comunidades por temor a ser acusadas de brujería y terminan viviendo en condiciones de indigencia en las zonas urbanas.

Las creencias en la brujería han existido en Sukumaland desde hace siglos, aunque la violencia que resulta de ella ha aumentado considerablemente en los últimos años. Esto puede deberse, en parte, al agravamiento de la pobreza, causado por la superpoblación del territorio donde viven los habitantes de la región, y también a la falta general de educación. Las personas pobres y sin educación tratan de explicar las desgracias que recaen sobre ellas (como las enfermedades y la muerte, la pérdida de los cultivos o el hecho de que se sequen los pozos de agua) buscando chivos expiatorios. En tal sentido, la brujería parece ser una buena explicación de las situaciones que de otro modo no pueden comprender ni controlar.

A veces, también se acusa a los hombres de brujería, pero como la sociedad considera que las mujeres son inferiores, sobre ellas recae el grueso de las acusaciones. A continuación se enumeran algunos de los recursos empleados en la región para acusar a las mujeres de brujería:

- *Los litigios por la tierra* son una causa subyacente común de la violencia ejercida contra las viudas. Según las leyes sucesorias, estas pueden seguir viviendo en la tierra de su esposo, pero sin gozar del derecho de propiedad. Cuando mueren, la tierra pasa a ser propiedad de los hijos de su esposo. Por lo tanto, las acusaciones de brujería se usan para deshacerse de las viudas que viven en la tierra como arrendatarias e impiden que los otros herederos las utilicen.
- Muchas veces, los miembros de la familia o los vecinos instigan a *los curanderos* a que acusen de brujería a las mujeres. Un joven mató a su madre después que un curandero le dijo que ella era la causante de sus problemas.
- *Los mitos* sobre el aspecto físico de las brujas (que presuntamente tienen los ojos rojos, por ejemplo), también dan pábulo muchas veces a las acusaciones. Los ojos de muchas mujeres de edad están enrojecidos por haberse pasado toda una vida cocinando en ambientes llenos de humo o porque padecen trastornos de salud, como la conjuntivitis.

Los líderes comunitarios en Sukumaland están pidiendo al gobierno que tome cartas en el asunto. Uno de ellos manifestó: "Es cuestión de educar a la gente. En otras zonas del país donde las personas están más instruidas, no tenemos este problema".

Hasta hace poco, el gobierno se mostraba renuente a reconocer que todavía existían las creencias en la brujería. Ahora el tema es objeto de amplio debate y se condena en forma oficial. En 1999, el gobierno tanzaniano estableció que la brujería sería el tema del Día Internacional de la Mujer.

Una organización no gubernamental local y HelpAge International también están adoptando medidas para mejorar la seguridad de las mujeres de edad en la República Unida de Tanzanía. Su objetivo es modificar las actitudes y las creencias sobre la brujería y abordar algunos de los problemas prácticos que han contribuido a mantener vivas estas creencias, como la pobreza y las deficiencias habitacionales.

Fuente: traducido de la referencia 14 con el permiso de la editorial.

recurrir a cinco encuestas realizadas en el último decenio en cinco países desarrollados (16-20). Los resultados indican una tasa de maltrato de 4% a 6% en la población de ancianos, si se incluyen el maltrato físico, psíquico y económico y el descuido. Uno de los problemas de comparabilidad de los estudios

radica en las diferencias temporales. Los estudios realizados en Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos hacen referencia al "año anterior". El estudio de Finlandia investigó los malos tratos a partir de la "edad de la jubilación", mientras que en el estudio de Gran Bretaña se examinaron los casos de "los últimos años". En la primera serie de estudios (Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos) no se encontró ninguna diferencia significativa en las tasas de prevalencia de maltrato, desglosadas por edad o por sexo. En el estudio de Finlandia se comprobó que había mayor proporción de víctimas femeninas (7,0%) que masculinas (2,5%), mientras que en el estudio británico no se hizo ningún desglose por edad o sexo. Debido a las diferencias metodológicas de las cinco encuestas y al número relativamente pequeño de víctimas, no se justifica un análisis comparativo más exhaustivo.

En una encuesta reciente sobre la violencia doméstica en el Canadá se determinó que en los cinco años anteriores 7% de las personas mayores habían experimentado alguna forma de maltrato emocional, 1% habían sido víctimas de abuso económico y 1% habían sufrido maltrato físico o agresiones sexuales a manos de los niños, las personas que las atendían o el cónyuge (21). Los hombres (9%) tienen mayores probabilidades de denunciar maltrato emocional o económico que las mujeres (6%). Como las preguntas y el marco temporal de la encuesta eran distintos a los del estudio anterior llevado a cabo en el Canadá, los resultados de ambos no son comparables. En el primer estudio mencionado, la proporción de maltrato emocional era mucho más baja (1,4%) y la tasa de maltrato económico más elevada (2,5%) (17).

En los ámbitos institucionales

Hace un cuarto de siglo, la proporción de ancianos que vivían en instituciones en los países desarrollados había llegado a 9% (22). Desde entonces, los criterios se han modificado y se hace mas hincapié en la atención comunitaria y en el uso de ámbitos residenciales menos restrictivos. Las tasas actuales de uso de los hogares de ancianos oscilan entre 4% y 7% en los países como Canadá (6,8%), Estados Unidos (4%), Israel (4,4%) y Sudáfrica (4,5%). En la mayoría de los países africanos se encuentran ancianos en los pabellones de los hospitales de internación prolongada, en los hogares para indigentes y discapacitados y, en algunos países subsaharianos, en los "campos de brujas". Los cambios sociales, económicos y culturales que se están produciendo en algunas de las sociedades en desarrollo harán que las familias no tengan las mismas posibilidades de cuidar a sus miembros más vulnerables y, por tanto, presagian mayor demanda de asistencia institucional. En China, la expectativa de asistencia institucional para las personas mayores se está convirtiendo en norma. En Taiwán (China), la asistencia institucional de los ancianos ha superado rápidamente a la atención familiar (AY Kwan, datos inéditos, 2000).

En América Latina, las tasas de internamiento en hogares de ancianos varían entre 1% y 4%. El cuidado de las personas mayores en instituciones especializadas ya no se considera inadmisible, sino que las familias lo ven como una opción posible. Los asilos patrocinados por el Estado, enormes instituciones semejantes a los antiguos asilos de pobres de Inglaterra se han transformado en establecimientos más pequeños, con personal profesional multidisciplinario. Otros hogares están a cargo de las comunidades religiosas creadas por los inmigrantes. No se dispone de cifras correspondientes a las tasas de reclusión de los ancianos en los países del ex bloque de Europa oriental porque las autoridades de entonces no permitían que se publicara ese tipo de información.

A pesar de que existe una vasta bibliografía sobre la calidad de la atención en las instituciones, y que los casos de maltrato de ancianos han sido bien documentados en los informes de investigaciones gubernamentales, en los estudios etnográficos y las historias personales no hay datos nacionales sobre la prevalencia o la incidencia del maltrato sino solo datos locales de estudios en pequeña escala. Una encuesta realizada al personal de un hogar de ancianos en un estado de los Estados Unidos permitió comprobar que 36% del personal de enfermería y de servicios generales declaró que en el curso del último año había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un residente cometido

por otro miembro del personal, mientras que 10% admitió haber cometido al menos un acto de maltrato físico. Asimismo, 81% de la muestra había observado al menos un incidente de maltrato psíquico contra un residente durante el año anterior y 40% reconoció también haber cometido actos de ese tipo (23). Los resultados indican que probablemente el maltrato de los residentes de edad avanzada en las instituciones sea un fenómeno aún más generalizado de lo que se cree.

Las tasas probables de maltrato de los ancianos, tanto en los ámbitos comunitarios como institucionales, quizá sean mayores de lo que permiten inferir las estadísticas generales recopiladas por los países sobre los actos de violencia. Algunas de las discrepancias se deben a que el maltrato de los ancianos no había sido reconocido como tal hasta los años setenta. Las defunciones de las personas mayores, tanto en los ámbitos institucionales como en la comunidad, se atribuían muchas veces a causas naturales, accidentes o motivos indeterminados, cuando en realidad habían sido consecuencia del maltrato o el descuido.

¿Cuáles son los factores de riesgo en el maltrato de las personas mayores?

La mayoría de las investigaciones iniciales sobre el maltrato de los ancianos se limitaban a estudiar el tema en el ámbito doméstico y se llevaron a cabo en los países desarrollados. Para tratar de explicar el maltrato de los ancianos, los investigadores examinaron la bibliografía especializada en psicología, sociología y gerontología y en el estudio de la violencia doméstica. Para poder tener en cuenta la complejidad de este tema y los diversos factores asociados con él, los investigadores han recurrido al modelo ecológico, que se aplicó por primera vez en el estudio del maltrato y el descuido de los menores (24), y más recientemente en la del maltrato de los ancianos (25, 26). Este modelo permite considerar las interacciones que se producen entre varios sistemas. Como se indica en el capítulo 1, el modelo consiste en una jerarquía de cuatro niveles superpuestos: el individual, el relacional, el comunitario y el social.

Factores individuales

Los primeros investigadores en este campo le restaron importancia a los trastornos de la personalidad, en tanto agentes causales de la violencia doméstica, para dar mayor relevancia a los factores sociales y culturales (27). No obstante, más recientemente las investigaciones sobre la violencia familiar han demostrado que quienes ejercen violencia física es más probable que tengan trastornos de personalidad y problemas asociados con el abuso del alcohol que la población general (28). Del mismo modo, los estudios limitados a la violencia contra los ancianos en el ámbito doméstico han comprobado que quienes la infligen tienen más probabilidades de padecer problemas de salud mental y de abuso de sustancias que los miembros de la familia de los ancianos u otros cuidadores, que no son violentos o propensos a maltratar a los demás (29-31).

En los primeros estudios también se estableció que las deficiencias cognoscitivas y físicas de las personas mayores maltratadas estaban asociadas estrechamente con los factores de riesgo de maltrato. Sin embargo, un estudio posterior sobre diversos casos realizado por un organismo de servicios sociales puso de manifiesto que los ancianos que habían sido maltratados no eran más débiles que sus pares no maltratados y que el maltrato podía ser aun menor, especialmente en los casos de maltrato físico y verbal (32). En otros estudios, una comparación de cohortes de pacientes con enfermedad de Alzheimer permitió inferir que el grado de deficiencia no era un factor de riesgo de maltrato (33, 34). Sin embargo, entre los casos de maltrato denunciados a las autoridades, la mayor proporción generalmente correspondía a las personas muy ancianas y más disminuidas.

Algunos investigadores han postulado que el género puede ser un factor determinante del maltrato de ancianos, porque es posible que las mujeres mayores hayan sido objeto de opresión y hayan estado en situación de desventaja económica durante toda su vida (35). Sin embargo, como parecen indicar los estudios comunitarios de prevalencia, el nivel de riesgo de maltrato de los ancianos por parte de sus cónyuges, hijos adultos y otros familiares es aproximadamente el mismo que el de las ancianas (16, 17).

Aunque en un estudio de prevalencia del maltrato de las personas mayores realizado en los Estados Unidos los ingresos de estas no resultaron un elemento significativo, las dificultades económicas del agresor parecían ser un factor de riesgo importante. A veces este fenómeno tenía relación con un problema de abuso de sustancias de un hijo adulto, que lo llevaba a extorsionar a la persona mayor, por ejemplo, quitándole el cheque de la jubilación. El resentimiento de los miembros de la familia por los gastos que entraña la atención de la persona mayor también puede haber desempeñado un papel en este tipo de maltrato.

Factores relacionales

En los primeros modelos teóricos, se consideró que el nivel de estrés de quienes cuidan a una persona de edad era un factor de riesgo en el que estaba asociado el maltrato del anciano con la atención de un familiar anciano (36, 37). Si bien la mayoría de la gente ve en el maltrato a una víctima dependiente y a una persona agobiada que la cuida, hay cada vez más datos probatorios de que ninguno de estos dos factores permite explicar en forma adecuada los casos de maltrato. Aunque los investigadores no descartan que el estrés sea uno de los componentes, ahora suelen tenerlo en cuenta en un contexto más amplio, en el que la calidad de la relación en general es un factor causal (30, 34, 38). Algunos de los estudios que incluyen variables tales como el estrés del cuidador, la enfermedad de Alzheimer y el maltrato de los ancianos, indican que el carácter de la relación entre los que brindan el cuidado y los que lo reciben, antes de que se produzca el maltrato, puede ser un factor importante para predecir el maltrato (34, 39, 40). Por consiguiente, hoy día se cree que el estrés puede ser un factor coadyuvante en los casos de maltrato, pero no explica por sí mismo este fenómeno.

El trabajo con pacientes afectados de demencia ha demostrado que las acciones violentas de quien recibe la atención pueden actuar como "factores desencadenantes" de la violencia correlativa del cuidador (41). Puede ser que la violencia sea el resultado de la acción recíproca de varios factores, entre ellos el estrés, la relación entre quien recibe la atención y quien la brinda, las conductas perturbadoras y la agresión por parte del receptor de la atención y la depresión del cuidador (42).

Ciertas condiciones de vida, en especial el hacinamiento y la falta de privacidad, han sido asociadas con los conflictos familiares. Aunque el maltrato puede producirse cuando la persona que lo inflige y la que lo sufre viven separados, este último corre más riesgo cuando ambos viven bajo el mismo techo.

En las primeras teorías sobre este tema también se intentó establecer si existía una relación entre la dependencia y el mayor riesgo de maltrato. Inicialmente, se hizo hincapié en la relación de dependencia de la víctima con la persona que la cuida o el agresor, aunque estudios de casos posteriores permitieron detectar situaciones en que los agresores dependían de la persona mayor; por lo general, hijos adultos que dependen de sus padres ancianos para el alojamiento o el sustento (32). En algunos de estos casos resultó evidente la existencia de una "maraña de interdependencias", esto es, un vínculo emocional muy fuerte entre la víctima y el agresor, que muchas veces dificultaba la intervención de terceros.

Factores comunitarios y sociales

En casi todos los estudios de los factores de riesgo, el factor comunitario de aislamiento social resulta significativo en el maltrato de los ancianos (17, 29, 43, 44). Como sucede con las mujeres maltratadas, el aislamiento de las personas de edad puede ser tanto una causa como una consecuencia del maltrato. Muchas veces se procede a aislar a las personas de edad debido a ciertas deficiencias físicas o mentales. Además, la pérdida de amigos y de miembros de la familia reduce las posibilidades de interacción social.

Aunque hasta ahora hay pocas pruebas empíricas sólidas, hoy día se considera que los factores sociales son importantes como factores de riesgo en el maltrato de los ancianos, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. En el pasado, generalmente se hacía hincapié en los atributos individuales o interpersonales como posibles factores causales del maltrato de las personas de edad. En la actualidad, se reconoce que las normas culturales y las tradiciones, como los prejuicios

contra la vejez, el sexismo y la cultura de la violencia, también desempeñan un papel subyacente importante. Muchas veces se dice que las personas mayores son frágiles, débiles y dependientes, y por ello menos merecedoras que otros grupos de los fondos del Estado, e incluso de la atención familiar, y se las ha considerado como blancos fáciles para la explotación.

En cuanto al África subsahariana en especial, los factores sociales y comunitarios comprenden (*12*):

- los sistemas de descendencia patrilineal y matrilineal y los derechos de tierras, que determinan la distribución del poder;
- la forma en que las sociedades conciben la función de las mujeres;
- el debilitamiento de los vínculos estrechos entre las generaciones de una misma familia, causado por la emigración del campo a la ciudad y la mayor instrucción formal;
- la pérdida, provocada por la modernización, de la tradicional función ritual y de arbitraje familiar de las personas mayores.

Según el estudio de los grupos de discusión realizado en Sudáfrica, gran parte del maltrato, y en especial de la violencia doméstica, ocurría como resultado de los trastornos sociales, exacerbados por el delito, el alcohol y las drogas. En un ejercicio realizado por siete líderes comunitarios varones del campamento de ocupantes ilegales de Tamaho, en Katlehong (Sudáfrica), se llegó a las mismas conclusiones (*15*). Trazando un vínculo entre la pobreza y la violencia, describieron la manera en que una vida familiar disfuncional, la carencia de dinero para los artículos esenciales y la falta de educación y de oportunidades laborales contribuyen a que los jóvenes se dediquen al delito, el tráfico de drogas y la prostitución. En este tipo de sociedades, las personas mayores se consideran como un blanco para el maltrato y la explotación, pues su vulnerabilidad es el resultado de una situación de pobreza caracterizada por la carencia de una jubilación y de oportunidades de trabajo, la falta de higiene, la enfermedad y la mala nutrición.

Las transformaciones políticas ocurridas en Europa oriental después de la caída del comunismo también han creado condiciones que aumentan el riesgo de maltrato de los ancianos. Se ha señalado que algunos de los factores que han afectado a la salud y al bienestar psicosocial del conjunto de la población, en especial de los ancianos, cuya vulnerabilidad al maltrato se ha agravado en consecuencia, son los siguientes:

- la pauperización creciente de segmentos importantes de la sociedad;
- el elevado nivel de desempleo;
- la falta de estabilidad y de servicios de seguridad social;
- la exteriorización de una actitud agresiva, especialmente en los jóvenes.

Con respecto a la sociedad china, se han propuesto varios motivos (45) para explicar el maltrato de las personas mayores**:**

- la falta de respeto de las generaciones más jóvenes;
- las tensiones entre las estructuras familiares tradicionales y las nuevas;
- la reestructuración de las redes básicas de apoyo a los ancianos;
- la emigración de las parejas jóvenes a las nuevas ciudades, dejando a los padres ancianos en zonas de viviendas cada vez más deterioradas, ubicadas en el centro de las ciudades.

En general, los estudios sobre el maltrato de los ancianos se han centrado en los problemas interpersonales y familiares. Sin embargo, es más apropiado emplear un modelo integrado, que abarque las perspectivas individuales, interpersonales, comunitarias y sociales y reduzca en alguna medida el sesgo observado en los estudios anteriores. En este modelo se toman en cuenta las dificultades con que se enfrentan las personas mayores, especialmente las mujeres. Muchas veces estas personas viven en condiciones de pobreza, sin poder satisfacer las necesidades vitales básicas y sin contar con el apoyo de la familia, factores que agravan el riesgo de maltrato, descuido y explotación.

Consecuencias del maltrato de las personas mayores

Para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves. Se trata de personas físicamente más débiles y más vulnerables que

los adultos más jóvenes, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes. Muchos ancianos sobreviven con ingresos limitados, de modo que la pérdida de una suma de dinero, por pequeña que sea, puede tener un impacto significativo. Posiblemente vivan aislados, solos o atribulados por alguna enfermedad, y en ese caso están más expuestos a convertirse en blanco de algún fraude.

En el ámbito doméstico

Se han realizado muy pocos estudios empíricos para determinar las consecuencias del maltrato, aunque en los estudios clínicos y de casos hay abundante información sobre las graves dificultades emocionales de las personas mayores maltratadas. En diversas investigaciones realizadas en los países desarrollados se encuentran ciertos datos fidedignos que demuestran que la depresión o las dificultades psicológicas son más frecuentes en los ancianos maltratados que en sus pares no maltratados (31, 46, 47). Como las investigaciones mencionadas se hicieron empleando un diseño transversal, no se puede determinar si las condiciones eran preexistentes o una consecuencia del maltrato. También se ha señalado que existen otros síntomas asociados con los casos de maltrato, como los sentimientos de impotencia, alienación, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación y el estrés postraumático (48, 49). Los participantes en el estudio del grupo de discusión de Sudáfrica también señalaron que se producían efectos emocionales y problemas de salud y, al decir de uno de ellos, "se enferma el corazón" (15).

En una investigación sumamente importante realizada en New Haven (Estados Unidos), los datos de un estudio integral anual de salud y bienestar efectuado en una muestra representativa de 2 812 personas mayores, todos los años durante nueve años, se combinaron con la base de datos del organismo local que se ocupa de los problemas de maltrato de los adultos (50). La información de la encuesta de salud fue registrada por enfermeras que entrevistaban a las personas mayores en un hospital, el primer año para registrar sus datos y luego cada tres años. En los años intermedios, los datos se actualizaban telefónicamente. La información sobre malos tratos y descuido fue recopilada por asistentes sociales que utilizaron los protocolos existentes tras investigar las denuncias de maltrato, por lo general mediante una visita domiciliaria. La base de datos combinada permitió a los investigadores identificar a los integrantes de la muestra que, durante el estudio de nueve años, habían sido víctimas comprobadas de maltrato físico o descuido. Se calcularon luego las tasas de mortalidad, empezando el primer año de la encuesta y durante los 12 años posteriores, tanto para los que habían sido víctimas de malos tratos o descuido como para el resto del grupo. Cuando se compararon las tasas de mortalidad de ambos grupos, 13 años después de iniciado el estudio, se informó que 40% de las personas que no habían sido víctimas de maltrato o descuido aún vivían, mientras que en el otro grupo la proporción era de 9%. Después de verificar todos los factores que podían influir en la mortalidad (como la edad, el sexo, los ingresos, las condiciones funcionales y cognoscitivas, el diagnóstico y el grado de apoyo social), y al no haber encontrado ninguna relación significativa con estos otros factores, los investigadores concluyeron que el maltrato genera un gran estrés interpersonal que puede aumentar el riesgo de muerte.

En los ámbitos institucionales

Se ha comprobado que se produce maltrato de las personas mayores en los establecimientos de atención permanente (como los hogares de ancianos, los establecimientos de atención residencial, los hospitales y los centros de atención ambulatoria) de casi todos los países donde existen este tipo de instituciones. Son varias las personas que pueden infligir malos tratos: un miembro del personal asalariado, otro residente, un visitante voluntario o los familiares y amigos. Una relación de maltrato o descuido entre el anciano y la persona que lo atiende en su hogar no se interrumpe necesariamente cuando aquel ingresa al sistema de asistencia institucional. A veces, el maltrato continúa en el nuevo ámbito.

Es preciso distinguir entre los actos individuales de maltrato o descuido en un ámbito institucional y el maltrato institucional, en el que el régimen predominante en la propia institución es el maltrato o

descuido. Sin embargo, muchas veces resulta difícil determinar en la práctica si el maltrato o descuido descubiertos en una institución han sido consecuencia de actos individuales o se originan en fallas institucionales, pues en muchos casos ambos se superponen.

La variedad de actos de maltrato y descuido en las instituciones es considerable (51) y puede estar relacionada con cualquiera de los factores siguientes:

- La prestación de la atención: por ejemplo, la resistencia a los cambios en la medicina geriátrica, el deterioro de la atención individual, la alimentación inadecuada y las deficiencias en la atención de enfermería (por ejemplo la falta de cuidado de las úlceras de decúbito).
- Los problemas del personal: por ejemplo, el estrés laboral y el agotamiento, el trabajo en condiciones materiales deficientes, la falta de capacitación, y los problemas psíquicos.
- Las dificultades en las interacciones entre el personal y los residentes: por ejemplo, la falta de comunicación, la agresividad de los residentes y las diferencias culturales.
- Las condiciones externas: por ejemplo, la falta de privacidad esencial, el deterioro de los establecimientos, el uso de medios de inmovilización, la falta de estimulación sensorial adecuada y la propensión a los accidentes dentro de la institución.
- Las políticas institucionales: por ejemplo, las que se adoptan para beneficio de la institución dejando a los residentes pocas posibilidades de elección en lo que respecta a su vida cotidiana, las actitudes burocráticas o de indiferencia hacia los internados, la escasez de personal o su rotación frecuente, el manejo fraudulento de las pertenencias o el dinero de los pacientes y la inexistencia de un consejo de residentes o de un consejo de familiares de los residentes.

Ciertos datos anecdóticos procedentes de la India parecen indicar que muchas veces el personal perpetúa el maltrato institucional mediante la aplicación de un sistema regimentado, que no admite cuestionamientos, establecido en nombre de la disciplina o de una protección impuesta. Otro recurso utilizado para ese fin es aprovecharse de la situación de dependencia de las personas mayores. También se observó que la falta de personal de dirección capacitado profesionalmente agrava este problema.

A la luz de los conocimientos actuales, es imposible saber con qué frecuencia se producen este tipo de situaciones. En 1997, el gobierno de los Estados Unidos realizó una encuesta en 15 000 hogares de ancianos (52) con el objeto de detectar las deficiencias más importantes. A continuación se enumeran las 10 más graves, clasificadas en categorías generales:

1. Preparación de alimentos (21,8%).
2. Evaluación integral: una evaluación documentada de todas las necesidades de atención, entre ellas la atención médica, de enfermería y la atención social (17,3%).
3. Planes de atención integrales: generalmente en forma de un registro en el que se especifican las necesidades de atención cotidiana de un paciente y se designa a la persona responsable de brindarla, así como observaciones sobre su evolución y los cambios necesarios (17,1%).
4. Accidentes (16,6%).
5. Úlceras de decúbito (16,1%).
6. Calidad de la atención (14,4%).
7. Uso de medios de inmovilización (13,3%).
8. Administración interna (13,3%).
9. Falta de dignidad (13,2%).
10. Prevención de accidentes (11,9%).

El maltrato y el descuido pueden producirse en muchos tipos de instituciones, aun en las que parecen prestar una atención de excelente calidad a los pacientes. Una constatación fundamental, resultante de un examen de las investigaciones realizadas sobre los escándalos ocurridos en la atención institucional, da motivos para creer que un régimen aceptable o bueno de atención podría transformarse en maltrato con relativa facilidad y rapidez, sin que se produjeran cambios detectables de la situación aparente (53).

¿Qué se puede hacer para prevenir el maltrato de las personas mayores?

Los efectos de la violencia física y psicológica sobre la salud de una persona mayor se ven exacerbados

por el proceso de envejecimiento y las enfermedades características de la vejez. Es más difícil para los ancianos evadirse de una relación de maltrato o tomar las decisiones apropiadas debido a las deficiencias físicas y cognoscitivas que generalmente sufren. En algunos lugares, las obligaciones derivadas del parentesco y el recurso al círculo familiar ampliado para resolver las dificultades también pueden reducir la capacidad de las personas mayores, en especial de las mujeres, para eludir las situaciones peligrosas. A menudo, el agresor puede ser la única compañía con que cuenta la persona maltratada. Por estas y otras consideraciones, prevenir el maltrato de los ancianos plantea a los profesionales un sinnúmero de problemas. En la mayoría de los casos, el mayor dilema es cómo lograr un equilibrio entre el derecho a la autodeterminación de la persona de más edad y la necesidad de adoptar las medidas necesarias para poner fin a la situación de maltrato.

Respuestas a escala nacional

Los esfuerzos por impulsar la acción social contra el maltrato de los ancianos en el plano nacional y elaborar leyes y otras iniciativas de políticas tienen distintos grados de desarrollo en todo el mundo. Algunos autores (54, 55) han utilizado el modelo de Blumer (56) de los problemas sociales para definir las diversas etapas del proceso:

- la aparición de un problema;
- la legitimación del problema;
- la movilización en favor de la adopción de medidas;
- la formulación de un plan oficial;
- la ejecución del plan.

Estados Unidos es el país más avanzado en cuanto a las respuestas en el ámbito nacional, y cuenta con un sistema plenamente desarrollado de notificación y tratamiento de los casos de maltrato de ancianos. Este sistema funciona a nivel estatal y la participación del gobierno federal se limita al apoyo prestado al Centro Nacional para la Prevención del Maltrato de los Ancianos, que proporciona asistencia técnica y un monto reducido de fondos a los servicios estatales de prevención del maltrato de los ancianos. Otros centros nacionales de referencia son el Comité Nacional para la Prevención del Maltrato de los Ancianos, una organización sin fines de lucro creada en 1988, y la Asociación Nacional de Administradores de los Servicios Estatales de Protección de los Ancianos, creada en 1989.

En Australia y el Canadá, algunas provincias o estados han establecido sistemas para atender los casos de maltrato de ancianos, pero no se ha elaborado ninguna política oficial en el plano federal. Nueva Zelandia ha puesto en marcha una serie de proyectos piloto en todo el país. Estos tres países tienen grupos nacionales. El Consejo Asesor Nacional de Nueva Zelandia sobre el Maltrato y el Descuido de los Ancianos se creó a comienzos de los años noventa para elaborar un enfoque nacional para las estrategias de atención y protección de las personas de edad avanzada. La Red Australiana de Prevención del Maltrato de los Ancianos se constituyó en 1998 como centro de contacto e intercambio de información entre quienes trabajan con adultos mayores víctimas de malos tratos. En 1999, se fundó la Red Canadiense para la Prevención del Maltrato de los Ancianos con objetivos similares: encontrar formas de elaborar políticas, programas y servicios dirigidos a eliminar el maltrato de los ancianos.

En el Reino Unido, Acción contra el Maltrato de los Ancianos, una organización no gubernamental de nivel nacional, ha contribuido a centrar la atención del gobierno en el maltrato de las personas mayores, impulsando la elaboración de documentos de política por parte del Departamento de Salud y la Dirección de Servicios Sociales. Noruega es el país escandinavo más avanzado en esta materia y ha logrado la aprobación parlamentaria de un proyecto de servicios en Oslo y un centro de recursos para la información y la investigación sobre la violencia. Este último se ha concretado en gran parte como resultado de la acción de los activistas contra el maltrato de los ancianos. Otros países europeos, como Alemania, Francia, Italia y Polonia, están en la etapa de "legitimación" del modelo de Blumer. Las actividades en favor de la prevención del maltrato de los ancianos en estos países se limitan principalmente a la labor individual de los investigadores y a algunos programas locales.

El Comité Latinoamericano para la Prevención del Maltrato de los Ancianos ha hecho una campaña intensa para llamar la atención sobre este problema en los países latinoamericanos y caribeños, y proporciona capacitación en las reuniones regionales y nacionales. Algunos países, como Cuba, Perú, Uruguay y Venezuela, apenas están tomando conciencia del problema y las actividades consisten principalmente en reuniones de profesionales y estudios de investigación. Otros países de la región, como Argentina, Brasil y Chile, han pasado a la etapa de legitimación y de adopción de medidas.

En Buenos Aires (Argentina), el programa "Proteger", que se ocupa exclusivamente de los casos de maltrato de ancianos, se inició en 1998 como parte de los programas de la Secretaría de Promoción Social, Dirección General de la Tercera Edad. Los profesionales y otros trabajadores que participan en este programa reciben capacitación en gerontología durante un período de seis meses, en el que se hace hincapié en la prevención de la violencia y las intervenciones en los casos de maltrato de ancianos. "Proteger" también tiene una línea telefónica de ayuda gratuita.

En el Brasil, el apoyo oficial a las actividades de capacitación en materia de maltrato de ancianos ha estado a cargo de los ministerios de justicia, y de salud y previsión social. En Chile, como resultado de la labor de la Comisión Interministerial de Prevención de la Violencia Intrafamiliar, en 1994 se aprobó una ley contra la violencia en la familia (57). Esta ley abarca todos los actos de violencia en el hogar, con inclusión de los dirigidos contra los ancianos.

En Asia, los estudios realizados por investigadores de China (la RAE de Hong Kong), India, Japón y la República de Corea han hecho notar el problema del maltrato de los ancianos, pero hasta ahora no se ha adoptado medida oficial alguna en materia de políticas ni de elaboración de programas.

Los informes sobre el maltrato de los ancianos en Sudáfrica salieron a la luz por primera vez en 1981. En 1994, el Estado y el sector privado establecieron un programa preventivo conjunto sobre el maltrato en las instituciones (58). Los activistas que realizaban labores de prevención del maltrato de ancianos promovieron resueltamente la idea de formular una estrategia nacional contra este tipo de maltrato, una propuesta que el gobierno está analizando en la actualidad. Asimismo, impulsaron la inclusión del tema del maltrato de los ancianos en la declaración final de la Conferencia de la Comunidad de Desarrollo del África Meridional sobre la Prevención de la Violencia contra la Mujer, celebrada en Maseru (Lesotho) en diciembre de 2000. La Coalición Nigeriana para la Prevención del Maltrato de los Ancianos reúne a todos los organismos y grupos que trabajan con los ancianos y para estos. En muchos otros países africanos, los esfuerzos por abordar el maltrato de los ancianos quedan relegados a segundo plano por otros problemas que parecen más apremiantes, como las guerras, la pobreza y la deuda.

Como consecuencia de la rápida ampliación de las actividades relacionadas con el maltrato de los ancianos en todo el mundo, en 1997 se creó la Red Internacional para la Prevención de los Malos Tratos a los Ancianos (INPEA), en la que están representados los seis continentes. Los objetivos de la red son: sensibilizar a la opinión pública; fomentar la educación y la capacitación; organizar campañas en favor de las personas de edad maltratadas y descuidadas; y promover las investigaciones sobre las causas, las consecuencias, el tratamiento y la prevención del mal trato de los ancianos. Durante las primeras etapas de desarrollo de la INPEA, el medio principal de capacitación han sido los talleres, que se han llevado a cabo en reuniones de profesionales celebradas en Australia, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos y el Reino Unido. Se ha creado un boletín informativo trimestral y un sitio *web*. La INPEA también inspiró la creación de las redes australiana y canadiense.

Respuestas locales

La mayoría de los programas establecidos para abordar el problema del maltrato de los ancianos se realizan en los países de ingresos altos. Generalmente se llevan a cabo con el auspicio de los servicios sociales, los sistemas de atención de salud o los sistemas jurídicos, o conjuntamente con los programas de lucha contra la violencia familiar. Aunque se

ha demostrado que en varios países de ingreso bajo o mediano el maltrato de los ancianos también existe, se han implantado pocos programas específicos. En esos países, los casos de maltrato de ancianos suelen ser manejados por organismos de servicios sociales gubernamentales o no gubernamentales, aunque quizás el personal no siempre esté bien informado sobre el tema. Una excepción es Costa Rica, donde existe un programa nacional muy importante (*11*). En algunos países no existe ningún servicio social o sistema de atención de salud para abordar el maltrato de los ancianos.

Servicios sociales

En general, los países que prestan servicios a las personas mayores maltratadas, descuidadas o explotadas lo han hecho por conducto de la red de servicios sociales y de salud existentes. Muchas veces estos casos suponen problemas médicos, jurídicos, éticos, psíquicos, financieros, de fiscalización y ambientales. Se han elaborado normas y protocolos para ayudar a los asistentes sociales y generalmente se les proporciona capacitación especial. Lo más común es que la atención se planifique con equipos de consultores especializados en una amplia gama de disciplinas. Estos servicios suelen operar en estrecha colaboración con grupos de trabajo, que en la mayoría de los casos representan órganos estatutarios y organizaciones de voluntarios, privadas y de beneficencia que prestan servicios de asesoramiento, imparten capacitación, elaboran modelos de legislación e identifican las deficiencias del sistema. Muchas veces, estos servicios cuentan con líneas telefónicas de ayuda para recibir denuncias de malos tratos (*59*, *60*). Actualmente, hay líneas de este tipo en el Reino Unido y en comunidades locales de Alemania, Francia y Japón (recuadro 5.2). Solo los Estados Unidos y varias provincias del Canadá han creado un sistema para manejar exclusivamente las denuncias de maltrato de adultos. En estos servicios de protección de las personas adultas (como se los conoce), los asistentes sociales investigan y evalúan los casos, elaboran planes para atenderlos en forma adecuada y realizan una tarea de supervisión hasta que puedan derivarse a los organismos de servicios para las personas de edad.

Cada vez hay mas interés por proporcionar servicios a los ancianos víctimas de malos tratos, aplicando criterios similares a los desarrollados para las mujeres golpeadas. Los refugios de emergencia y los grupos de apoyo especiales para las personas de edad maltratadas son relativamente nuevos. Constituyen un ámbito donde las víctimas pueden conversar sobre sus experiencias, fortalecerse psíquicamente para superar sus miedos, sus dudas, el estrés y la ansiedad, y mejorar su autoestima. Un ejemplo de cómo se ha adaptado el modelo de la violencia doméstica para abordar el problema del maltrato de las personas mayores es el programa desarrollado por la Federación Finlandesa de Hogares y Residencias para Madres y Niños, en colaboración con un hogar de ancianos local y el sistema de atención de salud finlandés. Mediante este proyecto se provee de camas de urgencia en el hogar de ancianos, una línea telefónica de ayuda que brinda asesoramiento, y la posibilidad de que las víctimas hablen de sus problemas y asistan a una reunión de grupos de apoyo cada dos semanas. En Alemania, Canadá, Estados Unidos y Japón existen refugios de emergencia de ese tipo.

En los países de ingreso bajo, que carecen de la infraestructura de servicios sociales necesaria para aplicar este tipo de programas, pueden establecerse proyectos locales para ayudar a las personas mayores a planificar los programas y crear sus propios servicios, así como para organizar campañas que promuevan un cambio de conducta. Estas actividades también permitirán fortalecer a las personas mayores y mejorar su autoestima. Por ejemplo, en Guatemala, las personas mayores ciegas que habían sido expulsadas de su hogar por la familia formaron su propio comité, crearon su propia casa refugio y pusieron en marcha proyectos de artesanías y de otro tipo, que generaran ingresos locales para ayudar a financiarla (*61*).

Atención de salud

En algunos países latinoamericanos y europeos, así como en Australia, los profesionales de la medicina han desempeñado un papel protagónico en la difusión pública del problema del maltrato de los ancianos. En otros países, como el Canadá y

RECUADRO 5.2

El Centro de Prevención del Maltrato de los Ancianos de Japón

En 1993, la Sociedad para el Estudio del Maltrato de los Ancianos de Japón, un grupo independiente integrado en su mayor parte por asistentes sociales y académicos, realizó una encuesta nacional en los centros de asistencia de las distintas comunidades. El estudio permitió confirmar la existencia de maltrato a los ancianos en ese país. Sobre la base de los resultados, la Sociedad decidió que la mejor manera de abordar el problema era crear un servicio de orientación telefónica, similar al que ha organizado Acción contra el Maltrato de los Ancianos, en el Reino Unido (*60*).

El Centro de Prevención del Maltrato de los Ancianos de Japón se creó en 1996, con la ayuda financiera de una organización no gubernamental nacional, con carácter de entidad sin fines de lucro, que ofrece un servicio de orientación telefónica operado por voluntarios, conocido sencillamente como *Línea de ayuda.* Uno de los miembros de la Sociedad para el Estudio del Maltrato de los Ancianos, director de un hogar para convalecientes, destinó una habitación del hogar que presidía para que se utilizara como oficina y además proporcionó otros tipos de ayuda. El servicio de orientación se anunció en los periódicos, en los centros de apoyo y en otros organismos.

Ahora la *Línea de ayuda* ofrece una amplia gama de informaciones, así como orientación en temas jurídicos, a toda persona que tenga un problema relacionado con el maltrato de ancianos. También proporciona servicios de atención de salud y de asistentes sociales.

Al principio, todos los consejeros de la *Línea de ayuda* eran miembros de la Sociedad, pero posteriormente se incorporaron al personal tres voluntarios externos. Todos los días hay dos consejeros a cargo de la asistencia. Los nuevos reciben una capacitación integral y todos asisten a las reuniones mensuales de la Sociedad para intercambiar información sobre el maltrato a los ancianos y examinar sus estudios de casos. Si surge la necesidad, se puede recurrir a profesionales externos para ayudar a tratar los casos especiales.

La *Línea de ayuda* es solo un servicio telefónico. Si alguien necesita orientación personal en vez de telefónica, el caso se deriva a un centro local de apoyo de servicio domiciliario. La privacidad, la confidencialidad y el carácter anónimo de los que llaman son aspectos fundamentales de la *Línea de ayuda.*

los Estados Unidos, los médicos han quedado rezagados muchos años con respecto a los trabajadores sociales y los profesionales de enfermería. Es poco común que los hospitales cuenten con programas de intervención en favor de las personas mayores maltratadas, y cuando los tienen, generalmente consisten en equipos de consulta que están en guardia pasiva por si se denuncia un presunto caso de maltrato. El personal sanitario puede desempeñar un papel importante en los programas orientados a detectar el maltrato.

Si bien cabe suponer que los médicos son quienes están en mejores condiciones para detectar los casos de maltrato, debido en parte a la confianza que la mayoría de las personas de edad depositan en ellos, muchos no son capaces de diagnosticar el maltrato porque este tipo de situaciones no son parte de su adiestramiento formal o profesional y, en consecuencia, no figuran en su lista de diagnósticos diferenciales.

En las salas de urgencias, también se tiene la impresión de que, por lo general, se presta escasa atención a las necesidades especiales de las personas mayores. Los profesionales de la atención de salud a menudo se sienten más cómodos tratando a los jóvenes que a los ancianos, y muchas veces prestan poca atención a las inquietudes de estos últimos. Pocos departamentos de urgencia emplean protocolos para detectar y tratar los problemas de maltrato de las personas mayores y rara vez intentan abordar las cuestiones relacionadas con la salud mental o los signos conductuales del maltrato de

los ancianos, como la depresión, los intentos de suicidio o el abuso del alcohol o de drogas (62).

Si un médico u otro trabajador de la salud observa cualquiera de los signos siguientes, deberían investigar la situación del paciente para determinar la posibilidad de que sea víctima de maltrato (63, 64):

- el anciano tarda en solicitar atención médica cuando se lesiona o enferma;
- las explicaciones del anciano o de la persona que lo cuida sobre las lesiones o la enfermedad son vagas o inverosímiles;
- las versiones del paciente y de la persona que lo cuida sobre los antecedentes clínicos son distintas;
- la concurrencia frecuente a los departamentos de urgencia porque una afección crónica ha empeorado, a pesar de que se ha indicado un plan de atención y el paciente cuenta con los recursos necesarios para cumplirlo en su hogar;
- una persona de edad con deficiencias funcionales llega a la consulta sin que la acompañe la persona que la cuida;
- los resultados de laboratorio no son coherentes con el relato del paciente.

Cuando se realiza un examen (65), el médico o el trabajador de la salud deben:

- entrevistar al paciente solo, preguntándole directamente si ha sido objeto de actos de violencia física, si se han restringido sus movimientos o si se lo ha descuidado;
- entrevistar al presunto agresor solo;
- prestar especial atención a la relación entre el paciente y el presunto agresor, y a la conducta de ambos;
- realizar una evaluación geriátrica integral del paciente, con inclusión de los aspectos médicos, funcionales, cognoscitivos y sociales;
- registrar las redes sociales del paciente, tanto formales como informales.

El cuadro 5.1 contiene una lista de los indicadores que pueden servir de guía si se sospecha maltrato. Sin embargo, la verificación de cualquier indicador incluido en el cuadro no debe considerarse como prueba de que en realidad el maltrato ha ocurrido.

Medidas jurídicas

A pesar de que existe un interés creciente en el problema, la mayoría de los países no han adoptado una legislación específica sobre el maltrato de los ancianos. Por lo general, los aspectos concretos del maltrato están contemplados en el derecho penal o en las leyes sobre los derechos civiles y de propiedad, la violencia familiar o la salud mental. La aprobación de una legislación específica e integral sobre el maltrato de las personas mayores supondría un compromiso mucho más firme con la erradicación del problema. Sin embargo, aun en los lugares donde estas leyes existen, es poco frecuente que se haya logrado incoar un proceso penal en los casos de maltrato de ancianos. Esto se debe sobre todo a que las personas mayores generalmente son remisas a iniciar un juicio contra los miembros de su familia o no están en condiciones de hacerlo, porque muchas veces se las considera como testigos poco fiables o porque el carácter del maltrato de los ancianos es intrínsecamente encubierto. Mientras este tipo de maltrato se considere exclusivamente como un tema relacionado con la prestación de asistencia, es probable que una demanda no constituya una medida eficaz.

Solo las provincias atlánticas del Canadá, varios estados en los Estados Unidos de América e Israel cuentan con una legislación que establece la obligación de denunciar el maltrato de los ancianos. En los Estados Unidos, 43 estados requieren que tanto los profesionales como las otras personas que trabajan con ancianos notifiquen los casos presuntos de maltrato a un organismo designado por el estado a esos efectos, cuando tuvieran "motivos para creer" que se ha producido maltrato, descuido o explotación. El primer estado que aprobó este tipo de legislación lo hizo en 1976 y el más reciente en 1999. En cambio, la provincia canadiense de Terranova aprobó la ley de protección de los adultos en 1973, seguida en 1988 por la última de las cuatro provincias atlánticas, la isla Prince Edward. La ley de Israel se remonta a 1989. Como ocurre con las leyes de notificación de maltrato de los menores, todas las leyes relacionadas con el maltrato de los ancianos fueron promulgadas con el objeto de impedir que las pruebas indicadoras de

CUADRO 5.1

Indicadores de maltrato a las personas mayores

Indicadores relacionados con la persona de edad				Indicadores relacionados con el cuidador
Físicos	Conductuales y emocionales	Sexuales	Económicos	
• Quejas de agresiones físicas • Caídas y lesiones no explicadas • Quemaduras y hematomas en lugares sospechosos o de tipo sospechoso • Cortes, marcas en los dedos u otros indicios de uso de medios de inmovilización • Pedido demasiado reiterado de recetas de medicamentos o poco uso de los medicamentos • Desnutrición o deshidratación sin una causa que guarde relación con la enfermedad • Signos de atención inadecuada o de poca higiene • Búsqueda de atención sanitaria con varios médicos o en centros de atención de salud	• Cambios en los hábitos alimentarios o problemas para dormir • Actitud de temor, confusión o resignación • Pasividad, retraimiento o mayor depresión • Indefensión, desesperanza o ansiedad • Afirmaciones contradictorias u otras ambivalencias que no son el resultado de la confusión mental • Renuencia a conversar abiertamente • La persona evade el contacto físico con su cuidador, no lo mira a los ojos y evita la comunicación verbal • La persona mayor es dejada de lado por los demás	• Quejas de agresión sexual • Conducta sexual que no condice con las relaciones habituales y la personalidad anterior de la persona • Cambios no explicados en la conducta, como la agresividad, el retraimiento o la automutilación • Quejas frecuentes de dolores abdominales o hemorragias vaginales o anales inexplicadas • Infecciones genitales recurrentes o hematomas alrededor de las mamas o en las zonas genitales • Prendas íntimas desgarradas, manchadas o ensangrentadas	• Retiros de dinero irregulares o atípicos de la persona de edad • Retiros de dinero incompatibles con los medios de la persona de edad • Cambio de un testamento o título de propiedad que deja la vivienda o el dinero a "nuevos amigos o parientes" • Falta de una propiedad • La persona de edad no puede encontrar joyas o efectos personales • Movimientos sospechosos en la cuenta de la tarjeta de crédito • Falta de comodidades, pese a que la persona de edad podría permitírselas • Problemas de salud física o mental sin tratamiento • El nivel de atención que recibe la persona de edad no está a la altura de sus ingresos o medios	• El cuidador parece cansado o estresado • El cuidador parece muy preocupado o indiferente • El cuidador culpa a la persona de edad por ciertos actos, como la incontinencia • El cuidador se comporta agresivamente • El cuidador trata a la persona de edad como a un niño o en forma inhumana • El cuidador tiene antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas o de maltratar a otros • El cuidador se niega a que la persona de edad sea entrevistada sola • El cuidador se pone a la defensiva cuando se le pregunta algo; puede ser hostil o esquivo • El cuidador ha estado atendiendo a la persona de edad durante un período prolongado

malos tratos pasaran inadvertidas. La notificación obligatoria se consideró un instrumento valioso, en especial en las situaciones en que las víctimas no podían formular la denuncia y los profesionales se mostraban poco dispuestos a derivar los casos. Si bien las investigaciones sobre las repercusiones de la notificación obligatoria vigente no han dado hasta ahora una respuesta concluyente, todo indica que el hecho de que se notifique o no un caso tiene menos que ver con las disposiciones legales que con otros factores de orden institucional, ético, cultural o profesional (66).

Educación y campañas de sensibilización pública

En los países industrializados, la educación y las campañas de sensibilización pública han sido de vital importancia para informar a las personas acerca del maltrato de los ancianos. La educación no solo significa transmitir una información nueva sino también producir un cambio de actitudes y de conductas, por lo cual resulta una estrategia preventiva fundamental. Puede llevarse a cabo de formas muy variadas, por ejemplo, mediante sesiones de capacitación, seminarios, programas de educación continua, talleres, y además en reuniones y

conferencias científicas. Los destinatarios deberían ser no solo los profesionales de las diversas disciplinas pertinentes (que van desde la medicina, la salud mental y la enfermería hasta la asistencia social, la justicia penal y la religión), sino también los investigadores, los educadores y los encargados de formular las políticas y adoptar las decisiones. Un programa de estudio básico característico, apropiado para la mayoría de las disciplinas, debe incluir una introducción al tema del maltrato de las personas mayores, la consideración de los signos y síntomas de maltrato y, por último, información detallada de las organizaciones locales que pueden proporcionar asistencia. Los cursos de capacitación más especializados deberán concentrarse en el desarrollo de aptitudes para realizar entrevistas, evaluar los casos de maltrato y planificar los programas de asistencia. Para tratar los aspectos éticos y jurídicos será necesaria una enseñanza aún más avanzada, proporcionada por especialistas en estos temas. En los programas de capacitación avanzada sobre el tema del maltrato de los ancianos también se han incorporado cursos sobre el trabajo con otros profesionales y la participación en equipos multidisciplinarios.

La educación y la sensibilización de la opinión pública son elementos igualmente importantes para la prevención del maltrato y el descuido. Lo mismo que en la educación pública sobre el maltrato de los menores y la violencia en la pareja, el objetivo es informar al público general sobre los diversos tipos de maltrato, cómo identificar los signos y dónde se puede acudir para obtener ayuda. Las personas que tienen contacto frecuente con ancianos son los destinatarios más importantes de este tipo de educación. Además de los miembros de la familia y los amigos, se incluye a los trabajadores del correo, los cajeros de los bancos y los inspectores de medidores de electricidad y de gas. Los programas de educación orientados directamente a las personas mayores suelen ser más eficaces cuando la información acerca del maltrato forma parte de un tema más amplio, como puede ser el envejecimiento o la atención de salud satisfactorios. Tanto las organizaciones para ancianos, los centros comunitarios, los programas de asistencia diurna y las escuelas (recuadro 5.3), como los grupos de autoayuda y de apoyo, pueden contribuir a esta labor de educación.

Los medios de comunicación son un instrumento de gran valor para sensibilizar a la opinión pública. Pueden ayudar a modificar las actitudes actuales hacia las personas mayores y reducir los estereotipos vigentes, transmitiendo una imagen más positiva y dándoles un lugar más destacado. Los participantes del estudio del grupo de discusión realizado en Sudáfrica recalcaron la importancia de los medios de comunicación para sensibilizar al público (*15*), sugiriendo que también debería promoverse la toma de conciencia del problema del maltrato de los ancianos en talleres comunitarios, con participación gubernamental. En otros países en desarrollo, cuyos recursos son limitados, las asociaciones locales pueden proporcionar la educación básica junto con la asistencia sanitaria.

Hasta la fecha se han evaluado pocos programas de intervención. Por lo tanto, no se puede determinar cuáles son los estrategias que han tenido mayor éxito. Los intentos de valorar la eficacia de los diversos proyectos se han visto obstaculizados por la falta de definiciones comunes, la diversidad de explicaciones teóricas, el poco interés por parte de la comunidad científica y la falta de financiamiento para la realización de estudios rigurosos en la materia.

Una revisión bibliográfica de los estudios sobre las intervenciones relacionadas con el maltrato de las personas mayores reveló que 117 de ellos se habían publicado en inglés entre 1989 y 1998 (G. Bolen, J. Ploeg y B. Hutchinson, datos inéditos, 1999). Sin embargo, en ninguno se incluyó un grupo de comparación ni se cumplieron los criterios habituales que se tienen en cuenta para que un estudio de evaluación sea válido. Sobre la base de estos resultados, los autores opinaron que no había pruebas suficientes que avalaran alguna de esas intervenciones. Se individualizaron seis de los estudios examinados por considerar que cumplían más estrictamente con los criterios establecidos, aunque también en ellos había deficiencias metodológicas graves. Entre estos seis estudios, la proporción de casos bien resueltos, como resultado de una intervención determinada, variaba entre 22% y 75%.

RECUADRO 5.3

Programa escolar canadiense para prevenir el maltrato de las personas mayores

Salud Canadá, una organización no gubernamental, ha desarrollado un proyecto educativo bipartito sobre el maltrato de las personas de edad, destinado a los niños y los jóvenes. El proyecto tiene por objeto lograr que los niños tomen conciencia de la vejez y se sensibilicen sobre el tema y sus implicaciones, y crear oportunidades para que los jóvenes se interesen en las relaciones con otras generaciones. Con ello, se espera que los niños y los jóvenes adquieran mayor respeto por las personas mayores y se sientan mucho menos inclinados a maltratarlas, ahora y en el futuro.

La primera parte del proyecto es un juego interactivo de relato de historias para niños de 3 a 7 años de edad, que incluye juegos y cuentos. Si bien no aborda directamente el tema del maltrato de las personas de edad, el juego transmite imágenes positivas de la vejez. También ha resultado eficaz con niños mayores, que tenían conocimientos de inglés limitados.

El núcleo de la segunda parte del proyecto está constituido por un programa escolar formal, elaborado después de extensas consultas con gran número de personas, entre los que se cuentan docentes, asistentes sociales especializados en jóvenes, líderes religiosos, prestadores de asistencia sanitaria, jóvenes, personas que trabajan con los ancianos, y los propios ancianos. Mediante este programa de estudios, apropiado sobre todo para los adolescentes, se trata de cambiar las actitudes negativas profundamente arraigadas en la sociedad sobre los ancianos y el envejecimiento y reducir el nivel de maltrato de las personas de edad.

Las escuelas de Ontario, también en el Canadá, han incluido el tema de la resolución de conflictos en sus programas de estudios y los docentes han comprobado que es muy fácil promover las conversaciones acerca del maltrato a los ancianos en ese contexto.

Recomendaciones

A pesar de que el maltrato de los ancianos por parte de los miembros de la familia, los prestadores de asistencia y otros se comprende mejor en la actualidad que hace 25 años, se necesita una base de conocimientos más sólida cuando se trata de elaborar una política, planificar o formular un programa. Aún se desconocen muchos aspectos del problema, incluidas sus causas y consecuencias, y el grado en que ocurre. Hasta la fecha, las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones no han producido prácticamente ningún resultado útil o fiable.

Quizá la forma más insidiosa de maltrato de los ancianos radique en las actitudes negativas hacia ellos y en los estereotipos que se tienen de las personas mayores y del propio proceso de envejecimiento, actitudes que se reflejan en la exaltación frecuente de la juventud. Mientras se siga desvalorizando a los ancianos y se los margine de la sociedad, sufrirán una falta de identidad propia y quedarán sumamente expuestos a la discriminación y a todas las formas de maltrato.

Entre las prioridades para afrontar y erradicar el problema del maltrato de los ancianos cabe mencionar las siguientes:

- aumentar los conocimientos sobre el problema;
- promulgar leyes más severas y elaborar políticas más enérgicas;
- aplicar estrategias de prevención más eficaces.

Necesidad de aumentar los conocimientos

Mejorar los conocimiento sobre el maltrato de las personas mayores es una prioridad fundamental en todo el mundo. En 1990, el Consejo de Europa convocó a una conferencia amplia sobre el tema, en la que se examinaron las definiciones, las estadísticas, las leyes y las políticas, la prevención y el tratamiento, así como las fuentes disponibles de

información sobre el maltrato de los ancianos (67). Se debería establecer un grupo de trabajo a nivel mundial sobre el maltrato de las personas mayores que se encargara de abordar todos estos temas. Entre otras cosas, un órgano de esas características podría reunir y normalizar las estadísticas mundiales, además de elaborar los requisitos necesarios para crear un formulario común para la notificación de los datos pertinentes. También se debería investigar y explicar mejor cuál es el papel preciso que desempeñan las distintas culturas en relación con el maltrato de las personas mayores.

Urge realizar investigaciones que culminen en intervenciones eficaces. Se deben llevar a cabo estudios para evaluar la forma en que los adultos mayores pueden desempeñar un papel más importante en el diseño de los programas de prevención y participar de manera más activa en ellos. Esto ya ha comenzado a hacerse en el Canadá, y podría ser especialmente pertinente en los países en desarrollo, donde lograr la participación de los adultos mayores en el diseño y puesta en práctica de los programas puede contribuir a sensibilizar a la opinión pública acerca de sus derechos, a abordar los problemas relacionados con la exclusión social y a ayudarlos a obtener poder de decisión (3).

Es preciso definir normas más rigurosas para la investigación científica sobre el maltrato de los ancianos. Muchas investigaciones anteriores se han realizado sobre muestras pequeñas, empleando métodos carentes de solidez que a veces han producido resultados contradictorios. En algunos estudios se ha demostrado que el estado psíquico del agresor y el abuso de sustancias psicotrópicas son factores de riesgo, pero no se ha investigado con exactitud por qué estos factores contribuyeron al maltrato o al descuido de una persona en algunos casos y en otros no. También es preciso continuar con las investigaciones a fin de resolver las contradicciones existentes en los datos sobre las deficiencias cognoscitivas y físicas que padecen los ancianos, en su calidad de factores de riesgo de maltrato.

Las causas del maltrato

Es necesario investigar más el papel que desempeña el estrés en las personas encargadas de cuidar a las personas mayores, teniendo en cuenta que este se consideró inicialmente como la causa principal de maltrato. La prevalencia creciente de la enfermedad de Alzheimer en el mundo y el agravamiento de las conductas agresivas en las familias donde uno de los miembros padece la enfermedad, hace necesario prestar mayor atención a la relación entre el que brinda la asistencia y el que la recibe. Si bien puede resultar obvio que el aislamiento social o la falta de apoyo pueden contribuir al maltrato o descuido, también es cierto que las personas que se encuentran en esta situación y sufren malos tratos generalmente son reacias a participar en los programas que promueven la interacción social, tales como los centros para ancianos o las actividades de asistencia diurna. Realizar investigaciones sobre quiénes son estas víctimas y cuál es su situación quizás ayude a encontrar soluciones más adecuadas.

Todavía es necesario investigar adecuadamente el papel de los prejuicios contra la vejez (la discriminación contra los ancianos y su estigmatización) como una causa posible del maltrato de ancianos, aunque algunos especialistas en esta materia han señalado que la marginación del anciano es un factor que interviene en este fenómeno. Los estudios transculturales podrían ayudar a comprenderlo mejor.

Resulta claro que en algunos países en desarrollo ciertos factores sociales y culturales están directamente vinculados con el maltrato, como las creencias en la brujería y el desamparo de las viudas. Es necesario examinar otras prácticas que muchas veces se citan también como factores causales importantes, ya que no se han realizado investigaciones que confirmen las afirmaciones en este sentido.

Otros factores culturales y socioeconómicos, como la pobreza, la modernización y los regímenes sucesorios, pueden ser causas indirectas del maltrato. La aplicación del modelo ecológico para explicar el maltrato de los ancianos todavía es muy reciente y se necesitan estudios más exhaustivos de los factores que inciden en los diferentes niveles del modelo.

Repercusiones del maltrato

El aspecto del maltrato de los ancianos al que quizá se haya prestado menos atención es el efecto que

tiene en la propia víctima. Por consiguiente, los estudios longitudinales en los que se realice un seguimiento durante un período prolongado de las personas maltratadas y de las que no lo han sido deberían formar parte de las investigaciones. En particular, son escasos los estudios en los que se han evaluado los efectos psíquicos sobre las personas maltratadas. Con excepción de los problemas de depresión, es poco lo que se conoce acerca del daño emocional causado a las víctimas.

Evaluación de las intervenciones

Se ha ideado una variedad de intervenciones, entre ellas las relacionadas con la notificación obligatoria, las unidades de servicios de protección, los protocolos de servicio social, los refugios de emergencia, los grupos de apoyo y de ayuda mutua y los equipos de consulta. Sin embargo, muy pocos modelos se han evaluado empleando diseños de investigación experimental o cuasiexperimental, por lo que urge realizar investigaciones de evaluación de alto nivel. Lamentablemente, el tema del maltrato de los ancianos no ha atraído la atención de muchos investigadores de renombre, cuya capacidad técnica, no obstante, sería muy necesaria. Aumentar la inversión de recursos en los estudios sobre el maltrato de los ancianos sin duda estimularía las investigaciones pertinentes.

Necesidad de promulgar leyes más severas

Derechos básicos

Los derechos humanos de los ancianos deben garantizarse en todo el mundo. A tales efectos:

- Las leyes existentes sobre la violencia doméstica o intrafamiliar deben ampliarse a fin de incluir a las personas mayores como grupo.
- La legislación penal y civil existente debe abarcar en forma explícita el maltrato, el descuido y la explotación de las personas de edad.
- Los gobiernos deben dictar nuevas leyes destinadas específicamente a proteger a los ancianos.

Tradiciones de maltrato

Subsisten muchas tradiciones que suponen maltrato hacia las mujeres mayores, como las creencias en la brujería y la práctica de abandonar a las viudas. Para eliminar estas costumbres se necesitará un alto grado de colaboración entre diversos grupos, probablemente durante mucho tiempo. Para impulsar este proceso:

- Deben crearse grupos integrados por adultos mayores y jóvenes que promuevan esta causa en los planos local, provincial y nacional, mediante campañas en favor del cambio.
- Los programas gubernamentales de salud y bienestar social deben tratar de mitigar activamente las repercusiones negativas que tienen para las personas de edad muchos procesos de modernización y los cambios en la estructura familiar que suponen.
- Los gobiernos deben establecer un sistema de pensiones adecuado en todos los países donde todavía no exista.

Necesidad de aplicar estrategias de prevención más eficaces

En el nivel más básico, se debe dar más importancia a la prevención primaria. Para ello es necesario construir una sociedad que garantice una existencia digna a las personas de edad, con sus necesidades cubiertas adecuadamente y con oportunidades reales de realización personal. Para las sociedades abrumadas por la pobreza, el reto es enorme.

La prevención comienza con la sensibilización. Una manera importante de crear conciencia, tanto en el público general como en los profesionales involucrados, es mediante la educación y la capacitación. Los encargados de brindar asistencia sanitaria y servicios sociales en todos los niveles, ya sea en la comunidad o en los ámbitos institucionales, deben adiestrarse en las técnicas básicas de detección del maltrato de los ancianos. Los medios de comunicación son otro instrumento de gran poder para sensibilizar al público general, y también a las autoridades, con respecto al problema y sus posibles soluciones.

Los programas para prevenir el maltrato de los ancianos en su hogar, en los cuales estos últimos desempeñan un papel protagónico, se ocupan de:

- reclutar y capacitar a los ancianos para que se encarguen de visitar o acompañar a otros ancianos que viven marginados;

- crear grupos de apoyo para las víctimas de malos tratos;
- preparar programas comunitarios para fomentar la interacción social y la participación de los ancianos;
- construir redes sociales de personas de edad avanzada en las aldeas, los vecindarios y las unidades habitacionales;
- trabajar con las personas mayores en la elaboración de planes de "autoayuda" que les permitan ser productivas.

Prevenir el maltrato de los ancianos ayudando a sus agresores a resolver sus propios problemas, en particular a los hijos adultos, es una tarea difícil. A continuación se enumeran algunas de las medidas que pueden resultar útiles:

- proporcionar servicios para el tratamiento de los problemas de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas;
- ofrecer trabajo y educación;
- encontrar nuevas formas de resolver los conflictos, especialmente en los casos en que el papel tradicional de los ancianos en la resolución de conflictos se ha debilitado.

También es mucho lo que se puede hacer para prevenir el maltrato de los ancianos en los ámbitos institucionales. Entre las medidas que pueden resultar útiles cabe mencionar las siguientes:

- elaborar y ejecutar planes de asistencia integrales;
- capacitar al personal;
- diseñar políticas y programas que tengan en cuenta el estrés del personal relacionado con su trabajo;
- elaborar políticas y programas para mejorar las condiciones físicas y sociales de la institución.

Conclusiones

El problema del maltrato de los ancianos no puede resolverse adecuadamente si no se satisfacen sus necesidades esenciales, como la alimentación, la vivienda, la seguridad y el acceso a la asistencia sanitaria. Las naciones del mundo deben crear ámbitos en los que el envejecimiento se considere una parte natural del ciclo de vida; se desalienten las actitudes que tiendan a negar el paso de los años; los ancianos tengan el derecho de vivir con dignidad, sin sufrir malos tratos ni explotación, y se les brinde la posibilidad de participar plenamente en las actividades educativas, culturales, espirituales y económicas (3).

Referencias

1. Baker AA. Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 1975, 5:20–24.
2. Burston GR. "Granny battering". *British Medical Journal*, 1975, 3:592.
3. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world's people*. Londres, HelpAge International, 1999.
4. Hudson MF. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1991, 3:1–20.
5. Brown AS. A survey on elder abuse in one Native American tribe. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:17–37.
6. Maxwell EK, Maxwell RJ. Insults to the body civil: mistreatment of elderly in two Plains Indian tribes. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1992, 7:3–22.
7. What is elder abuse? *Action on Elder Abuse Bulletin*, 1995, 11 (May–June).
8. Kosberg JI, Garcia JL. Common and unique themes on elder abuse from a worldwide perspective. En: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:183–198.
9. Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian-American, and Korean-American elderly women. *The Gerontologist*, 1993, 33:386–395.
10. Tomita SK. Exploration of elder mistreatment among the Japanese. En: Tatara T, ed. *Understanding elder abuse in minority populations*. Filadelfia, PA, Francis & Taylor, 1999:119–139.
11. Gilliland N, Picado LE. Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2000, 12:73–87.
12. Owen M. *A world of widows*. Londres, Zed Books, 1996.
13. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. Londres, HelpAge International, 1999.
14. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6:9.
15. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Ciudad del Cabo, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
16. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51–57.

17. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5–58.
18. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1–18.
19. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998–999.
20. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885–888.
21. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile 2000*. Ottawa, Health Canada, 2000.
22. Kane RL, Kane RA. *Long-term care in six countries: implications for the United States*. Washington, D.C., United States Department of Health, Education and Welfare, 1976.
23. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5–30.
24. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
25. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
26. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. Nueva York, NY, Springer, 2000.
27. Gelles RJ. Through a sociological lens: social structure and family violence. En: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:31–46.
28. O'Leary KD. Through a psychological lens: personality traits, personality disorders, and levels of violence. En: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:7–30.
29. Wolf RS, Pillemer KA. *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. Nueva York, NY, Columbia University Press, 1989.
30. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359–1362.
31. Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45–54.
32. Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: results from a case–control study. En: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:239–264.
33. Paveza GJ et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 1992, 32:493–497.
34. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41:276–283.
35. Aitken L, Griffin G. *Gender issues in elder abuse*. Londres, Sage, 1996.
36. Steinmetz SK. *Duty bound: elder abuse and family care*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988.
37. Eastman M. *Old age abuse: a new perspective*, 2nd ed. San Diego, CA, Singular Publishing Group, Inc., 1994.
38. Reis M, Nahamish D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 1998, 38:471–480.
39. Hamel M et al. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 1990, 30:206–211.
40. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
41. Pillemer KA, Suitor JJ. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 1992, 47:S165–S172.
42. O'Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublín, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
43. Phillips LR. Theoretical explanations of elder abuse. En: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:197–217.
44. Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 21:247–255.
45. Kwan AY. Elder abuse in Hong Kong: a new family problem for the east? En: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:65–80.
46. Phillips LR. Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Advanced Nursing*, 1983, 8:379–382.
47. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65–74.
48. Booth BK, Bruno AA, Marin R. Psychological therapy with abused and neglected patients. En: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD, Health Professions Press, 1996:185–206.
49. Goldstein M. Elder mistreatment and PTSD. En: Ruskin PE, Talbott JA, eds. *Aging and post-traumatic stress disorder*. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1996:126–135.

50. Lachs MS et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 20:428–432.
51. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. Londres, Macmillan, 1997.
52. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
53. Clough R. Scandalous care: interpreting public inquiry reports of scandals in residential care. En: Glendenning F, Kingston P, eds. *Elder abuse and neglect in residential settings: different national backgrounds and similar responses*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1999:13–28.
54. Leroux TG, Petrunik M. The construction of elder abuse as a social problem: a Canadian perspective. *International Journal of Health Services*, 1990, 20:651–663.
55. Bennett G, Kingston P. *Elder abuse: concepts, theories and interventions*. Londres, Chapman & Hall, 1993.
56. Blumer H. Social problems as collective behaviour. *Social Problems*, 1971, 18:298–306.
57. Mehrotra A. *Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean: national report for Chile*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1999.
58. Eckley SCA, Vilakas PAC. Elder abuse in South Africa. En: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:171–182.
59. *Hearing the despair: the reality of elder abuse*. Londres, Action on Elder Abuse, 1997.
60. Yamada Y. A telephone counseling program for elder abuse in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:105–112.
61. Checkoway B. Empowering the elderly: gerontological health promotion in Latin America. *Ageing and Society*, 1994, 14:75–95.
62. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79–83.
63. Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:437–443.
64. Jones JS. Geriatric abuse and neglect. En: Bosker G et al., eds. *Geriatric emergency medicine*. St Louis, MO, CV Mosby, 1990:533–542.
65. *Elder mistreatment guidelines: detection, assessment and intervention*. Nueva York, NY, Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project, 1988.
66. Wolf RS. Elder abuse: mandatory reporting revisited. En: Cebik LE, Graber GC, Marsh FH, eds. *Violence, neglect, and the elderly*. Greenwich, CT, JAI Press, 1996:155–170.
67. *Violence against elderly people*. Estrasburgo, Council of Europe, Steering Committee on Social Policy, 1991.

CAPÍTULO 6

La violencia sexual

Antecedentes

La violencia sexual se registra en todos los países. Aunque en la mayoría de ellos el tema ha sido poco investigado, los datos disponibles indican que, en algunos, casi una de cada cuatro mujeres puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja (1–3), y hasta la tercera parte de las adolescentes informa que su primera experiencia sexual fue forzada (4–6).

La violencia sexual tiene efectos muy profundos en la salud física y mental. Además de las lesiones físicas, se asocia con un mayor riesgo de experimentar diversos problemas de salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias pueden ser inmediatas o de largo plazo (4, 7–16). Las secuelas sobre la salud mental pueden ser tan graves como los efectos físicos, y también muy prolongadas (17–24). Las muertes consecutivas a actos de violencia sexual pueden deberse al suicidio, la infección por el VIH (25) o el asesinato (que ocurre como parte de la agresión sexual, o con posterioridad a ella, como los asesinatos por cuestiones de "honor") (26). La violencia sexual también puede afectar profundamente al bienestar social de las víctimas, ya que pueden ser estigmatizadas y aisladas por su familia y otras personas por esa causa (27, 28).

El coito forzado puede gratificar sexualmente al agresor, aunque muchas veces el objetivo subyacente es una expresión de poder y dominio sobre la persona agredida. A menudo, los hombres que obligan a su cónyuge a tener relaciones sexuales con ellos creen que este acto es legítimo porque se trata de su esposa.

En muchos casos, la violación de mujeres y hombres se usa como un arma de guerra, como una forma de ataque al enemigo que simboliza la conquista y la degradación de las mujeres o de los combatientes varones capturados (29). También puede usarse para castigar a las mujeres por transgredir las normas sociales o morales, como las que prohíben el adulterio o embriagarse en público. Las mujeres y los hombres también pueden sufrir violaciones cuando están detenidos por la policía o encarcelados.

Aunque la violencia sexual puede ejercerse tanto contra los hombres como contra las mujeres, en este capítulo se centrará la atención en las diversas formas de violencia sexual contra la mujer, así como la que ejercen contra las niñas las personas que no sean quienes están a cargo de su cuidado.

¿Cómo se define la violencia sexual?

La violencia sexual se define como:

> todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

La coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza. Además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas, como la de daño físico, la de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente o dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación.

La violencia sexual incluye la *violación*, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto. El intento de realizar algunas de las acciones mencionadas se conoce como *intento de violación*. La violación de una persona llevada a cabo por dos o más agresores se denomina *violación múltiple*.

La violencia sexual puede incluir otras formas de agresión que afecten a un órgano sexual, con inclusión del contacto forzado entre la boca y el pene, la vulva o el ano.

Formas y contextos de la violencia sexual

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Entre ellos, cabe señalar:

– la violación en el matrimonio o en las citas amorosas;

– la violación por parte de desconocidos;
– la violación sistemática durante los conflictos armados;
– las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores;
– el abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
– el abuso sexual de menores;
– el matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores;
– la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual;
– el aborto forzado;
– los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad;
– la prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

No existe ninguna definición universalmente aceptada de trata con fines de explotación sexual. El término abarca el movimiento organizado de personas, por lo general mujeres, entre países y en los países, para obligarlas a ejercer la prostitución. Este tipo de tráfico también incluye el acto de obligar a un inmigrante a realizar un acto sexual como condición para permitir o tramitar su inmigración.

Para el tráfico sexual se emplea la coacción física, el engaño y el sometimiento logrado mediante una deuda forzada. En la trata de mujeres y niños, por ejemplo, muchas veces se les promete un empleo en el servicio doméstico u otro tipo de servicios, pero en cambio generalmente se los lleva a burdeles donde se los despoja de su pasaporte u otros documentos de identidad. Puede ocurrir que se los golpee o encierre, y se les prometa la libertad solo después de que ganen, mediante la prostitución, el precio pagado por su compra, así como los costos de viaje y de visado (30–33).

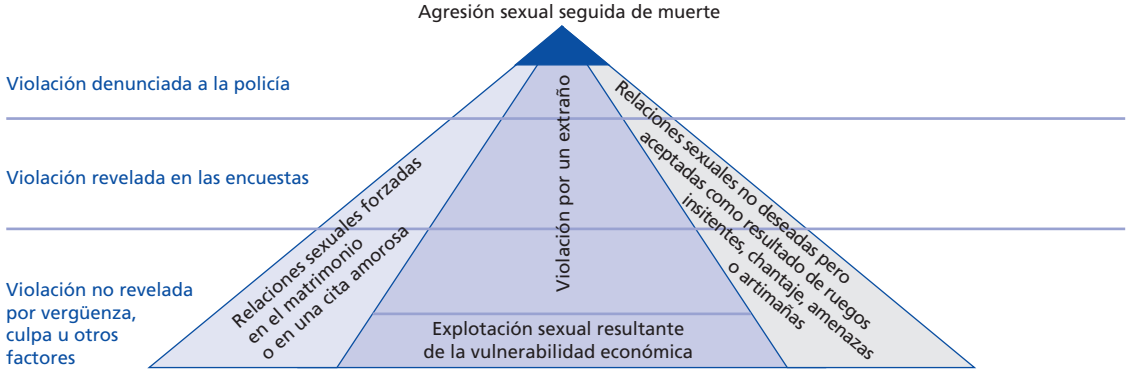
La magnitud del problema

Fuentes de datos

Los datos sobre la violencia sexual generalmente provienen de la policía, los centros clínicos, las organizaciones no gubernamentales y las investigaciones mediante encuestas. La relación entre estas fuentes de información y la magnitud mundial del problema de la violencia sexual puede representarse por un iceberg flotando en el agua (34) (figura 6.1). La pequeña punta visible representa los casos denunciados a la policía. Una sección más grande puede descubrirse a través de las investigaciones mediante encuestas y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales. Pero bajo la superficie queda una parte sustancial aunque no cuantificada del problema.

En general, la violencia sexual ha sido un tema poco explorado en las investigaciones. La informa-

FIGURA 6.1
Magnitud del problema de la violencia sexual



ción es escasa y fragmentaria; por ejemplo, a menudo los datos de la policía son incompletos y limitados. Muchas mujeres no denuncian la violencia sexual a la policía por vergüenza, por temor a que se las culpe de la situación, no se les crea o se las someta a otro tipo de vejaciones. Por otra parte, es posible que los datos de los consultorios de medicina forense reflejen los incidentes de abuso sexual más violentos. La proporción de mujeres que recurren a los servicios médicos para resolver los problemas inmediatos relacionados con la violencia sexual también es relativamente pequeña.

Aunque durante el último decenio se ha avanzado bastante en cuanto a la medición del fenómeno a través de las investigaciones mediante encuestas, las definiciones empleadas en los diversos estudios han sido bastante distintas. También hay diferencias significativas entre las culturas en lo que hace a la decisión de revelar los actos de violencia sexual a los investigadores. Por consiguiente, es preciso ser cuidadoso al realizar comparaciones sobre la prevalencia de la violencia sexual en el mundo.

Estimaciones de la violencia sexual

En muchas ciudades y países se han realizado encuestas a víctimas de delitos, empleando un método común que favorece la comparabilidad, las cuales generalmente incluyen preguntas sobre la violencia sexual. En el cuadro 6.1 se resumen los datos de algunas de estas encuestas sobre la prevalencia de las agresiones sexuales en los 5 años anteriores (35, 36). Según estos estudios, el porcentaje de mujeres que declaran haber sido víctimas de agresiones sexuales es inferior a 2% en lugares como La Paz (Bolivia) (1,4%), Gaborone (Botswana) (0,8%), Beijing (China) (1,6%) y Manila (Filipinas) (0,3%), y 5% o más en Tirana (Albania) (6,0%), Buenos Aires (Argentina) (5,8%), Rio de Janeiro (Brasil) (8,0%) y Bogotá (Colombia) (5,0%). Es importante señalar que en estas cifras no se ha hecho distinción alguna entre la violación por parte de desconocidos o de la pareja. En las encuestas en que no se logra establecer esta distinción o en las que solo se examina la violación por desconocidos, suele subestimarse considerablemente la prevalencia de la violencia sexual (34).

Aparte de las encuestas sobre delitos, se ha realizado un número pequeño de encuestas, empleando muestras representativas, en las que se ha preguntado a las mujeres sobre la violencia sexual. Por ejemplo, en una encuesta nacional llevada a cabo en los Estados Unidos, 14,8% de las mujeres

CUADRO 6.1

Porcentaje de mujeres de 16 o más años de edad que declararon haber sido agredidas sexualmente en los 5 años anteriores, en distintas ciudades del mundo (1992–1997)

País	Población estudiada	Año	Tamaño de la muestra	Porcentaje de mujeres (16 años o más) agredidas sexualmente en los 5 años anteriores
África				
Botswana	Gaborone	1997	644	0,8
Egipto	El Cairo	1992	1 000	3,1
Sudáfrica	Johannesburgo	1996	1 006	2,3
Túnez	Gran Túnez	1993	1 087	1,9
Uganda	Kampala	1996	1 197	4,5
Zimbabwe	Harare	1996	1 006	2,2
América Latina				
Argentina	Buenos Aires	1996	1 000	5,8
Bolivia	La Paz	1996	999	1,4
Brasil	Rio de Janeiro	1996	1 000	8,0
Colombia	Bogotá	1997	1 000	5,0
Costa Rica	San José	1996	1 000	4,3
Paraguay	Asunción	1996	587	2,7
Asia				
China	Beijing	1994	2 000	1,6
India	Bombay	1996	1 200	1,9
Indonesia	Yakarta y Surabaya	1996	1 400	2,7
Filipinas	Manila	1996	1 500	0,3
Europa oriental				
Albania	Tirana	1996	1 200	6,0
Hungría	Budapest	1996	756	2,0
Lituania	Ðiauliai, Kaunas, Klaipêda, Panêvžys, Vilnius	1997	1 000	4,8
Mongolia	Ulaanbaatar, Zuunmod	1996	1 201	3,1

Fuente: referencias *35* y *36*.

de más de 17 años de edad informaron haber sido violadas alguna vez en su vida (a las que se suma un 2,8% que habían sido víctimas de intentos de violación). Además, 0,3% de la muestra informó que habían sido violadas en el año precedente (37). Mediante una encuesta de una muestra representativa de mujeres de 18 a 49 de años de edad de tres provincias de Sudáfrica, se comprobó que en el año precedente 1,3% de ellas habían sido obligadas, mediante la fuerza física o las amenazas verbales, a tener relaciones sexuales no consensuadas (34). En otra encuesta realizada a una muestra representativa de la población general de más de 15 años de edad en la República Checa (38), 11,6% de las mujeres informaron que alguna vez en su vida habían sido forzadas a tener contactos sexuales y 3,4% dijeron que esto les había ocurrido más de una vez. La forma más común de contacto forzado era mediante las relaciones sexuales por vía vaginal.

Violencia sexual en la pareja

En muchos países, una proporción significativa de las mujeres víctimas de violencia física también sufren abuso sexual. En México y en los Estados Unidos, los estudios efectuados permiten calcular que 40% a 52% de las mujeres cuyo compañero íntimo ejerce violencia física hacia ellas, también han sido obligadas por este a tener relaciones sexuales (39, 40). A veces, la violencia sexual se inflige sin recurrir a la violencia física (1). En el estado de Uttar Pradesh, en la India, 7% de los integrantes de una muestra representativa de más de 6 000 hombres informaron haber maltratado física y sexualmente a sus esposas, 22% manifestaron que habían ejercido violencia sexual sin emplear la violencia física y 17% dijeron que solo habían empleado la violencia física (41).

En el cuadro 6.2 se resumen algunos datos sobre la prevalencia de la coacción sexual por parte de la pareja (1–3, 37, 42–53). Los resultados de estos estudios indican que la agresión sexual por la pareja no es infrecuente ni tampoco privativa de alguna región del mundo en particular. Por ejemplo, 23% de las mujeres del norte de Londres informaron que alguna vez en su vida habían sido víctimas de una violación o un intento de violación por parte de su pareja. En varias otras ciudades se han obtenido cifras similares: Guadalajara (México) (23,0%), León (Nicaragua) (21,7%), Lima (Perú) (22,5%), y en la provincia de Midlands (Zimbabwe) (25,0%). La prevalencia de mujeres víctimas de agresiones sexuales por su pareja alguna vez en su vida (con inclusión de los intentos de agresión) también ha sido calculada en algunas encuestas nacionales. Por ejemplo, en Canadá, 8,0%; Inglaterra, Gales y Escocia (combinadas), 14,2%; Finlandia, 5,9%; Suiza, 11,6%; y Estados Unidos, 7,7%.

Iniciación sexual forzada

Una cantidad creciente de estudios, realizados especialmente en África al sur del Sahara, indican que la primera experiencia sexual de las muchachas a menudo es no deseada y forzada. Por ejemplo, en un estudio de casos y testigos de 191 adolescentes del sexo femenino (con una edad promedio de 16,3 años), que asistían a un consultorio prenatal en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, y 353 adolescentes no embarazadas pareadas según la edad y el vecindario o la escuela, 31,9% de los casos del estudio y 18,1% de las testigos informaron que en su iniciación sexual se había empleado la fuerza. Cuando se les preguntó sobre las consecuencias de rechazar las relaciones sexuales, 77,9% de los casos de estudio y 72,1% de las testigos dijeron que temían ser golpeadas si se negaban (4).

En muchos estudios realizados con mujeres y hombres jóvenes se ha informado sobre la iniciación sexual forzada y la coacción durante la adolescencia (cuadro 6.3 y recuadro 6.1). En los estudios en que se ha incluido tanto a hombres como a mujeres en la muestra, la prevalencia informada de violaciones o coacción sexual ha sido mayor entre las mujeres que entre los varones (5, 6, 54–60). Por ejemplo, casi la mitad de las mujeres adolescentes sexualmente activas que participaron en un estudio que incluyó a varios países del Caribe, declararon que sus primeras relaciones sexuales fueron forzadas, en comparación con un tercio de los varones adolescentes (60). En Lima, el porcentaje de mujeres jóvenes que decían haber sido iniciadas sexualmente por la fuerza fue casi cuatro veces mayor que el de varones jóvenes (40% y 11%, respectivamente) (56).

CUADRO 6.2

Porcentaje de mujeres adultas que declararon haber sido víctimas de agresión sexual por parte de su pareja; algunas encuestas basadas en la población (1989–2000)

País	Población estudiada	Año	Tamaño de la muestra	Porcentaje de mujeres agredidas en los 12 meses anteriores	Porcentaje de mujeres agredidas alguna vez	
				Tentativa o consumación de coito forzado	Tentativa o consumación de coito forzado	Coito forzado
Brasil[a]	São Paulo	2000	941[a]	2,8	10,1	
	Pernambuco	2000	1 188[a]	5,6	14,3	
Canadá	Todo el país	1993	12 300		8,0	
	Toronto	1991–1992	420		15,3[b]	
Chile	Santiago	1997	310	9,1		
Estados Unidos	Todo el país	1995–1996	8 000	0,2[b]	7,7[b]	
Finlandia	Todo el país	1997–1998	7 051	2,5	5,9	
Indonesia	Java Central	1999–2000	765	13,0		22,0
Japón[a]	Yokohama	2000	1 287[a]	1,3	6,2	
México	Durango	1996	384		42,0	
	Guadalajara	1996	650	15,0	23,0	
Nicaragua	León	1993	360		21,7	
	Managua	1997	378	17,7		
Perú[a]	Cuzco	2000	1 534[a]	22,9	46,7	
	Lima	2000	1 086[a]	7,1	22,5	
Puerto Rico	Todo el país	1993–1996	7 079			5,7[b]
Reino Unido	Norte de Londres	1993	430	6,0[b]	23,0[b]	
	Inglaterra, Escocia y Gales	1989	1 007			14,2[d]
Ribera Occidental y Faja de Gaza	Palestinas	1995	2 410	27,0		
Suecia	Teg, Umeå	1991	251		7,5[c]	
Suiza	Todo el país	1994–1995	1 500		11,6	
Tailandia[a]	Bangkok	2000	1 051[a]	17,1	29,9	
	Nakornsawan	2000	1 027[a]	15,6	28,9	
Turquía	Anatolia oriental y sudoriental	1998	599			51,9[b]
Zimbabwe	Provincia de Midlands	1996	966		25,0	

Fuente: referencias *1–3, 37* y *42–53*.

[a] Resultados preliminares del estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (inédito). Para calcular la tasa de prevalencia se emplea como denominador el tamaño de la muestra declarado y no el tamaño total de la muestra del estudio.

[b] El grupo de la muestra incluía a mujeres que nunca habían tenido una relación de pareja y, por consiguiente, no estaban en situación de riesgo en cuanto a la agresión sexual en la pareja.

[c] Las encuestadas declaran que los agresores eran esposos, novios o conocidos.

[d] Estimación ponderada; la tasa de prevalencia no ponderada fue de 13,9%.

Violaciones múltiples

En todo el mundo hay mucha información sobre las violaciones en que participan no menos de dos agresores. Sin embargo, la información sistemática sobre el alcance del problema es escasa. En Johannesburgo (Sudáfrica), los estudios de seguimiento de las mujeres que asisten a los consultorios de medicina forense después de una violación permitieron determinar que un tercio de ellas habían sido víctimas de violaciones múltiples (61). Los datos nacionales sobre las violaciones y las agresiones sexuales en los Estados Unidos revelan que cerca de una de cada diez agresiones sexuales se produce con la participación de varios autores. La mayoría de estos ataques son cometidos por personas desconocidas por sus víctimas (62). Sin embargo, este modelo difiere del de Sudáfrica, donde los novios muchas veces participan en las violaciones múltiples.

CUADRO 6.3

Porcentaje de adolescentes que declararon haber tenido un iniciación sexual forzada; algunas encuestas basadas en la población, 1993–1999

País o zona	Población estudiada	Año	Muestra		Porcentaje que declaró haber tenido una iniciación sexual forzada	
			Tamaño[a]	Grupo de edad (en años)	Mujeres	Hombres
Camerún	Bamenda	1995	646	12–25	37,3	29,9
Caribe	Nueve países[b]	1997–1998	15 695	10–18	47,6[c]	31,9[c]
Estados Unidos	Nacional	1995	2 042	15–24	9,1	—
Ghana	Tres zonas urbanas	1996	750	12–24	21,0	5,0
Mozambique	Maputo	1999	1 659	13–18	18,8	6,7
Nueva Zelandia	Dunedin	1993–1994	935	Cohorte de nacimiento[d]	7,0	0,2
Perú	Lima	1995	611	16–17	40,0	11,0
República Unida de Tanzanía	Mwanza	1996	892	12–19	29,1	6,9
Sudáfrica	Transkei	1994–1995	1 975	15–18	28,4	6,4

Fuente: referencias *5, 6* y *54–60*.

[a] Cantidad de adolescentes que participaron en el estudio. Las tasas se basan en las que habían tenido relaciones sexuales.

[b] Antigua, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica y Santa Lucía.

[c] Porcentaje de adolescentes que responden que su primera relación sexual fue forzada o "algo" forzada.

[d] Estudio longitudinal de una cohorte nacida en los años 1972 y 1973. Los integrantes del estudio fueron encuestados sobre su conducta sexual actual y anterior, a los 18 años y nuevamente a los 21 años.

Tráfico de personas con fines de explotación sexual

Todos los años, cientos de miles de mujeres y niñas de todo el mundo son compradas y vendidas para que ejerzan la prostitución o se conviertan en esclavas sexuales (30–32, 63, 64). Las investigaciones realizadas en Kirguistán han permitido calcular que alrededor de 4 000 personas de ese país habían sido víctimas de ese tipo de tráfico en 1999 y que los principales destinos eran China, Alemania, Kazajstán, la Federación de Rusia, Turquía y los Emiratos Árabes Unidos. De ellas, 62% informaron que se habían visto obligadas a trabajar sin percibir remuneración alguna, en tanto que más de 50% dijeron haber sido víctimas de maltrato físico o torturas por parte de sus empleadores (31). En un informe de la Organización Mundial contra la Tortura se señaló que, entre 1990 y 1997, más de 200 000 mujeres de Bangladesh habían sido víctimas de trata (65). Unas 5 000 a 7 000 mujeres y niñas nepalesas por año habían sido objeto de comercio ilícito a la India. También se ha informado de trata de mujeres tailandesas a Japón (32). La trata de blancas también se lleva a cabo dentro de algunos países, muchas veces de las zonas rurales a las urbanas.

Canadá y Estados Unidos son también un destino importante de la trata internacional de mujeres. En un estudio realizado con el auspicio de la Agencia Central de Inteligencia de los Estados Unidos, se calculó que entre 45 000 y 50 000 mujeres y niños ingresan anualmente al país en el marco de esa actividad (63). Entre 1996 y 1999, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos elevó a los tribunales más de 150 casos de trata (63). El problema también existe en Europa. En otra investigación realizada por la Organización Internacional para las Migraciones, se calculó que 10% a 15% de 2 000 prostitutas extranjeras conocidas en Bélgica habían sido vendidas por la fuerza desde el exterior (30); y en un estudio realizado en Italia, que abarcó entre 19 000 y 25 000 prostitutas extranjeras, se calculó que unas 2 000 habían sido víctimas de trata (66). La mayoría tenía menos de 25 años de edad, y muchas, entre 15 y 18 años (30, 66). La mayor parte provenía de Europa central y oriental, especialmente de Albania, y también de Colombia, Nigeria y Perú (66).

La violencia sexual contra los profesionales del sexo

Sean o no víctimas de trata, los profesionales del sexo están muy expuestos tanto a la violencia física como sexual, en especial en los lugares donde la prostitución es ilícita (67). Una encuesta realizada a profesionales del sexo en Leeds (Inglaterra) y Glasgow y

RECUADRO 6.1

Violencia sexual contra los hombres y los niños

La violencia sexual contra los hombres y los niños es un problema grave. Sin embargo, ha sido dejado de lado por las investigaciones, salvo en lo que se refiere al abuso sexual infantil. La violación y otras formas de coacción sexual contra los hombres y los niños se producen en diversos ámbitos, entre ellos el hogar, el lugar de trabajo, las escuelas, la calle, en las fuerzas armadas y durante las guerras, así como en las cárceles y en las comisarías.

En las cárceles, el coito forzado puede darse entre los presidiarios como forma de establecer jerarquías de respeto y disciplina. En muchos países también se informa ampliamente sobre casos de violencia sexual cometida por funcionarios de los servicios penitenciarios, policías y soldados. Este tipo de violencia puede ejercerse obligando a los presidiarios a tener relaciones sexuales entre sí, como una forma de "entretenimiento", o a prestar servicios sexuales a los funcionarios o directores de la institución penitenciaria. En otros lugares, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres pueden ser violados como "castigo" por su comportamiento, pues se considera que transgreden las normas sociales.

La magnitud del problema

Los estudios realizados principalmente en los países desarrollados indican que entre 5% y 10% de los hombres han declarado haber sido objeto de abuso sexual en la niñez. En varios estudios basados en la población, realizados con adolescentes de algunos países en desarrollo, el porcentaje de varones que declararon haber sido víctimas de una agresión sexual en alguna oportunidad varía entre 3,6% en Namibia, 13,4% en la República Unida de Tanzanía y 20,0% en el Perú. Asimismo, los estudios llevados a cabo en los países tanto industrializados como en desarrollo indican que no es infrecuente que la primera relación sexual haya sido forzada. Lamentablemente, hay pocas estadísticas confiables sobre la cantidad de niños y hombres violados en ámbitos tales como las escuelas, las cárceles y los campamentos de refugiados.

La mayoría de los expertos considera que las estadísticas oficiales subestiman considerablemente la cantidad de hombres víctimas de violación. Los datos probatorios disponibles indican que la probabilidad de que los hombres denuncien una agresión sexual a las autoridades es aun menor que en el caso de las mujeres. Existen diversas razones por las cuales se denuncian menos episodios de violación masculina de los que realmente suceden. Entre ellas cabe mencionar la vergüenza, la culpa o el miedo a no ser creído o a ser denunciado por lo ocurrido. Los mitos y la existencia de prejuicios muy arraigados sobre la sexualidad masculina también son un obstáculo para que los hombres presenten una denuncia.

Consecuencias de la violencia sexual

Como sucede con las víctimas femeninas del abuso sexual, las investigaciones indican que es probable que las víctimas masculinas de este tipo de agresiones tengan diversas consecuencias de orden psíquico, tanto inmediatamente después de la agresión como a más largo plazo. Estas incluyen culpa, ira, ansiedad, depresión, estrés postraumático, disfunciones sexuales, afecciones somáticas, alteraciones del sueño, alejamiento de la pareja e intento de suicidio. Además de estas reacciones, en algunos estudios realizados con adolescentes varones también se determinó que existía una relación entre haber sido víctima de una violación y el abuso de sustancias, las conductas violentas, el robo y el ausentismo escolar.

Prevención y respuestas de políticas

Es preciso que la prevención de la violencia sexual contra los hombres y las respuestas de políticas a este tipo de violencia se basen en una comprensión del problema, sus causas y las circunstancias en que se producen. En muchos países, la legislación no aborda el fenómeno como corresponde. Por otra

RECUADRO 6.1 (continuación)

parte, muchas veces la violación masculina no se considera como un delito equivalente a la violación femenina.

Muchas de las consideraciones relacionadas con el apoyo que se brinda a las mujeres violadas, entre ellas la comprensión del proceso de recuperación, las necesidades más urgentes posteriores a una agresión y la eficacia de los servicios de apoyo, también son válidas para los hombres. Algunos países han realizado progresos en cuanto a las respuestas a la violencia sexual contra los hombres, creando líneas especiales de ayuda telefónica, brindando servicios de orientación y organizando grupos de apoyo y otros servicios para las víctimas masculinas. Sin embargo, en muchos lugares este tipo de servicios no existen o son muy limitados, ya que se concentran sobre todo en las mujeres y cuentan con pocos o ningún consejero experimentado en tratar estos problemas con las víctimas de sexo masculino.

En la mayoría de los países, hay mucho por hacer antes de que se pueda reconocer y conversar abiertamente, sin ningún tipo de negación o vergüenza, el tema de la violencia sexual contra los hombres y los niños. Sin embargo, este tipo de evolución es necesario y permitirá aplicar medidas de prevención más integrales y brindar a las víctimas un apoyo más adecuado.

Edimburgo (Escocia) demostró que 30% habían recibido bofetadas, golpes de puño o puntapiés de un cliente mientras trabajaban, 13% habían sido golpeadas, 11% habían sido violadas, y 22% habían sido víctimas de un intento de violación (68). Solo 34% de las que habían sufrido actos violencia a manos de un cliente lo habían denunciado a la policía. En una encuesta realizada a las profesionales del sexo de Bangladesh se comprobó que 49% de ellas habían sido violadas y 59% golpeadas por la policía en el último año. En el caso de los hombres, los niveles de violencia habían sido mucho menores (69). En Etiopía, en un estudio sobre los profesionales del sexo también se comprobó que las tasas de violencia física y sexual por parte de un cliente eran elevadas, especialmente cuando aquellos eran niños (70).

La violencia sexual en las escuelas, en los centros de atención de salud, durante los conflictos armados y en los campamentos para refugiados

En las escuelas

Para muchas jóvenes, el lugar donde son objeto de coacción o acoso sexual con mayor frecuencia es la escuela. En un caso extremo de violencia ocurrido en 1991, 71 adolescentes fueron violadas por sus compañeros de clase y otras 19 murieron en un internado en Meru (Kenya) (71). Si bien gran parte de las investigaciones sobre este tema se realiza en África, no resulta claro si esto se debe a que en esa región la prevalencia del problema es particularmente elevada o si, sencillamente, ha tenido mayor visibilidad que en otras partes del mundo.

Lo más probable es que el acoso de las muchachas por los varones sea un problema mundial. En el Canadá, por ejemplo, 23% de las niñas habían sido víctimas de acoso sexual en la escuela (72). Sin embargo, las investigaciones realizadas en África han permitido poner de manifiesto que los docentes desempeñan un papel importante en la facilitación o el ejercicio de la coacción sexual. En un informe de Africa Rights (28) se informó que en Ghana, Nigeria, la República Democrática del Congo, Somalia, Sudáfrica, Sudán, Zambia y Zimbabwe hubo casos de docentes que intentaron tener relaciones sexuales con sus alumnas a cambio de darles buenas calificaciones o no reprobarlas. En una encuesta nacional realizada recientemente en Sudáfrica, que incluía preguntas sobre las experiencias de violación antes de los 15 años de edad, se comprobó que los docentes eran responsables de 32% de las violaciones de niños denunciadas (34). En un estudio retrospectivo de casos denunciados de abuso

sexual a los niños, realizado en Zimbabwe durante un período de ocho años (1990 a 1997), se comprobó que las tasas de abuso sexual cometido por los maestros de las escuelas primarias rurales eran elevadas. Muchas de las víctimas habían sido niñas de 11 a 13 años de edad, y el tipo de abuso sexual más prevalente era la relación sexual con penetración (73).

En los centros de atención de salud

En muchos países se ha informado de violencia sexual contra los pacientes en los establecimientos de salud (74–79). Por ejemplo, en un estudio sobre los médicos sancionados por cometer delitos sexuales en los Estados Unidos, se comprobó que el número de casos había aumentado de 42 en 1989 a 147 en 1996, y que la proporción de medidas disciplinarias relacionadas con este tipo de delitos había aumentado de 2,1% a 4,4% en el mismo período (76). No obstante, este incremento podría ser reflejo de una mayor predisposición a presentar las denuncias correspondientes.

Otras formas documentadas de violencia sexual contra las pacientes incluyen la participación del personal médico en la práctica de la clitoridectomía en Egipto (80), los exámenes ginecológicos forzados y la amenaza de abortos forzados en China (81) y las inspecciones de la virginidad en Turquía (82). La violencia sexual es parte de un problema más amplio de la violencia ejercida contra las pacientes por trabajadores de la salud, que ha sido denunciado en muchos países y al que hasta hace poco se había prestado escasa atención (83–87). También se ha informado de acoso sexual a enfermeras por parte de los médicos varones (88, 89).

Durante los conflictos armados y en los campamentos para refugiados

La violación se ha usado como estrategia en muchos conflictos, por ejemplo en Corea durante la segunda guerra mundial y en Bangladesh durante la guerra de independencia, así como en diversos conflictos armados, como los de Argelia (90), India (Cachemira) (91), Indonesia (92), Liberia (29), Rwanda y Uganda (93). En algunos conflictos de este tipo, como los de Rwanda y las repúblicas de la Antigua Yugoslavia, la violación se ha usado como una estrategia deliberada, dirigida a socavar los vínculos comunitarios y por ende la percepción del enemigo, y además como herramienta para la "depuración étnica". En Timor Oriental se denunció que los militares indonesios habían empleado la violencia sexual contra las mujeres en forma generalizada (94).

En un estudio llevado cabo en Monrovia (Liberia), se comprobó que era más probable que quienes denunciaran haber sido víctimas de intento de violación y coacción sexual durante el conflicto fueran las mujeres de menos de 25 años de edad que las de 25 o más (18% y 4%, respectivamente) (29). Las mujeres obligadas a cocinar para alguna de las facciones en guerra corrían un riesgo significativamente mayor.

Otra consecuencia inevitable de los conflictos armados es la desintegración económica y social, que puede obligar a gran número de personas a prostituirse (94), una observación que también vale para los refugiados que huyen de los conflictos armados o de desastres naturales tales como las inundaciones, los terremotos o las tormentas muy destructivas.

Los refugiados que huyen de los conflictos armados y otras situaciones de peligro muchas veces se exponen a ser víctimas de violaciones en su nuevo ámbito. Por ejemplo, los datos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados indicaron que entre los vietnamitas que huyeron de su país en pequeñas embarcaciones a fines de los años setenta y principios de los ochenta, 39% de las mujeres fueron raptadas o violadas por piratas mientras se encontraban en alta mar, aunque esta cifra puede ser una subestimación (27). Del mismo modo, en muchos campamentos de refugiados, con inclusión de los de Kenya y la República Unida de Tanzanía, se ha comprobado que las violaciones son un problema grave (95, 96).

Formas "culturales" de violencia sexual

Matrimonio de niños

El matrimonio se usa muchas veces para legitimar una variedad de formas de violencia sexual contra

la mujer. En muchos lugares del mundo existe la costumbre de casar a los niños pequeños, en especial a las niñas. Esta práctica, legal en muchos países, es una forma de violencia sexual, ya que los niños afectados no pueden dar o negar su consentimiento. En la mayoría de los casos, es poco o nada lo que saben sobre el sexo antes de casarse. Por consiguiente, es muy común que esta situación los atemorice (97) y que los primeros encuentros sexuales sean forzados (98).

El matrimonio precoz es muy común en África y Asia Meridional, aunque también se da en Oriente Medio y en algunos lugares de América Latina y Europa oriental (99, 100). Por ejemplo, en Etiopía y en determinadas zonas de África occidental, el matrimonio a los 7 u 8 años de edad no es infrecuente. En Nigeria, la edad promedio al contraer el primer matrimonio es de 17 años, pero en el estado de Kebbi, en el norte del país, es apenas poco más de 11 años (100). También se ha informado de que en Malí, Níger, la República Democrática del Congo y Uganda las tasas de matrimonios entre menores son elevadas (99, 100).

En Asia meridional, el matrimonio de menores es especialmente común en las zonas rurales, pero también se observa en las zonas urbanas (100–102). En Nepal, la edad al contraer el primer matrimonio es de 19 años. Sin embargo, 7% de las niñas están casadas antes de los 10 años de edad y 40% a los 15 años (100). En la India, la mediana de la edad al contraer el primer matrimonio para las mujeres es de 16,4 años. En una encuesta realizada a 5 000 mujeres en el estado indio de Rajastán, se comprobó que 56% de las mujeres se habían casado antes de los 15 años de edad, y de estas, 17% estaban casadas antes de los 10 años. En otra encuesta realizada en el estado de Madhya Pradesh se determinó que 14% de las niñas ya estaban casadas entre los 10 y los 14 años de edad (100).

En otras regiones, como en América Latina por ejemplo, se ha informado de casos de primeros matrimonios contraídos a edad temprana en Cuba, Guatemala, Honduras, México y Paraguay (99, 100). En Canadá, Estados Unidos y Europa occidental, la proporción de niñas que se casan antes de los 19 años de edad es menor que 5% (por ejemplo: 1% en Canadá, Suiza y el Reino Unido, 2% en Bélgica y Alemania, 3% en España, y 4% en Estados Unidos) (103).

Otras costumbres que llevan a la violencia

En muchos lugares existen otras costumbres que no son el matrimonio entre menores pero que también suponen el ejercicio de violencia sexual contra las mujeres. Por ejemplo, en Zimbabwe, existe la costumbre denominada *ngozi*, según la cual una niña puede ser entregada a una familia como compensación por la muerte de uno de sus integrantes varones a manos de un miembro de la familia de aquella. Al llegar a la pubertad la niña deberá tener relaciones sexuales con el hermano o el padre del difunto a fin de procrear un hijo que reemplace al muerto. Según otra costumbre, denominada *chimutsa mapfiwa* ("herencia de esposa"), cuando muere una mujer casada, su hermana tiene la obligación de reemplazarla en su matrimonio.

¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia sexual?

Explicar la violencia sexual contra la mujer se complica por la multiplicidad de formas que adopta y la diversidad de circunstancias en que se produce. Se observa una superposición apreciable entre las diversas modalidades de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja. Muchas de las causas son similares a las que se han examinado en el capítulo 4. Hay ciertos factores que aumentan el riesgo de que una persona sea coaccionada con fines sexuales o de que un hombre determinado fuerce sexualmente a otra persona. También hay ciertos factores en el ambiente social, entre los que cabe mencionar a los pares y la familia, que influyen en la probabilidad de que se produzca una violación y determinan la reacción de ese entorno. Las investigaciones indican que los diversos factores tienen un efecto aditivo, de modo que cuantos más sean los que intervengan en una situación determinada, tanto mayor será la probabilidad de que se ejerza violencia sexual. Además, la importancia de un factor determinado puede variar en las distintas etapas de la vida.

Factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres

Una de las formas más comunes de violencia sexual en todo el mundo es la perpetrada por la pareja, lo que lleva a concluir que uno de los factores de riesgo más importantes para las mujeres (en cuanto a su vulnerabilidad ante la agresión sexual) es estar casada o convivir con una pareja. Otros factores que influyen en el riesgo de violencia sexual comprenden:

- ser joven;
- consumir alcohol u otras drogas;
- haber sido violada o abusada sexualmente con anterioridad;
- tener muchos compañeros sexuales;
- ser profesional del sexo;
- mejorar el nivel de instrucción y aumentar la independencia económica, al menos cuando lo que está en juego es la violencia sexual en la pareja;
- la pobreza.

La edad

Las mujeres jóvenes generalmente corren mayor riesgo de violación que las mujeres mayores (24, 62, 104). Según los datos de los sistemas de administración de justicia y los centros de crisis para casos de violación de Chile, Estados Unidos, Malasia, México, Papua Nueva Guinea y Perú, entre la tercera y las dos terceras partes de las víctimas de agresiones sexuales tienen 15 años de edad o menos (62, 104). Por ejemplo, ciertas formas de violencia sexual están muy estrechamente vinculadas con la edad temprana, en especial la violencia que se produce en las escuelas y las universidades y la trata de mujeres con fines de explotación sexual.

El consumo de alcohol y otras drogas

Este también es motivo de mayor vulnerabilidad ante la violencia sexual. El consumo de alcohol o drogas hace más difícil que las mujeres puedan protegerse, interpretando adecuadamente los signos de advertencia y reaccionando como corresponde. El consumo de bebidas alcohólicas también puede colocar a las mujeres en situaciones donde las posibilidades de toparse con un agresor potencial son mayores (105).

Haber sido violada o víctima de abuso sexual con anterioridad

Existen ciertos datos probatorios que permiten vincular el abuso sexual en la niñez o la adolescencia con los modelos de victimización durante la edad adulta (24, 37, 105–108). En un estudio nacional sobre la violencia contra la mujer en los Estados Unidos, se comprobó que quienes habían sido violadas antes de los 18 años de edad tenían dos veces más probabilidades de ser violadas en la edad adulta que las que no habían sido violadas durante la niñez o la adolescencia (18,3% y 8,7%, respectivamente) (37). Los efectos del abuso sexual temprano también pueden extenderse a otros tipos de victimización y de problemas en la edad adulta. Por ejemplo, en un estudio de casos y testigos llevado a cabo en Australia sobre los efectos de largo plazo del abuso sexual, se determinó que el hecho de haber sido abusada sexualmente durante la niñez estaba asociado significativamente con la posibilidad de ser víctima de una violación, experimentar problemas sexuales, de salud mental, de violencia doméstica y otros problemas en las relaciones íntimas, y que esto era independiente de los diversos tipos de antecedentes familiares (108). Las personas que habían sido víctimas de abusos, con inclusión de relaciones sexuales forzadas, tenían más problemas que las que habían sufrido otros tipos de coacción.

Tener muchos compañeros sexuales

Las mujeres jóvenes que tienen muchos compañeros sexuales corren mayor riesgo de violencia sexual (105, 107, 109). Sin embargo, no está claro si el hecho de tener mayor número de compañeros sexuales es una causa o una consecuencia de los malos tratos (incluido el abuso sexual) durante la niñez. Por ejemplo, en un estudio realizado sobre una muestra representativa de hombres y mujeres de León (Nicaragua) se comprobó que las mujeres que habían sido víctimas de violación o de intentos de violación durante la niñez o la adolescencia era más

probable que tuviera más compañeros sexuales durante la edad adulta que las mujeres no maltratadas o que las mujeres maltratadas moderadamente (110). En estudios longitudinales realizados con mujeres jóvenes en Nueva Zelandia y Noruega se han obtenido resultados similares (107, 109).

El nivel de instrucción

Las mujeres corren mayor riesgo de violencia sexual y de violencia física por parte de su pareja cuanto mayor sea su nivel de instrucción y, por ende, su capacidad de realización social. En una encuesta nacional realizada en Sudáfrica se comprobó que las mujeres sin instrucción tenían mucho menos probabilidades de ser víctimas de la violencia sexual que las que tenían niveles de instrucción más altos (34). En Zimbabwe, la probabilidad de que las mujeres que trabajaban denunciaran haber sido obligadas por su cónyuge a tener relaciones sexuales era mucho mayor de que lo hicieran las que no trabajaban (42). La explicación probable es que una mayor capacidad social de la mujer genera mayor resistencia de estas a las normas patriarcales (111), por lo que los hombres suelen recurrir a la violencia para tratar de recuperar el control. La relación entre la mayor capacidad de realización social y la violencia física tiene la forma de una U invertida: al aumentar aquella, el riesgo es mayor hasta un nivel determinado, más allá del cual comienza a convertirse en factor de protección (105, 112). No obstante, todavía no se sabe si esto también es válido para la violencia sexual.

La pobreza

Las mujeres y las niñas pobres quizá corran mayor riesgo de violación mientras realizan sus tareas cotidianas que las que están en mejor situación económica. La violación puede producirse, por ejemplo, cuando regresan solas del trabajo al hogar a horas avanzadas de la noche, o cuando trabajan en el campo o recogen leña solas. Los hijos de las mujeres pobres suelen tener menos supervisión materna cuando no están en la escuela, ya que la madre puede estar trabajando y no cuenta con los medios necesarios para contratar a alguien para que los cuide. De hecho, es posible que los propios niños estén trabajando y por lo tanto sean vulnerables a la explotación sexual.

La pobreza obliga a muchas mujeres y niñas a buscar ocupaciones que suponen un riesgo relativamente elevado de violencia sexual (113), en especial la prostitución (114). También les genera enormes presiones para encontrar o mantener un trabajo, realizar actividades comerciales y, si están estudiando, obtener buenas calificaciones, todo lo cual las hace vulnerables a la coacción sexual de quienes pueden prometerles estas cosas (28). Las mujeres más pobres también corren mayor riesgo de violencia por parte de su pareja íntima, de la cual la violencia sexual suele ser una manifestación (41, 115).

Factores que aumentan el riesgo de que los hombres cometan una violación

Los datos sobre los hombres propensos a la violencia sexual son relativamente escasos y corresponden en su mayor parte a los violadores detenidos, salvo en los Estados Unidos, donde también se han realizado investigaciones sobre los estudiantes universitarios varones. Pese a que el volumen de información sobre los hombres proclives a ejercer la violencia sexual es limitado, se tiene la impresión de que se trata de un fenómeno que afecta a casi todos los países (aunque los niveles de prevalencia sean distintos), a todas las clases socioeconómicas y a todos los grupos de edad, de la niñez en adelante. Estos datos también indican que la mayoría de ellos ejercen la violencia contra mujeres que ya conocen (116, 117). Entre los factores que aumentan el riesgo de que un hombre cometa una violación cabe mencionar los que guardan relación con las actitudes y creencias, así como las conductas originadas por determinadas situaciones y condiciones sociales que hacen viable la perpetración de actos de abuso y los sustentan (cuadro 6.4).

Consumo de alcohol y otras drogas

Se ha demostrado que uno de los efectos del alcohol es desinhibir determinado tipo de conductas sexualmente agresivas (118); lo mismo ocurre con algunos estupefacientes, en especial la cocaína (119). El alcohol tiene determinados efectos

CUADRO 6.4

Factores que aumentan el riesgo de que los hombres cometan una violación

Factores individuales	Factores relacionales	Factores comunitarios	Factores sociales
• El consumo de alcohol y drogas • Las fantasías sexuales coercitivas y otras actitudes y creencias que apoyen la violencia sexual • Las tendencias impulsivas y antisociales • La preferencia por las relaciones sexuales impersonales • Los sentimientos de hostilidad hacia las mujeres • Los antecedentes de abuso sexual durante la niñez • El haber presenciado situaciones de violencia doméstica durante la niñez	• Las relaciones con pares delincuentes y sexualmente agresivos • Un ambiente familiar caracterizado por la violencia física y la falta de recursos • Una relación o un ámbito familiar fuertemente patriarcales • Los ámbitos familiares carentes de contención emocional • Un ámbito en que el honor familiar se considera más importante que la salud y la seguridad de la víctima	• La pobreza, mediada por ciertas formas de crisis de identidad masculina • La falta de oportunidades laborales • La falta de apoyo institucional del sistema policial y judicial • La tolerancia general a la agresión sexual en la comunidad • La falta de sanciones comunitarias estrictas contra los perpetradores de la violencia sexual	• La existencia de normas sociales que favorecen la violencia sexual • La existencia de normas sociales que sustenten la superioridad masculina y el derecho sexual • La falta de leyes y políticas estrictas relacionadas con la violencia sexual • La falta de leyes y políticas estrictas relacionadas con la igualdad de género • El elevado nivel de criminalidad y otras formas de violencia

psicofarmacológicos, como reducir las inhibiciones, nublar el entendimiento y disminuir la capacidad para interpretar las "señales" de los demás (120). No obstante, las relaciones biológicas entre el alcohol y la violencia son complejas (118). Las investigaciones sobre la antropología social del consumo de alcohol parecen indicar que las relaciones entre la violencia, el consumo de bebidas alcohólicas y la embriaguez no son universales, sino que son producto del aprendizaje social (121). Algunos investigadores han señalado que el consumo de alcohol puede servir como "desahogos" violentos basados en pautas culturales, en los que se incurre en conductas antisociales. Por lo tanto, la probabilidad de que los hombres actúen violentamente cuando beben es mayor porque consideran que no se los hará responsables de su comportamiento. También se asocian con la bebida ciertas formas de violencia sexual grupal. En estos entornos, el consumo de alcohol es un acto que fortalece los vínculos grupales, en el que desaparecen las inhibiciones en forma colectiva y el entendimiento individual cede su lugar al del grupo.

Factores psicológicos

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones sobre el papel que desempeñan las variables cognitivas en el conjunto de factores que pueden llevar a cometer una violación. Se ha demostrado que es más probable que los hombres proclives a ejercer la violencia sexual consideren que sus víctimas son las responsables de la violación y tengan menos conocimiento de sus efectos sobre estas (122). Este tipo de hombres quizá malinterprete las "señales" emitidas por las mujeres en los ámbitos sociales y carezca de las inhibiciones que intervienen en la supresión de las asociaciones entre el sexo y la agresión (122, 123). Tienen fantasías sexuales coercitivas (122, 123), por lo general fomentadas por el acceso a la pornografía (124) y en general suelen sentir mayor hostilidad hacia las mujeres que los hombres que no son proclives a la violencia sexual (106, 125, 126). Además de estos factores, se considera que estos hombres difieren de los otros en cuanto a las tendencias impulsivas y antisociales (105). También suelen tener un sentido exagerado de la masculinidad.

La violencia sexual también se asocia con la preferencia por las relaciones sexuales impersonales (en contraposición con las relaciones en las que existe un vínculo afectivo), con el hecho de tener muchos compañeros sexuales y con la tendencia a refirmar los intereses personales a expensas de los de los demás (125, 127). Otro factor relacionado con estas conductas tiene que ver con las actitudes de enfrentamiento con el sexo opuesto, según las

cuales las mujeres son adversarios a quienes es preciso desafiar y conquistar (128).

Factores vinculados a la relación con los pares y la familia

Violación múltiple por una pandilla

Algunas formas de violencia sexual, como la violación múltiple, son cometidas principalmente por hombres jóvenes (129). La agresión sexual se considera muchas veces como una característica que define la virilidad en el grupo que, a su vez, guarda íntima relación con el deseo de ser admirado por los demás (130). Las conductas sexualmente agresivas de los hombres jóvenes se han vinculado con el hecho de ser miembros de una pandilla y tener pares que cometen delitos (126, 131). Las investigaciones también indican que la probabilidad de que los hombres cuyos pares son sexualmente agresivos declaren haber tenido relaciones sexuales coercitivas o forzadas fuera del ámbito de la pandilla, es mucho más elevada que la de quienes carecen de pares sexualmente agresivos (132).

Muchas veces la violación múltiple es considerada legítima por los hombres que participan en ella, y a veces por otros también, pues se supone que desalienta o castiga lo que se percibe como conductas "inmorales" de las mujeres, como el uso de faldas cortas o la concurrencia a los bares. Por este motivo, los que cometen la violación no la pueden equiparar con la imagen de un delito. En varias zonas de Papua Nueva Guinea, las mujeres pueden ser castigadas mediante la violación pública realizada por una pandilla, muchas veces con la anuencia de los ancianos de la comunidad (133).

El entorno en la primera infancia

Hay datos probatorios de que, en algunos hombres, la violencia sexual también es una conducta aprendida, en especial en lo que se refiere al abuso sexual de los niños. Los estudios sobre los niños víctimas de abuso sexual han demostrado que alrededor de uno de cada cinco se convierte, en alguna etapa posterior de su vida, en victimario de otros niños (134). Estas experiencias pueden generar un modelo de conducta por la cual el hombre justifica sistemáticamente el hecho de ser violento, niega que esté haciendo algo malo y tiene ideas falsas y malsanas sobre la sexualidad.

Los entornos de la niñez que son físicamente violentos, que carecen de apoyo emocional y que se caracterizan por la competencia para obtener los escasos recursos disponibles, han sido asociados con la violencia sexual (105, 126, 131, 135). Por ejemplo, el comportamiento sexualmente agresivo de los hombres jóvenes se ha vinculado con el hecho de haber presenciado situaciones de violencia en el hogar y haber tenido padres emocionalmente distantes e indiferentes (126, 131). Asimismo, si se comparan los varones criados en familias con estructuras fuertemente patriarcales con los que han crecido en hogares más igualitarios, se comprueba que los primeros son más propensos a ejercer la violencia, cometer violaciones y emplear la coacción sexual con las mujeres, así como de maltratar a su pareja (105).

El honor de la familia y la pureza sexual

Otro factor asociado con las relaciones sociales es la respuesta familiar a la violencia sexual, que culpa a las mujeres sin castigar a los hombres, haciendo hincapié, en cambio, en reparar la "pérdida" del honor familiar. Esta respuesta genera un entorno social en el que la violación puede quedar impune.

Si bien muchas familias tratan de proteger de la violación a sus miembros femeninos y también pueden hacer que las hijas empleen métodos anticonceptivos para evitar los signos visibles si fueran violadas (136), no es frecuente que se ejerzan presiones sociales significativas para controlar a los hombres jóvenes o persuadirlos de que está mal obligar a una mujer a tener relaciones sexuales. En cambio, en algunos países es común que la familia apoye a sus miembros para que hagan todo lo necesario, incluso recurrir al asesinato, para mitigar la "vergüenza" asociada con una violación u otra transgresión sexual. En un examen de todos los delitos de honor que se cometieron en Jordania en 1995 (137), los investigadores encontraron que en más de 60% de los casos la víctima había muerto como consecuencia de las múltiples heridas producidas por un arma de fuego, principalmente a manos de un hermano. Cuando la víctima era una mujer soltera

embarazada, el autor había sido absuelto o condenado a una pena leve.

Aunque muchas veces es la pobreza lo que impulsa al matrimonio de menores, ciertos factores como el deseo de mantener la pureza sexual de una niña joven y protegerla de las relaciones sexuales prenupciales, la infección por el VIH y las insinuaciones sexuales no deseadas, también son algunas de las razones que esgrimen las familias para justificar esos matrimonios (100).

Factores comunitarios

La pobreza

La pobreza está vinculada tanto con el ejercicio de la violencia sexual como con el riesgo de ser víctima de ella. Varios autores han alegado que la relación entre la pobreza y la perpetración de actos de violencia sexual está mediada por ciertas formas de crisis de identidad masculina (95, 112, 138–140). En sus artículos sobre la vida en el este del barrio de Harlem, en Nueva York (138), Bourgois describió cómo los hombres jóvenes se sentían presionados por los modelos de masculinidad "exitosa" y de estructura familiar transmitida por las generaciones de sus padres y sus abuelos, así como por los modelos actuales de virilidad, en los que también se hace hincapié en el consumo de bienes materiales. Prisioneros de la pobreza del barrio, con escasa o ninguna posibilidad de empleo, es improbable que logren cumplir con estos modelos o expectativas de "éxito" masculino. En tales circunstancias, se reconfiguran los ideales de masculinidad, haciendo hincapié en la misoginia, el abuso de sustancias psicotrópicas y la participación en actividades delictivas (138), y muchas veces también en la xenofobia y el racismo. Así, la violación múltiple y la conquista sexual se convierten en norma, en la medida en que los hombres vuelcan su agresión contra las mujeres que ya no pueden controlar mediante una estructura patriarcal o sostener económicamente.

El entorno físico y social

Si bien el temor a la violación generalmente está asociado con la ausencia del hogar (141, 142), en realidad la gran mayoría de los hechos de violencia sexual se producen en el hogar de la víctima o del victimario. No obstante, el hecho de que una mujer sea secuestrada por un desconocido muchas veces es el preludio de una violación y las posibilidades de secuestro dependen en parte del entorno físico.

Sin embargo, el entorno social prevaleciente en una comunidad suele ser más importante que el físico. La profundidad con que están arraigadas en la comunidad las creencias sobre la superioridad masculina y el derecho de los hombres a tener relaciones sexuales afectará enormemente a las probabilidades de que se produzcan actos de violencia sexual. También incidirá el grado de tolerancia de la comunidad hacia las agresiones sexuales y la gravedad de las sanciones contra los agresores, si las hubiera (116, 143). Por ejemplo, en algunos lugares puede incluso ocurrir que la violación se realice en público y los transeúntes se nieguen a intervenir (133). También puede pasar que las denuncias de violación sean tratadas a la ligera por la policía, sobre todo si la agresión es cometida por el esposo o durante una cita amorosa. Cuando se realiza una investigación policial y el caso se presenta ante un tribunal, los procedimientos suelen ser muy poco estrictos, cuando no venales. Por ejemplo, algunas pruebas de la investigación pueden "perderse" a cambio de un soborno.

Factores sociales

Los factores que operan a nivel social e influyen en la violencia sexual comprenden las leyes y las políticas adoptadas por el país en relación con la igualdad de género en general y con la violencia sexual en particular. También inciden las normas relativas al uso de la violencia. Si bien los diversos factores operan en gran parte en el plano local, en las familias, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades también influyen las leyes y las normas nacionales vigentes e incluso las internacionales.

Leyes y políticas

Los enfoques de los diversos países sobre la violencia sexual son muy distintos. Algunos cuentan con leyes y procedimientos jurídicos de gran alcance, con una definición amplia de la violación que incluye la violación en el matrimonio. La legislación establece sanciones graves para quienes sean declarados

culpables y un fuerte apoyo a las víctimas. El compromiso con la prevención o el control de la violencia sexual también se refleja en el énfasis que se da al tema en el adiestramiento de la policía y en la asignación de los recursos policiales, en la prioridad otorgada a las investigaciones de los casos de agresión sexual y en los recursos proporcionados para apoyar a las víctimas y prestar servicios médicos y jurídicos. En el otro extremo de la escala, están los países que abordan el tema con excesiva condescendencia, y en los que no se permite la condena de un presunto agresor exclusivamente sobre la base de las pruebas aportadas por la mujer, se excluyen de manera específica de la definición jurídica ciertas formas o ámbitos de la violencia sexual, y las víctimas de la violación son muy reacias a llevar la cuestión ante un tribunal por temor al castigo que supone presentar una demanda por violación "no probada".

Normas sociales

La violencia sexual cometida por los hombres está arraigada en gran medida en la ideología de los derechos de los hombres en materia sexual. Estos sistemas de creencias dejan a las mujeres muy pocas alternativas legítimas para negarse a las insinuaciones sexuales (139, 144, 145). Así, muchos hombres simplemente no consideran que exista la posibilidad de que sus insinuaciones sexuales a una mujer sean rechazadas o que esta tenga el derecho de tomar una decisión autónoma sobre su participación en la relación sexual. En muchas culturas, tanto las mujeres como los hombres consideran que el matrimonio significa que prácticamente no existen límites al grado de disponibilidad de la mujer para las relaciones sexuales (34, 146), aunque desde un punto de vista cultural, estas puedan estar prohibidas en determinados momentos, como después del parto o durante la menstruación (147).

Las normas sociales sobre el uso de la violencia como medio para lograr un objetivo han sido asociadas estrechamente con la prevalencia de la violación. En las sociedades donde la ideología de la superioridad masculina está muy arraigada, y se hace hincapié en el predominio, la fuerza física y el honor de los hombres, la violación es más habitual (148). En los países donde existe una cultura de la violencia o que se encuentran inmersos en un conflicto violento, casi todas las formas de violencia aumentan, entre ellas la sexual (148–151).

Tendencias y factores económicos mundiales

Muchos de los factores que inciden en el plano nacional tienen una dimensión internacional. Por ejemplo, las tendencias mundiales al libre comercio han venido acompañadas de un aumento de los desplazamientos de las mujeres y las niñas por todo el mundo en busca de trabajo, incluida la prostitución (152). Los programas económicos de ajuste estructural propuestos por los organismos internacionales han agravado la pobreza y el desempleo en varios países, incrementando las posibilidades de trata de mujeres y de violencia sexual (153), un fenómeno observado especialmente en Centroamérica, el Caribe (114) y en ciertas zonas de África (113).

Consecuencias de la agresión sexual

En las violaciones no siempre se emplea la fuerza física, y las lesiones corporales no son una consecuencia inevitable. Se sabe que suelen producirse defunciones asociadas con la violación, aunque su prevalencia varía considerablemente de un lugar a otro. Entre las consecuencias más comunes de la violencia sexual cabe mencionar las relacionadas con la salud reproductiva y mental y el bienestar social.

El embarazo y las complicaciones ginecológicas

Una violación puede resultar en un embarazo, aunque la tasa varía según los contextos y depende especialmente de la medida en que esté difundido el uso de anticonceptivos que no sean de barrera. En un estudio sobre las adolescentes realizado en Etiopía, se comprobó que 17% de las que habían denunciado haber sido violadas quedaron embarazadas (154). Esta cifra es similar a la de 15% a 18% obtenida en los centros de crisis para casos de violación de México (155, 156). En un estudio longitudinal llevado a cabo en los Estados Unidos, en el que participaron más de 4 000 mujeres a las que se les realizó un seguimiento de tres años, se comprobó que para las víctimas de 12 a 45 años de edad, la

tasa nacional de embarazos asociados con una violación era de 5% por cada violación, lo que significa que todos los años más de 32 000 mujeres quedan embarazadas como resultado de una violación en todo el país (7). En muchos países, las mujeres violadas se ven obligadas a tener el niño para no poner en riesgo sus vidas por realizar un aborto en condiciones inadecuadas.

Una experiencia de relaciones sexuales forzadas a temprana edad reduce la capacidad de la mujer para considerar que puede ejercer control sobre su sexualidad. Así, es menos probable que una adolescente que se ha visto obligada a tener relaciones sexuales use condones u otras formas de anticoncepción, y esto aumentará sus probabilidades de quedar embarazada (4, 16, 157, 158). En un estudio sobre los factores asociados con el embarazo de adolescentes en Ciudad del Cabo, se determinó que la iniciación sexual forzada era el factor que ocupaba el tercer lugar en cuanto al grado de correlación, después de la frecuencia de las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos modernos (4). El coito forzado también puede conducir a un embarazo no intencional en las mujeres adultas. En la India, un estudio llevado a cabo con hombres casados permitió comprobar que los que admitieron obligar a sus esposas a tener relaciones sexuales tenían 2,6 veces más probabilidades de haber provocado un embarazo no intencional que quienes no reconocieron haber incurriro en ese tipo de conducta (41).

Se ha determinado que existe una relación sistemática entre las complicaciones ginecológicas y el coito forzado. Estas comprenden las hemorragias o infecciones vaginales, los fibromas, la disminución del deseo sexual, la irritación de la zona genital, el dolor durante el coito, los dolores crónicos de la pelvis y las infecciones de las vías urinarias (8–15). Las mujeres víctimas de abuso tanto físico como sexual por parte de su pareja corren mayor riesgo de experimentar problemas de salud en general que las víctimas de violencia física solamente (8, 14).

Enfermedades de transmisión sexual

La infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual son algunas de las consecuencias reconocidas de la violación (159). Las investigaciones sobre mujeres que llegan a los refugios indican que las que fueron víctimas de abuso tanto sexual como físico por parte de su pareja tienen una probabilidad significativamente mayor de haber contraído enfermedades de transmisión sexual (160). En el caso de las mujeres víctimas de trata y obligadas a prostituirse, es probable que los riesgos de contraer la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual sean especialmente elevados. Las relaciones entre la infección por el VIH y la violencia sexual y las estrategias de prevención pertinentes se abordan en el recuadro 6.2.

La salud mental

La violencia sexual se ha asociado con diversos problemas de salud mental y de conducta en la adolescencia y la edad adulta (17–20, 22, 23, 161). En un estudio basado en la población, la prevalencia de síntomas o signos que hacen pensar en trastornos psiquiátricos fue de 33% para las mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la edad adulta, 15% para las que tenían antecedentes de violencia física por parte de su pareja y 6% para las que no habían sufrido malos tratos (162). La violencia sexual perpetrada por la pareja agrava los efectos de la violencia física sobre la salud mental.

Las mujeres víctimas de maltrato que informan de experiencias de coito forzado corren un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión y trastorno postraumático por estrés que las mujeres no maltratadas (14, 18, 22, 23). El trastorno postraumático por estrés posterior a la violación es más probable si en el transcurso de esta se producen lesiones, o si existen antecedentes de depresión o de abuso de alcohol (24). En un estudio realizado con adolescentes en Francia también se comprobó que existe una relación entre haber sido víctima de una violación y las dificultades actuales para dormir, síntomas de depresión, afecciones somáticas, consumo de tabaco y problemas conductuales (como las conductas agresivas, el robo y el ausentismo escolar) (163). Si la víctima no recibe orientación postraumática, se ha observado que los efectos psíquicos negativos pueden persistir por lo menos un año después de la violación, aunque

RECUADRO 6.2

La violencia sexual y la infección por el VIH/SIDA

El coito violento o forzado puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH. En la penetración vaginal forzada es muy común que se produzcan abrasiones y cortes que facilitan el ingreso del virus (cuando está presente) a través de la mucosa vaginal. Las adolescentes son especialmente susceptibles a la infección por el VIH en los casos de coito forzado, y también cuando no lo es, porque la mucosa vaginal aún no ha adquirido la densidad celular necesaria para constituir una barrera eficaz, ya que esta se desarrolla más avanzada la adolescencia. Las víctimas de una violación por vía anal (niños y hombres, así como niñas y mujeres) también son considerablemente más susceptibles a la infección por el VIH que cuando el coito no es forzado, pues es más probable que se produzcan daños en los tejidos del ano que faciliten el ingreso del virus al organismo.

Diversas conductas de riesgo son comunes al hecho de haber sido víctima de violencia sexual y ser susceptible a la infección por el VIH. Por ejemplo, es más probable que una víctima de coito forzado en la niñez o la adolescencia tenga relaciones sexuales sin protección, sea promiscua, se prostituya o abuse de sustancias psicotrópicas. Quienes han sido víctimas de un coito forzado por parte de su pareja suelen tener dificultades para conversar con este sobre la posibilidad de usar preservativos, ya sea porque se podría interpretar como una falta de confianza en él o como un reconocimiento de conductas promiscuas, o por temor a una reacción violenta. La coacción sexual entre los adolescentes y los adultos también está asociada con disminución de la autoestima y depresión, es decir, con factores vinculados con muchas de las conductas de riesgo de infección por el VIH.

Estar infectado por el VIH o tener un familiar seropositivo también puede agravar el riesgo de ser víctima de violencia sexual, especialmente en el caso de las mujeres. Como resultado del estigma asociado con la infección por el VIH y con el SIDA, en muchos países una mujer infectada puede ser desalojada de su casa. Además, el hecho de que un integrante de un hogar pobre enferme o muera de SIDA puede hacer que la situación económica se haga apremiante. Las mujeres pueden verse obligadas a prostituirse, lo que aumenta el riesgo de violencia sexual y de contraer la infección por el VIH y el SIDA. Los niños que han quedado huérfanos a causa de esta enfermedad, empobrecidos y sin nadie que se ocupe de ellos, pueden no tener otra alternativa que vivir en la calle y corren grave riesgo de ser víctimas de abuso sexual.

Hay varias maneras de reducir la incidencia de la violencia sexual y de la infección por el VIH, pero la educación quizá sea la más importante. Sobre todo en el caso de los jóvenes, es preciso implantar intervenciones integrales en las escuelas y otras instituciones educativas, los grupos de jóvenes y los lugares de trabajo. Los programas escolares deben abarcar los aspectos pertinentes de la salud sexual y reproductiva, las relaciones y la violencia. También deben contemplar la adquisición de aptitudes para la vida, como la forma de evitar situaciones riesgosas o amenazantes relacionadas con la violencia, las relaciones sexuales o el consumo de drogas, y de exigir conductas sexuales seguras.

Para la población adulta general debe haber información completa y accesible sobre la salud sexual y las consecuencias de determinadas prácticas sexuales. Además, es preciso implantar intervenciones dirigidas a abandonar los modelos de comportamiento perjudiciales y las normas sociales que impiden la comunicación sobre los temas sexuales.

Es importante brindar a los trabajadores de la salud y otros proveedores de servicios una capacitación integrada sobre el género y la salud reproductiva, así como sobre la violencia por motivos de género y las enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH.

RECUADRO 6.2 (continuación)

En cuanto a las víctimas de violación, debe realizarse la detección de la infección por el VIH y las derivaciones correspondientes. Asimismo, puede considerarse la conveniencia de iniciar un tratamiento de orientación y de profilaxis posterior a la exposición al VIH, al poco tiempo de ocurrida la agresión. Del mismo modo, las mujeres infectadas por el VIH deben someterse a tamizaje para determinar si tienen antecedentes de violencia sexual. También es preciso considerar la posibilidad de incorporar estrategias de prevención de la violencia a los programas de asesoramiento voluntario sobre la infección por el VIH.

los problemas de salud y los síntomas físicos suelen disminuir durante ese período (164). Aunque reciban orientación, hasta 50% de las mujeres conservan ciertos síntomas de estrés (165–167).

Conductas suicidas

Las mujeres víctimas de agresiones sexuales durante la niñez o la edad adulta tienen mayores probabilidades de suicidarse o de intentar suicidarse que otras mujeres (21, 168–173). La correlación se mantiene aun después de efectuar ajustes por edad, nivel de instrucción, síntomas de trastorno postraumático por estrés y presencia de alteraciones psiquiátricas (168, 174). La experiencia de la violación o de la agresión sexual puede derivar en conductas suicidas incluso en la adolescencia. En Etiopía, 6% de las alumnas violadas declararon haber intentado suicidarse (154). En un estudio realizado con adolescentes en el Brasil se comprobó que el abuso sexual previo era uno de los principales factores que permitían predecir varias conductas de riesgo para la salud, con inclusión de las ideas suicidas y los intentos de suicidio (161).

Las experiencias de acoso sexual grave también pueden provocar trastornos emocionales y conductas suicidas. En un estudio de adolescentes mujeres llevado a cabo en el Canadá, se encontró que 15% de las jóvenes que tenían contactos sexuales frecuentes y no deseados habían exhibido conductas suicidas en los seis meses anteriores, en comparación con 2% de las que no habían vivido ese tipo de situaciones (72).

Ostracismo social

En muchos ámbitos culturales se sostiene que los hombres no pueden controlar sus impulsos sexuales y que las mujeres son las responsables de provocar esos deseos (144). La forma en que las familias y las comunidades reaccionan ante los actos de violación en esos ámbitos se rige por las ideas predominantes sobre la sexualidad y la situación jurídica de las mujeres.

En algunas sociedades, la "solución" cultural a la violación es que la mujer debe casarse con el violador, preservando así la virtud de la mujer y su familia al legitimar la unión (175). Dicha "solución" está reflejada en las leyes de algunos países, que permiten perdonar el delito a un violador si se casa con la víctima (100). Además de obligarla a casarse, la familia puede presionar a la mujer para que no haga la denuncia o inicie juicio, o bien para que se concentre en lograr que la familia del violador pague una "indemnización" (42, 176). Los hombres pueden rechazar a sus esposas si han sido violadas (27) y, como se ha señalado, en algunos países la mujer puede ser expulsada de la comunidad o, en casos extremos, asesinada, a fin de recobrar el honor perdido (26).

¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia sexual?

El número de iniciativas que abordan la violencia sexual es limitado y pocas han sido evaluadas. La mayoría de las intervenciones se han elaborado y ejecutado en los países industrializados; no es mu-

cho lo que se sabe sobre su aplicabilidad en otros entornos. Las intervenciones que ya han sido aplicadas pueden clasificarse del siguiente modo.

Enfoques individuales

Atención y apoyo psicológicos

Se ha comprobado que la orientación, la terapia y las iniciativas de grupos de apoyo son útiles después de las agresiones sexuales, sobre todo cuando determinados factores relacionados con la violencia propiamente dicha o el proceso de recuperación pueden complicar la situación. Existen algunos indicios de que un tratamiento breve, cognitivo-conductual, realizado al poco tiempo de producida la agresión, puede acelerar la reparación del daño psíquico provocado por el trauma (*177*, *178*). Como ya se ha dicho, a veces las víctimas de la violencia sexual se sienten culpables del incidente y también se ha comprobado que abordar esto en la psicoterapia es importante para la recuperación (*179*). Sin embargo, es preciso realizar evaluaciones más exhaustivas de los programas breves de orientación y tratamiento utilizados tras los actos de violencia sexual.

La mayor parte del apoyo psicológico formal a las víctimas de la violencia sexual ha estado a cargo del sector no gubernamental, especialmente los centros de crisis para casos de violación y diversas organizaciones de mujeres. Resulta inevitable que el número de víctimas de la violencia sexual que tienen acceso a esos servicios sea muy reducido. Una solución para ampliarlos es a través de la creación de líneas telefónicas de ayuda, preferiblemente gratuitas. Por ejemplo, una de estas líneas de ayuda de Sudáfrica, denominada "Stop Woman Abuse" [Basta de maltrato a la mujer], recibió 150 000 llamadas en los cinco primeros meses de funcionamiento (*180*).

Programas para los agresores

Los pocos programas destinados a los perpetradores de la violencia sexual por lo general han estado dirigidos a los hombres condenados por violación. La mayoría se llevan a cabo en los países industrializados y solo han comenzado a evaluarse recientemente (para un examen de estos programas, véase el capítulo 4). Una reacción frecuente de los hombres que cometen actos de violencia sexual es negar que ellos sean los responsables del incidente y que este constituya un hecho de violencia (*146*, *181*). Para ser eficaces, los programas dirigidos a los agresores deben tener por objeto lograr que estos admitan su responsabilidad y que la sociedad los considere responsables de sus actos (*182*). Una forma de hacerlo es establecer mecanismos de colaboración entre estos programas y los servicios de apoyo a las víctimas y las campañas contra la violencia sexual.

Aptitudes para la vida y otros programas de educación

En los últimos años, varios programas de promoción de la salud sexual y reproductiva, en especial los que promueven la prevención de la infección por el VIH, han comenzado a incluir cuestiones de género y abordar el problema de la violencia sexual y física contra la mujer. Dos ejemplos notables, elaborados para África pero aplicados en muchas partes del mundo en desarrollo, son los programas "Stepping Stone" [Peldaños] y "Men As Partners" [Los hombres como compañeros] (*183*, *184*), los cuales han sido ideados para grupos de pares, integrados por hombres y mujeres, y constan de varias sesiones de trabajo en los que se utilizan métodos de aprendizaje participativo. Su enfoque integral ayuda a los hombres, que de otro modo podrían ser reticentes a asistir a programas dirigidos en forma exclusiva a tratar el tema de la violencia contra la mujer, a participar y abordar una gama de temas relativos a la violencia. Además, aunque los hombres sean los perpetradores de la violencia sexual, en los programas se tiene sumo cuidado de no calificarlos de tales.

Un examen de los resultados del programa "Stepping Stones" en África y Asia permitió comprobar que los talleres ayudaban a los participantes varones a asumir mayor responsabilidad por sus actos, relacionarse mejor con los demás, tener mayor respeto por las mujeres y comunicarse mejor. Se ha informado de que, como resultado del programa, la violencia contra las mujeres en ciertas comunidades

de Camboya, Gambia, la República Unida de Tanzanía, Sudáfrica y Uganda se había reducido. Sin embargo, las evaluaciones realizadas hasta la fecha por lo general han utilizado métodos cualitativos y es necesario llevar a cabo otras investigaciones para probar de manera adecuada la eficacia de este programa (185).

Enfoques de desarrollo

Las investigaciones han permitido comprender la importancia de alentar sistemas de crianza de los hijos que permitan mejorar la paternidad y lograr que sea más equilibrada con respecto al género, con el objeto de prevenir la violencia sexual (124, 125). Al mismo tiempo, Schwartz (186) ha elaborado un modelo de prevención en el que se adopta un enfoque de desarrollo, con intervenciones antes del nacimiento, durante la niñez, en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta. En este modelo, el elemento prenatal incluiría conversaciones sobre las aptitudes parentales, el uso de estereotipos sobre las funciones que corresponden a cada género, el estrés, los conflictos y la violencia. En los primeros años de la niñez, los proveedores de atención de salud tratarán estos temas e incluirán el abuso sexual de los niños y la exposición a la violencia en los medios en la lista de los temas de discusión. Asimismo, promoverán el uso de materiales didácticos no sexistas. En el período posterior de la niñez, las actividades de promoción de la salud deberán estar dirigidas a modelar las conductas y las actitudes que eviten los estereotipos, enseñando a los niños a distinguir el contacto físico "bueno" del "malo" y fortaleciendo su capacidad y confianza para lograr el control de su propio cuerpo. Esta intervención permitirá crear el espacio necesario para hablar de la agresión sexual. Durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, las conversaciones se referirán a los mitos sobre la violación, a la forma de establecer límites a la actividad sexual y a quebrar los vínculos entre las relaciones sexuales, la violencia y la coacción. Si bien el modelo de Schwartz se concibió para emplearlo en los países industrializados, algunos de sus principios podrían ser válidos para los países en desarrollo.

Respuestas del sistema de atención de salud

Servicios médico-legales

En muchos países donde se denuncian los actos de violencia sexual, el sector de la salud tiene la obligación de obtener datos probatorios de carácter médico y jurídico que corroboren los relatos de las víctimas o contribuyan a identificar al agresor. Las investigaciones realizadas en el Canadá indican que la documentación médico-legal puede mejorar las probabilidades de arrestar a un agresor, imputarlo y condenarlo (187, 188). Por ejemplo, en un estudio se comprobó que las lesiones físicas documentadas, especialmente las de tipo moderado o grave, estaban asociadas con la iniciación de una querella, y que esto era independiente del nivel de ingreso de la paciente o de que esta tuviera alguna relación con el agresor, ya sea en calidad de conocido o de compañero íntimo (188). Sin embargo, un estudio llevado a cabo con las mujeres que concurrían a un hospital de Nairobi (Kenya) después de una violación ha permitido determinar que en muchos países las víctimas de violación no son examinadas por un ginecólogo o un investigador experimentado de la policía, y que no existen protocolos o normas estandarizados a este respecto (189).

El uso de estos protocolos y normas puede contribuir a mejorar significativamente la calidad del tratamiento de las víctimas y el apoyo psicológico proporcionado, y lo mismo puede decirse de la reunión de datos probatorios (190). Los protocolos y las normas integrales correspondientes a las víctimas de agresión de sexo femenino deben incluir lo siguiente:

- la elaboración de un registro que incluya la descripción detallada del incidente y la enumeración del conjunto de pruebas reunidas;
- una descripción de los antecedentes ginecológicos de la víctima y de su uso de métodos anticonceptivos;
- una documentación estandarizada de los resultados del examen físico completo;
- la evaluación del riesgo de embarazo;
- la realización de pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y el tratamiento

correspondiente, y, cuando proceda, la prueba de la infección por el VIH;
- la adopción de medidas anticonceptivas de urgencia y, en los países donde sea legal, el suministro de orientación sobre el aborto;
- el apoyo psicológico y la derivación a otros servicios de este tipo.

En algunos países, los protocolos forman parte del procedimiento de un "estuche para la obtención de pruebas sobre agresiones sexuales", que incluye instrucciones y envases para recoger las pruebas, los formularios legales y los documentos necesarios para registrar los antecedentes (*191*). Los exámenes de las víctimas de violación son, por su propio carácter, sumamente estresantes. Se ha comprobado que el uso de un video para explicar el procedimiento antes de realizar el examen reduce significativamente el estrés (*192*).

Capacitación de los profesionales de asistencia sanitaria

Los temas relacionados con la violencia sexual deben abordarse en la capacitación de todo el personal de servicios de salud, entre ellos los psiquiatras y los consejeros, tanto durante la capacitación básica como en los cursos especializados de posgrado. En primer lugar, esto debería permitir a los trabajadores de salud adquirir mayores conocimientos sobre la violencia sexual y tomar mayor conciencia sobre el tema. De esta manera, estarán mejor preparados para detectar y tratar los casos de abuso con sensibilidad y eficacia. La capacitación también debería contribuir a reducir los casos de abuso sexual en el sector de la salud, un problema que puede ser significativo, aunque generalmente no se lo reconoce como tal.

En Filipinas, el Grupo de Trabajo sobre Ciencias Sociales y Salud Reproductiva, un órgano integrado por médicos, enfermeras y profesionales de las ciencias sociales, y que cuenta con el apoyo del Departamento de Salud, ha elaborado módulos de capacitación para los estudiantes de enfermería y medicina sobre la violencia basada en el género. Los objetivos de este programa son (*193*):

- Comprender las raíces de la violencia en el contexto de la cultura, el género y otros aspectos sociales.
- Identificar las situaciones, en las familias o los hogares, que suponen un riesgo de violencia elevado y en las que sería apropiado realizar:
  - intervenciones primarias, en especial en colaboración con otros profesionales;
  - intervenciones secundarias, que incluyan la identificación de las víctimas de la violencia, la comprensión de los procedimientos legales básicos y de presentación de pruebas, la derivación y el seguimiento de los pacientes y la ayuda a las víctimas para reintegrarse a la sociedad.

Estos módulos de capacitación se incorporan a los programas de estudios de los estudiantes de enfermería y de medicina. Para los primeros, los once módulos se distribuyen durante los cuatro años de instrucción formal, y para los segundos, durante los últimos tres años de capacitación práctica.

Profilaxis de la infección por el VIH

La posibilidad de transmisión del VIH durante la violación es un motivo especial de preocupación, sobre todo en los países donde la prevalencia de la infección es elevada (*194*). En determinados contextos, se sabe que el uso de drogas antirretrovíricas después de la exposición al VIH puede ser bastante eficaz. Por ejemplo, se ha demostrado que la administración del medicamento antirretrovírico zidovudina (AZT) a los trabajadores de la salud que, en virtud de su actividad profesional, se han expuesto al virus por un pinchazo accidental con una aguja contaminada, reduce el riesgo de contraer la infección por el VIH en un 81% (*195*).

El riesgo promedio de infección por el VIH después de un solo acto de penetración vaginal sin protección, con una pareja infectada, es relativamente bajo (aproximadamente 1‰ a 2‰, si es el hombre el que está infectado, y alrededor de 0,5‰ a 1‰ si la que está infectada es la mujer). En realidad, este nivel de riesgo es de un orden similar al de una lesión producida por pinchazo de aguja (alrededor de 3‰), para la cual la profilaxis en caso de exposición hoy día es un tratamiento corriente (*196*). El riesgo promedio de infección por el VIH en el caso de coito anal sin protección es considerablemente mayor (alrededor de 5‰ a 30‰). Sin

embargo, durante una violación, en razón de la fuerza usada, es mucho más probable que se produzcan desgarramientos macroscópicos o microscópicos de la mucosa vaginal, lo que aumenta enormemente la probabilidad de transmisión del VIH (194).

No se cuenta con información sobre la viabilidad o la eficacia en función del costo de ofrecer regularmente a las víctimas de violación pertenecientes a ámbitos de escasos recursos un tratamiento para la profilaxis de la infección por el VIH. Las pruebas de detección del VIH después de la violación son difíciles en todos los casos. Inmediatamente después de un incidente, pocas mujeres están en condiciones de comprender íntegramente la información, de por sí compleja, sobre las pruebas de detección del virus y los riesgos de la infección por el VIH. También es difícil efectuar un seguimiento adecuado, pues muchas víctimas no asistirán a las entrevistas programadas por motivos que probablemente guarden relación con el esfuerzo psíquico necesario para sobrellevar el trauma de la agresión. Asimismo, es posible que los efectos colaterales del tratamiento antirretrovírico sean considerables e impulsen a las víctimas a abandonar el plan de tratamiento (195, 197), aunque es muy probable que quienes sienten que su situación es de alto riesgo lo cumplan rigurosamente (197).

Pese a la falta de conocimientos sobre la eficacia de la profilaxis de la infección por el VIH después de una violación, muchas organizaciones la han recomendado. Por ejemplo, los planes de asistencia médica de los países de ingreso alto los están incluyendo cada vez más en sus conjuntos de prestaciones de atención de salud. Urge realizar investigaciones en los países de ingreso bajo y mediano sobre la eficacia del tratamiento antirretrovírico después de una violación y cómo podría incorporarse a la asistencia de pacientes.

Centros de atención integral a las víctimas de agresiones sexuales

Debido a la escasez de médicos en muchos países, en algunos lugares se han empleado enfermeras especialmente adiestradas para ayudar a las víctimas de agresiones sexuales (187). En el Canadá, ciertas enfermeras, conocidas como "enfermeras encargadas de examinar a las víctimas de agresiones sexuales", reciben adiestramiento para prestar atención integral a las víctimas de la violencia sexual. Estas profesionales derivan a las pacientes a un médico cuando consideran necesaria su intervención. En la provincia de Ontario, el primer centro de atención a las víctimas de agresiones sexuales abrió sus puertas en 1984 y desde entonces se han creado otros 26. Estos centros proporcionan o coordinan una amplia gama de servicios, tales como la atención de urgencias médicas y el seguimiento médico, actividades de orientación, reunión de pruebas forenses sobre la agresión, apoyo jurídico y consultas con las comunidades y actividades de educación (198). En muchos países se están desarrollando centros que brindan una variedad de servicios para las víctimas de agresiones sexuales, que muchas veces se ubican en lugares como un hospital o una comisaría (recuadro 6.3). Este tipo de centros especializados tienen la ventaja de contar con personal debidamente capacitado y experimentado. En cambio, en algunos lugares existen centros integrados que prestan servicios a las víctimas de distintas formas de violencia.

Actividades comunitarias

Campañas de prevención

Los intentos por modificar las actitudes de la gente con respecto a la violencia sexual a través de los medios de comunicación han incluido la colocación de anuncios en carteleras y en el transporte público y su emisión a través de la radio y la televisión. Esta última se ha usado con eficacia en Sudáfrica y Zimbabwe. La serie de televisión sudafricana *Soul City*, transmitida en el horario de mayor sintonía, se describe en el recuadro 9.1 del capítulo 9. En Zimbabwe, la organización no gubernamental Musasa ha desarrollado iniciativas de sensibilización a través del teatro, reuniones y debates públicos, y también en una serie de televisión en la que los sobrevivientes de las agresiones describían sus experiencias (199).

Además de las campañas en los medios de comunicación, en muchos países se han realizado otras

RECUADRO 6.3

Creación de servicios integrales para las víctimas de violación en los hospitales de Malasia

En 1993 se creó el primer Centro Integral de Crisis para mujeres maltratadas en el departamento de accidentes y urgencias del Hospital Kuala Lumpur, en Malasia. El centro tenía por objeto dar una respuesta interinstitucional y coordinada a la violencia contra la mujer, para que las víctimas de una agresión pudieran abordar sus problemas médicos, legales, psicológicos y sociales en un mismo lugar. Al principio, el centro se ocupaba exclusivamente de la violencia doméstica, pero luego amplió sus actividades y comenzó a ocuparse de los casos de violación utilizando procedimientos específicos para las víctimas de este tipo de agresión.

En el Hospital Kuala Lumpur, un equipo de intervención para situaciones de crisis se ocupa de unos 30 casos de violación y 70 casos de violencia doméstica por mes. La competencia del equipo proviene de su labor en el propio hospital y de varios grupos de mujeres, la policía, el departamento de trabajadores de medicina social, la oficina de asistencia legal y la Oficina Religiosa Islámica.

En 1996, el Ministerio de Salud de Malasia decidió ampliar esta innovadora estrategia de atención sanitaria y establecer centros similares en todos los hospitales públicos del país. En un lapso de tres años se habían establecido 34 centros de estas características. En ellos, psiquiatras, consejeros y trabajadores de medicina social brindan orientación sobre el tema de la violación y algunas personas atendidas por el centro pasan a ser pacientes ambulatorios del departamento de psiquiatría del hospital. Los centros deben tener asistentes sociales capacitados en guardia pasiva las 24 horas del día.

Durante el desarrollo del programa de los Centros Integrales de Crisis salieron a la luz varios problemas. Uno de ellos era la necesidad de que el personal del hospital estuviera mejor entrenado para manejar los temas de la violencia sexual con la sensibilidad necesaria. Se pudo comprobar que algunos trabajadores del hospital culpaban a las víctimas de las violaciones por la violencia de la que habían sido objeto, mientras que otros miraban a las víctimas con la curiosidad de un *voyeur* en lugar de concentrarse en su función de apoyo. También se observó que no había suficientes médicos forenses o instalaciones para brindar refugio a las víctimas de violación. La identificación de estos problemas fue un primer paso importante para mejorar el programa y prestar un servicio de mejor calidad a las víctimas de violación.

iniciativas. Por ejemplo, el Sisterhood Is Global Institute de Montreal ha preparado un manual adecuado para las comunidades musulmanas, cuyo objeto es sensibilizar a sus integrantes y fomentar el debate sobre los temas relacionados con la igualdad de género y la violencia contra la mujer y las niñas (200). Se han realizado pruebas piloto con el manual en Egipto, Jordania y Líbano, y en Zimbabwe se utilizó una adaptación para contextos no musulmanes.

En 16 países de América Latina y el Caribe se está llevando a cabo una iniciativa interinstitucional de las Naciones Unidas para luchar contra la violencia de género (201). Los objetivos de la campaña son:

- sensibilizar a la opinión pública sobre los costos individuales, sociales y económicos de la violencia contra la mujer y las niñas;
- fortalecer la capacidad de los gobiernos para elaborar y aplicar leyes contra la violencia de género;
- reforzar las redes de organizaciones públicas y privadas y llevar a cabo programas para prevenir la violencia contra la mujer y las niñas.

Activismo comunitario de los hombres

Un elemento importante de la prevención de la violencia sexual y física contra la mujer es lograr que los hombres protagonicen iniciativas colectivas. En África, América Latina y el Caribe, Asia y Australia, así

como en muchos lugares de Canadá, Estados Unidos y Europa existen grupos de hombres que luchan contra la violencia doméstica y las violaciones. El concepto que subyace a este tipo de iniciativa es que los hombres pueden individualmente tomar medidas para reducir su propensión a la violencia (202). Las actividades más comunes son las discusiones en grupos, las campañas de educación y las reuniones populares, el trabajo con los hombres violentos y la realización de talleres en las escuelas, las cárceles y los lugares de trabajo. Muchas veces, estas actividades se realizan en conjunto con las organizaciones de mujeres dedicadas a prevenir la violencia y prestar servicios a las mujeres maltratadas.

Solo en los Estados Unidos hay más de 100 grupos de este tipo, muchos de los cuales hacen especial hincapié en la violencia sexual. Por ejemplo, el grupo "Men Can Stop Rape" [Los hombres pueden parar las violaciones] de Washington, D.C., trata de promover expresiones alternativas de la masculinidad, que fomenten la no violencia y la igualdad de género. Entre sus actividades más recientes cabe mencionar la realización de presentaciones en las escuelas secundarias, el diseño de carteles, la producción de un manual para docentes y la publicación de una revista para jóvenes (202).

Programas en las escuelas

Es esencial actuar en las escuelas para reducir la violencia sexual y otras formas de violencia. En muchos países, el hecho de que un docente tenga relaciones sexuales con un alumno no se considera una falta disciplinaria grave. Además, en las escuelas no existen políticas estrictas con respecto al acoso sexual, o si existen no se aplican. No obstante, en los últimos años algunos países han promulgado leyes en las que se prohíben las relaciones sexuales entre los docentes y los alumnos. Estas medidas son importantes para contribuir a erradicar el acoso sexual en las escuelas. Sin embargo, también es necesario adoptar muchas otras medidas, como la introducción de cambios en la capacitación y la contratación de los docentes y la reforma de los programas de estudios con vistas a modificar las relaciones de género en las escuelas.

Respuestas jurídicas y de políticas

Denuncia y manejo de los casos de violencia sexual

En muchos países existen sistemas destinados a alentar a las personas a denunciar los incidentes de violencia sexual a la policía y a lograr que los tribunales sean más expeditivos y sensibles en el procesamiento de los inculpados. Entre los mecanismos concretos pueden mencionarse la creación de unidades especializadas en problemas de violencia doméstica y de unidades especializadas en delitos sexuales, el adiestramiento de género de los policías y los funcionarios de los tribunales, la creación de comisarías integradas exclusivamente por personal femenino y de tribunales cuya jurisdicción se limite a los delitos de violación. En el capítulo 4 se examinan algunos de estos mecanismos.

Uno de los problemas radica en la renuencia de los médicos a concurrir a los tribunales en calidad de peritos. Muchas veces, esto se debe a que los calendarios de los tribunales son impredecibles, ya que a menudo las audiencias se aplazan con muy poco preaviso y a veces los testigos tienen que esperar mucho tiempo para prestar declaraciones breves. Para resolver estas dificultades, en Sudáfrica, la Dirección de la Fiscalía Pública ha comenzado a inculcar a los magistrados la necesidad de interrumpir las audiencias de los casos de violencia sexual cuando llega el perito médico para que este pueda prestar testimonio y se pueda interrogar a los testigos sin demora.

Reforma legislativa

Las intervenciones legislativas realizadas en muchos lugares han:

- ampliado la definición de violación;
- reformado las normas sobre los procedimientos empleados para dictar las sentencias y sobre la admisibilidad de las pruebas, y
- eliminado los requisitos de corroboración de las declaraciones de las víctimas.

En 1983, se reformaron las leyes canadienses sobre la violación, especialmente en lo que se refiere a la eliminación del requisito de corroborar la declaración de la víctima. Sin embargo, una evaluación

ha permitido comprobar que los fiscales generalmente pasan por alto la flexibilización del requisito de corroboración y muy pocas veces se omiten las pruebas forenses (203).

En los últimos tiempos, varios países de Asia, con inclusión de las Filipinas, han sancionado leyes en las que se introducen definiciones totalmente nuevas de violación y se establece la obligación del Estado de prestar asistencia a las víctimas. El resultado ha sido un aumento significativo del número de denuncias. Para que las nuevas leyes sean realmente efectivas, también es preciso organizar campañas para informar al público general sobre sus derechos

A fin de evitar que en los juicios se admita la presentación de información irrelevante, el Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia elaboró determinadas reglas que podrían servir de modelo para asegurar la eficacia de las leyes y los procedimientos empleados en otros contextos. En el artículo 96 del Estatuto del Tribunal se especifica que, en los casos de agresión sexual, no es necesaria corroboración alguna del testimonio de la víctima y que sus antecedentes sexuales no podrán presentarse como prueba. El artículo también hace referencia a la eventual reclamación del acusado de que la víctima había dado su consentimiento al acto, estableciendo que el consentimiento no podrá ser aceptado como argumento de la defensa si la víctima hubiera sido sometida o amenazada con violencia física o psíquica o con la detención, o si hubiera tenido temor de dicha violencia o detención. Además, con arreglo al mismo artículo, tampoco se admite el argumento del consentimiento si la víctima hubiera tenido motivos fundados para temer que, si él o ella no se hubieran sometido, otra persona podría ser sometida de ese modo, amenazada o atemorizada. Aunque la alegación de consentimiento se permita, el acusado debe convencer al tribunal de que las pruebas son pertinentes y creíbles antes de que puedan presentarse.

En muchos países, los jueces dictan penas especialmente leves para los casos de violencia sexual (204, 205). Una manera de superar esta dificultad ha sido fijar una pena mínima para las condenas por violación, a menos que existieran circunstancias atenuantes.

Tratados internacionales

Los tratados internacionales son importantes porque establecen normas para las leyes nacionales y brindan argumentos a los grupos locales en las campañas en pro de las reformas legislativas. Entre los tratados que contienen disposiciones sobre la violencia sexual y su prevención cabe mencionar:

- la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979);
- la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y el Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de menores, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (2000);
- la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000) y el Protocolo complementario para prevenir, reprimir y sancionar el tráfico de personas, especialmente de mujeres y niños (2000), y
- la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984).

Varios otros convenios internacionales establecen normas y límites que han de regir la conducta de los beligerantes, que deben incorporarse a las disposiciones de las leyes nacionales. Por ejemplo, el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998) abarca una amplia gama de delitos relacionados específicamente con el género, entre ellos la violación, la esclavitud sexual y la prostitución, el embarazo y la esterilización forzadas. También comprende ciertas formas de violencia sexual que constituyen una violación o transgresión grave de los Convenios de Ginebra de 1949, así como otras formas de violencia sexual cuya gravedad sea comparable a la de los crímenes de lesa humanidad. La inclusión de los crímenes de género en las disposiciones del estatuto es un acontecimiento importante en la historia del derecho internacional (206).

Medidas para prevenir otras formas de violencia sexual

Tráfico de personas

En general, las iniciativas para prevenir el tráfico de personas con fines sexuales han tenido por objeto:

- desarrollar programas económicos en ciertos países para las mujeres en situación de riesgo de ser víctimas del tráfico de personas;
- proporcionar información y promover la sensibilización de las mujeres en situación de riesgo potencial para que tomen conciencia del peligro del tráfico de personas.

Además, varios programas gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales están desarrollando servicios para las víctimas del tráfico de personas (207). En Chipre, el Departamento de Extranjería e Inmigración toma contacto con las mujeres que ingresan al país para trabajar en los sectores del esparcimiento y el servicio doméstico. El departamento informa a las mujeres sobre sus derechos y obligaciones y sobre las formas de protección contra el maltrato, la explotación y el proxenetismo. En la Unión Europea y los Estados Unidos, las víctimas del tráfico de personas que están dispuestas a cooperar con el sistema judicial para imputar a los traficantes pueden hacerse acreedoras de permisos temporales de residencia. En Bélgica e Italia se crearon refugios para las víctimas del tráfico de personas. En Mumbai (India), se estableció un centro contra el tráfico de personas para facilitar la detención e imputación de los agresores y dar asistencia e información a las víctimas.

Mutilación genital femenina

Para abordar las prácticas culturales que entrañan violencia sexual es preciso comprender su contexto social, cultural y económico. Khafagi ha aducido (208) que estas prácticas, entre las que cabe mencionar la mutilación genital femenina, deben entenderse desde el punto de vista de quienes las utilizan y que este entendimiento puede emplearse para diseñar intervenciones culturalmente apropiadas para prevenirlas. En el distrito de Kapchorwa (Uganda), el Programa de Salud Reproductiva, Educación y Salud de la Comunidad (REACH) ha logrado reducir las tasas de mutilación genital femenina. El programa, dirigido por la Sabiny Elders' Association, trató de obtener el apoyo de los ancianos de la comunidad con el objeto de desvincular la práctica de la mutilación genital femenina de los valores culturales que se desea salvaguardar. Estas prácticas se sustituyeron por otras que permitían conservar la tradición cultural original (209). En el recuadro 6.4 se describe otro programa que se lleva a cabo en Egipto para prevenir la mutilación genital femenina.

Matrimonio de menores

El matrimonio de menores tiene una base cultural y en muchos lugares es legal, de modo que modificar esta tradición exigirá enormes esfuerzos. El expediente de declararlo ilegal no será suficiente, por sí mismo, para evitar esta práctica. En muchos países, el registro de los nacimientos es tan irregular que puede resultar difícil determinar la edad al contraer el primer matrimonio (100). Es más fácil lograr los resultados buscados mediante estrategias dirigidas a abordar el problema de la pobreza (un factor importante en el que se basan muchos de estos matrimonios) y centradas en la educación, las consecuencias para la salud de los partos a edad temprana y los derechos de los niños.

Las violaciones durante los conflictos armados

En los últimos tiempos, el tema de la violencia sexual en los conflictos armados ha vuelto al primer plano por la acción de organizaciones como la Asociación de Viudas del Genocidio (AVEGA) y el Foro de Mujeres Africanas para la Educación (FAWE). La primera ha prestado asistencia a las viudas de guerra y a las víctimas de violación en Rwanda, y el segundo ha proporcionado atención médica y orientación a las víctimas de Sierra Leona (210).

En 1995, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados dio a conocer las normas para la prevención de la violencia sexual en las poblaciones de refugiados y la respuesta a esta (211). En ellas se incluyen disposiciones para:

- el diseño y la organización de los campamentos, a fin de reducir las posibilidades de violencia;
- la documentación de los casos;

RECUADRO 6.4

Cómo poner fin a la mutilación genital femenina: el caso de Egipto

La mutilación genital de las mujeres casadas es una práctica muy común en Egipto. En la encuesta demográfica y de salud de 1995 se encontró que era más frecuente en el grupo de edad de 9 a 13 años. Cerca de la mitad de quienes realizaban las circuncisiones femeninas eran médicos, y 32% eran parteras o enfermeras. Las investigaciones sociológicas permitieron determinar que los principales argumentos utilizados para justificar esta práctica eran mantener las tradiciones, reducir el deseo sexual de las mujeres, lograr que fueran "castas y puras" y, por sobre todas las cosas, que fueran aptas para contraer matrimonio.

El proceso de sensibilización de la opinión pública surgido a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, fue en gran parte responsable del desarrollo de un movimiento contra la mutilación genital femenina, que abarcó una amplia gama de sectores.

En cuanto a la respuesta de las autoridades sanitarias y de los profesionales de la salud, cabe señalar una declaración conjunta formulada por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Egipto y la Sociedad Egipcia de Atención de la Fecundidad en 1998, en la que se afirmaba que la mutilación genital femenina era inútil y perjudicial y suponía una falta de ética para los médicos. El Ministro de Salud y Población de Egipto también promulgó un decreto que prohibía la mutilación genital femenina.

Los líderes religiosos del mundo musulmán también manifestaron su oposición. El Gran Mufti emitió una declaración donde señalaba que en el Corán no se hacía mención alguna a la circuncisión femenina y que no se habían comprobado categóricamente los dichos (*hadith*) atribuidos al profeta Mahoma sobre el tema. Por otra parte, en 1998 la Conferencia sobre Población y Salud Reproductiva en el Mundo Islámico aprobó una recomendación que exhortaba a los países islámicos a adoptar medidas para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres, recordando además que, según la ley islámica (*sharia*), no era obligatorio circuncidar a las niñas.

Varias organizaciones no gubernamentales egipcias se han movilizado con respecto a este tema, difundiendo información sobre la mutilación genital femenina e incluyéndola en los programas de desarrollo comunitario y de conocimientos sanitarios, entre otros. Se creó un grupo de trabajo integrado por unas 60 organizaciones no gubernamentales para luchar contra esta práctica.

En la actualidad, varias organizaciones no gubernamentales, que muchas veces trabajan en forma conjunta con líderes comunitarios de varones, están haciendo participar activamente a los hombres para que aprendan sobre los riesgos de la mutilación genital femenina. Como parte de estas actividades, se alienta a los hombres jóvenes a declarar que están dispuestos a casarse con mujeres no circuncisas.

En el alto Egipto existe un programa destinado a varios grupos sociales, entre ellos los líderes comunitarios y religiosos y los profesionales, que consiste en capacitarlos para que realicen campañas contra la mutilación genital femenina. También se ofrece orientación a las familias que están considerando la posibilidad de no circuncidar a sus hijas y se organizan debates con trabajadores de la salud para convencerlas de que no realicen la práctica.

– la educación y la capacitación del personal para que pueda identificar y prevenir la violencia sexual y responder a ella;

– la atención médica y otros servicios de apoyo, entre ellos los procedimientos necesarios para evitar traumas aun mayores a las víctimas.

Las normas también hacen referencia a las campañas de sensibilización de la opinión pública, las actividades educativas y la creación de grupos de mujeres que denuncien los actos de violencia y respondan a ella.

Tomando como base el trabajo realizado en Guinea (212) y la República Unida de Tanzanía (96), el Comité Internacional de Rescate ha elaborado un programa para luchar contra la violencia sexual en las comunidades de refugiados. Este incluye el empleo de métodos participativos para evaluar la prevalencia de la violencia sexual y de género en las poblaciones de refugiados; la capacitación y redistribución de trabajadores comunitarios con el objeto de identificar los casos y poner en marcha sistemas apropiados de prevención, y una serie de medidas para que los líderes comunitarios y otros funcionarios puedan procesar a los agresores. El programa se ha utilizado en muchos lugares para luchar contra la violencia sexual y de género, como por ejemplo en Bosnia y Herzegovina, la República Democrática del Congo, Timor Oriental, Kenya, Sierra Leona y la Antigua República Yugoslava de Macedonia.

Recomendaciones

En general, la violencia sexual ha sido un tema poco explorado en las investigaciones en buena parte del mundo. Sin embargo, la información indica que es un problema de salud pública de gran magnitud. Es preciso hacer mucho más, tanto para comprender el fenómeno como para prevenirlo.

Necesidad de ampliar las investigaciones

La falta de una definición aceptada de violencia sexual y la escasez de datos sobre las características y el alcance del problema en todo el mundo han contribuido a que este no figure en la agenda de los responsables políticos y los donantes. Hace falta ampliar significativamente las investigaciones sobre casi todos los aspectos de la violencia sexual, como son:

- la incidencia y prevalencia de la violencia sexual en una variedad de ámbitos, empleando un procedimiento de investigación normalizado para medir la coacción sexual;
- los factores de riesgo de la violencia sexual, tanto para la víctima como para el agresor;
- las consecuencias sanitarias y sociales de las distintas formas de violencia sexual;
- los factores que influyen en la recuperación de la salud tras una agresión sexual;
- los contextos sociales de las distintas formas de violencia sexual, entre ellas la trata de blancas, y las relaciones entre la violencia sexual y otras formas de violencia.

Cómo desarrollar respuestas eficaces

También deben estudiarse las intervenciones para comprender mejor qué medidas son eficaces en distintos contextos para prevenir la violencia sexual y para tratar a las víctimas y prestarles asistencia. Debe darse prioridad a lo siguiente:

- Documentar y evaluar los servicios y las intervenciones de a poyo a los sobrevivientes o el trabajo con los perpetradores de la violencia sexual.
- Determinar las respuestas más apropiadas del sector de la salud a la violencia sexual, tales como la función de la profilaxis con antirretrovíricos para la prevención de la infección por el VIH después de la violación, recomendando distintos conjuntos de servicios básicos para los diversos ámbitos, según el nivel de recursos disponibles.
- Determinar lo que constituye un apoyo psicológico apropiado para distintos ámbitos y circunstancias.
- Evaluar los programas orientados a prevenir la violencia sexual, con inclusión de las intervenciones comunitarias (en particular, las dirigidas al sexo masculino), y los programas escolares.
- Estudiar el efecto de las reformas jurídicas y las penas.

Necesidad de prestar mayor atención a la prevención primaria

Muchas veces se deja de lado la prevención primaria de la violencia sexual en favor de la prestación de servicios a los sobrevivientes. Por consiguiente, los responsables políticos, los investigadores, los

donantes y las organizaciones no gubernamentales deben prestar mucha mayor atención a esta área tan importante.

Debe darse prioridad a lo siguiente:

- la prevención primaria de todas las formas de violencia sexual, mediante programas dirigidos a los ámbitos comunitarios, escolares y de refugiados;
- el apoyo a los enfoques dirigidos a modificar las actitudes y las conductas, que tengan en cuenta los aspectos culturales y participativos;
- el respaldo a los programas que aborden el tema de la prevención de la violencia sexual en el contexto más amplio de la promoción de la igualdad de género;
- los programas que aborden algunas de las causas socioeconómicas que subyacen a la violencia, como la pobreza y la falta de instrucción, por ejemplo, proporcionando oportunidades de trabajo a los jóvenes;
- los programas para mejorar la crianza de niños, reducir la vulnerabilidad de las mujeres y promover ideas de masculinidad más equitativas en relación con el género.

Cómo abordar el problema del abuso sexual en el sector de la salud

La violencia sexual contra los pacientes se ejerce en muchos ámbitos del sector de la salud, pero generalmente no se reconoce que este sea un problema. Es preciso adoptar diversas medidas para superar esta negación y enfrentar el problema. Entre ellas cabe mencionar las siguientes (83, 85):

- incorporar los temas de género y violencia sexual, tales como las consideraciones éticas relativas a la profesión médica, a los programas de estudios básicos y de posgrado de médicos, personal de enfermería y otros trabajadores de la salud;
- tratar por todos los medios de identificar e investigar los casos posibles de abuso de pacientes en las instituciones de salud;
- recurrir a las organismos internacionales de médicos y enfermeras y a las organizaciones no gubernamentales (incluidas las organizaciones de mujeres) para realizar un seguimiento de los casos de abuso y compilar las pruebas pertinentes, y realizar campañas para que los gobiernos y los servicios de salud adopten las medidas pertinentes;
- establecer códigos de prácticas y procedimientos de denuncias adecuados, así como medidas disciplinarias estrictas para los trabajadores de la salud que sometan a abusos a los pacientes en los centros de asistencia sanitaria.

Conclusiones

La violencia sexual es un problema de salud pública frecuente y grave, que todos los años afecta a millones de personas en todo el mundo. Los factores desencadenantes son muy diversos y dependen del contexto social, cultural y económico. Las causas fundamentales de la violencia sexual contra las mujeres son las desigualdades de género.

Numerosos países carecen de datos sobre la mayoría de los aspectos de la violencia sexual y en todos lados es preciso realizar investigaciones sobre la totalidad de estos aspectos. Igual importancia revisten las intervenciones, que pueden ser de diversos tipos, pero las más importantes guardan relación con la prevención primaria de la violencia sexual, dirigida tanto a las mujeres como a los hombres; las intervenciones de asistencia a las víctimas de agresiones sexuales; la adopción de medidas que hagan más probable la detención y la sanción de los agresores; y las estrategias para cambiar las normas sociales y mejorar la situación jurídica de las mujeres. Es fundamental elaborar intervenciones para los ámbitos de escasos recursos y evaluar rigurosamente los programas, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo.

Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel importante en el apoyo a las víctimas de agresiones sexuales, tanto en sus aspectos médicos como psicológicos, así como en la reunión de las pruebas necesarias para los juicios. El sector de la salud es considerablemente más eficaz en los países donde existen protocolos y normas para manejar los casos y reunir las pruebas, donde el personal está bien adiestrado y donde la colaboración con el sistema judicial es adecuada. En última instancia,

para poner fin a la violencia sexual se requiere un compromiso y una participación enérgicos de los gobiernos y la sociedad civil y una respuesta coordinada de una variedad de sectores.

Referencias

1. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in central Java*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
2. Ellsberg MC. *Candies in hell: domestic violence against women in Nicaragua*. Umeå, Umeå University, 1997.
3. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. Londres, Middlesex University, 1993.
4. Jewkes R et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 2001, 5:733–744.
5. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571–582.
6. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523–527.
7. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320–324.
8. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563–576.
9. Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28:417–425.
10. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
11. Coker AL et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:451–457.
12. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115–120.
13. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women less than 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:903–907.
14. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
15. Collett BJ et al. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:87–92.
16. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1992, 24:4–11.
17. Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:575–582.
18. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 2001, 31:1237–1247.
19. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case–control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198–201.
20. Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1997, 71:59–65.
21. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1365–1374.
23. Levitan RD et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship of neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:1746–1752.
24. Acierno R et al. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:541–563.
25. Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 1999, 11:3–20.
26. Mercy JA et al. Intentional injuries. En: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. El Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65-84.
27. Mollica RF, Son L. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12:363–379.

28. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).
29. Swiss S et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:625–629.
30. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 1995.
31. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 20 de enero de 2001 (sueltos de prensa).
32. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. Nueva York, NY, Human Rights Watch, 2000.
33. *The economics of sex*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1998 (World of Work, No. 26).
34. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (en prensa).
35. *The international crime victim survey in countries in transition: national reports*. Roma, Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia, 1998.
36. *Victims of crime in the developing world*. Roma, Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia, 1998.
37. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, D.C., National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
38. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic. *Archives of Sexual Behavior*, 1999, 28:265–269.
39. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
40. Granados Shiroma M**.** *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Colegio de México, 1996.
41. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1967–1972.
42. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
43. Gillioz L, DePuy J, Ducret V. *Domination et violences envers la femme dans le couple*. Lausana, Payot-Editions, 1997.
44. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
45. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6–31.
46. Morrison A et al. *The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
47. Painter K, Farrington DP. Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and non-marital rape. *International Review of Victimology*, 1998, 5:257–276.
48. *Puerto Rico: encuesta de salud reproductiva 1995–1996*. San Juan, Universidad de Puerto Rico y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1998.
49. Risberg G, Lundgren E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women: a population-based study in a primary healthcare district. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:247–253.
50. Heiskanen M, Piispa M. *Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland*. Helsinki, Statistics Finland, 1998.
51. Haj Yahia MM. *The incidence of wife abuse and battering and some demographic correlates revealed in two national surveys in Palestinian society*. Ramallah, Besir Centre for Research and Development, 1998.
52. Ilkkaracan P et al. Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:66–75.
53. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
54. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26:118–123.
55. *Estudo CAP nas escolas: conhecimento, attitudas, practicas e comportamento em saude sexual e reproductiva em uma era de SIDA*. Maputo, Geração Biz y Ministerio de la Juventud y el Deporte, 1999.
56. Caceres CF, Vanoss M, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:361–367.
57. Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30:12–18.

58. Dickson N et al. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal*, 1998, 316:29–33.
59. *Adolescents*. (Orientación de programa acerca de los resultados de la investigación operativa y la asistencia técnica, Proyecto África II.) Nairobi, Consejo de Población, 1998.
60. Halcón L, Beuhring T, Blum R. *A portrait of adolescent health in the Caribbean, 2000*. Minneápolis, MN, Universidad de Minnesota y Organización Panamericana de la Salud, 2000.
61. Swart L et al. Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996–1998: evaluation and prevention implications. *South African Journal of Psychology*, 2000, 30:1-10.
62. Greenfeld LA. *Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault*. Washington, D.C., United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
63. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, D.C., Center for the Study of Intelligence, 1999.
64. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia*. Londres, Virago Press, 2001.
65. Benninger-Budel C et al. *Violence against women: a report*. Ginebra, Organización Mundial contra la Tortura, 1999.
66. Migration Information Programme. *Trafficking in women to Italy for sexual exploitation*. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 1996.
67. Barnard M. Violence and vulnerability: conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness*, 1993, 15:683–705.
68. Church S et al. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 2001, 322:524–525.
69. Jenkins C. Street sex workers in Dhaka: their clients and enemies. En: *The Proceedings of the International Conference on Violence Against Women and Children, Dhaka, Bangladesh, June 1998*. Dhaka, 1998.
70. Ayalew T, Berhane Y. Child prostitution: magnitude and related problems. *Ethiopian Medical Journal*, 2000, 38:153–163.
71. Perlez J. For the oppressed sex: brave words to live by. *New York Times*, 6 June 1990.
72. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
73. Nhundu TJ, Shumba A. The nature and frequency of reported cases of teacher perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1517–1534.
74. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú*. Lima, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer y el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, 1998.
75. McPhedran M. Sexual abuse in the health professions: who's counting? *World Health Statistics Quarterly*, 1996, 49:154–157.
76. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
77. Thomasson GO. Educating physicians to prevent sex-related contact with patients. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:419–420.
78. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433–1439.
79. Fary T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients: almost always harmful. *British Medical Journal*, 1992, 304:1519–1520.
80. Fayad M. *Female genital mutilation (female circumcision)*. El Cairo, Star Press, 2000.
81. *Human rights are women's rights*. Londres, Amnistía Internacional, 1999.
82. Frank MW et al. Virginity examinations in Turkey: role for forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:485–490.
83. D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 2002, 359:1681-1685.
84. Sargent C, Rawlins J. Transformations in maternity services in Jamaica. *Social Science and Medicine*, 1992, 35:1225–1232.
85. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine*, 1998, 47:1781–1795.
86. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:767–780.
87. Jaffre Y, Prual AM. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science and Medicine*, 1994, 38:1069–1073.
88. Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50:130–131.
89. Kisa A, Dziegielewski SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Services Management Research*, 1996, 9:243–253.

90. Chelala C. Algerian abortion controversy highlights rape of war victims. *Lancet*, 1998, 351:1413.
91. Asia Watch. *Rape in Kashmir: a crime of war*. Nueva York, NY, Human Rights Watch, 1993.
92. Xiau W. Silent consent: Indonesian abuse of women. *Harvard International Review*, 1999, 21:16–17.
93. Swiss S, Giller JE. Rape as a crime of war: a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:612–615.
94. Pacific Women Against Violence. Violence against East Timor women. *Pacific Women's Network Against Violence Against Women*, 2000, 5:1–3.
95. Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
96. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania*. Kibondo, International Rescue Committee, 1997.
97. George A. *Sexual behavior and sexual negotiation among poor women and men in Mumbai: an exploratory study*. Baroda, Sahaj Society for Health Alternatives, 1997.
98. Sharma V, Sujay R, Sharma A. Can married women say no to sex? Repercussions of the denial of the sexual act. *Journal of Family Welfare*, 1998, 44:1–8.
99. *Early marriage: whose right to choose?* Londres, Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, 2000.
100. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
101. Kumari R, Singh R, Dubey A. *Growing up in rural India: problems and needs of adolescent girls*. Nueva Delhi, Radiant Publishers, 1990.
102. Ahmed EM. *Violence against women: the legal system and institutional responses*. Lahore, AGHS Legal Aid Cell, 1998.
103. Indicators on marriage and marital status. En: *1997 Demographic yearbook*, 49th ed. Nueva York, NY, División de Estadísticas de las Naciones Unidas, 1999.
104. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1994 (Discussion Paper No. 255).
105. Crowell NA, Burgess AW, eds. *Understanding violence against women*. Washington, D.C., National Academy Press, 1996.
106. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:242–250.
107. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:789–803.
108. Fleming J et al. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:145–159.
109. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
110. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
111. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine* (en prensa).
112. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 2002, 359:1423-1429.
113. Omorodion FI, Olusanya O. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2:37–43.
114. Faune MA. Centroamérica: los costos de la guerra y la paz. *Perspectivas*, 1997, 8:14–15.
115. International Clinical Epidemiologists Network. *Domestic violence in India: a summary report of a multi-site household survey*. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 2000.
116. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. Nueva York, NY, Consejo de Población, 1995.
117. *Violence against women: a priority health issue*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento WHO/FRH/WHD/97.8).
118. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. En: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence. Vol. 3. Social influences*. Washington, D.C., National Academy Press, 1993:377–570.
119. Grisso JA et al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341:1899–1905.
120. Abby A, Ross LT, McDuffie D. Alcohol's role in sexual assault. En: Watson RR, ed. *Drug and alcohol reviews. Vol. 5. Addictive behaviors in women*. Totowa, NJ, Humana Press, 1995.
121. McDonald M, ed. *Gender, drink and drugs*. Oxford, Berg Publishers, 1994.
122. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57–77.
123. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449–455.
124. Malamuth NM, Addison T, Koss MP. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and how can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11:26–91.

125. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528:113–146.
126. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117–130.
127. Malamuth NM et al. The characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59:670–681.
128. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55:584–589.
129. Bourgois P. *In search of respect: selling crack in El Barrio*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
130. Petty GM, Dawson B. Sexual aggression in normal men: incidence, beliefs and personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 1989, 10:355–362.
131. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
132. Gwartney-Gibbs PA, Stockard J, Bohmer S. Learning courtship aggression: the influence of parents, peers and personal experiences. *Family Relations*, 1983, 35:276–282.
133. Jenkins C. Sexual behaviour in Papua New Guinea. En: *Report of the Third Annual Meeting of the International Network on Violence Against Women, January 1998*. Washington, D.C., International Network on Violence Against Women, 1998.
134. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33:197–248.
135. Dobash E, Dobash R. *Women, violence and social change*, Londres, Routledge, 1992.
136. Wood K, Maepa J, Jewkes R. *Adolescent sex and contraceptive experiences: perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province*. Pretoria, Medical Research Council, 1997 (Technical Report).
137. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114:357–359.
138. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412–427.
139. Wood K, Jewkes R. "Dangerous" love: reflections on violence among Xhosa township youth. En: Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
140. Silberschmidt M. Disempowerment of men in rural and urban East Africa: implications for male identity and sexual behavior. *World Development*, 2001, 29:657–671.
141. Madge C. Public parks and the geography of fear. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 1997, 88:237–250.
142. Pain RH. Social geographies of women's fear of crime. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 1997, 22:231– 244.
143. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499–514.
144. Ariffin RE. *Shame, secrecy and silence: study of rape in Penang*. Penang, Women's Crisis Centre, 1997.
145. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne, University of Melbourne, 2000.
146. Sen P. *Ending the presumption of consent: non-consensual sex in marriage*. Londres, Centre for Health and Gender Equity, 1999.
147. Buckley T, Gottlieb A. *Blood magic: the anthropology of menstruation*. Berkeley, CA, University of California, 1998.
148. Sanday P. The socio-cultural context of rape: a cross-cultural study. *Journal of Social Issues*, 1981, 37:5–27.
149. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
150. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
151. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. En: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud*. San Salvador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1998:151–187.
152. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359: 1232–1237.
153. Antrobus P. Reversing the impact of structural adjustment on women's health. En: Antrobus P et al., eds. *We speak for ourselves: population and development*. Washington, D.C., Panos Institute, 1994:6–8.
154. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Medical Journal*, 1998, 36:167–174.
155. *Evaluación de proyecto para educación, capacitación y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual, enero a diciembre 1990*. México, D.F., Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, 1990.
156. *Carpeta de información básica para la atención solidaria y feminista a mujeres violadas*. México, D.F., Centro do Apoyo a Mujeres Violadas, 1985.

157. Roosa MW et al. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:119–130.
158. Stock JL et al. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 1997, 29:200–227.
159. Jenny C et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine*, 1990, 322:713–716.
160. Wingood G, DiClemente R, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:270–275.
161. Anteghini M et al. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:295–302.
162. Mullen PE et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1988, i:841–845.
163. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823–832.
164. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62:333–340.
165. Foa EB et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:194–200.
166. Tarrier N et al. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder: twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:571–575.
167. Kilpatrick DG, Edmonds CN, Seymour AK. *Rape in America: a report to the nation*. Arlington, VA, National Victim Center, 1992.
168. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:550–555.
169. Luster T, Small SA. Sexual abuse history and problems in adolescence: exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:131–142.
170. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362–1368.
171. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 1994, 93:570–575.
172. Romans SE et al. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:1336–1342.
173. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3–9.
174. Statham DJ et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 1998, 28:839–855.
175. Heise L. Violence against women: the missing agenda. En: Koblinsky M, Timyan J, Gay J, eds. *The health of women: a global perspective*. Boulder, CO, Westview Press, 1993.
176. Ahmad K. Public protests after rape in Pakistani hospital. *Lancet*, 1999, 354:659.
177. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63:948–955.
178. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (Suppl. 17):29–34.
179. Meyer CB, Taylor SE. Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50:1226–1234.
180. Christofides N. *Evaluation of Soul City in partnership with the National Network on Violence Against Women (NNVAW): some initial findings*. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 2000.
181. Kelly L, Radford J. Sexual violence against women and girls: an approach to an international overview. En: Dobash E, Dobash R, eds. *Rethinking violence against women*. Londres, Sage, 1998.
182. Kaufman M. Building a movement of men working to end violence against women. *Development*, 2001, 44:9–14.
183. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford, Strategies for Hope, 1995.
184. *Men as partners*. Nueva York, NY, AVSC International, 1998.
185. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, D.C., Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
186. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 1991, 7:363–373.
187. Du Mont J, Parnis D. Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 2000, 19:779–792.
188. McGregor MJ et al. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury as-

sociated with the laying of charges? *Journal of the Canadian Medical Association*, 1999, 160:1565–1569.
189. Chaudhry S et al. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, 1995, 72:200–202.
190. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 1999, 10:283–289.
191. Parnis D, Du Mont J. An exploratory study of post-sexual assault professional practices: examining the standardised application of rape kits. *Health Care for Women International* (en prensa).
192. Resnick H et al. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:359–370.
193. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Social Development Research Center and De La Salle University, 1996.
194. *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (documento WHO/FCH/GWH/01.08).
195. Case–control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood: France, United Kingdom, and United States, January 1988 to August 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995, 44:929–933.
196. Ippolito G et al. The risk of occupational HIV in health care workers. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1451–1458.
197. Wiebe ER et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:641–645.
198. Du Mont J, MacDonald S, Badgley R. *An overview of the sexual assault care and treatment centres of Ontario*. Toronto, The Ontario Network of Sexual Assault Care and Treatment Centres, 1997.
199. Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive Health Matters*, 1996, 7:46–54.
200. *Safe and secure: eliminating violence against women and girls in Muslim societies*. Montreal, Sisterhood Is Global Institute, 1998.
201. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. Nueva York, NY, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 2000.
202. Flood M. Men's collective anti-violence activism and the struggle for gender justice. *Development*, 2001, 44:42–47.
203. Du Mont J, Myhr TL. So few convictions: the role of client-related characteristics in the legal processing of sexual assaults. *Violence Against Women*, 2000, 6:1109–1136.
204. *Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and Platform for Action*. Nueva York, NY, Mujer, Paz y Desarrollo, Naciones Unidas, 2000. (Documento de resultados, período especial de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Mujeres 2000: Beijing plus Cinco.)
205. *Reproductive rights 2000: moving forward*. Nueva York, NY, Center for Reproductive Law and Policy, 2000.
206. Bedont B, Martinez KH. Ending impunity for gender crimes under the International Criminal Court. *The Brown Journal of World Affairs*, 1999, 6:65–85.
207. Coomaraswamy R. *Integration of the human rights of women and the gender perspective. Violence against women*. Nueva York, NY, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, 2000. (Informe del Relator Especial sobre la violencia contra la mujer.)
208. Khafagi F. Breaking cultural and social taboos: the fight against female genital mutilation in Egypt. *Development*, 2001, 44:74–78.
209. *Los efectos en la salud reproductiva de la violencia por motivos de género*. Nueva York, NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998 (se puede consultar por Internet en: http://www.unfpa.org/about/report/report98/ppgenderbased.htm). (Informe anual 1998: prioridades de los programas.)
210. *Sierra Leone: rape and other forms of sexual violence against girls and women*. Londres, Amnistía Internacional, 2000.
211. *Sexual violence against refugees: guidelines on prevention and response*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 1995.
212. *Sexual and gender-based violence programme in Guinea*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2001.

CAPÍTULO 7

La violencia autoinfligida

Antecedentes

En el año 2000, unas 815 000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo (véase el Anexo estadístico). Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad (1).

Las muertes por suicidio son solo una parte de este problema muy grave. Además de los que mueren, muchas personas más sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida o causarse un daño, a menudo suficientemente grave para requerir atención médica (2). Por otro lado, cada persona que se suicida deja detrás de sí a muchas otras —familiares y amigos— cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico. Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones autoinfligidas suman miles de millones de dólares estadounidenses al año (3).

¿Cómo se define el suicidio?

El comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde solo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto ("suicidio consumado").

El término "suicidio" en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra "suicidio" en su obra *Religio medici* (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona (4).

Una definición muy conocida de suicidio es la que aparece en la edición de 1973 de la *Encyclopaedia Britannica*, citada por Shneidman: "el acto humano de causar la cesación de la propia vida" (5). Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave. No obstante, a menudo es sumamente difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus intenciones con claridad antes de su muerte o hayan dejado una nota de suicidio. No todos los que sobreviven a un acto suicida se habían propuesto vivir ni todas las muertes por suicidio han sido planificadas. Por lo tanto, puede ser problemático establecer una correlación entre la intención y el resultado. En muchos sistemas jurídicos, se certifica como suicidio una muerte cuando las circunstancias son compatibles con un suicidio y pueden descartarse el asesinato, la muerte accidental y las causas naturales.

Ha habido muchas discrepancias acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida. Recientemente, se ha propuesto el término "comportamiento suicida mortal", basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, "comportamiento suicida no mortal" para las acciones suicidas que no provocan la muerte (6).Tales actos también a menudo se llaman "intentos de suicidio" (un término común en los Estados Unidos), "parasuicidio" y "daño autoinfligido deliberado" (términos que son comunes en Europa).

El término "ideación suicida" se usa a menudo en la bibliografía técnica y se refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración. En la bibliografía, el término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño (7, 8). Si bien estos sentimientos —o ideaciones— diferentes expresan distintos grados de gravedad, no existe necesariamente una continuidad entre ellos. Además, la intención de morir no es un criterio necesario para el comportamiento suicida no mortal.

Otra forma frecuente de violencia dirigida contra uno mismo es la automutilación, que consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente. Favazza (9) ha propuesto tres categorías principales:

- La automutilación grave, que incluye cegarse y la amputación por la propia víctima de dedos, manos, brazos, pies o genitales.

- La automutilación estereotípica, como por ejemplo golpearse la cabeza contra la pared, morderse, golpearse las manos o los brazos, apretarse los ojos o la garganta y arrancarse los cabellos.
- La automutilación superficial o moderada, como cortarse, arañarse o quemarse la piel, clavarse agujas o tirarse compulsivamente del pelo.

La automutilación incluye factores muy diferentes del comportamiento suicida sobre los cuales no se entrará aquí en detalle. Para un análisis extenso de la automutilación, véase el trabajo de Favazza (9).

La magnitud del problema

Comportamiento suicida mortal

Las tasas de suicidio nacionales varían considerablemente (cuadro 7.1). Entre los países que informan acerca del suicidio a la Organización Mundial de la Salud, las tasas más altas se observan en Europa oriental (por ejemplo, Belarús, 41,5 por 100 000; Estonia, 37,9 por 100 000; en Federación de Rusia, 43,1 por 100 000, y Lituania, 51,6 por 100 000). También se han comunicado tasas altas de suicidio en Sri Lanka (37 por 100 000 en 1996), según los datos proporcionados por la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (10). Se encuentran tasas bajas principalmente en América Latina (en particular en Colombia, 4,5 por 100 000, y Paraguay, 4,2 por 100 000) y en algunos países de Asia (por ejemplo, Filipinas, 2,1 por 100 000, y Tailandia, 5,6 por

CUADRO 7.1

Tasas de suicidio ajustadas según la edad, por país y en el año más reciente disponible[a]

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa de suicidio por 100 000 habitantes			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre las tasas de los varones y las mujeres
Albania	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0
Alemania	1999	11 160	14,3	22,5	6,9	3,3
Argentina	1996	2 245	8,7	14,2	3,9	3,6
Armenia	1999	67	2,3	3,6	—[b]	—[b]
Australia	1998	2 633	17,9	28,9	7,0	4,1
Austria	1999	1 555	20,9	32,7	10,2	3,2
Azerbaiyán	1999	54	1,1	1,7	—[b]	—[b]
Belarús	1999	3 408	41,5	76,5	11,3	6,7
Bélgica	1995	2 155	24,0	36,3	12,7	2,9
Bosnia y Herzegovina	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1
Brasil	1995	6 584	6,3	10,3	2,5	4,1
Bulgaria	1999	1 307	16,4	26,2	7,7	3,4
Canadá	1997	3 681	15,0	24,1	6,1	3,9
Chile	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1
China						
RAE de Hong Kong	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
Ciertas zonas rurales y urbanas	1999	16 836	18,3	18,0	18,8	1,0
Colombia	1995	1 172	4,5	7,4	1,8	4,1
Costa Rica	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7
Croacia	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Cuba	1997	2 029	23,0	32,1	14,2	2,3
Dinamarca	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Ecuador	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5
El Salvador	1993	429	11,2	16,3	6,8	2,4
Eslovaquia	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Eslovenia	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
España	1998	3 261	8,7	14,2	3,8	3,8
Estados Unidos	1998	30 575	13,9	23,2	5,3	4,4
Estonia	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Federación de Rusia	1998	51 770	43,1	77,8	12,6	6,2
Filipinas	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6
Finlandia	1998	1 228	28,4	45,8	11,7	3,9
Francia	1998	10 534	20,0	31,3	9,9	3,2
Georgia	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4
Grecia	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7
Hungría	1999	3 328	36,1	61,5	14,4	4,3
Irlanda	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Israel	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Italia	1997	4 694	8,4	13,4	3,8	3,5
Japón	1997	23 502	19,5	28,0	11,5	2,4
Kazajstán	1999	4 004	37,4	67,3	11,6	5,8
Kuwait	1999	47	2,0	2,2	—[b]	—[b]
Kirguistán	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1
Letonia	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Lituania	1999	1 552	51,6	93,0	15,0	6,2
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	155	10,0	15,2	5,2	2,9
Mauricio	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
México	1997	3 369	5,1	9,1	1,4	6,3
Nicaragua	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Noruega	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7

CUADRO 7.1 (*continuación*)

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa de suicidio por 100 000 habitantes			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre las tasas de los varones y las mujeres
Nueva Zelandia	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Países Bajos	1999	1 517	11,0	15,2	7,1	2,1
Panamá (excluida la Zona del Canal)	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Paraguay	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Polonia	1995	5 499	17,9	31,0	5,6	5,5
Portugal	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
Puerto Rico	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Reino Unido	1999	4 448	9,2	14,6	3,9	3,8
Escocia	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0
Inglaterra y Gales	1999	3 690	8,5	13,4	3,6	3,7
Irlanda del Norte	1999	121	9,9	17,0	—[b]	—[b]
República Checa	1999	1 610	17,5	30,1	6,3	4,8
República de Corea	1997	6 024	17,1	25,3	10,1	2,5
República de Moldova	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Rumania	1999	2 736	14,3	24,6	4,8	5,1
Singapur	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Suecia	1996	1 253	15,9	22,9	9,2	2,5
Suiza	1996	1 431	22,5	33,7	12,3	2,7
Tayikistán	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Tailandia	1994	2 333	5,6	8,0	3,3	2,4
Trinidad y Tabago	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8
Turkmenistán	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Ucrania	1999	14 452	33,8	61,8	10,1	6,1
Uruguay	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Uzbekistán	1998	1 620	10,6	17,2	4,4	3,9
Venezuela	1994	1 089	8,1	13,7	2,7	5,0

RAE: Región Administrativa Especial.

[a] Año más reciente disponible entre 1990 y 2000 para los países con ≥ 1 millón de habitantes.

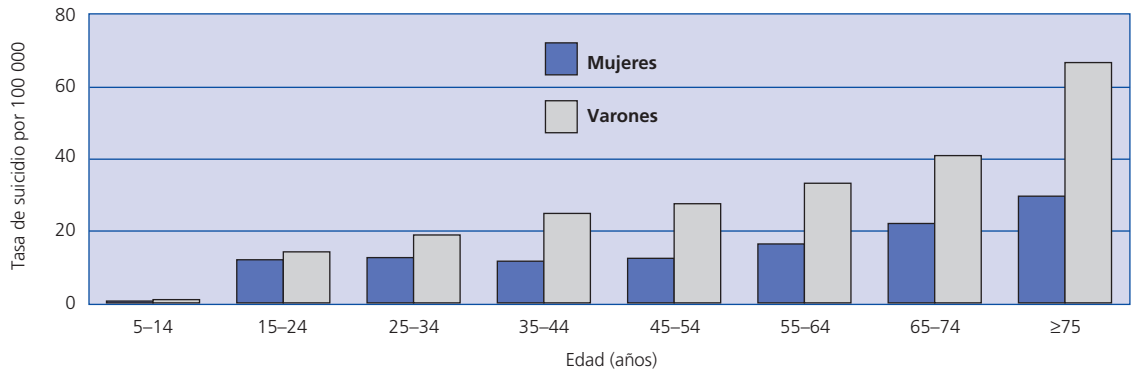
[b] Se informaron menos de 20 defunciones; no se calcularon la tasa ni la razón de tasa.

100 000). En otros países de Europa, en Canadá y Estados Unidos, y en partes de Asia y el Pacífico las tasas tienden a ubicarse entre estos extremos (por ejemplo, Alemania, con una tasa de 14,3 por 100 000; Australia, 17,9 por 100 000; Bélgica, 24,0 por 100 000; Canadá, 15,0 por 100 000; Estados Unidos, 13,9 por 100 000; Finlandia, 28,4 por 100 000; Francia, 20,0 por 100 000; Japón, 19,5 por 100 000; y Suiza, 22,5 por 100 000). Lamentablemente, se cuenta con poca información sobre el suicidio en los países de África (11).

Dos países, Finlandia y Suecia, tienen datos sobre las tasas de suicidio que se remontan al siglo XVIII y en ambos dichas tasas muestran una tendencia ascendente con el transcurso del tiempo (12). Durante el siglo XX, Escocia, España, Finlandia, Irlanda, Noruega, los Países Bajos y Suecia experimentaron un aumento significativo de suicidios, mientras que Inglaterra y Gales (datos combinados), Italia, Nueva Zelandia y Suiza presentaron una disminución considerable. No hubo ningún cambio significativo en Australia (12). Durante el período comprendido entre 1960 y 1990, al menos 28 países o territorios tuvieron tasas ascendentes de suicidio, por ejemplo Bulgaria, China (Provincia de Taiwán), Costa Rica, Mauricio y Singapur, mientras que ocho mostraron tasas decrecientes, entre ellos Australia e Inglaterra y Gales (datos combinados) (12).

Las tasas de suicidio no tienen una distribución igual en la población general. Un marcador demográfico importante del riesgo de suicidio es la edad. A nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad, aunque algunos países como el Canadá también han exhibido recientemente un punto máximo secundario entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. La figura 7.1 muestra las tasas mundiales por edad y por sexo registradas en 1995, que variaron entre 0,9 por 100 000 en el grupo de 5 a 14 años de edad y 66,9 por 100 000 en las personas de 75 o más años de edad. En general, las tasas de suicidio en las personas de 75 o más años de edad equivalen a aproximadamente el triple de las tasas correspondientes a los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Esta tendencia se observa en ambos sexos, pero es más marcada en los hombres. En las mujeres, las tasas de suicidio presentan características diferentes; en algunos casos, aumentan en forma sostenida con la edad, en otros llegan al valor máximo en la edad madura y en otros más —en particular en los países en desarrollo y entre grupos minoritarios— alcanzan el punto máximo en las adultas jóvenes (13).

FIGURA 7.1
Tasas mundiales de suicidio por edad y por sexo, 1995



Si bien las tasas de suicidio son en general más elevadas en las personas mayores, el número absoluto de casos registrados entre quienes tienen menos de 45 años de edad es en realidad más alto que en las personas de más de 45 años, dadas las distribuciones demográficas (cuadro 7.2). Este es un cambio notable observado desde hace apenas 50 años, cuando el número absoluto de casos de suicidio aumentaba aproximadamente con la edad. El cambio no se explica en términos del envejecimiento general de la población mundial; en realidad, contradice esta tendencia demográfica. Hoy en día, en aproximadamente un tercio de los países, las tasas de suicidio son ya superiores entre las personas de menos de 45 años de edad que entre quienes superan los 45 años, un fenómeno que parece existir en todos los continentes y no se correlaciona con los niveles de industrialización o riqueza. Como ejemplos de países y zonas en los que las tasas actuales de suicidio (así como el número absoluto de casos) son más altas en las personas por debajo de los 45 años de edad que en quienes sobrepasan los 45 años podemos mencionar a Australia, Bahrein, Canadá, Colombia, Ecuador, Guyana, Kuwait, Mauricio, Nueva Zelandia, el Reino Unido y Sri Lanka. Las tasas de suicidio juvenil son particularmente altas en varias islas del Pacífico, como Fiji (entre las etnias indígenas) y Samoa, tanto en los hombres como en las mujeres (14).

El sexo, la cultura, la raza y el grupo étnico son también factores importantes en la epidemiología del suicidio. Las tasas de suicidio de los hombres son superiores a las observadas en las mujeres. La razón entre la tasa de suicidio de los hombres y la de las mujeres varía de 1,0:1 a 10,4:1 (cuadro 7.1). En esta razón parece influir en parte el contexto cultural. La razón es relativamente baja en zonas de Asia (por ejemplo, 1,0:1 en China, 1,6:1 en Filipinas, 1,5:1 en Singapur), alta en varios países de la antigua Unión Soviética (6,7:1 en Belarús, 6,2:1 en Lituania) y muy alta en Chile (8,1:1) y Puerto Rico (10,4:1). En promedio, parece que hay cerca de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino y esto es más o menos constante en diferentes grupos de edad, con la excepción de la vejez avanzada, cuando los hombres tienden a presentar tasas aun más altas. En términos generales, la diferencia entre los sexos en cuanto a las tasas de suicidio en los países asiáticos (15) es más reducida que en otros sitios del mundo. Las diferencias a menudo grandes de las tasas entre los países y según el sexo muestran cuán importante es que cada país vigile sus tendencias

CUADRO 7.2
Porcentaje del total de suicidios por edad y por sexo[a]

	Edad (años)								
	5–14	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	≥75	Total
Varones	0,7	12,7	18,3	20,5	17,0	13,9	9,6	7,3	100
Mujeres	0,9	13,3	15,0	15,4	14,7	13,9	13,7	13,1	100
Total	0,8	12,8	17,5	19,2	16,4	13,9	10,7	8,7	100

[a] Basado en los datos de los países que notifican el suicidio a la Organización Mundial de la Salud, en el año más reciente disponible entre 1990 y 2000.

epidemiológicas para determinar qué grupos de población corren un riesgo mayor de suicidio.

En los países, la prevalencia del suicidio entre los caucásicos es aproximadamente el doble de la observada en otras razas, si bien recientemente en los Estados Unidos se ha informado una tasa más alta en los afroestadounidenses (2). Esta modalidad de una prevalencia más elevada en los caucásicos también se ha comunicado en Sudáfrica y Zimbabwe (16). Las excepciones a la tasa generalmente superior en los caucásicos se encuentran en las antiguas repúblicas soviéticas de Armenia, Azerbaiyán y Georgia (17).

El hecho de pertenecer al mismo grupo étnico parece asociarse con tasas similares de suicidio, como sucede en el interesante ejemplo que ofrecen Estonia, Finlandia y Hungría, países que tienen todos tasas muy altas, a pesar de que Hungría está geográficamente muy distante de Estonia y Finlandia. Por el contrario, grupos étnicos diferentes —aunque vivan en el mismo lugar— pueden tener tasas muy disímiles de suicidio. En Singapur, por ejemplo, los chinos y los indios tienen tasas mucho más altas que los malayos (18).

Las tasas de suicidio son con frecuencia más elevadas en los grupos indígenas, por ejemplo, en algunos de estos grupos de Australia (19), China (Provincia de Taiwán) (20) y Canadá y Estados Unidos (21) (recuadro 7.1).

Precauciones al usar los datos sobre el suicidio

La manera en que se registran las defunciones de todo tipo varía enormemente según los países, lo cual hace sumamente difícil comparar las tasas de suicidio de diferentes países. Aun en aquellos que han elaborado criterios uniformes, como Australia, la forma en la cual se aplican estos criterios puede variar considerablemente (24). Las estimaciones erróneas de las tasas de suicidio a veces pueden ser resultado de circunstancias tan sencillas como fechas límite impuestas por el gobierno para las estadísticas oficiales publicadas o retrasos a causa de las investigaciones de los médicos forenses. Por ejemplo, se piensa que, en la RAE de Hong Kong (China), los suicidios son subestimados entre 5% y 18% exclusivamente por razones de esta índole (25).

Dentro de un determinado país, las tasas de suicidio informadas también pueden variar según la fuente de los datos. Por ejemplo, en China, las estimaciones varían de 18,3 por 100 000 (datos comunicados a la Organización Mundial de la Salud) a 22 por 100 000 (datos del Ministerio de Salud) y a 30 por 100 000 (estadísticas de la Academia China de Medicina Preventiva) (26).

Los datos sobre la mortalidad por suicidio en general subestiman la verdadera prevalencia del suicidio en una población. Esos datos son el producto final de una cadena de informantes, que incluye a quienes encuentran el cuerpo (a menudo miembros de la familia), médicos, la policía, médicos forenses y estadísticos. Cualquiera de estas personas, por una serie de razones, quizá sea renuente a definir la muerte como un suicidio. Esto tiende a ser más frecuente en los lugares donde las actitudes religiosas y culturales condenan el suicidio. No obstante, Cooper y Milroy (27) han encontrado una subnotificación del suicidio del 40% en los registros oficiales en ciertas regiones de Inglaterra. Se puede ocultar un suicidio para evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la persona, por conveniencia social, por razones políticas, para beneficiarse de pólizas de seguro, o porque la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace parecer un accidente, por ejemplo, un accidente en la carretera. El suicidio también puede clasificarse equivocadamente como defunción por una causa indeterminada de muerte, o por causas naturales, por ejemplo cuando las personas —en particular, las de edad avanzada— no toman las medicinas que las mantienen con vida.

El suicidio puede no ser reconocido oficialmente cuando quienes están recibiendo medicamentos toman una sobredosis, cuando las personas deliberadamente se dejan morir de hambre (en lo que se denomina suicidio por inanición [28]) o cuando las personas mueren algún tiempo después del intento de suicidio. En estos casos, así como en los de eutanasia o suicidio asistido, la causa clínica de muerte es por lo general la que se informa oficialmente. La subnotificación está también relacionada

RECUADRO 7.1

El suicidio en las poblaciones indígenas: los casos de Australia y el Canadá

En los últimos 20 a 30 años, las tasas de suicidio han aumentado sorprendentemente entre los pueblos indígenas tanto en Australia como en el Canadá. En Australia, el suicidio en las poblaciones aborígenes y de isleños del estrecho de Torres solía ser considerado como muy poco común. Algo más de la cuarta parte de estas personas viven en el estado de Queensland, donde la tasa general de suicidio durante el período comprendido entre 1990 y 1995 fue de 14,5 por 100 000, mientras que la tasa entre los aborígenes y los pueblos del estrecho de Torres fue de 23,6 por 100 000.

La mayoría de los suicidios entre los indígenas australianos corresponden a hombres jóvenes. En Queensland, 84% de los suicidios de indígenas fueron de varones de 15 a 34 años de edad, y la tasa correspondiente a los indígenas varones de 15 a 24 fue de 112,5 por 100 000 (*22*). Con mucho, el método más común de suicidio entre los hombres indígenas jóvenes es por ahorcamiento.

En el norte ártico del Canadá, en diversos estudios se han notificado tasas de suicidio entre los indígenas inuit de entre 59,5 y 74,3 por 100 000, en comparación con alrededor de 15,0 por 100 000 en la población general. Los hombres jóvenes inuit están expuestos al riesgo más alto de suicidio y la tasa está subiendo: se han registrado tasas que llegan a 195 por 100 000 entre los jóvenes de 15 a 25 años de edad (*23*).

Se han propuesto diversas explicaciones de las tasas altas de suicidio y comportamiento suicida en los pueblos indígenas. Entre las causas subyacentes señaladas está la enorme conmoción social y cultural creada por las políticas del colonialismo y las dificultades con que se han enfrentado desde entonces los pueblos indígenas para adaptarse a las sociedades actuales e integrarse en ellas.

En Australia, hasta los años sesenta los grupos aborígenes estaban sometidos a leyes raciales estrictas y a la discriminación . Cuando estas leyes, incluidas las restricciones de la venta de alcohol, fueron suspendidas durante un período corto en los años setenta, los rápidos cambios sociales en los pueblos indígenas anteriormente oprimidos dieron lugar a una inestabilidad en la vida de la comunidad y la familia. Esta inestabilidad ha seguido desde entonces, con tasas altas de criminalidad, delincuencia y encarcelamiento, violencia y accidentes, alcoholismo y abuso de sustancias psicotrópicas y una tasa de homicidios que decuplica la observada en la población general.

En el Ártico canadiense, a principios del siglo XIX las epidemias asolaron la región cuando llegaron los primeros forasteros —balleneros y comerciantes de pieles— y se perdieron decenas de miles de vidas, quedando la población reducida a un tercio de su tamaño anterior para 1900. Hacia los años treinta, el comercio de pieles se había derrumbado y el Canadá introdujo un estado benefactor en el Ártico. En los años cuarenta y cincuenta, vinieron al Ártico los misioneros y hubo un intento de asimilar a los inuit. La febril exploración en busca de petróleo, que comenzó en 1959, incrementó más la desintegración social.

Las investigaciones sobre el suicidio entre los inuit canadieses han identificado varios factores como probables causas indirectas del suicidio, que son:

— la pobreza;
— la separación y la pérdida en la niñez;
— el acceso a armas de fuego;
— el abuso y la dependencia del alcohol;
— antecedentes de problemas de salud personales o familiares;
— el maltrato físico o abuso sexual anteriores.

Se están realizando esfuerzos tanto en Australia como en el Canadá para abordar el comportamiento suicida entre las poblaciones indígenas. En Australia, la estrategia nacional para prevenir los suicidios

RECUADRO 7.1 (continuación)

entre los jóvenes incluye varios programas orientados a los jóvenes indígenas. Estos programas tienen la finalidad de abordar las necesidades específicas de dichos jóvenes y son llevados a cabo conjuntamente con organismos que representan los intereses de los pueblos indígenas, como el Consejo Coordinador Aborigen.

Las medidas constructivas para prevenir el suicidio en el Ártico canadiense incluyen mejores respuestas a las crisis, un nuevo desarrollo generalizado de la comunidad y el progreso hacia el establecimiento de un gobierno autónomo en las zonas indígenas. El nuevo y vasto Territorio de Nunavut fue creado el 1 de abril de 1999; se les otorgó a las comunidades inuit la autodeterminación local y se les devolvió parte de sus derechos y patrimonio.

con la edad y el fenómeno suele ser mucho más frecuente entre las personas mayores. A pesar de todas estas advertencias, se ha alegado que la clasificación relativa de las tasas nacionales de suicidio es razonablemente exacta.

Comportamiento suicida no mortal y pensamientos suicidas

Relativamente pocos países tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal; la razón principal reside en la dificultad de recopilar la información. Solo una minoría de los que intentan suicidarse van a los establecimientos de salud para recibir atención médica. Además, en muchos países en desarrollo, la tentativa de suicidio sigue siendo un delito penado y, por consiguiente, los hospitales no registran los casos. Por otra parte, en muchos lugares no es obligatorio notificar las lesiones y, en consecuencia, no se recopila la información sobre ellas en ningún nivel. Otros factores también pueden influir en la notificación, como la edad, el método de la tentativa de suicidio, la cultura y la accesibilidad de la atención de salud. En resumen, no se conoce claramente la magnitud de los intentos de suicidio en la mayor parte de los países.

Hay algunos datos que indican que, en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público (posiblemente uno de los mejores lugares para la recopilación de datos) (29, 30) y estos casos no son necesariamente los más graves. Los casos informados son por lo tanto solo la punta del iceberg y la gran mayoría de las personas suicidas siguen pasando inadvertidas (31). Varias instituciones, incluidos los centros nacionales para el control y la prevención de lesiones, los departamentos de estadística y, en varios países, los departamentos de justicia, mantienen registros de los sucesos no mortales registrados en los servicios de salud. Esos registros proporcionan datos útiles para fines de investigación y de prevención, ya que quienes intentan suicidarse corren un alto riesgo de incurrir en un comportamiento suicida posterior, tanto mortal como no mortal. Los funcionarios de salud pública también se basan en el examen de los registros de hospitales, las encuestas de población y estudios especiales, fuentes que a menudo incluyen datos que no existen en los sistemas de datos de la mortalidad.

Las cifras —en relación con el tamaño de la población y en números absolutos— indican que el comportamiento suicida no mortal es más prevalente en los jóvenes que en las personas mayores. Se estima generalmente que la razón entre el comportamiento suicida mortal y el no mortal en los mayores de 65 años es del orden de 1:2-3, mientras que en los jóvenes menores de 25 años la razón puede alcanzar un valor de 1:100-200 (32, 33). Si bien el comportamiento suicida es menos frecuente en los ancianos, las probabilidades de un resultado mortal son mucho mayores (28, 34). En promedio, los intentos de suicidio en la vejez son, en términos psicológicos y médicos, más graves y el "fracaso" de un intento de suicidio es a menudo

resultado del azar. Además, como tendencia general, las tasas de comportamiento suicida no mortal tienden a ser de dos a tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres. No obstante, Finlandia es una excepción notable a esta pauta (35).

Los datos de un estudio multinacional sobre el comportamiento suicida no mortal en 13 países muestran que, en el período comprendido entre 1989 y 1992, la tasa media estandarizada por edades más alta de intentos de suicidio en los hombres se encontró en Helsinki, Finlandia (314 por 100 000), mientras que la tasa más baja (45 por 100 000) se observó en Guipúzcoa, España, con un valor siete veces menor (35). La tasa media estandarizada por edades más alta para las mujeres se registró en Cergy-Pontoise, Francia (462 por 100 000), y la más baja (69 por 100 000) correspondió nuevamente a Guipúzcoa. Con una sola excepción, la de Helsinki, las tasas de intentos de suicidio fueron más altas en las mujeres que en los hombres. En la mayoría de los centros, se observaron las tasas más altas en los grupos de menos edad, mientras que las tasas en las personas de 55 y más años de edad fueron en general las más bajas. El método más comúnmente usado fue el envenenamiento, seguido por las cortaduras. Más de la mitad de los que intentaban suicidarse hicieron más de una tentativa y casi el 20% de los segundos intentos fueron hechos dentro de los 12 meses posteriores al primero.

Los datos de una muestra longitudinal representativa en Noruega, que incluyó a casi 10 000 adolescentes de 12 a 20 años de edad, mostraron que un 8% habían intentado suicidarse en alguna ocasión y 2,7% habían hecho ese intento durante los dos años del período de estudio. Los análisis de regresión logística de los datos demostraron que había mayor probabilidad de intento de suicidio si la persona había hecho una tentativa anterior, era de sexo femenino, de edad próxima a la pubertad, tenía pensamientos suicidas, consumía alcohol, no vivía con ambos padres o tenía escaso grado de autoestima (36).

Los pensamientos suicidas son más comunes que el suicidio tanto intentado como consumado (8); sin embargo, su importancia está todavía poco clara. Un examen de los estudios publicados después de 1985 sobre grupos de adolescentes (en particular, estudiantes de escuelas secundarias) indicó que entre 3,5% y 52,1% de los adolescentes informan tener pensamientos suicidas (31). Es posible que estas diferencias grandes de porcentaje puedan explicarse por el empleo de distintas definiciones de la ideación suicida y por los diferentes períodos a los cuales se refirieron los estudios. Hay indicios de que las mujeres, incluidas las de edad avanzada, son más propensas a tener pensamientos suicidas que los hombres (37). En términos generales, se ha calculado que la prevalencia de la ideación suicida entre los adultos mayores de ambos sexos varía entre 2,3% (para los que han tenido pensamientos suicidas en las últimas dos semanas) y 17% (para los que alguna vez han tenido pensamientos suicidas) (38). Sin embargo, en comparación con otras formas de comportamiento suicida, como el intento de suicidio, la ideación suicida tal vez no sea un indicador útil de cuáles adolescentes o adultos necesitan más los servicios preventivos.

¿Cuáles son los factores de riesgo en el comportamiento suicida?

El comportamiento suicida tiene gran número de causas. Los factores que ponen a los individuos en riesgo de cometer suicidio son complejos y se influyen recíprocamente. La identificación de estos factores y la comprensión de sus funciones en el comportamiento suicida mortal y no mortal son fundamentales para prevenir los suicidios. Los epidemiólogos y los expertos en suicidio han descrito varias características específicas que se asocian estrechamente con un mayor riesgo de comportamiento suicida. Aparte de los factores personales —como la edad y el sexo, ya mencionados anteriormente— esas características incluyen factores biológicos, psiquiátricos, sociales y ambientales, así como factores relacionados con la historia personal del individuo.

Factores psiquiátricos

Gran parte de lo que se conoce acerca del riesgo de suicidio proviene de estudios donde los investigadores han entrevistado a un progenitor sobreviviente u otro pariente cercano o amigo para

identificar los acontecimientos vitales y síntomas psiquiátricos específicos que había experimentado la víctima de suicidio en las semanas o los meses anteriores a la muerte. Este tipo de estudio se conoce como "autopsia psicológica". Usando este método, la investigación ha revelado que muchos adultos que consuman el suicidio presentan signos o síntomas que indican un trastorno psiquiátrico meses o aun años antes de su muerte (39, 40).

Algunos de los principales factores psiquiátricos y psicológicos asociados con el suicidio son (41–48):

- depresión grave;
- otros trastornos del estado de ánimo [afectivos], como el trastorno bipolar (enfermedad caracterizada por períodos de depresión alternados con períodos de excitación o manía, en la cual la alteración del estado de ánimo puede durar días o aun meses);
- esquizofrenia;
- ansiedad y trastornos de la conducta y la personalidad;
- impulsividad;
- sensación de desesperanza.

La depresión desempeña una función destacada en el suicidio y se piensa que interviene en aproximadamente 65%–90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas (42). En los pacientes con depresión, el riesgo parece ser mayor cuando no siguen su tratamiento, piensan que no son tratables o son considerados no tratables por los especialistas (43) (recuadro 7.2). Se ha estimado en alrededor de 12% a 15% el riesgo de suicidio durante toda la vida en las personas afectadas por depresión grave y bipolar (44, 45), pero una nueva evaluación reciente de los datos ha indicado un nivel de riesgo mucho menor (46).

La esquizofrenia es otro trastorno psiquiátrico que muestra una asociación alta con el suicidio y se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de toda la vida en las personas con esquizofrenia es de cerca de 10% a 12% (47). El riesgo es particularmente grande en los pacientes varones jóvenes; los pacientes en las primeras etapas de la enfermedad, en especial los que han funcionado bien mental y socialmente antes de la aparición de la enfermedad; los pacientes con recaídas crónicas, y los pacientes que temen sufrir una "desintegración mental" (48).

Otros factores, como los sentimientos de desesperanza e impotencia, también aumentan el riesgo de suicidio. Por ejemplo, en un estudio longitudinal efectuado durante 10 años en los Estados Unidos, Beck et al. (49) destacaron la importancia de los sentimientos de desesperanza como factor predictivo del comportamiento suicida. En este estudio, la falta de expectativas permitió identificar correctamente a un 91% de los individuos que posteriormente se suicidaron.

El abuso del alcohol y otras drogas también desempeña una función trascendente en el suicidio. En los Estados Unidos, se informa que al menos una cuarta parte de los suicidios están vinculados con el abuso del alcohol (50). El riesgo a lo largo de toda la vida de cometer suicidio en las personas alcohólicas no es mucho menor que en las que presentan trastornos depresivos (50). Hay, sin embargo, muchas conexiones cercanas entre el abuso del alcohol y la depresión, y a menudo es difícil determinar cuál de los dos es el trastorno principal. Por ejemplo:

- El abuso del alcohol puede conducir a la depresión directa o indirectamente mediante la sensación de declinación y fracaso que experimenta la mayoría de las personas con dependencia del alcohol.
- El abuso del alcohol puede ser una forma de automedicación para aliviar la depresión.
- Tanto la depresión como el abuso del alcohol quizá sean el resultado de factores específicos presentes en la vida de la persona que causan estrés.

Sin embargo, si bien el suicidio entre los que padecen trastornos depresivos se produce en una etapa relativamente temprana de la enfermedad, en particular en el grupo de 30 a 40 años de edad, el suicidio entre quienes sufren dependencia del alcohol suele ocurrir en una etapa tardía de la adicción. Además, cuando se produce, suele ir acompañado de otros factores, tales como el deterioro en las relaciones, la marginación social, la pobreza y la aparición de deterioro físico como resultado del

RECUADRO 7.2

La depresión y el suicidio

La depresión es el trastorno mental que más a menudo se asocia con el suicidio. La ansiedad, una potente fuerza impulsora en el proceso del suicidio, está estrechamente entrelazada con la depresión y los dos trastornos son a veces indistinguibles. Los estudios han revelado que hasta 80% de las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos.

Las personas de todas las edades pueden sufrir depresión. Sin embargo, a menudo es difícil detectar la depresión en los hombres, que por lo común, en todo caso, buscan ayuda médica con menos frecuencia que las mujeres. La depresión en los hombres a veces es precedida por diversos tipos de maltrato y violencia, tanto dentro como fuera de la familia. El tratamiento de la depresión en los hombres es muy importante, ya que en muchas culturas el suicidio es en gran medida un fenómeno masculino.

En los niños y adolescentes, la índole de la depresión suele ser diferente de la encontrada en los adultos. Los jóvenes deprimidos tienden a presentar más muestras de "exteriorización", como el ausentismo escolar, calificaciones cada vez peores en la escuela, mal comportamiento, violencia y abuso del alcohol o drogas, y también duermen y comen más. Al mismo tiempo, la negativa a comer y el comportamiento anoréxico se encuentran con frecuencia en combinación con la depresión en los jóvenes, en particular entre las muchachas, pero también en los varones. Estos trastornos graves de los hábitos alimentarios se asocian con mayor riesgo de suicidio.

La depresión a menudo tiene manifestaciones físicas, en particular entre las personas mayores, como por ejemplo dolencias del estómago, mareos, palpitaciones y dolor en diversas partes del cuerpo. La depresión en los ancianos puede acompañar a otros trastornos y enfermedades físicas, tales como el accidente cerebrovascular, el infarto del miocardio, el cáncer, el reumatismo, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer.

La tendencia al suicidio puede reducirse si se tratan la depresión y la ansiedad. Muchos estudios han confirmado los efectos beneficiosos de los antidepresivos y diversas formas de psicoterapia, en particular la terapia conductual cognoscitiva. También se ha comprobado que la prestación de apoyo psicosocial adecuado a las personas mayores, como el empleo del teléfono para ponerse en contacto con asistentes sociales, trabajadores de salud y otro personal, produce una reducción significativa de la depresión y del número de defunciones por suicidio entre las personas de edad.

abuso crónico del alcohol. Se piensa que el abuso del alcohol y de drogas desempeña una función menos importante en el suicidio en partes de Asia que en otras regiones. En un estudio del suicidio entre los adolescentes efectuado en China (RAE de Hong Kong), solo cerca de 5% de los que se suicidaron tenían antecedentes de abuso del alcohol o de drogas (51). Este resultado quizás explique la tasa relativamente baja de suicidio entre los adolescentes en Asia, excepto por China.

Sin embargo, un intento anterior de suicidio es uno de los más potentes factores predictivos del comportamiento suicida mortal ulterior (2). El riesgo es mayor en el primer año después del intento, especialmente en los seis primeros meses. Casi 1% de los individuos que intentan suicidarse mueren en el lapso de un año (52) y aproximadamente 10% con el tiempo consuman el suicidio. Las estimaciones del aumento del riesgo vinculado con antecedentes de intentos anteriores varían de un estudio a otro. Gunnell y Frankel, por ejemplo, informan sobre un riesgo de 20 a 30 veces mayor en comparación con la población general, resultado que es compatible con otros informes (53). Si bien el antecedente de una tentativa de suicidio aumenta el riesgo de que una persona se quite la vida, la mayoría de

los que mueren por suicidio no lo habían intentado anteriormente (24).

Marcadores biológicos y médicos

Los antecedentes familiares de suicidio son un reconocido marcador que señala mayor riesgo de suicidio. Para algunos investigadores, esto indica que puede haber un rasgo genético que predispone a algunas personas al comportamiento suicida. En efecto, los datos provenientes de estudios sobre gemelos y niños adoptados confirman la posibilidad de que los factores biológicos tengan alguna influencia en cierto comportamiento suicida. Los estudios sobre los gemelos han revelado que los gemelos monocigóticos, que comparten 100% de sus genes, tienen una concordancia significativamente mayor tanto para el suicidio como para el intento de suicidio que los gemelos dicigóticos, que comparten 50% de sus genes (54). Sin embargo, hasta ahora no ha habido ningún estudio sobre gemelos monocigóticos criados por separado —un requisito previo para un estudio metodológicamente sólido— y ninguno de los estudios sobre gemelos ha indagado cuidadosamente la posible influencia de trastornos psiquiátricos. Podría ser que sea un trastorno psiquiátrico lo que se hereda, en lugar de una predisposición genética al comportamiento suicida, y que ese trastorno haga más probable el comportamiento suicida en los individuos emparentados.

Los resultados de un estudio de casos y testigos entre niños adoptados revelaron que, entre los que se suicidaron, fue más frecuente la existencia de familiares biológicos que cometieron suicidio (55). Estos suicidios en gran parte fueron independientes de la presencia de un trastorno psiquiátrico, lo que indica que hay una predisposición genética al suicidio independiente de los trastornos psiquiátricos graves asociados con el suicidio, o posiblemente sumada a ellos. Otros factores sociales y ambientales probablemente también interactúen con los antecedentes familiares para aumentar el riesgo de suicidio.

Otros datos que indican la existencia de una base biológica para el suicidio provienen de estudios de los procesos neurobiológicos que originan muchos trastornos psiquiátricos, incluidos los que predisponen a los individuos al suicidio. Por ejemplo, algunos estudios han encontrado alteraciones de las concentraciones de metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo de pacientes psiquiátricos adultos que se suicidaron (56, 57). La serotonina es una neurohormona muy importante que controla el estado de ánimo y la agresión. Se ha comprobado que persisten por algún tiempo las concentraciones bajas de serotonina y la escasa respuesta a las pruebas que dificultan el metabolismo de la hormona después de episodios de enfermedad (58, 59). Un deterioro del funcionamiento de las neuronas que contienen serotonina en la corteza prefrontal del cerebro puede ser una causa subyacente de la menor capacidad de una persona para resistir los impulsos de dejarse llevar por pensamientos suicidas (60, 61).

El suicidio quizá también sea la consecuencia de una enfermedad grave y dolorosa, especialmente si es discapacitante. Se estima que la prevalencia de la enfermedad física en los que se suicidan es al menos de 25%, aunque puede llegar a 80% entre las personas mayores que se suicidan (62). En más de 40% de los casos se considera que la enfermedad física es un factor contributivo importante al comportamiento y la ideación suicidas, especialmente cuando hay también trastornos del estado de ánimo o síntomas depresivos (63). Es comprensible que la perspectiva de un sufrimiento insoportable y una dependencia humillante lleve a las personas a considerar la posibilidad de acabar con su vida. Sin embargo, varias investigaciones han indicado que las personas que sufren una enfermedad física rara vez se suicidan cuando no existe ningún síntoma psiquiátrico (42).

Acontecimientos de la vida como factores desencadenantes

Ciertos acontecimientos de la vida pueden servir como factores desencadenantes del suicidio. Los sucesos particulares que un número pequeño de estudios han tratado de vincular con el riesgo de suicidio incluyen la pérdida personal, el conflicto interpersonal, una relación rota o perturbada y problemas jurídicos o relacionados con el trabajo (64–67).

La pérdida de un ser querido, ya sea por divorcio, separación o muerte, puede desencadenar

sentimientos depresivos intensos, especialmente si se ha sufrido la pérdida de la pareja o de alguien excepcionalmente cercano. Los conflictos en las relaciones interpersonales en el hogar, o en los lugares de estudio o trabajo, también pueden desencadenar sentimientos de desesperanza y depresión. En un estudio de más de 16 000 adolescentes realizado en Finlandia, por ejemplo, los investigadores encontraron mayor prevalencia de la depresión y la ideación suicida grave tanto entre los que eran intimidados en la escuela como entre los autores de la intimidación (68). En un estudio retrospectivo efectuado en el sudeste de Escocia, donde se tuvieron en cuenta la edad, el sexo y los trastornos mentales, se encontró que el conflicto interpersonal adverso se asociaba independientemente con los suicidios (69). En un examen de todos los suicidios cometidos durante un período de dos años en Ballarat (Australia), se encontró que las dificultades sociales y personales se vinculaban con el suicidio en más de un tercio de los casos (70). Otras investigaciones también han mostrado mayor probabilidad de depresión e intentos de suicidio entre las víctimas de la violencia infligida por la pareja (71–74).

Los antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la niñez pueden aumentar el riesgo de suicidio en la adolescencia y la edad adulta (75–77). Las víctimas de abuso sexual comúnmente sienten humillación y vergüenza (2). Quienes sufrieron abuso durante la niñez y la adolescencia a menudo sienten desconfianza en las relaciones interpersonales y tienen dificultad para mantenerlas. Experimentan dificultades sexuales persistentes y sentimientos intensos de inadecuación e inferioridad. En los Países Bajos, algunos investigadores examinaron la relación entre el abuso sexual y el comportamiento suicida en 1 490 estudiantes adolescentes y encontraron que los que habían sufrido abuso sexual mostraban un comportamiento suicida significativamente mayor, así como otros problemas emocionales y de conducta, en comparación con sus compañeros que no lo habían sufrido (78). En un estudio longitudinal de 17 años que está en curso en los Estados Unidos y abarca a 375 sujetos, se encontró que 11% de ellos habían informado que sufrieron maltrato físico o abuso sexual antes de la edad de 18 años. Los sujetos entre las edades de 15 y 21 años que habían sufrido abuso presentaron comportamiento suicida, depresión, ansiedad, trastornos psiquiátricos y otros problemas emocionales y de conducta con más frecuencia que los que no lo habían sufrido (79).

La orientación sexual quizá también esté relacionada con mayor riesgo de suicidio entre los adolescentes y los adultos jóvenes (80, 81). Las estimaciones de la prevalencia del suicidio entre los jóvenes homosexuales tanto varones como mujeres, por ejemplo, varían de 2,5% a 30,0% (82, 83). Los factores que pueden contribuir al suicidio y el intento de suicidio en estos casos incluyen la discriminación, el estrés en las relaciones interpersonales, las drogas y el alcohol, la ansiedad acerca de la infección por el VIH y el SIDA y limitadas fuentes de apoyo (84, 85).

Por otra parte, tener una relación matrimonial estable parecería en general ser un factor "protector" contra el suicidio. Las responsabilidades de la crianza de los hijos confieren un elemento protector adicional (86). Los estudios sobre la relación entre el estado civil y el suicidio revelan tasas altas de suicidio entre las personas solteras o que nunca se han casado en las culturas occidentales, tasas aun más elevadas entre las personas viudas y algunas de las tasas más altas entre las personas separadas o divorciadas (87, 88). Este último fenómeno es particularmente evidente entre los hombres, especialmente en los primeros meses después de la pérdida o separación (89).

Como excepción al efecto generalmente protector del matrimonio, quienes se casan temprano (antes de los 20 años de edad) tienen una tasa más alta de comportamiento suicida que sus pares solteros, según algunos estudios (90, 91). Además, el matrimonio no es protector en todas las culturas. Se han comunicado tasas más elevadas de comportamiento suicida tanto mortal como no mortal en las mujeres casadas de Pakistán, en comparación tanto con los hombres casados como con las mujeres solteras (92, 93). Esto puede obedecer a que la discriminación social, económica y jurídica produce un estrés psíquico que predispone a estas mujeres

al comportamiento suicida (92). También se han informado tasas superiores de suicidio entre las mujeres casadas mayores de 60 años en la RAE de Hong Kong (China), comparadas con las mujeres viudas y divorciadas de este grupo de edad (90).

Si bien los problemas en las relaciones interpersonales suelen aumentar el riesgo de comportamiento suicida, el aislamiento social también puede ser un factor precipitante de este. El aislamiento social sustentó los conceptos de Durkheim del suicidio "egoísta" y "anómico" (94), ambos relacionados con la idea de incapacidad de conectarse socialmente. Muchas publicaciones indican que los individuos que experimentan aislamiento en su vida son más vulnerables al suicidio que los que tienen vínculos sociales fuertes con otras personas (95–98). Después de la muerte de un ser querido, por ejemplo, una persona puede intentar suicidarse si quienes están cerca de ella no le brindan suficiente apoyo durante el período de duelo.

En un estudio comparativo del comportamiento social de grupos de personas que han intentado suicidarse, personas que han consumado el suicidio y personas que mueren por causas naturales, Maris (99) encontró que los que consumaron el suicidio habían participado menos en la organización social, a menudo no tenían amigos y habían sufrido una declinación progresiva de las relaciones interpersonales que los condujo a un estado de aislamiento social total. Los estudios de la autopsia psicológica revelan que el aislamiento social precede con frecuencia al acto suicida (99). Esto también se señaló en un estudio de Negron et al. (100), quienes encontraron que era más probable que se aislaran durante una fase suicida aguda las personas que intentaron suicidarse que aquellas con ideación suicida. Wenz (101) identificó la anomia —el sentimiento de alienación de la sociedad causado por la percepción de la ausencia de un marco social de apoyo— como un factor en el comportamiento suicida de las viudas, junto con el aislamiento social real y esperado. El aislamiento social con frecuencia ha sido identificado como factor contribuyente a la ideación suicida entre los ancianos (102, 103). En un estudio de las tentativas de suicidio en los adolescentes de menos de 16 años de edad que habían sido remitidos a un hospital general se encontró que los problemas más frecuentes que sustentaban ese comportamiento eran las dificultades en la relación con los padres, los problemas con amigos y el aislamiento social (104).

Factores sociales y ambientales

Las investigaciones han identificado varios factores sociales y ambientales importantes relacionados con el comportamiento suicida, que incluyen factores tan diversos como la disponibilidad de un medio para cometer el suicidio, el lugar de residencia de la persona, su situación laboral o migratoria, su credo religioso y la situación económica.

El método elegido

Un factor importante que determina que el comportamiento suicida sea o no mortal es el método elegido. En los Estados Unidos, las armas de fuego se usan en alrededor de dos terceras partes del total de los suicidios (105). En otras partes del mundo, es más común el ahorcamiento, método que es seguido en orden de frecuencia por el empleo de un arma de fuego, saltar desde un lugar alto y el ahogamiento. En China, el envenenamiento con plaguicidas es el método más común (106, 107).

En los dos últimos decenios, en algunos países, como Australia, ha habido un aumento notable del suicidio por ahorcamiento, especialmente entre los jóvenes, acompañado de una disminución paralela en el empleo de armas de fuego (108). En general, las personas mayores tienden a adoptar métodos que impliquen menos fuerza física, como ahogarse o saltar desde las alturas; esto se ha registrado en particular en los casos de suicidio en la RAE de Hong Kong (China) y Singapur (18). Casi en todas partes, las mujeres tienden a adoptar métodos "más suaves" —por ejemplo, una sobredosis de medicamentos— en los intentos de suicidio tanto mortal como no mortal (35). Una excepción notable a esto es la práctica de autoinmolación observada en la India.

Aparte de la edad y el sexo, en la elección del método de suicidio pueden influir otros factores. En el Japón, por ejemplo, se sigue usando la práctica tradicional de abrirse el vientre con una espada (llamada *harakiri*). Es conocida la imitación de un

método de suicidio, especialmente entre los jóvenes y en relación con la muerte de una celebridad (*109–111*). La decisión de una persona de suicidarse generalmente guarda relación con la letalidad del método elegido: las personas de edad, por ejemplo, expresan normalmente una voluntad de morir mayor que la de otras personas y tienden a elegir métodos más violentos —como un disparo, saltar desde un sitio alto o ahorcarse— y que ofrecen menos posibilidades de un rescate durante el intento (*112*).

Las diferencias entre las zonas urbanas y las rurales

Hay con frecuencia grandes disparidades entre las tasas de suicidio de las zonas urbanas y las rurales. Por ejemplo, en el distrito de Manhattan de la ciudad de Nueva York se registraron 1 372 suicidios en 1997, el triple de la cantidad (411) de suicidios del estado de Nevada, constituido en gran parte por zonas rurales, pero la tasa en Nevada fue más de tres veces superior a la del estado de Nueva York (24,5 por 100 000 —la más alta en los Estados Unidos— en contraste con 7,6 por 100 000) (*113*). Se han informado diferencias similares entre las zonas urbanas y rurales, por ejemplo, en Australia (*114*), y en países europeos, como Inglaterra y Gales (datos combinados) y Escocia, donde entre los agricultores se registran tasas elevadas de suicidio (*115*). También se ha señalado que las tasas de suicidio entre las mujeres de las zonas rurales de China son mayores que las de las zonas urbanas (26).

Estas tasas más altas de suicidio que se registran en muchas zonas rurales pueden deberse al aislamiento social y las dificultades para detectar las señales de advertencia, el acceso limitado a los servicios de salud y los niveles inferiores de educación. Los métodos de suicidio en las zonas rurales también suelen ser diferentes de los usados en las zonas urbanas. En las comunidades rurales de Europa oriental y partes de Asia Sudoriental, la disponibilidad de herbicidas y plaguicidas los convierte en opciones favoritas para el suicidio. Lo mismo sucede en Samoa, donde el control de las ventas del herbicida paraquat condujo a una disminución en el número de suicidios (*116*). En las comunidades rurales de Australia, donde es común la posesión de armas de fuego, el suicidio mediante un disparo es el procedimiento registrado con más frecuencia (*114*).

La inmigración

Se ha estudiado el efecto de la inmigración en las tasas de suicidio en países como Australia, Canadá y Estados Unidos, que tienen una mezcla grande de grupos étnicos. En estos países, se ha encontrado que la tasa de comportamiento suicida en un grupo dado de inmigrantes es similar a la tasa en su país de origen. En Australia, por ejemplo, entre los inmigrantes de Grecia, Italia y Pakistán las tasas de suicidio son inferiores a las de los inmigrantes de los países de Europa oriental o de Irlanda o Escocia, todos ellos países con tasas de suicidio tradicionalmente altas (*117*) (véase también el cuadro 7.3). Esto indica que los factores culturales desempeñan una función destacada en el comportamiento suicida.

El empleo y otros factores económicos

Varios estudios han encontrado tasas de suicidio más elevadas durante los períodos de recesión eco-

CUADRO 7.3

Tasas de suicidio estandarizadas por edad en Australia, por 100 000 habitantes y según el lugar de nacimiento, 1982–1992

Año	Lugar de nacimiento							Total de nacidos en el extranjero
	Asia	Australia	Europa			Irlanda y Reino Unido	Oceanía[b]	
			Oriental	Meridional	Occidental[a]			
1982	8	11	31	7	19	12	14	13
1983	12	11	21	8	16	12	10	12
1984	9	11	17	5	17	11	17	11
1985	7	11	20	6	17	12	14	12
1986	8	12	17	6	19	13	14	12
1987	8	14	28	7	17	14	17	13
1988	9	13	20	8	14	15	17	13
1989	8	12	16	7	16	13	14	12
1990	8	13	14	5	19	12	14	11
1991	8	14	22	9	19	14	13	12
1992	7	13	24	8	17	13	14	12

Fuente: Reproducido de la referencia *118*, con cambios de redacción menores y con el permiso de la editorial.

[a] Excluidos Irlanda y el Reino Unido.

[b] Excluida Australia.

nómica y de desempleo alto (119–123), y también se ha comprobado la relación inversa. En un estudio de las repercusiones de los factores económicos en el suicidio en Alemania, Weyerer y Wiedenmann (122) investigaron el efecto de cuatro variables económicas y sus relaciones con las tasas de suicidio en el período comprendido entre 1881 y 1989. Se encontró la correlación más fuerte durante las épocas de desintegración social, cuando había un alto desempleo con bajos niveles de asistencia o protección estatal y mayores riesgos de bancarrota. Una investigación preliminar sobre la tasa de suicidio superior al promedio en la cuenca de Kuznetsk (Federación de Rusia), efectuada entre 1980 y 1995, mencionó la inestabilidad económica, la desintegración de la antigua Unión Soviética y otros factores históricos específicos como posibles factores contribuyentes (123). Al relatar sus visitas a Bosnia y Herzegovina, Berk (124) se refirió a una tasa de suicidio mayor de lo previsto y a la dependencia del alcohol entre los niños. Si bien habían sobrevivido a las amenazas más inmediatas del conflicto armado entre 1992 y 1995, los niños habían sucumbido al estrés a largo plazo. En Sri Lanka, la comunidad tamil, que tiene una historia de violencia e inestabilidad política y económica, ha presentado tradicionalmente tasas elevadas de suicidio. Hoy la comunidad cingalesa, en la que hace 20 años se registraban tasas de suicidio muy bajas, también tiene tasas altas. Esto destaca claramente la estrecha relación entre el suicidio, la violencia política y el derrumbe social.

A nivel individual, el comportamiento suicida es más frecuente entre los desempleados que entre las personas que trabajan (119, 125, 126). La pobreza y una función socialmente disminuida —ambas consecuencias del desempleo— a menudo parecen asociarse con un incremento del comportamiento suicida, en especial cuando se ha perdido repentinamente el trabajo. Sin embargo, las investigaciones realizadas en este campo presentan algunas limitaciones. En particular, no siempre se ha tenido en cuenta la duración del desempleo. Las personas que esperan obtener su primer trabajo a veces han sido agrupadas junto con otras que han perdido sus empleos y se han pasado por alto los trastornos psiquiátricos y de la personalidad (127, 128).

La religión

Desde hace mucho tiempo se ha considerado la religión como un factor importante en el comportamiento suicida. Las investigaciones han revelado que una clasificación aproximada de los países según las creencias religiosas y siguiendo un orden descendente de las tasas de suicidio, sería la siguiente:

- Los países donde se prohíben o se desalientan con energía las prácticas religiosas (como fue el caso en los países anteriormente comunistas de Europa oriental y en la antigua Unión Soviética).
- Los países donde predominan el budismo, el hinduismo u otras religiones asiáticas.
- Los países donde muchas personas son protestantes.
- Los países donde los habitantes son predominantemente católicos romanos.
- Los países donde gran parte de la población es musulmana.

Lituania es una excepción notable a este modelo aproximado. La población siempre ha sido predominantemente católica, con muchos creyentes practicantes y una fuerte influencia de la iglesia, a pesar de que el país formó parte de la antigua Unión Soviética. No obstante, las tasas de suicidio fueron y siguen siendo altísimas. Es evidente que la clasificación aproximativa dada anteriormente no tiene en cuenta la firmeza con que los individuos en un país particular creen en su religión y observan sus preceptos (129). La clasificación tampoco incluye el animismo —principalmente encontrado en África— porque en general no se conocen las tasas de suicidio entre los seguidores de las creencias animistas.

Durkheim pensaba que el suicidio se originaba en una falta de identificación con un grupo unitario y sostenía que las tasas de suicidio debían ser inferiores donde existe un alto grado de integración religiosa. En consecuencia, alegó que las prácticas religiosas y las creencias compartidas, tales como las asociadas con el catolicismo, son factores protectores contra el suicidio (94). Algunos estu-

dios que pusieron a prueba la hipótesis de Durkheim han tendido a apoyarlo (130, 131). Sin embargo, otros estudios no han encontrado una asociación entre la proporción de los católicos romanos en una población y las tasas de suicidio (132, 133). Un estudio de Simpson y Conlin (134) sobre las repercusiones de la religión encontró que la creencia en el islamismo reducía las tasas de suicidio más que la creencia en el cristianismo.

Algunos estudios han tratado de usar la concurrencia a la iglesia y la extensión de las redes religiosas como una medida de la fe religiosa, que luego han procurado vincular con las tasas de suicidio. Sus resultados indican que la concurrencia a la iglesia tiene fuerte influencia preventiva (135) y el grado de compromiso con una religión particular es un inhibidor del suicidio (136). De igual manera, un estudio efectuado por Kok (137) examinó las tasas de suicidio entre los tres grupos étnicos de Singapur. La conclusión fue que los grupos étnicos malayos, abrumadoramente seguidores del islamismo, religión que se opone enérgicamente al suicidio, tuvieron con mucho la tasa más baja de suicidio. Al mismo tiempo, los grupos étnicos indios tenían la tasa más alta de suicidio en la isla. Los indios de Singapur son en general seguidores del hinduismo, una religión que cree en la reencarnación y no prohíbe estrictamente el suicidio. Otro estudio que examinó las diferencias entre las poblaciones afroestadounidense y caucásica de los Estados Unidos encontró que la tasa más baja de suicidio entre los afroestadounidenses podría atribuirse a una mayor devoción personal por una religión (138).

Resumen

Los factores de riesgo de comportamiento suicida son numerosos e interactúan unos con otros. El conocimiento de cuáles son los individuos que tienen predisposición al suicidio y posiblemente también afronten una combinación de factores de riesgo, puede ayudar a detectar a quienes más necesitan la prevención.

Cuando hay factores protectores suficientemente fuertes, aun la presencia de varios factores de riesgo —tales como la depresión grave, la esquizofrenia, el abuso del alcohol o la pérdida de un ser querido— tal vez no cree las condiciones idóneas para la ideación o el comportamiento suicidas en un individuo. El estudio de los factores protectores está todavía en pañales. Si se desea que la investigación y la prevención del suicidio logren avances reales, es preciso conocer mucho mejor los factores protectores para alcanzar adelantos similares a los realizados en los decenios recientes en la comprensión de los factores predisponentes y desencadenantes del suicidio.

Además de las observaciones de Durkheim sobre el matrimonio y la religión, varias investigaciones han arrojado luz sobre las funciones protectoras de la paternidad (139), el apoyo social y la integración familiar (36, 140–142), la autoestima (143) y la represión del ego (144). Otros estudios han medido directamente el equilibrio entre los factores de riesgo y los factores protectores al tratar de predecir el comportamiento suicida. En uno de esos estudios —una encuesta entre jóvenes indígenas de los Estados Unidos y de Alaska—, Borowsky et al. (145) encontraron que concentrarse en factores protectores como el bienestar emocional y la integración con la familia y los amigos fue tanto o más útil que tratar de reducir los factores de riesgo en la prevención del suicidio. El estudio de los factores protectores parecería ser un campo prometedor para la investigación futura.

¿Qué se puede hacer para prevenir los suicidios?

Con el aumento general del comportamiento suicida, en particular entre los jóvenes, hay una gran necesidad de intervenciones eficaces. Según se ha visto, existen numerosos posibles factores de riesgo de comportamiento suicida y las intervenciones se basan generalmente en un conocimiento de estos factores. Si bien desde hace mucho tiempo se cuenta con diversas intervenciones, muy pocas han mostrado un efecto considerable para reducir el comportamiento suicida o han producido resultados sostenibles a largo plazo (146).

Enfoques del tratamiento

Tratamiento de los trastornos mentales

Ya que mucho material publicado y la experiencia clínica indican que varios trastornos mentales se

asocian significativamente con el suicidio, la identificación temprana y el tratamiento apropiado de estos trastornos es una estrategia importante para prevenir el suicidio. Particularmente pertinentes aquí son las alteraciones del estado de ánimo, el alcoholismo y el abuso de otras sustancias psicotrópicas, la esquizofrenia y ciertos tipos de trastornos de la personalidad.

Hay indicios de que la capacitación del personal de atención primaria de salud para diagnosticar y tratar a las personas con alteraciones del estado de ánimo puede resultar eficaz para reducir las tasas de suicidio entre las personas en riesgo. Además, la nueva generación de medicamentos para tratar los trastornos tanto del estado de ánimo como esquizofrénicos, con menos efectos colaterales y un perfil terapéutico más específico que los medicamentos anteriores, parecería aumentar la observancia del tratamiento y producir mejores resultados, con lo cual disminuye la probabilidad del comportamiento suicida en los pacientes.

Farmacoterapia

Se ha examinado la eficacia de la farmacoterapia para modificar los procesos neurobiológicos que son la base de ciertos trastornos psiquiátricos, incluidos los que están relacionados con el comportamiento suicida. Verkes et al. (147), por ejemplo, señalaron que la paroxetina quizá sea eficaz para reducir el comportamiento suicida. La razón de la elección de la paroxetina fue que el comportamiento suicida se ha asociado con una disminución de la función de la serotonina. Se sabe que la paroxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS) y que, como tal, aumenta la disponibilidad de serotonina para la transmisión neural de señales. En un estudio de doble ciego efectuado durante un año, se compararon los efectos de la paroxetina y un placebo administrados a pacientes que tenían antecedentes de tentativas de suicidio y habían intentado suicidarse recientemente. Estos pacientes no habían padecido depresión grave, pero la mayoría presentaba un "trastorno de la personalidad del grupo B" (que incluye los trastornos de la personalidad antisocial, narcisista, limítrofe e histriónica). Los resultados indicaron que el mejoramiento de la función de la serotonina con un ISRS, en este caso la paroxetina, puede reducir el comportamiento suicida en los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio, pero no en los que sufren depresión grave.

Enfoques relacionados con el comportamiento

Mientras muchos enfoques de tratamiento se concentran principalmente en el trastorno mental y suponen que el mejoramiento del trastorno conducirá a una reducción del comportamiento suicida, otros enfoques están directamente orientados al comportamiento (148). Conforme a este enfoque, se han concebido varias intervenciones, algunas de las cuales se examinan a continuación.

La terapia conductual

En las intervenciones conductuales, un trabajador de salud mental realiza sesiones de terapia con el paciente para analizar el comportamiento y los pensamientos suicidas anteriores y actuales y, mediante la indagación, trata de establecer conexiones con posibles factores subyacentes (148). Los resultados iniciales en cuanto a la eficacia de este tipo de tratamiento son prometedores, pero todavía no hay ninguna respuesta concluyente.

Un estudio efectuado en Oxford (Inglaterra) examinó a pacientes de 16 a 65 años de edad, en alto riesgo de múltiples intentos de suicidio, que habían sido asistidos en una unidad de urgencias después de ingerir una sobredosis de medicamentos antidepresivos (149). Los pacientes recibieron el tratamiento ordinario para los intentos de suicidio o el tratamiento ordinario junto con una intervención breve "orientada al problema", una forma de psicoterapia a corto plazo que se concentró en el problema identificado como el más perturbador para el paciente. El estudio encontró un beneficio significativo para el grupo experimental (los que recibían la intervención junto con el tratamiento ordinario) seis meses después del tratamiento, en cuanto a una disminución de las tasas de intentos repetidos de suicidio. Lamentablemente, esta diferencia ya no fue significativa cuando se reevaluó a los sujetos después de 18 meses.

Un estudio realizado en los Estados Unidos (*150*) examinó la eficacia de la terapia conductual dialéctica con pacientes que presentaban trastornos de la personalidad limítrofe, disfunciones conductuales múltiples, trastornos mentales importantes y antecedentes de múltiples intentos de suicidio. La terapia conductual dialéctica es un tratamiento concebido para los pacientes crónicamente suicidas, que usa el análisis de comportamientos y una estrategia de solución de problemas. Durante el primer año posterior al tratamiento, los pacientes que recibieron la terapia hicieron menos intentos de suicidio que los que habían recibido el tratamiento ordinario.

Otra investigación efectuada en los Estados Unidos (*151*) que adoptó un enfoque de terapia conductual examinó a pacientes con antecedentes de intentos de suicidio. El objetivo era ver si mostraban un "déficit en el pensamiento futuro positivo", es decir, si carecían de esperanzas y expectativas para el futuro. Si era así, el estudio procuró establecer si tal déficit podría modificarse mediante una intervención psicológica breve conocida como "terapia conductual cognoscitiva con la ayuda de un manual" (TCCM). En esta intervención, el problema se soluciona con la orientación de un manual, con el fin de estandarizar el tratamiento. Se asignó aleatoriamente a los pacientes la TCCM o el tratamiento ordinario para los intentos de suicidio y se volvió a evaluar a los pacientes después de seis meses. El estudio encontró que los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio mostraban menos esperanzas y menos expectativas positivas para el futuro que el grupo de testigos pareados de la comunidad. Después de la intervención de TCCM, sus expectativas mejoraron significativamente, mientras que los que recibieron el tratamiento ordinario solo presentaron una mejora marginal.

Las tarjetas verdes

La denominada tarjeta verde es una intervención relativamente sencilla. El cliente recibe una tarjeta que le da acceso directo e inmediato a una gama de opciones, como un psiquiatra de turno o la hospitalización. Si bien no se ha comprobado que sea una intervención particularmente eficaz, la tarjeta verde sí parece tener algunos efectos beneficiosos para los que consideran el suicidio por primera vez (*152, 153*).

En un estudio reciente se usó la tarjeta verde con pacientes que habían intentado el suicidio por primera vez y con otros con antecedentes de intentos de suicidio (*154*). Los participantes en el estudio fueron asignados aleatoriamente a grupos testigos, que recibieron solo el tratamiento ordinario para el intento de suicidio, y grupos experimentales, que recibieron el tratamiento ordinario más una tarjeta verde. La tarjeta verde ofrecía durante las 24 horas del día una consulta telefónica con un psiquiatra para las situaciones de crisis. El efecto de la tarjeta verde fue diferente entre los dos tipos de grupos experimentales. Tuvo un efecto protector en los que habían intentado el suicidio por primera vez (aunque no fue estadísticamente significativo), pero no causó ningún efecto sobre los que habían hecho intentos anteriores. Puede ser que el apoyo telefónico solo ofrecido por la tarjeta verde en el estudio no fuera suficiente y que la tarjeta tendría que haber facilitado el acceso a otros servicios para situaciones de crisis.

Otra intervención, basada en el principio de la conexión, la disponibilidad de ayuda y el acceso fácil a ella, es el servicio de Teleayuda y Telecontrol para las personas de edad que opera en Italia (*155*). Teleayuda es un sistema de alarma que el cliente puede activar para pedir ayuda. El servicio de Telecontrol se pone en contacto con los clientes dos veces a la semana para conocer sus necesidades y ofrecer apoyo emocional. En un estudio, a 12 135 individuos de 65 o más años de edad se les dio el servicio de Teleayuda y Telecontrol por cuatro años (*155*). Durante este período, hubo solo un suicidio en el grupo, en contraste con los siete previstos según las estadísticas (*156*).

Enfoques vinculados con las relaciones

Se sabe que la sensibilidad al suicidio está vinculada con las relaciones sociales que una persona tiene: cuanto mayor es el número de relaciones sociales, menor es en general la susceptibilidad al suicidio (*156*). Varias intervenciones han procurado mejorar las relaciones sociales con el fin de

reducir el comportamiento suicida repetido. El enfoque general consiste en explorar los problemas en diferentes esferas de la vida social del paciente para que el terapeuta trate de abordarlos. Aunque la meta principal es prevenir el comportamiento suicida recurrente, el mejoramiento de las relaciones sociales se considera también importante en sí mismo.

Las investigaciones sobre la eficacia del enfoque vinculado con las relaciones no han demostrado efectos positivos para disminuir el comportamiento suicida. Sin embargo, se ha comprobado que el enfoque produce un mejoramiento de las relaciones sociales de las personas.

Intervenciones psicosociales

Litman y Wold (156) investigaron un método particular para llegar al paciente, conocido como "el mantenimiento continuo de las relaciones" (MCR). En este método, el consejero busca activamente comunicarse con la persona que pretende suicidarse y trata de mantener una relación constante con ella. Un total de 400 personas en alto riesgo de suicidio participaron en este programa durante un promedio de 18 meses, asignadas al grupo experimental (de MCR) o a un grupo testigo. En el grupo testigo, los sujetos recibieron orientación permanente y tomaron *ellos mismos* la iniciativa de hacer contacto con el consejero. La intervención no logró reducir la ideación suicida, los intentos de suicidio ni la consumación del suicidio. Sin embargo, se alcanzaron varias metas intermedias y el grupo de MCR mostró mejoras significativas en comparación con el grupo testigo. Estas mejoras incluyeron la disminución de la soledad, relaciones íntimas más satisfactorias, menos depresión y mayor confianza al usar los servicios comunitarios.

Gibbons et al. (157) compararon la eficacia de la "asistencia social individualizada centrada en las tareas" —un método de solución de problemas que hace hincapié en la colaboración entre un paciente y un asistente social con respecto a las cuestiones de la vida diaria— con la del tratamiento ordinario en pacientes que habían hecho una tentativa previa de suicidio. No hubo ninguna diferencia entre las tasas de intentos repetidos de suicidio de los dos grupos, pero el grupo que recibió la asistencia social individualizada centrada en las tareas mostró mayor mejoría en el manejo de los problemas sociales que la observada en el grupo testigo.

En un estudio realizado por Hawton et al. (158), 80 pacientes que habían tomado una sobredosis recibieron orientación en forma ambulatoria o fueron enviados a su médico general con recomendaciones para la atención adicional. Tampoco hubo ninguna diferencia estadística entre las tasas de intentos repetidos de suicidio, pero sí pareció existir cierto beneficio para el grupo de pacientes ambulatorios cuando fueron evaluados después de cuatro meses. Una mayor proporción del grupo de pacientes ambulatorios, en comparación con el segundo grupo, mostró mejoras en cuanto al ajuste social, el ajuste matrimonial y las relaciones con la familia. La orientación pareció sumamente benéficiosa para las mujeres y para los pacientes con problemas que implicaban una relación entre dos personas, como las relaciones entre marido y mujer, madre e hijo, padre e hijo o supervisor y empleado.

Actividades comunitarias

Centros de prevención del suicidio

Además de las intervenciones descritas anteriormente, existen servicios de salud mental de la comunidad específicos para las personas que presentan comportamientos suicidas. El centro de prevención del suicidio tiene la finalidad de servir de punto de atención de crisis que ofrece ayuda inmediata, generalmente mediante el enlace telefónico, pero hay también programas que brindan orientación por medio del contacto directo con el paciente y servicios periféricos.

Dew et al. (159) llevaron a cabo una revisión bibliográfica cuantitativa de la eficacia de los centros de prevención del suicidio y no encontraron ningún efecto general, ya fuera positivo o negativo, en las tasas de suicidio. Sin embargo, las limitaciones metodológicas de su estudio dificultan llegar a una conclusión definitiva. Los autores sí encontraron que la proporción de suicidios entre quienes asistían a los centros de prevención era mayor que la proporción de suicidios en la población general, y que era más probable que los individuos

que se suicidaron hubieran concurrido a estos centros. Estos resultados indican que los centros de prevención del suicidio al menos están atrayendo a la población de alto riesgo a la que deberían estar ayudando.

Lester (160) revisó 14 estudios que examinaban la eficacia de los centros de prevención del suicidio para reducir las tasas de suicidio. Siete de estos estudios aportaron algunas pruebas de un efecto preventivo. Un estudio sobre los centros de prevención del suicidio en 25 ciudades de Alemania en realidad encontró un aumento de las tasas de suicidio en tres de las ciudades (161).

Intervenciones basadas en la escuela

Se han establecido programas para capacitar al personal escolar, los miembros de la comunidad y los prestadores de asistencia sanitaria con el fin de que puedan identificar a las personas en riesgo de suicidio y remitirlas a los servicios de salud mental apropiados. El grado de capacitación varía de un programa a otro, pero en todos los casos es esencial una sólida conexión con los servicios de salud mental locales.

No obstante, Lester (162) hizo una advertencia al señalar que, a medida que el personal escolar se vuelva más versado, tal vez refiera a los estudiantes a los profesionales de la salud mental con menos frecuencia, hecho que en sí puede dar lugar a más suicidios. Si bien la educación del personal escolar, los padres y otros participantes en los programas escolares es sumamente importante, estas personas no pueden reemplazar a los profesionales de la salud mental. Sin embargo, los establecimientos de asistencia sanitaria no pueden por sí solos satisfacer todas las necesidades de los jóvenes y las escuelas deben ser capaces de actuar como un medio para prevenir los suicidios.

Enfoques sociales

Restricción del acceso a elementos letales

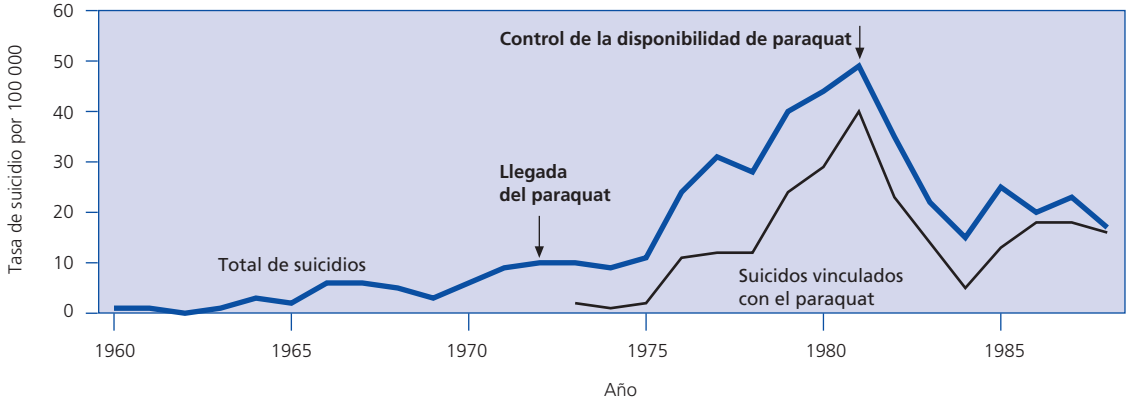
La restricción del acceso a los elementos que suelen usar los suicidas es particularmente pertinente cuando dicho acceso se puede controlar con facilidad. Esto fue demostrado por primera vez en 1972 en Australia por Oliver y Hetzel (163), quienes encontraron una reducción de las tasas de suicidio cuando se restringió el acceso a los sedantes, principalmente los barbitúricos, que son letales en dosis altas.

Además de este estudio sobre los sedantes, hay también pruebas de una reducción de las tasas de suicidio cuando se controlan otras sustancias tóxicas, por ejemplo los plaguicidas, que están ampliamente difundidos en las zonas rurales de muchos países en desarrollo. Quizás uno de los ejemplos mejor estudiados es el de Samoa (116), donde, hasta 1972, cuando por primera vez se introdujo el paraquat en el país, la cantidad de suicidios había sido inferior a 10. El número empezó a elevarse abruptamente a mediados de los años setenta y llegó a casi 50 en 1981, cuando se empezó a controlar la disponibilidad del paraquat. Durante ese período, las tasas de suicidio aumentaron 367%, de 6,7 por 100 000 en 1972 a 31,3 por 100 000 en 1981. Al cabo de tres años, la tasa de suicidios había descendido a alrededor de 9,4 por 100 000. A pesar del control posterior del paraquat, en 1988 más de 90% de los suicidios se llevaron a cabo usando este plaguicida (figura 7.2).

Se ha comprobado que la destoxificación del gas —la eliminación del monóxido de carbono del gas de uso doméstico y del escape de los automóviles— es eficaz para reducir las tasas de suicidio. En Inglaterra, los suicidios mediante intoxicación con gas doméstico empezaron a descender poco después de que se extrajera el monóxido de carbono del gas doméstico (164) (figura 7.3). Se han observado disminuciones similares en el empleo del gas doméstico para el suicidio en Escocia, Estados Unidos, Japón, los Países Bajos y Suiza (165). Otros estudios también han encontrado una reducción de los suicidios después de la introducción de los convertidores catalíticos, que, entre otras cosas, extraen el monóxido de carbono de los gases de escape de los automóviles (165, 166).

Se ha observado la asociación entre la posesión de armas de fuego en el hogar y las tasas de suicidio (167–169). Hay diversos enfoques orientados a reducir las lesiones por armas de fuego, ya sean accidentales o intencionales. Por lo general, esos enfoques se basan en la legislación sobre la venta y

FIGURA 7.2
Número de suicidios en Samoa en relación con la llegada de los plaguicidas que contienen paraquat y el control de las ventas de este plaguicida



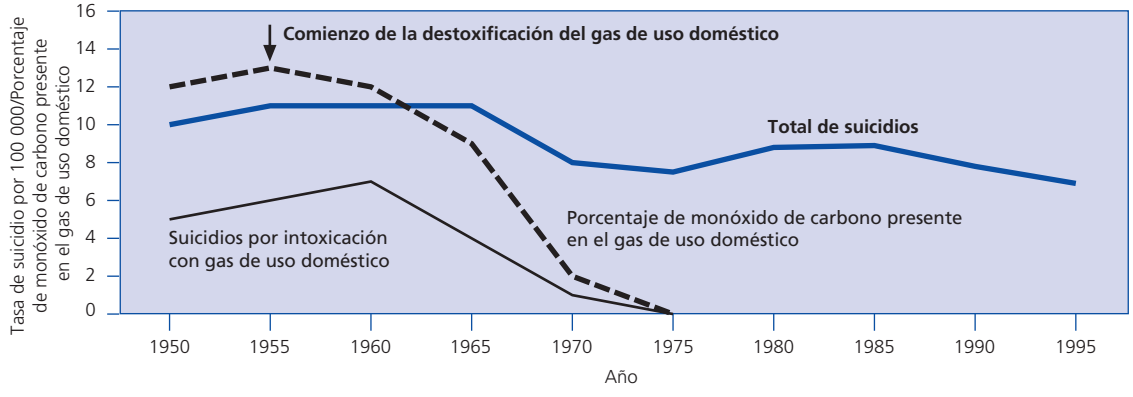
Fuente: Referencia *116*.

la posesión de armas de fuego, y en la seguridad de estas. Las medidas de seguridad al respecto incluyen la instrucción y la capacitación, diversas prácticas de almacenamiento (como guardar las armas de fuego y las municiones por separado y mantener las armas de fuego descargadas y en lugares bajo llave) y dispositivos que bloquean el gatillo. En algunos países —como Australia, Canadá y Estados Unidos— las restricciones a la posesión de armas de fuego se han asociado con una disminución en su empleo para cometer el suicidio (*165*, *169*).

La difusión en los medios de comunicación

Desde hace mucho tiempo se conoce la repercusión potencial de los medios de comunicación en las tasas de suicidio. Hace más de dos siglos, una novela muy leída inspiró una ola de suicidios por imitación. La obra de Johann Wolfgang Goethe, *Las desventuras del joven Werther*, escrita en 1774, se basó en términos generales en el caso de un amigo del autor y describía la conmoción interna de Werther cuando se angustia por su amor no correspondido por Lotte. "El efecto sobre los primeros lectores del libro

FIGURA 7.3
Repercusiones de la destoxificación del gas de uso doméstico (% de monóxido de carbono) en las tasas de suicidio en Inglaterra y Gales, 1950–1995



Fuente: referencia *164*.

fue abrumador. La novela inspiró no solo emoción sino también emulación, en una ola de suicidios de jóvenes vestidos de igual manera [que Werther] con chaqueta azul y chaleco amarillo" (170).

Los datos actuales indican que el efecto de la difusión de los suicidios en los medios en cuanto a estimular la imitación depende en gran parte de la manera de informar: el tono e idioma usados, cómo se destacan los informes y el hecho de que vayan acompañados de material gráfico o de otro tipo que sean inapropiados. La inquietud es que la divulgación extrema de noticias sobre suicidios pueda crear una cultura del suicidio, en la cual se lo considere como una forma normal y aceptable de abandonar un mundo difícil.

Se considera absolutamente imperativo que haya una comunicación responsable de los suicidios por los medios informativos, y cualquier manera de lograr esto deber ser recibida con beneplácito. Diversas organizaciones y gobiernos han propuesto normas para la comunicación del comportamiento suicida, como Befrienders International en el Reino Unido, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos, la Organización Mundial de la Salud y los gobiernos de Australia y Nueva Zelandia (171).

Intervención después de un suicidio

El suicidio de un ser querido puede despertar en los familiares y los amigos íntimos sentimientos de aflicción que son diferentes de los sentimientos que se experimentan cuando la muerte obedece a causas naturales. En general, hay todavía un tabú para hablar del suicidio y los que pierden a un ser querido que se suicida pueden tener menos oportunidades de compartir su aflicción con otras personas. La comunicación de los sentimientos es una parte importante del proceso curativo. Por este motivo, los grupos de apoyo cumplen una función importante. En 1970, se iniciaron en América del Norte los primeros grupos de apoyo y ayuda mutua para los familiares y amigos de las personas que se han suicidado (172). Se establecieron posteriormente grupos similares en diversos países de todo el mundo. Los grupos de apoyo y ayuda mutua son manejados por sus miembros, pero tienen acceso a ayuda y recursos externos. Esos grupos de apoyo mutuo parecen ser beneficiosos para quienes han perdido a alguien a causa del suicidio. La experiencia común de la pérdida por suicidio une a las personas y las alienta a comunicar sus sentimientos (172).

Respuestas mediante políticas

En 1996, el Departamento de las Naciones Unidas para la Coordinación de Políticas y el Desarrollo Sostenible elaboró un documento que destacaba la importancia de una política orientadora sobre la prevención del suicidio (173). La Organización Mundial de la Salud posteriormente preparó una serie de documentos sobre la prevención del suicidio (171, 172, 174–177) y dos publicaciones sobre trastornos mentales, neurológicos y psicosociales (41, 178). También se han elaborado otros informes y normas sobre la prevención de suicidios (179).

En 1999, la Organización Mundial de la Salud lanzó una iniciativa mundial para la prevención del suicidio, con los siguientes objetivos:

- Reducir en forma duradera la frecuencia de los comportamientos suicidas, haciendo hincapié en los países en desarrollo y los países en transición social y económica.
- Identificar, evaluar y eliminar en las etapas iniciales, en la medida de lo posible, los factores que pueden dar lugar a que los jóvenes acaben con su propia vida.
- Aumentar la concientización general acerca del suicidio y prestar apoyo psicosocial a las personas con pensamientos suicidas o experiencias de tentativas de suicidio, así como a los amigos y familiares de quienes han intentado o consumado el suicidio.

La estrategia principal para la puesta en práctica de esta iniciativa contempla dos elementos, de acuerdo con la estrategia de atención primaria de salud de la Organización Mundial de la Salud:

- La organización de actividades multisectoriales a nivel mundial, regional y nacional para aumentar la concientización acerca de los comportamientos suicidas y cómo prevenirlos de manera eficaz.
- El fortalecimiento de la capacidad de los países de elaborar y evaluar políticas y planes

nacionales para la prevención del suicidio, que pueden incluir:

- apoyo y tratamiento a las poblaciones en riesgo, como son las personas con depresión, las personas de edad y los jóvenes;
- reducción de la disponibilidad de medios para suicidarse y del acceso a ellos, por ejemplo, las sustancias tóxicas;
- apoyo y fortalecimiento de las redes para sobrevivientes del suicidio;
- capacitación de los trabajadores de atención primaria de salud y de los trabajadores de otros sectores pertinentes.

La iniciativa se ha complementado actualmente con un estudio que procura identificar factores de riesgo e intervenciones específicas que sean eficaces para disminuir los comportamientos suicidas.

Recomendaciones

A partir de lo expuesto en el presente capítulo, se pueden formular varias recomendaciones importantes para la reducción del comportamiento suicida tanto mortal como no mortal.

Mejores datos

Hay una necesidad urgente de obtener más información en el plano nacional e internacional sobre las causas del suicidio, en particular en los grupos minoritarios. Deben promoverse los estudios transculturales, que pueden conducir a una mejor comprensión de los factores causales y protectores y, en consecuencia, ayudar a mejorar las actividades de prevención. Las siguientes son algunas recomendaciones específicas para obtener mejor información sobre el suicidio:

- Se debe alentar a los gobiernos a recopilar datos sobre el comportamiento suicida tanto mortal como no mortal y ponerlos a disposición de la Organización Mundial de la Salud. Es preciso instar encarecidamente a los hospitales y otros servicios sociales y médicos a llevar registros del comportamiento suicida no mortal.
- Los datos sobre el suicidio y el intento de suicidio tienen que ser válidos y actualizados. Es necesario contar con un conjunto de criterios y definiciones uniformes que —una vez establecidos— deben ser aplicados en forma sistemática y revisados continuamente.
- La recopilación de datos debe organizarse de tal modo que se evite la duplicación de los registros estadísticos; al mismo tiempo, la información tiene que ser fácilmente accesible para los investigadores que realizan encuestas analíticas y epidemiológicas.
- Hay que esforzarse por mejorar el enlace de la información a través de una variedad de organismos, tales como los hospitales, las instituciones psiquiátricas y médicas de otro tipo y los departamentos de policía y de medicina forense.
- Todos los profesionales de la salud y los funcionarios en los organismos pertinentes deben recibir capacitación para detectar y remitir a las personas en riesgo de comportamientos suicidas, y para codificar esos casos apropiadamente en los sistemas de recopilación de datos.
- Es preciso recopilar información sobre los indicadores sociales —como son los indicadores de la calidad de vida, las tasas de divorcio y los cambios sociales y demográficos— junto con los datos concernientes al comportamiento suicida, con el fin de mejorar la comprensión actual del problema.

Más investigaciones

Se deben realizar más investigaciones que examinen la contribución relativa de los factores psicosociales y biológicos en el comportamiento suicida. Un mayor acoplamiento de los dos tipos de factores en los programas de investigación permitiría lograr importantes adelantos en el conocimiento actual del suicidio. Un campo particularmente prometedor es la investigación en rápida expansión de la genética molecular, donde, entre otras cosas, hay ahora mayor conocimiento acerca del control del metabolismo de la serotonina.

Hay que llevar a cabo más investigaciones clínicas sobre la función causal de las afecciones coexistentes, por ejemplo la interacción entre la depresión y el abuso del alcohol. También debe haber mayor énfasis en los subgrupos de la población según la

edad (ya que el suicidio en las personas de edad tiene características diferentes del suicidio en los jóvenes), la personalidad y el temperamento. La obtención de imágenes cerebrales es otro campo que requiere más esfuerzos de investigación. Finalmente, debe haber más investigaciones sobre la función de la hostilidad, la agresión y la impulsividad en el comportamiento suicida.

Mejor tratamiento psiquiátrico

La considerable contribución que los factores psiquiátricos hacen al comportamiento suicida indica que la mejora del tratamiento para las personas con trastornos psiquiátricos es importante para prevenir el suicidio. En este sentido, se deben adoptar las siguientes medidas.

- Es preciso instar a las empresas farmacéuticas a preparar más medicamentos eficaces para los trastornos psiquiátricos. El advenimiento de los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina, por ejemplo, puede haber producido una disminución de las tasas de suicidio en Escandinavia (*180*).
- El financiamiento de la investigación debe dirigirse a crear técnicas más eficaces de psicoterapia y orientación para los suicidas. En particular, debe haber técnicas más específicas para las personas cuyos trastornos de la personalidad se asocian estrechamente con el comportamiento suicida.
- Es necesario hacer que muchas más personas conozcan los signos y síntomas del comportamiento suicida y sepan dónde se puede obtener ayuda si es necesario, ya sea de la familia y los amigos, los médicos, los asistentes sociales, los líderes religiosos, los empleadores o profesores y otro personal escolar. Los médicos y otros prestadores de asistencia sanitaria, en particular, deben ser instruidos y capacitados para reconocer, remitir y tratar a las personas con trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos afectivos.
- Una prioridad urgente para los gobiernos y sus departamentos de planificación de la asistencia sanitaria es la identificación y el tratamiento tempranos de los individuos que sufren no solo trastornos mentales sino también dependencia de las drogas y el alcohol. El programa establecido por Rutz (*181*) en Gotland (Suecia) puede proporcionar un modelo útil para otros países.

Cambios en el ámbito de vida

Se sugiere una variedad de modificaciones para dificultar las posibilidades de suicidarse, tales como:

- Colocar vallas en los puentes altos.
- Limitar el acceso a los techos y los sitios exteriores altos de los edificios elevados.
- Obligar a los fabricantes de automóviles a modificar la forma de los caños de escape de los vehículos y a introducir un mecanismo mediante el cual el motor se apague automáticamente después de un período específico en que esté en marcha sin que se desplace el vehículo.
- Restringir el acceso a los plaguicidas y los fertilizantes para los que no son agricultores.
- En lo concerniente a medicamentos en potencia letales:
  - exigir el monitoreo estricto de las prescripciones por los médicos y los farmacéuticos;
  - reducir al máximo el tamaño de las prescripciones;
  - envasar los medicamentos en ampollas de material plástico;
  - cuando sea posible, prescribir medicamentos en forma de supositorios.
- Reducir el acceso a las armas de fuego entre los grupos en riesgo de cometer suicidio.

Fortalecer las actividades comunitarias

Las comunidades locales son ámbitos importantes para las actividades existentes de prevención del suicidio, si bien se puede hacer mucho más para fortalecer los esfuerzos comunitarios. En particular, se debe prestar atención a:

- Elaborar y evaluar programas comunitarios.
- Mejorar la calidad de los servicios en los programas existentes.
- Otorgar mayor financiamiento gubernamental y apoyo profesional a las actividades de:
  - los centros de prevención del suicidio;

  - los grupos de apoyo para las personas que han perdido a un ser querido a causa del suicidio (como un hijo, un compañero íntimo o un progenitor) y que, por lo tanto, pueden tener ellas mismas mayor riesgo de suicidarse;
  - reducción del aislamiento social promoviendo programas comunitarios como los centros para jóvenes y para personas mayores.
- Establecer asociaciones y mejorar la colaboración entre los organismos pertinentes.
- Crear programas educativos de prevención del comportamiento suicida, no solo para las escuelas, como es casi siempre el caso en la actualidad, sino también para otros grupos, como los lugares de trabajo y otros entornos en las comunidades.

Conclusiones

El suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y constituye un problema importante de salud pública. El suicidio y el intento de suicidio son fenómenos complejos que surgen, de manera muy individualista, de la acción recíproca entre factores biológicos, psicológicos, psiquiátricos y sociales. La complejidad de las causas requiere necesariamente un enfoque polifacético de la prevención que tenga en cuenta el contexto cultural. Los factores culturales desempeñan una función destacada en el comportamiento suicida (*182*) y producen grandes diferencias en las características de este problema en todo el mundo (*183*). Dadas estas diferencias, lo que tiene un efecto positivo para prevenir el suicidio en un lugar quizá sea ineficaz o aun contraproducente en otro ámbito cultural.

Se necesita una inversión importante tanto en la investigación como en las actividades preventivas. Aunque los estudios a corto plazo contribuyen a una mejor comprensión de por qué ocurre el suicidio y qué se puede hacer para prevenirlo, son necesarios estudios longitudinales para conocer plenamente la función de los factores biológicos, psicosociales y ambientales en el suicidio. También se requieren evaluaciones rigurosas y a largo plazo de las intervenciones. Hasta la fecha, la mayoría de los proyectos han sido de corta duración, con poca o ninguna evaluación.

Finalmente, las actividades de prevención del suicidio serán ineficaces si no se establecen en el marco de planes a gran escala elaborados por equipos multidisciplinarios que incluyan a funcionarios del gobierno, planificadores y trabajadores de la atención de salud e investigadores y profesionales de diversas disciplinas y sectores. Las inversiones importantes en la planificación, los recursos y la colaboración entre estos grupos contribuirán a reducir este trascendente problema de salud pública.

Referencias

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. En: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. Nueva York, NY, Guilford, 1985:22–35.
3. Stoudemire A et al. The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8:387–394.
4. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
5. Shneidman E. *Definition of suicide*. Nueva York, NY, John Wiley & Sons, 1985.
6. Canetto SS, Lester D. *Women and suicidal behavior*. Nueva York, NY, Springer, 1995.
7. Paykel ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124:460–469.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:617–626.
9. Favazza A. Self-mutilation. En: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1999:125–145.
10. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2001.
11. Lester D. *Patterns of suicide and homicide in the world*. Commack, NY, Nova Science, 1996.
12. Lester D, Yang B. *Suicide and homicide in the 20th century*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
13. Girard C. Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 1993, 58:553–574.

14. Booth H. Pacific Island suicide in comparative perspective. *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31:433–448.
15. Yip PSF. Suicides in Hong Kong, Taiwan and Beijing. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:495–500.
16. Lester D. *Suicide in African Americans*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
17. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 1998, 394:5-12.
18. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
19. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.
20. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
21. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, NY, Nova Science, 1997.
22. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990-1995*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
23. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. En: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189-211.
24. Graham A et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 2000, 35:1–28.
25. Yip PSF, Yam CH, Chau PH. A re-visit on seasonal variations in the Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103:315–316.
26. Ji JL, Kleinman A, Becker AE. Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their socio-cultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, 9:1–12.
27. Cooper PN, Milroy CM. The coroner's system and underreporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*, 1995, 35:319–326.
28. De Leo D, Diekstra RFW. *Depression and suicide in late life*. Toronto y Berna, Hogrefe/Huber, 1990.
29. Sayer G, Stewart G, Chipps J. Suicide attempts in NSW: associated mortality and morbidity. *Public Health Bulletin*, 1996, 7:55–63.
30. Kjoller M, Helveg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:54–61.
31. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25:36–57.
32. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. En: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. Nueva York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
33. McIntosh JL et al. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, D.C., American Psychological Association, 1994.
34. De Leo D et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16:1-11.
35. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93:327-338.
36. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
37. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307.
38. Scocco P et al. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 2001, 189:209–218.
39. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide in mood disorders. En: Botsis AL, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier, 1997:33–46.
40. Waern M et al. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 1999, 354:917–918.
41. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.
42. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 1988, 72:937–971.
43. Beck AT et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147:190–195.
44. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117:437–438.
45. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.

46. Botswick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:1925–1932.
47. Roy A. Suicide in schizophrenia. En: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.
48. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16:571–589.
49. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
50. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383–392.
51. Yip PSF et al. *Teenage suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
52. Hawton K, Catalan J. *Attempted suicide: a practical guide to its nature and management*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1987.
53. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 308:1227–1233.
54. Roy A. Genetics, biology and suicide in the family. En: Maris RW et al., eds. *Assessment and prediction of suicide*. Nueva York, NY, Guilford, 1992:574–588.
55. Schulsinger F et al. A family study of suicide. En: Schou M, Stromgren E, eds. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. Londres, Academic Press, 1979:227–287.
56. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33:1193–1197.
57. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals: a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*, 1995, 28:45–50.
58. Coccaro EF et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46:587–599.
59. Mann JJ et al. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49:442–446.
60. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998, 4:25–30.
61. Van Praag H. Suicide and aggression. En: Lester D, ed. *Suicide prevention*. Filadelfia, Brunner-Routledge, 2000:45–64.
62. Chi I, Yip PSF, Yu KK. *Elderly suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
63. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
64. Appleby L et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:168–174.
65. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1543–1551.
66. Foster T et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case–control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:175–179.
67. Heikkinen ME et al. Age-related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183:325–331.
68. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348–351.
69. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:645–650.
70. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26–30.
71. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1416–1420.
72. Olson L et al. Guns, alcohol and intimate partner violence: the epidemiology of female suicide in New Mexico. *Crisis*, 1999, 20:121–126.
73. Thompson MP et al. Partner abuse and post-traumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Trauma and Stress*, 1999, 12:59–72.
74. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science in Medicine*, 1997, 45:1161–1176.
75. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
76. Dinwiddie S et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin control study. *Psychological Medicine*, 2000, 30:41–52.
77. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793–800.

78. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 1998, 21:99–107.
79. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:709–723.
80. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:876–880.
81. Herrell R et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:867–874.
82. Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. En: Feinleib MR, ed. *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Volume 3. Prevention and interventions in youth suicide*. Washington, D.C., United States Department of Health and Human Services, 1989 (DHHS publication ADM 89-1623: 110-137).
83. Shaffer D et al. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25(Suppl.):64–71.
84. Millard J. Suicide and suicide attempts in the lesbian and gay community. *Australian and New Zealand Mental Health Nursing*, 1995, 4:181–189.
85. Stronski Huwiler SM, Remafedi G. Adolescent homosexuality. *Advances in Pediatrics*, 1998, 45:107–144.
86. Clark D.C., Fawcett J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. En: Bongar B, ed. *Suicide: guidelines for assessment, management and treatment*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1992:16–48.
87. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:254–261.
88. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 1998, 78:78–80.
89. Cantor CH, Slater PJ. Marital breakdown, parenthood and suicide. *Journal of Family Studies*, 1995, 1:91–102.
90. Yip PSF. Age, sex, marital status and suicide: an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 1998, 82:311–322.
91. Thompson N, Bhugra D. Rates of deliberate self-harm in Asians: findings and models. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12:37–43.
92. Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28:62–68.
93. Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis*, 2000, 21:31–35.
94. Durkheim E. *Le Suicide*. París, Alcain, 1897.
95. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 377(Suppl.):65–72.
96. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 23:343–358.
97. Kreitman N. *Parasuicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 1977.
98. Magne-Ingvar U, Ojehagen A, Traskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86:153–158.
99. Maris RW. *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.
100. Negron R et al. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1512–1519.
101. Wenz F. Marital status, anomie and forms of social isolation: a case of high suicide rate among the widowed in urban sub-area. *Diseases of the Nervous System*, 1977, 38:891–895.
102. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577–587.
103. Dennis MS, Lindsay J. Suicide in the elderly: the United Kingdom perspective. *International Psychogeriatrics*, 1995, 7:263–274.
104. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford 1976–93. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:202–208.
105. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
106. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:175–180.
107. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31:62–70.
108. De Leo D et al. *Hanging as a means to suicide in young Australians: a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1999.
109. Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 1998, 18:665–676.
110. Wasserman I. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 1984, 49:427–436.
111. Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of "Final Exit". *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1508–1510.

112. De Leo D, Ormskerk S. Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*, 1991, 12:3–17.
113. *Rates of suicide throughout the country: fact sheet*. Washington, D.C., American Association of Suicidology, 1999.
114. Dudley MJ et al. Suicide among young Australians, 1964–1993: an interstate comparison of metropolitan and rural trends. *Medical Journal of Australia*, 1998, 169:77–80.
115. Hawton K et al. *Suicide and stress in farmers*. Londres, The Stationery Office, 1998.
116. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. En: Diekstra RFW et al., eds. *Preventive strategies on suicide*. Leiden, Brill, 1995:173–206.
117. Cantor CH et al. *The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians: a report to the NH-MRC*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
118. Baume P, Cantor CH, McTaggart P. *Suicide in Queensland, 1990–1995*. Queensland, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
119. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93–115.
120. Varnik A, Wasserman D, Eklund G. Suicides in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 22:166–169.
121. Kalediene R. Time trends in mortality in Lithuania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99:419–422.
122. Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Report*, 1995, 76:1331–1341.
123. Lopatin AA, Kokorina NP. The widespread nature of suicide in Kuzbass (Russia). *Archives of Suicide Research*, 1998, 3:225–234.
124. Berk JH. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia. *Psychoanalytical Review*, 1998, 85:648–658.
125. Yip PSF. Suicides in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32:243–250.
126. Morrell S et al. Suicide and unemployment in Australia 1907–1990. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:749–756.
127. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine*, 1997, 27:371–381.
128. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 1998, 28:209–218.
129. Lester D. Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 1987, 22:99–101.
130. Faupel CE, Kowalski GS, Starr PD. Sociology's one law: religion and suicide in the urban context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1987, 26:523–534.
131. Burr JA, McCall PL, Powell-Griner E. Catholic religion and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 1994, 75:300–318.
132. Bankston WB, Allen HD, Cunningham DS. Religion and suicide: a research note on "Sociology's One Law". *Social Forces*, 1983, 62:521–528.
133. Pope W, Danigelis N. Sociology's "one law". *Social Forces*, 1981, 60:495–516.
134. Simpson ME, Conlin GH. Socioeconomic development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces*, 1989, 67:945–964.
135. Stack S, Wasserman I. The effect of religion on suicide ideology: an analysis of the networks perspective. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1992, 31:457–466.
136. Stack S. The effect of religious commitment of suicide: a cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1983, 24:362–374.
137. Kok LP. Race, religion and female suicide attempters in Singapore. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 40:236–239.
138. Neeleman J, Wessely S, Lewis G. Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186:12–16.
139. Marzuk PM et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:122–123.
140. Nisbet PA. Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:325–340.
141. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
142. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.
143. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. En: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
144. Pfeffer CR, Hurt SW, Peskin JR. Suicidal children grow up: ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1318–1325.
145. Borowsky IW et al. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:573–580.

146. Goldney RD. Prediction of suicide and attempted suicide. En: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 2000:585–595.
147. Verkes RJ et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:543–547.
148. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. En: Stoff DM, Mann JJ, eds. *The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic*. Nueva York, NY, New York Academy of Sciences, 1997:302–328.
149. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871–876.
150. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50:971–974.
151. MacLeod AK et al. Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: results from a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 37:371–379.
152. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The Green Card Study. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163:111–112.
153. Cotgrove A et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995, 18:569–577.
154. Evans MO et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:23–27.
155. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:632–634.
156. Litman RE, Wold CI. Beyond crisis intervention. En: Schneidman ES, ed. *Suicidology, contemporary developments*. Nueva York, NY, Grune & Stratton, 1976:528–546.
157. Gibbons JS et al. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry*, 1978, 133:111–118.
158. Hawton K et al. Evaluation of outpatient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological Medicine*, 1987, 17:751–761.
159. Dew MA et al. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55:239–244.
160. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centres: a review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, 27:304–310.
161. Riehl T, Marchner E, Moller HJ. Influence of crisis intervention telephone services ("crisis hotlines") on the suicide rate in 25 German cities. En: Moller HJ, Schmidtke A, Welz R, eds. *Current issues of suicidology*. Nueva York, NY, Springer Verlag, 1988:431–436.
162. Lester D. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27:75–77.
163. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919–923.
164. Kreitman N. The coal gas history: United Kingdom suicide rates, 1960–1971. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1972, 30:86–93.
165. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7–24.
166. Clarke RV, Lester D. Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1987, 41:114–120.
167. Lester D, Murrell ME. The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 80:151–154.
168. Kellerman AL et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:467–472.
169. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606–608.
170. Reed TJ. *Goethe*. Oxford, Oxford University Press, 1984 (Past Masters Series).
171. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.2).
172. *Preventing suicide: how to start a survivors group*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.6).
173. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1996 (documento ST/SEA/245).
174. *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.1).
175. *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.3).
176. *Preventing suicide: a resource for primary health care workers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.4).

177. *Preventing suicide: a resource for prison officers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento WHO/MNH/MBD/00.5).
178. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
179. United States Public Health Service. *The Surgeon-General's call to action to prevent suicide*. Washington, D.C., United States Department of Health and Human Services, 1999.
180. Isacsson G. Suicide prevention: a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102: 113–117.
181. Rutz W. The role of family physicians in preventing suicide. En: Lester D, ed. *Suicide prevention: resources for the millennium*. Filadelfia, PA, Brunner-Routledge, 2001:173–187.
182. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 1999, 20:53–55.
183. Schmidtke A et al. Suicide rates in the world: an update. *Archives of Suicide Research*, 1999, 5:81–89.

CAPÍTULO 8

La violencia colectiva

Antecedentes

La violencia colectiva, en sus múltiples formas, recibe mucha atención pública. Los conflictos violentos entre naciones y grupos, el terrorismo de Estado y de grupos, la violación sexual como arma de guerra, el movimiento de gran número de personas desplazadas de sus hogares, la guerra entre pandillas y el vandalismo de las turbas, son sucesos que ocurren diariamente en muchos lugares del mundo. Sus efectos sobre la salud, materializados en defunciones, enfermedades somáticas, discapacidades y angustia, son muy amplios.

Desde hace mucho tiempo la medicina, como ciencia y en la práctica, se ha ocupado de los efectos de la violencia colectiva, desde la cirugía militar hasta las actividades del Comité Internacional de la Cruz Roja. No obstante, la salud pública empezó a ocuparse del fenómeno apenas en los años setenta, después de la crisis humanitaria en Biafra (Nigeria). El aprendizaje adquirido allí, en gran parte por las organizaciones no gubernamentales, fue la base de un creciente cúmulo de conocimientos e intervenciones médicas en el campo de la atención preventiva de salud.

El mundo todavía está aprendiendo cómo responder mejor a las diversas formas de violencia colectiva, pero hoy día es evidente que a la salud pública le corresponde un papel destacado. Como declaró la Asamblea Mundial de la Salud en 1981 (1), la función de los trabajadores de la salud en la promoción y preservación de la paz es un factor importante para lograr la salud para todos.

El presente capítulo se concentra principalmente en los conflictos violentos y hace hincapié en las complejas situaciones de emergencia vinculadas con ellos. Si bien suele informarse ampliamente sobre las crisis de este tipo, muchos de sus aspectos, como los efectos no mortales en las víctimas, las causas de las crisis y las respuestas a ellas, suelen permanecer ocultos, a veces en forma deliberada. No se han incluido en este capítulo las formas de violencia colectiva que no tienen objetivos políticos, como la violencia de las pandillas, el vandalismo de las turbas y la violencia criminal asociada a la delincuencia.

¿Cómo se define la violencia colectiva?

La violencia colectiva se puede definir como:

> el uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo —ya sea transitorio o con una identidad más permanente— contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales.

Formas de violencia colectiva

Se han reconocido diversas formas de violencia colectiva, tales como:

- Las guerras, el terrorismo y otros conflictos políticos violentos que ocurren dentro de los estados o entre ellos.
- La violencia perpetrada por el Estado, como el genocidio, la represión, las desapariciones, la tortura y otras violaciones de los derechos humanos.
- La delincuencia violenta organizada, como los delitos perpetrados por bandas de malhechores y las guerras de pandillas.

Situaciones complejas de emergencia

Según la definición del Comité Permanente entre Organismos (2) —el mecanismo básico de las Naciones Unidas para la coordinación de la ayuda humanitaria en respuesta a situaciones de emergencia complejas y graves— una situación compleja de emergencia es:

"una crisis humanitaria en un país, región o sociedad, donde hay un deterioro total o considerable de la autoridad como resultado de conflictos internos o externos, que requiere una respuesta internacional que va más allá del mandato o la capacidad de cualquier organismo único o del programa nacional en curso de las Naciones Unidas".

Aunque a veces se aplica para describir otras formas de desastres naturales o producidos por el hombre que tienen una repercusión significativa, el término se utiliza aquí para describir las situaciones de emergencia estrechamente asociadas con conflictos violentos, que a menudo tienen implicaciones políticas trascendentales.

Leaning (3) propone cuatro resultados característicos de las situaciones complejas de emergencia, todos los cuales tienen consecuencias profundas para la salud pública:

- el desplazamiento de poblaciones;
- la destrucción de las redes sociales y los ecosistemas;
- la inseguridad que afecta a la población civil y a otras personas que no participan en la lucha;
- las violaciones de los derechos humanos.

Algunos analistas (4) usan el término "situaciones políticas complejas de emergencia" para destacar la naturaleza política de ciertas crisis. Las situaciones políticas complejas de emergencia tienen las siguientes características:

- trascienden las fronteras;
- sus raíces estan ligadas a la competencia por el poder y los recursos;
- son de duración prolongada;
- se producen dentro de las estructuras y divisiones sociales, políticas, económicas y culturales existentes y las reflejan;
- a menudo se caracterizan por un dominio social de carácter "depredador".

Conflictos armados

Aunque "guerra" es un término que se usa ampliamente para describir los conflictos —y comúnmente se entiende en su sentido histórico como violencia entre estados—, su definición jurídica es polémica. La controversia gira en torno de cuestiones como la cuantificación (por ejemplo, cuántas muertes debe causar la contienda y durante cuánto tiempo debe extenderse para ser calificada como una guerra), de que las hostilidades hayan sido declaradas abiertamente o no, y de cuáles son sus límites geográficos (por ejemplo, si la guerra es necesariamente entre estados o se produce en el interior de un estado). Para evitar estas controversias, y en particular para prevenir las lagunas en la aplicabilidad del derecho humanitario, muchos instrumentos internacionales (como los Convenios de Ginebra de 1949) usan el término "conflicto armado".

Sin embargo, la gran variedad de conflictos armados y de combatientes implicados ha obligado a los observadores a buscar nuevos términos para describirlos. Los ejemplos incluyen "guerras nuevas", para describir los conflictos en los que se han desdibujado los límites entre los conceptos tradicionales de la guerra, la delincuencia organizada y las violaciones a gran escala de los derechos humanos (5), y "guerra asimétrica". Este último término, que se asocia estrechamente con el fenómeno del terrorismo moderno (6), se usa para describir una forma de conflicto en la cual un grupo organizado —que carece de fuerza militar y poder económico— procura atacar los puntos débiles intrínsecos de sociedades relativamente prósperas y abiertas. Los ataques tienen lugar con armas y tácticas no convencionales y sin respeto por códigos de conducta militares o políticos.

El genocidio

El genocidio es una forma particularmente abominable de violencia colectiva, en especial porque sus perpetradores escogen de manera intencional a un grupo de población con el propósito de destruirlo. En consecuencia, el genocidio tiene, por definición, una dimensión colectiva.

Sin embargo, el concepto de genocidio es reciente. Aunque el término fue aplicado retrospectivamente por los historiadores y otras personas a sucesos que ocurrieron antes de 1939 (y se emplea en el sentido histórico en ejemplos citados posteriormente en este capítulo), solo se le dio una definición jurídica después de la segunda guerra mundial. Los horrores del holocausto nazi impulsaron el debate internacional que condujo a la codificación del término en 1948, en la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, que entró en vigencia el 12 de enero de 1951. El artículo 2 de la convención define el genocidio como "cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, como tal:

- matanza de miembros del grupo;
- lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo;
- sometimiento intencional del grupo a condiciones de existencia que hayan de acarrear su destrucción física, total o parcial;

– medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo;
– traslado por fuerza de niños del grupo a otro grupo".

El delito de genocidio está penado en la convención, junto con la complicidad en el genocidio y la conspiración, la incitación directa y pública al genocidio y el intento de cometerlo.

Después del conflicto de 1994 en Rwanda, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas expresó en diversas resoluciones su profunda preocupación por los informes de genocidio y decidió establecer un Tribunal Penal Internacional para Rwanda. El Tribunal ya ha impuesto y confirmado en apelación varias sentencias por genocidio. La Cámara de Primera Instancia del Tribunal Penal Internacional para la antigua Yugoslavia dictó, en agosto de 2001, su primera sentencia por genocidio en el contexto del conflicto en Bosnia y Herzegovina, en relación con la masacre de musulmanes bosnios que tuvo lugar en Srebrenica en julio de 1995.

Datos sobre la violencia colectiva

Fuentes de datos

Diversos institutos de investigación recopilan y analizan los datos sobre las víctimas de los conflictos tanto internacionales como dentro de un país. Entre ellos están el Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación de la Paz (SIPRI), que ha elaborado un formato detallado y estandarizado para sus informes anuales sobre la repercusión de los conflictos, y el proyecto Correlates of War [Correlaciones de la Guerra], de la Universidad de Michigan (Estados Unidos), una fuente ampliamente citada en relación con la magnitud y las causas de los conflictos desde el siglo XIX hasta la actualidad.

Los datos concernientes específicamente a la tortura y la violación de los derechos humanos son recogidos por una gama amplia de organismos nacionales de derechos humanos, así como por un número creciente de organizaciones no gubernamentales internacionales, tales como Derechos Africanos, Amnistía Internacional y Human Rights Watch. En los Países Bajos, el Programa de Investigaciones Interdisciplinarias sobre las Causas Fundamentales de las Violaciones de los Derechos Humanos vigila las defunciones y otras consecuencias de los abusos en todo el mundo.

Problemas con la recopilación de datos

La mayoría de los países pobres carecen de sistemas fiables de registro de datos concernientes a la salud, lo cual hace particularmente difícil determinar la proporción de defunciones, enfermedades y discapacidad relacionadas con los conflictos. Además, las situaciones complejas de emergencia invariablemente desorganizan los sistemas de vigilancia e información existentes (7). No obstante, se han ideado algunas técnicas innovadoras para superar estas dificultades. En Guatemala, se combinaron tres compilaciones distintas de datos junto con los datos aportados por los testigos y las víctimas para llegar a una estimación del total de defunciones causadas por la guerra civil. Este método indicó que habían perdido la vida alrededor de 132 000 personas. La cifra registrada oficialmente fue muy inferior, ya que no se contabilizaron unas 100 000 defunciones (8).

Las bajas entre las fuerzas armadas se registran en general según los procedimientos militares prescritos y las cifras probablemente sean bastante exactas. Las cifras concernientes a los genocidios evidentemente están expuestas a mayor manipulación y, por lo tanto, son más difíciles de confirmar. Las estimaciones de las matanzas en masa de la población civil pueden variar hasta por un factor de 10. En el genocidio rwandés de 1994, las defunciones calculadas variaron de 500 000 a 1 000 000. En Timor Oriental, se informó la desaparición de decenas de miles de personas inmediatamente después del conflicto en 1999, y varios meses más tarde todavía era poco claro si los cálculos originales habían sido correctos. Poco se sabe con certeza acerca del número de víctimas en el conflicto en la República Democrática del Congo entre 1998 y 2001, si bien estimaciones recientes han señalado que probablemente han perdido la vida más de 2,5 millones de personas (9).

Se afrontan muchas dificultades al recopilar los datos, entre ellas los problemas de evaluar la salud y la mortalidad en poblaciones que cambian rápidamente, la falta de acceso a servicios en los cuales se puedan recopilar datos y una serie de sesgos. Las

partes implicadas en los conflictos a menudo tratan de manipular los datos sobre las víctimas y los recursos. Por consiguiente, es probable que haya sesgos en la información y en la forma en que se cuentan las víctimas. Por este motivo, las organizaciones de la sociedad civil tienen un papel importante que desempeñar en la documentación de los casos de violencia colectiva. Los datos sobre violaciones de los derechos humanos también suelen ser difíciles de comprobar, ya que los autores de esas violaciones hacen todo lo posible —mediante secuestros, desapariciones y asesinatos políticos— por ocultar las pruebas de sus actos. Varios organismos, como Amnistía Internacional, Human Rights Watch y Médicos en pro de los Derechos Humanos, han creado técnicas integrales para reunir, evaluar y verificar los datos sobre violaciones de los derechos humanos.

La magnitud del problema

La Organización Mundial de la Salud calcula que cerca de 310 000 personas murieron por heridas relacionadas con la guerra en el año 2000 (véase el Anexo estadístico). Estas defunciones se registran según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para las lesiones resultantes de operaciones de guerra (CIE-9[1] E990–E999 o CIE-10[2] Y36). Las tasas de defunciones relacionadas con la guerra variaron de menos de 1 por 100 000 habitantes en los países de ingreso alto a 6,2 por 100 000 en los países de ingreso bajo y mediano. En todo el mundo, las tasas más altas de defunciones relacionadas con la guerra se encontraron en la Región de África de la OMS (32,0 por 100 000), seguida por los países de ingreso bajo y mediano de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS (8,2 por 100 000) y de la Región de Europa de la OMS (7,6 por 100 000), respectivamente.

Las víctimas de los conflictos

Entre los siglos XVI y XX, los totales calculados de defunciones relacionadas con los conflictos fueron, respectivamente en cada siglo, de 1,6 millones, 6,1 millones, 7,0 millones, 19,4 millones y 109,7 millones (12, 13). Esas cifras, naturalmente, ocultan las circunstancias en las que murieron las personas. Por ejemplo, se estima que 6 millones de personas perdieron la vida en la captura y el transporte de esclavos durante cuatro siglos, y 10 millones de indígenas americanos murieron a manos de los colonizadores europeos.

Según una estimación (14), alrededor de 191 millones de personas perdieron la vida directa o indirectamente en los 25 casos principales de violencia colectiva en el siglo XX, y 60% de esas defunciones correspondieron a personas que no participaban en la lucha. Además de la primera y la segunda guerras mundiales, dos de los sucesos más catastróficos en pérdidas humanas fueron el exterminio en el período del terror estalinista y la muerte de millones de personas en China durante el Gran Salto Adelante (1958-1960). Persiste en ambos casos la incertidumbre en torno a la magnitud de las pérdidas humanas. Las defunciones relacionadas con conflictos en los 25 casos más importantes correspondieron a unos 39 millones de soldados y 33 millones de civiles. La hambruna relacionada con conflictos o el genocidio en el siglo XX acabó con otros 40 millones de personas.

Un hecho relativamente nuevo en los conflictos armados es el número cada vez mayor de defunciones violentas de civiles empleados de las Naciones Unidas y trabajadores de organizaciones no gubernamentales en las zonas de conflicto. Entre 1985 y 1998 se produjeron más de 380 defunciones entre los trabajadores humanitarios (15) y murieron más civiles miembros del personal de las Naciones Unidas que integrantes de las tropas de mantenimiento de la paz de la organización.

La tortura y la violación sexual

La tortura es una práctica común en muchos conflictos (recuadro 8.1). Dado que las víctimas tienden a ocultar el trauma que han sufrido y que hay también presiones políticas para encubrir el empleo de la tortura, es difícil calcular cuán generalizada está.

La violación sexual como arma de guerra también ha sido documentada en numerosos conflictos.

[1] *Clasificación internacional de enfermedades, novena revisión (10).*
[2] *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (11).*

RECUADRO 8.1

La tortura

Varios tratados internacionales han definido la tortura. La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1984 se refiere a "todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales", con el fin de obtener información o una confesión, de castigarla, intimidarla o coaccionarla, "o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación". La Convención hace referencia a la tortura infligida por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones oficiales.

Al preparar su informe de 2000 sobre la tortura (*16*), la organización de derechos humanos Amnistía Internacional encontró en más de 150 países informes de tortura o malos tratos a manos de funcionarios. En más de 70 países, al parecer la práctica estaba generalizada y en más de 80 murieron personas presuntamente como resultado de la tortura. La mayoría de las víctimas parecían haber sido personas sospechosas o declaradas culpables de haber cometido delitos penales, y la mayor parte de los torturadores eran oficiales de la policía.

Es muy posible que la notificación de los casos de tortura de presuntos delincuentes sea incompleta, ya que en general es menos probable que las víctimas presenten quejas. En algunos países, la práctica inveterada de torturar a los delincuentes comunes atrae la atención solo cuando ha disminuido la represión política más evidente. A falta de adiestramiento y mecanismos de investigación adecuados, tal vez la policía recurra a la tortura o los malos tratos para conseguir rápidamente confesiones y condenas.

En algunos casos de tortura, la finalidad es extraer información, obtener una confesión (ya sea cierta o falsa), forzar la colaboración o "quebrantar" a la víctima como un ejemplo para otros. En otros casos, el castigo y la humillación son el objetivo primario. La tortura es también a veces empleada como medio de extorsión. Una vez establecido, el régimen de tortura puede perpetuarse.

La tortura tiene graves consecuencias para la salud pública, pues daña la salud mental y física de las personas. Las víctimas pueden quedarse en su propio país y adaptarse como mejor puedan, con o sin apoyo médico y psicosocial. Si sus necesidades no son adecuadamente atendidas, corren el riesgo de convertirse en miembros cada vez más enajenados o disfuncionales de la sociedad. Lo mismo sucede cuando se exilian. Los datos existentes sobre personas que buscan asilo, algunas de las cuales han sufrido la tortura en su país de origen, revelan que tienen considerables necesidades de salud (*17, 18*).

Cuando no se controla el empleo de la tortura, se promueve la práctica deficiente por parte de las fuerzas policiales y de seguridad y una mayor tolerancia de las violaciones de los derechos humanos y la violencia. Diversas organizaciones de profesionales de la salud han adoptado una posición enérgica contra la tortura, pues consideran que su prevención está estrechamente vinculada con su vocación médica y el bien de la salud pública (*19*). Las organizaciones no gubernamentales también han promovido la prevención (*20*).

Se ha recomendado para uso a nivel mundial un mecanismo particular de control, el sistema de inspección del Consejo de Europa. Un proyecto de "Protocolo Optativo" a la Convención de las Naciones Unidas sobre la Tortura proporcionaría un sistema similar de inspección en los lugares de detención. Hasta la fecha, ha sido lento el progreso en la elaboración de ese Protocolo Optativo.

Las iniciativas para investigar y documentar la tortura se han incrementado en los últimos años. Las pautas de las Naciones Unidas para la evaluación y el registro de las pruebas médicas de la tortura, conocidas como el "Protocolo de Estambul", fueron elaboradas en 1999 por científicos forenses, médicos, supervisores de derechos humanos y abogados de 15 países, y se publicaron dos años después (*21*).

Aunque las mujeres constituyen la abrumadora mayoría de las víctimas de violación, también se produce la violación de varones en los conflictos. Las estimaciones del número de mujeres violadas en Bosnia y Herzegovina durante el conflicto que tuvo lugar entre 1992 y 1995 varían de 10 000 a 60 000 (22). En los últimos decenios también se han documentado casos de violaciones durante los conflictos violentos de Bangladesh, Liberia, Rwanda y Uganda, entre otros países (véase el capítulo 6). La violación a menudo se usa para aterrorizar y desmoralizar a las comunidades, obligar a las personas a huir y destruir las estructuras comunitarias. Los efectos físicos y psíquicos sobre las víctimas son muy profundos (23, 24).

La naturaleza de los conflictos

Desde la segunda guerra mundial, ha habido un total de 190 conflictos armados, de los cuales solo uno de ellos fue entre estados. En realidad, los conflictos actuales tienen lugar cada vez más dentro de un mismo estado. La mayoría de los conflictos armados que estallaron después de la segunda guerra mundial han durado menos de seis meses, pero los que se prolongaron por más tiempo a menudo continuaron durante muchos años. Por ejemplo, en Viet Nam, el conflicto violento abarcó más de dos decenios. Otros casos similares son los conflictos de Afganistán y Angola. El número total de conflictos armados en curso fue de menos de 20 en los años cincuenta, más de 30 en los años sesenta y setenta, y se elevó a más de 50 a fines de los años ochenta. Si bien hubo menos conflictos armados en curso después de 1992, los que se produjeron fueron, por término medio, de mayor duración.

A pesar de que los conflictos dentro de los estados son los más frecuentes, todavía se producen enfrentamientos armados entre los países. Se calcula que en la guerra entre Iraq y la República Islámica del Irán, que duró de 1980 a 1988, murieron 450 000 soldados y 50 000 civiles (13). El conflicto entre Eritrea y Etiopía a fines del siglo XX en gran parte se dirimió entre dos ejércitos tradicionales, con armamento pesado y guerra de trincheras, y se cobró decenas de miles de vidas. También ha habido coaliciones de fuerzas multinacionales involucradas en conflictos mediante ataques aéreos masivos, como en la Guerra del Golfo contra Iraq en 1991 y en la campaña de la Organización del Tratado del Atlántico del Norte (OTAN) contra la República Federativa de Yugoslavia en 1999.

Muchos de los conflictos producidos desde el final de la segunda guerra mundial han tenido lugar en países en desarrollo. Después del colapso de los regímenes comunistas en Europa oriental y la antigua Unión Soviética a fines de los años ochenta y principios de los noventa, se produjo durante un tiempo un aumento brusco de conflictos armados en Europa.

La extensión de la zona del conflicto ha cambiado en forma radical en los dos últimos siglos. Hasta principios del siglo XIX, las acciones bélicas entre los estados se desarrollaban en un "campo de batalla". La movilización de ciudadanos reclutados en masa como soldados durante las guerras napoleónicas creó campos de batalla más grandes, pero esencialmente similares. El desarrollo de los ferrocarriles y la mecanización del transporte colectivo en el siglo XIX aumentaron la movilidad de los ejércitos en zonas geográficas más amplias. Después, la fabricación de tanques, submarinos, aviones cazabombarderos y proyectiles guiados por láser sentó las bases de campos de batalla sin límites geográficos. Los conflictos recientes, como el librado en 1999 por la OTAN contra la República Federativa de Yugoslavia, se han denominado "guerras virtuales" (25), debido al grado en que en ellos se emplean proyectiles controlados a distancia, sin participación de las fuerzas terrestres.

¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia colectiva?

La buena práctica de salud pública requiere identificar tanto los factores de riesgo como los determinantes de la violencia colectiva y concebir estrategias para resolver los conflictos sin recurrir a la violencia. Se han identificado una serie de factores de riesgo de conflictos políticos importantes. En particular, la Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict (26) ha enumerado diversos indicadores para países en riesgo de colapso y conflictos internos (cuadro 8.1). En combinación, estos

factores interactúan unos con otros y crean condiciones propicias para que se desencadenen conflictos violentos. Por sí solos, quizá ninguno de ellos sea suficiente para conducir a la violencia o desintegración de un Estado.

Los factores de riesgo de conflictos violentos se dividen de la siguiente manera:

- Factores políticos:
  - la ausencia de procesos democráticos;
  - el acceso desigual al poder.
- Factores económicos:
  - la distribución excesivamente desigual de los recursos;
  - el acceso desigual a los recursos;
  - el control de los recursos naturales esenciales;
  - el control de la producción o comercialización de drogas.
- Factores sociales y de la comunidad:
  - la desigualdad entre grupos;
  - la instigación al fanatismo de los grupos, aprovechando características étnicas, nacionales o religiosas;
  - la disponibilidad de armas pequeñas y de otro tipo.
- Factores demográficos:
  - los cambios demográficos rápidos.

Muchos de estos factores de riesgo pueden ser identificados antes de que se produzca la violencia colectiva abierta.

Factores políticos y económicos

La distribución excesivamente desigual de los recursos, en particular de los servicios de salud y educación, y las diferencias en el acceso a estos recursos y al poder político —ya sea por zona geográfica, clase social, religión, raza o grupo étnico— son factores importantes que pueden contribuir a originar conflictos entre los grupos. El liderazgo no democrático, especialmente cuando es represivo y el poder emana de una identidad étnica o religiosa, es un poderoso factor contribuyente a los conflictos. La disminución de los servicios públicos, que suele afectar particularmente a los sectores más pobres de la sociedad, quizá sea un signo temprano de una situación en deterioro.

El conflicto es menos probable en situaciones de crecimiento económico que en épocas de recesión, en las que se intensifica la competencia por los recursos.

La globalización

Las tendencias de la economía mundial han acelerado el ritmo de la integración y el crecimiento económico para algunos países y para algunos grupos

CUADRO 8.1

Indicadores para países en riesgo de colapso y conflictos internos

Indicador	Signos
Desigualdad	• Crecientes desigualdades sociales y económicas, especialmente entre grupos definidos de la población, más que dentro de esos grupos
Características demográficas rápidamente cambiantes	• Tasas elevadas de mortalidad infantil • Cambios rápidos en la estructura de la población, incluidos los desplazamientos a gran escala de refugiados • Densidad demográfica excesivamente alta • Niveles elevados de desempleo, en particular entre gran número de jóvenes • Abastecimiento insuficiente de alimentos o falta de acceso al agua potable • Disputas de tierras o de recursos ambientales entre grupos étnicos distintos
Falta de procesos democráticos	• Violaciones de los derechos humanos • Comportamiento delictivo del Estado • Gobiernos corruptos
Inestabilidad política	• Cambios rápidos de los regímenes
Composición étnica del grupo gobernante drásticamente diferente a la de la población general	• Poder político y económico ejercido —y aplicado en forma diferencial— según la identidad étnica o religiosa • Profanación de símbolos étnicos o religiosos
Deterioro de los servicios públicos	• Disminución significativa del alcance y eficacia de las redes de seguridad social destinadas a asegurar las normas universales mínimas del servicio
Declinación económica grave	• Desarrollo económico desigual • Ganancias o pérdidas excesivamente desiguales entre diferentes grupos de población o zonas geográficas como resultado de grandes cambios económicos • Transferencias o pérdidas económicas masivas en períodos breves
Ciclos de venganza violenta	• Un ciclo continuo de violencia entre grupos rivales

dentro de los países y, al mismo tiempo, han contribuido a la fragmentación y marginación económica de otros países y grupos. Otros posibles factores de riesgo de conflictos vinculados con la globalización pueden ser de índole financiera (los frecuentemente grandes y rápidos movimientos de divisas en todo el mundo) y cultural (las aspiraciones individuales y colectivas instigadas por los medios de difusión en todo el mundo, pero que no pueden concretarse en la realidad). No se sabe aún si las tendencias actuales en la globalización conducirán a más conflictos y mayor violencia dentro de los estados o entre ellos. La figura 8.1 muestra las posibles conexiones entre las tendencias de la globalización y los conflictos (27).

Los recursos naturales

Las pugnas por el control de los recursos naturales esenciales suelen desempeñar un papel clave en el estallido y la prolongación de los conflictos. Hay ejemplos de conflictos en los dos últimos decenios que se relacionan con los diamantes en Angola, la República Democrática del Congo y Sierra Leona; con el petróleo en Angola y al sur de Sudán; y con la madera y las piedras preciosas en Camboya. En otros lugares, como Afganistán, Colombia y Myanmar, el afán de controlar la producción y distribución de drogas han contribuido a desencadenar conflictos violentos.

Factores sociales y comunitarios

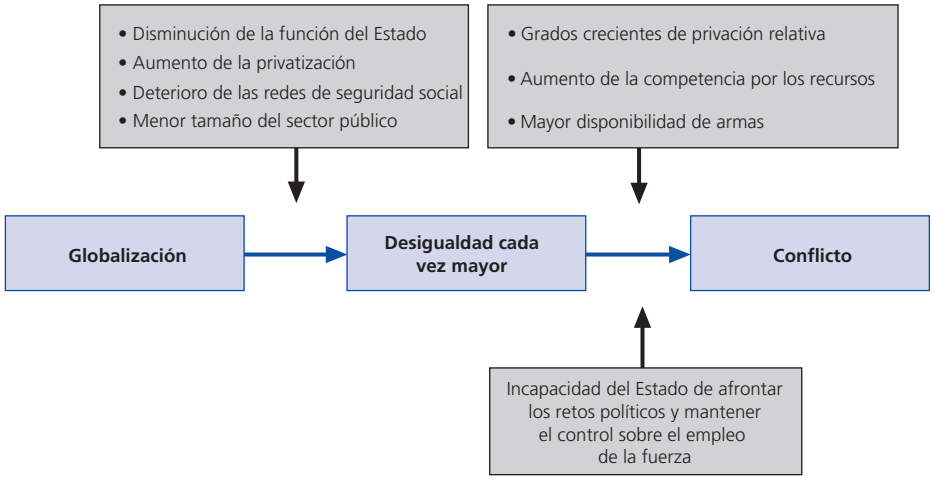
Un factor de riesgo particularmente importante asociado al surgimiento de conflictos es la existencia de desigualdades entre grupos, especialmente cuando se van ampliando (28) y se considera que reflejan una asignación desigual de los recursos dentro de la sociedad. Este factor se observa a menudo en los países donde el gobierno es dominado por una sola comunidad, que ejerce el poder político, militar y económico sobre comunidades muy diferentes.

La disponibilidad inmediata de armas pequeñas o de otro tipo en la población en general también puede aumentar el riesgo de conflicto. Esto es particularmente problemático en los lugares donde ha habido anteriormente conflictos y son inadecuados los programas de desmovilización, decomiso de las armas y creación de empleos para los ex soldados, o donde no se han establecido estas medidas.

Factores demográficos

Los cambios demográficos rápidos, por ejemplo el aumento de la densidad de población y de la proporción de jóvenes, combinados con la incapacidad

FIGURA 8.1
Posibles vínculos entre la globalización, las desigualdades y los conflictos



del Estado de incrementar las oportunidades laborales y educativas en forma paralela al crecimiento de la población, puede contribuir a que se produzcan conflictos violentos, en particular cuando también están presentes otros factores de riesgo. En estas condiciones, quizá se produzcan grandes desplazamientos de personas que buscan desesperadamente una vida más sostenible en otro sitio, y esto a su vez puede aumentar el riesgo de violencia en las zonas a las que se trasladan.

Factores tecnológicos

El nivel de la tecnología de las armas no afecta necesariamente al riesgo de conflicto, pero determina la escala de cualquier conflicto y la magnitud de la destrucción que tendrá lugar. Hace muchos siglos, el progreso de la flecha a la ballesta aumentó el alcance y la fuerza destructiva de las armas que disparan proyectiles. Mucho después, se inventaron armas de fuego primitivas, que fueron seguidas de los fusiles, las ametralladoras y las pistolas ametralladoras. La capacidad de disparar más balas con mayor rapidez y con más alcance y exactitud, ha aumentado enormemente el poder destructivo de estas armas.

No obstante, aun las armas básicas, como el machete, pueden contribuir a que se produzca una destrucción humana masiva, según se comprobó en el genocidio en Rwanda en 1994 (29). En los actos terroristas cometidos en Estados Unidos el 11 de septiembre de 2001, donde los aviones de pasajeros secuestrados fueron deliberadamente lanzados contra las Torres Gemelas del World Trade Center y el Pentágono, causando la muerte de varios miles de personas, las armas tradicionales no desempeñaron un papel importante.

Consecuencias de la violencia colectiva

Repercusiones sobre la salud

Las repercusiones de los conflictos sobre la salud pueden ser muy graves en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad (cuadro 8.2).

La mortalidad infantil

Por lo general, en tiempos de conflicto aumentan las tasas de mortalidad infantil. Enfermedades prevenibles como el sarampión, el tétanos y la difteria pueden tornarse epidémicas. A mediados de los

CUADRO 8.2
Ejemplos de las repercusiones directas de los conflictos sobre la salud

Efecto sanitario	Causas
Mayor mortalidad	• Defunciones por causas externas, principalmente relacionadas con las armas • Defunciones debidas a enfermedades infecciosas (como el sarampión, la poliomielitis, el tétanos y la malaria) • Defunciones causadas por enfermedades no transmisibles, y defunciones que pueden evitarse con atención médica (como las ocasionadas por el asma, la diabetes y operaciones quirúrgicas de urgencia)
Mayor morbilidad	• Lesiones por causas externas, como las provocadas por las armas, la mutilación, las minas terrestres antipersonales, las quemaduras y las intoxicaciones • Morbilidad asociada con otras causas externas, como la violencia sexual • Enfermedades infecciosas: – relacionadas con el agua (como el cólera, la fiebre tifoidea, y la disentería provocada por *Shigella* spp.) – transmitidas por vectores (como la malaria y la oncocercosis) – otras enfermedades transmisibles (como la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual) • Salud reproductiva: – un mayor número de mortinatos y nacimientos prematuros, más casos de bajo peso al nacer y más complicaciones de partos – repercusiones genéticas a más largo plazo de la exposición a los productos químicos y la radiación • Nutrición: – malnutrición aguda y crónica y una serie de trastornos por carencias • Salud mental: – ansiedad – depresión – trastorno postraumático por estrés – comportamiento suicida
Mayor discapacidad	• Física • Psíquica • Social

años ochenta, la mortalidad infantil en Uganda aumentó a más de 600 por 1 000 en algunas zonas afectadas por el conflicto (30). Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, se informaron reducciones de la mortalidad infantil en todos los países de África meridional durante el período comprendido entre 1960 y 1986, con la excepción de Angola y Mozambique, ambos países afectados por conflictos en curso (31). Los esfuerzos por erradicar enfermedades infecciosas como la poliomielitis son obstaculizados por focos residuales de la enfermedad en las zonas afectadas por los conflictos.

En Zepa (Bosnia y Herzegovina) —"zona segura" controlada por las Naciones Unidas posteriormente invadida por fuerzas serbiobosnias— las tasas de mortalidad perinatal e infantil se duplicaron al cabo de solo un año de conflicto. En Sarajevo, los nacimientos de niños prematuros se habían duplicado y los pesos medios al nacer se habían reducido en un 20% para 1993.

Enfermedades transmisibles

El mayor riesgo de enfermedades transmisibles durante los conflictos en general se origina en:

- la disminución de la cobertura de vacunación;
- los desplazamientos de la población y el hacinamiento en los campamentos de refugiados;
- la mayor exposición a los vectores y los riesgos ambientales, como el agua contaminada;
- la merma de las campañas de salud pública y las actividades de extensión;
- la falta de acceso a los servicios de atención de salud.

Durante la contienda en Bosnia y Herzegovina, menos de 35% de los niños, estaban inmunizados en 1994 frente a 95% de antes de que se rompieran las hostilidades (32, 33). En Iraq, la cobertura de vacunación disminuyó bruscamente después de la Guerra del Golfo en 1991 y la ulterior imposición de sanciones económicas y políticas. Sin embargo, datos recientes de El Salvador indican que es posible, con intervenciones selectivas de atención de salud y el suministro de recursos adecuados, mejorar ciertos problemas de salud durante los conflictos (34).

En Nicaragua, en 1985 y 1986, una epidemia de sarampión fue en gran parte atribuida a la disminución de la capacidad de los servicios de salud de vacunar a los niños en riesgo en las zonas afectadas por el conflicto (35). En Etiopía (36) y Mozambique (37), el deterioro de las actividades de control de la malaria se vinculó con epidemias de esta enfermedad, lo que pone de relieve la vulnerabilidad de los programas de control de enfermedades en tiempos de conflicto. Muchos opinaron que el brote de fiebre hemorrágica de Ebola en Gulu (Uganda) en el año 2000 estaba relacionado con el retorno de las tropas que habían combatido en la República Democrática del Congo.

En Etiopía, a fines de los años ochenta, se pensó que las epidemias de tifus y de fiebre recurrente —enfermedades infecciosas transmitidas por garrapatas, pulgas o piojos infectados— provenían de los sobrepoblados campamentos del ejército, las prisiones y los campamentos de socorro, así como de la venta de frazadas y ropa infectadas que los soldados en retirada vendían en las comunidades locales (36). En el éxodo de Rwanda en 1994, las epidemias de enfermedades relacionadas con el agua, como el cólera y la disentería, causadas por especies de *Shigella*, condujeron en el lapso de un mes a la muerte de 6% a 10% de la población de refugiados que llegaban a Zaire (ahora conocido como la República Democrática del Congo) (38). La tasa bruta de mortalidad de 20–35 por 10 000 habitantes por día fue de dos a tres veces más alta que la anteriormente informada en las poblaciones de refugiados.

Durante los conflictos violentos y después de ellos, suele aumentar sustancialmente el riesgo de transmisión de la infección por el VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual (39). En las fuerzas armadas de algunos países, ya ha alcanzado altos niveles la prevalencia de la infección por el VIH (40). En épocas de conflicto, las fuerzas militares (a veces incluidos también los cuerpos encargados del mantenimiento de la paz) se arrogan el derecho de exigir servicios sexuales a las personas del lugar, ya sea por la fuerza o mediante un pago (41). La infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual se difunde aún más debido a

la alta movilidad de las tropas y su ulterior retorno a diferentes regiones después de la desmovilización (36, 42, 43). En términos generales, los refugiados y los desplazados internos a causa de los conflictos corren mayor riesgo de contraer la infección por el VIH (44) porque:

- Son en general más vulnerables al abuso sexual y la violencia.
- Es más probable que se dediquen a la prostitución al verse privadas de sus fuentes normales de ingresos para sobrevivir.
- Los niños desplazados, que tienen poco en que ocuparse y posiblemente a nadie que los vigile, pueden volverse sexualmente activos antes de lo normal.
- La sangre usada para las transfusiones en los casos de emergencia quizá no haya sido sometida a exámenes para detectar el VIH.

Discapacidad

Son escasos los datos sobre la discapacidad relacionada con los conflictos. Una encuesta realizada a nivel nacional en Zimbabwe en 1982 encontró que 13% de las discapacidades físicas se produjeron durante el conflicto armado anterior. Más de 30 años de conflicto armado en Etiopía causaron la muerte de cerca de un millón de personas, de las que aproximadamente la mitad eran civiles (36). Cerca de la tercera parte de los 300 000 soldados que regresaron del frente al terminar el conflicto estaban heridos o discapacitados, y por lo menos 40 000 personas habían perdido una o más extremidades.

Las minas terrestres son una causa importante de discapacidad. En Camboya, 36 000 personas, es decir, 1 de cada 236 habitantes, han perdido al menos una extremidad por la explosión accidental de una mina terrestre (45). Un total de 6 000 personas sufrieron discapacidades por esta causa en 1990. En los años ochenta se colocaron en Afganistán más de 30 millones de minas.

En algunos conflictos, la mutilación seccionando las orejas o los labios, tal como se practicó en Mozambique durante la guerra civil (46), o de las extremidades, como se hizo más recientemente en Sierra Leona (47), ha sido una estrategia usada sistemáticamente para desmoralizar a las fuerzas opositoras.

Salud mental

El efecto de los conflictos sobre la salud mental depende de diversos factores, entre ellos (48):

– la salud psíquica de los afectados, antes del conflicto;
– la naturaleza del conflicto;
– el tipo de trauma (ya sea que provenga de haber vivido y presenciado actos de violencia o que haya sido infligido directamente, como sucede en los casos de tortura y otros tipos de violencia represiva);
– la respuesta al trauma por parte de los individuos y las comunidades;
– el contexto cultural en el cual ocurre la violencia.

El estrés psíquico relacionado con los conflictos se asocia con los siguientes factores o es el resultado de ellos (49):

– el desplazamiento, ya sea forzoso o voluntario;
– la pérdida y la aflicción;
– el aislamiento social;
– la pérdida de la posición social;
– la pérdida de la comunidad;
– en algunos entornos, la aculturación resultante del contacto con entornos nuevos.

Las manifestaciones del estrés pueden ser:

– depresión y ansiedad;
– afecciones psicosomáticas;
– comportamiento suicida;
– conflicto intrafamiliar;
– abuso del alcohol;
– comportamiento antisocial.

Los refugiados solteros y aislados, así como las mujeres que son jefas de familia, pueden estar expuestos a un riesgo particular de padecer estrés psíquico.

Algunos expertos (48, 50) han advertido acerca del error que implica suponer que las personas no tienen la capacidad y adaptabilidad necesarias para responder a las condiciones adversas generadas por los conflictos violentos. Otros han advertido sobre el peligro (51) de que los programas de ayuda humanitaria se conviertan en un sustituto del diálogo político con las partes en conflicto, posiblemente a las que más responsabilidad les cabe. Los estudios efectuados en Sudáfrica (52) han encontrado que

no todos los que sufrieron traumas psíquicos bajo el *apartheid* se convirtieron en "víctimas". En cambio, al menos en algunos casos, los individuos pudieron responder firmemente porque consideraban que luchaban por causas valiosas y legítimas. El modelo médico que atribuye a los individuos el trastorno del "síndrome postraumático de estrés" tal vez no tenga en cuenta la variedad y complejidad de las respuestas humanas a los acontecimientos estresantes (48). Está ahora tornándose más claro que la recuperación del trauma psíquico resultante del conflicto violento se asocia con la reconstrucción de las redes económicas y sociales y de las instituciones culturales (50).

Las tasas más altas de depresión, abuso de sustancias y suicidio a menudo son consecuencia de conflictos violentos (34). Antes de sus dos decenios de conflicto violento, Sri Lanka tenía una tasa general de suicidio mucho más baja que la actual (53). Se han informado resultados similares en El Salvador (34). En ambos casos, el aumento brusco de los suicidios fue, al menos en parte, una secuela de la violencia política.

Desde el punto de vista de la salud mental, las poblaciones afectadas por conflictos violentos pueden clasificarse en tres grupos (54):

- las que tienen enfermedades psiquiátricas discapacitantes;
- las que sufren reacciones psíquicas graves al trauma;
- las que se pueden adaptar una vez que se restauran la paz y el orden, y que son mayoría.

Es probable que los dos primeros grupos se beneficien considerablemente con los servicios de atención de salud mental que tienen en cuenta los factores culturales y socioeconómicos.

Repercusiones en poblaciones específicas

El efecto directo del conflicto sobre la salud de las fuerzas armadas por lo general se registra con cierto grado de precisión; sin embargo, a menudo es especialmente difícil determinar las repercusiones del conflicto sobre determinados grupos. El tamaño y la densidad de la población pueden variar enormemente durante períodos breves cuando las personas se mudan a zonas seguras y a lugares donde se dispone de más recursos. Este hecho complica la medición de las repercusiones del conflicto sobre la salud.

La población civil

Según los Convenios de Ginebra de 1949, las fuerzas armadas deben aplicar los principios de la proporcionalidad y la distinción en la elección de sus objetivos. La *proporcionalidad* implica tratar de reducir al mínimo las víctimas civiles al perseguir sus objetivos militares y otros conexos. La *distinción* significa evitar objetivos civiles siempre que sea posible (52). A pesar de esos intentos de controlar las repercusiones, los conflictos armados causan muchas muertes en la población civil.

Si bien las muertes de civiles pueden ser el resultado directo de las operaciones militares, las tasas más elevadas de mortalidad entre la población civil en épocas de conflicto son por lo general un reflejo de los efectos combinados de:

- el menor acceso a los alimentos, que conduce a una nutrición deficiente;
- el mayor riesgo de contraer enfermedades transmisibles;
- la reducción del acceso a los servicios de salud;
- la disminución de los programas de salud pública;
- las condiciones ambientales deficientes;
- la zozobra psicosocial.

Los refugiados y los desplazados internos

Las tasas de mortalidad de los refugiados y los desplazados internos suelen ser altas, sobre todo en el período inmediatamente posterior a su emigración (55, 56). Las revisiones de la salud de los refugiados y las poblaciones desplazadas han revelado tasas de mortalidad masivamente elevadas, en el peor caso de hasta 60 veces las tasas de mortalidad previstas durante la fase aguda de desplazamiento (55, 57, 58). En Monrovia (Liberia), la tasa de mortalidad entre la población civil desplazada durante el conflicto en 1990 fue siete veces mayor que la tasa de mortalidad previa (57).

Se producen defunciones por malnutrición, diarrea y enfermedades infecciosas en especial en los niños, mientras que otras enfermedades infecciosas

como la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH, así como una serie de enfermedades no transmisibles, lesiones y violencia, afectan de manera característica a los adultos. El estado previo de salud de la población, su acceso a elementos claves para la salud (tales como alimentos, albergue, agua, saneamiento y servicios de salud), el grado de exposición a nuevas enfermedades y la disponibilidad de recursos tienen gran influencia en la salud de los refugiados durante los conflictos y después de ellos.

Repercusiones demográficas

Una consecuencia del cambio en los métodos de la guerra moderna, donde cada vez más comunidades enteras constituyen el objetivo, ha sido el gran número de personas desplazadas. Las cantidades totales de refugiados que huyen a través de las fronteras nacionales subieron de alrededor de 2,5 millones en 1970 y 11 millones en 1983 a 23 millones en 1997 (59, 60). Además, a comienzos de los años noventa se calculó que 30 millones de personas se desplazaron dentro de los países en un momento dado (60), la mayoría de ellos para abandonar zonas de conflicto. Los desplazados internos probablemente tienen menos acceso a los recursos y el apoyo internacional que los refugiados que escapan a través de las fronteras, y es también más probable que estén en riesgo continuo de violencia (61).

El cuadro 8.3 muestra los movimientos de los refugiados y los desplazadas internos durante los años noventa (62). En África, las Américas y Europa, durante este período hubo muchos más desplazados internos que refugiados, mientras que en Asia y el Medio Oriente sucedió lo contrario.

El reasentamiento forzoso de las poblaciones practicado por algunos gobiernos por razones declaradas de seguridad, ideología o desarrollo, también puede tener efectos graves sobre la salud. Entre 1985 y 1988, alrededor de 5,7 millones de personas, es decir, el 15% de la población rural, fueron trasladadas desde las provincias septentrionales y orientales hasta aldeas del sudeste, conforme a un programa impuesto por el gobierno en Etiopía (63). Durante

CUADRO 8.3
Personas desplazadas dentro de los países y refugiados (en millones), por región y por año

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Personas desplazadas dentro de los países (PDDP)									
África	13,5	14,2	17,4	16,9	15,7	10,2	8,5	7,6	8,8
Américas	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	1,6	1,8
Asia Meridional	3,1	2,7	1,8	0,9	1,8	1,6	2,4	2,2	2,1
Asia Oriental y el Pacífico	0,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	1,1	0,8	0,5
Europa	1,0	1,8	1,6	2,8	5,2	5,1	4,7	3,7	3,3
Oriente Medio	1,3	1,4	0,8	2,0	1,7	1,7	1,5	1,5	1,6
Refugiados									
África	5,4	5,3	5,7	5,8	5,9	5,2	3,6	2,9	2,7
Américas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
Asia Meridional	6,3	6,9	4,7	3,9	3,3	2,8	3,2	3,0	2,9
Asia Oriental y el Pacífico	0,7	0,8	0,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7
Europa	0	0,1	2,5	1,9	1,8	1,8	1,9	1,3	1,3
Oriente Medio	3,5	2,8	2,8	3,0	3,8	4,0	4,4	4,3	4,4
Razón PDDP:refugiados									
África	2,5	2,7	3,0	2,9	2,7	2,0	2,4	2,6	3,2
Américas	7,5	10,1	13,5	14,0	11,7	18,3	17,4	27,0	4,9
Asia Meridional	0,5	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6	0,8	0,8	0,7
Asia Oriental y el Pacífico	0,5	0,8	1,4	0,8	0,9	0,9	1,6	1,1	0,8
Europa		14,7	0,6	1,4	2,9	2,8	2,5	2,8	2,5
Oriente Medio	0,4	0,5	0,3	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4

Fuente: referencia *62*.

el régimen de Pol Pot en Camboya (1975 a 1979), cientos de miles de personas de las zonas urbanas fueron forzadas a trasladarse a las zonas rurales.

Repercusiones socioeconómicas

Las repercusiones económicas de un conflicto pueden ser profundas (64, 65). Es probable que se reduzca drásticamente el gasto público en sectores como el de la salud y la educación cuando el Estado afronta dificultades para recaudar impuestos y recurrir a otras fuentes de ingresos —por ejemplo, el turismo— y aumenta el gasto militar. En Etiopía, el gasto militar aumentó de 11,2% en el presupuesto gubernamental de 1973–1974 a 36,5% en el de 1990–1991, mientras que, simultáneamente, la proporción del presupuesto sanitario descendió en forma drástica, cayendo de 6,1% a 3,2% (36).

Los conflictos también afectan significativamente a los recursos humanos y a la productividad. A nivel doméstico, las fuentes disponibles de ingresos probablemente también se reduzcan en forma considerable. La manipulación de los precios o del suministro de productos esenciales y otras formas de especulación pueden perturbar aun más la vida de las personas.

Se han hecho algunos intentos de medir los costos de oportunidad del desarrollo no alcanzado a causa de un conflicto. Los países en conflicto sistemáticamente han logrado menos avances en cuanto a prolongar la esperanza de vida y reducir la mortalidad infantil y las tasas brutas de mortalidad, comparados con otros países de la misma región que tienen un nivel socioeconómico similar (66). No obstante, en análisis como estos puede ser factor de confusión la influencia simultánea de la pandemia de SIDA, la cual a su vez puede verse exacerbada considerablemente por el conflicto y la inestabilidad (42, 43).

Los alimentos y la producción agropecuaria

A menudo la producción y distribución de alimentos constituye un blanco específico durante los períodos de conflicto (67). En el conflicto en Etiopía entre las fuerzas del gobierno y las fuerzas separatistas de Eritrea y Tigre que tuvo lugar entre 1974 y 1991, se impidió por la fuerza a los agricultores sembrar y cosechar sus cultivos y los soldados robaron las semillas y el ganado. En Tigre y Eritrea, los combatientes reclutaron a los agricultores, colocaron minas en los campos, confiscaron los alimentos y mataron el ganado bovino (36). La pérdida del ganado priva a los agricultores de un recurso necesario para poner la tierra en producción y, por consiguiente, tiene efectos adversos inmediatos y a largo plazo.

La infraestructura

Los conflictos pueden dañar importantes infraestructuras. En el caso de la infraestructura de agua y saneamiento, el daño causado puede tener efectos directos y graves sobre la salud. En los conflictos en el sur de Sudán y Uganda a principios y mediados de los años ochenta, las bombas manuales para extraer agua en las aldeas fueron deliberadamente destruidas por las tropas del gobierno que operaban en las zonas controladas por las fuerzas rebeldes, y por las guerrillas en las zonas controladas por el gobierno (30). Durante las operaciones militares contra Iraq en 1991, los sistemas de abastecimiento de agua, eliminación de aguas residuales y otros servicios de saneamiento fueron afectados drásticamente por los intensos bombardeos (68).

Los servicios de atención de salud

Las repercusiones del conflicto en los servicios de atención de salud son muy variadas (cuadro 8.4). Antes de la Guerra del Golfo en 1991, los servicios de salud en Iraq asistían a 90% de la población y la gran mayoría de los niños menores de 5 años eran por lo común vacunados. Durante el conflicto, muchos hospitales y consultorios resultaron gravemente dañados y tuvieron que cerrar, mientras que los que todavía funcionaban tenían que atender zonas de captación mucho más grandes. El daño generalizado a los sistemas de abastecimiento de agua y electricidad y de eliminación de aguas residuales redujo aún más la capacidad operativa de los servicios de salud que quedaban (68). En el conflicto violento en Timor Oriental en 1999, después del referéndum para decidir acerca de la independencia, las milicias destruyeron prácticamente todos los servicios de atención de salud. Solo quedó en pie el hospital principal en la ciudad más importante, Dili.

CUADRO 8.4

Efecto del conflicto sobre los servicios de atención de salud

Efecto sobre:	Manifestaciones del efecto
El acceso a los servicios	• Menos seguridad (por factores como las minas terrestres y el toque de queda) • Menos acceso geográfico (por ejemplo, por el transporte deficiente) • Menos acceso económico (por ejemplo, debido al aumento de los servicios de salud) • Menos acceso social (por ejemplo, porque los prestadores de los servicios temen ser identificados como participantes en el conflicto)
La infraestructura de los servicios	• Destrucción de los consultorios • Interrupción de los sistemas de referencia de pacientes • Daño a los vehículos y el equipo • Logística y comunicación deficientes
Los recursos humanos	• Lesiones, desaparición y muerte de los trabajadores de atención de salud • Desplazamiento y exilio de las personas • Decaimiento anímico • Dificultad para retener a los trabajadores de atención de salud del sector público, en particular en las zonas inseguras • Interrupción del adiestramiento y la supervisión
El equipamiento y suministros	• Falta de medicamentos • Falta de mantenimiento • Acceso limitado a nuevas tecnologías • Incapacidad de mantener la cadena de frío para las vacunas
Las actividades de atención de salud	• Cambio de la atención primaria a la terciaria • Mayor urbanización de la prestación de atención de salud • Reducción de las actividades periféricas y comunitarias • Contracción de las actividades de extensión, preventivas y de promoción de la salud • Interrupción de la vigilancia y los sistemas de información sanitaria • Desorganización de los programas de control de vectores y de salud pública (incluida la notificación a colaboradores y la detección de casos) • Concentración de los programas en una sola enfermedad (como la malaria) o una única intervención (como la vacunación) • Dependencia de una mayor gama de organizaciones para prestar los servicios de los proyectos
La formulación de la política sanitaria	• Debilitamiento de la capacidad nacional • Incapacidad para controlar y coordinar las actividades de las organizaciones no gubernamentales y los donantes • Menos información sobre la cual basar las decisiones • Menos participación en los debates sobre políticas en el plano local e internacional • Debilitamiento de las estructuras de la comunidad y menos participación de esta
Las actividades de ayuda	• Acceso limitado a ciertas zonas • Mayor costo de la prestación de servicios • Mayor presión sobre las comunidades, los sistemas y los servicios del país anfitrión • Mayor énfasis en problemas y programas aislados con menos integración entre los servicios • Debilitamiento de la coordinación y comunicación entre los organismos • Mayor inseguridad del personal de socorro

Durante los conflictos y después de ellos, por lo general se desorganiza el suministro de medicamentos, lo que origina aumentos de enfermedades médicamente prevenibles, algunas en potencia mortales, como el asma, la diabetes y una variedad de enfermedades infecciosas. Aparte de los medicamentos, es probable que falte personal médico, equipo de diagnóstico, electricidad y agua, lo que afecta seriamente a la calidad de la atención de salud disponible.

Por lo general, los conflictos violentos también afectan gravemente a los servicios de asistencia sanitaria. En algunos casos, como en Mozambique y Nicaragua, los profesionales de la salud han constituido un blanco específico. En muchas ocasiones el personal capacitado se refugia en zonas urbanas más seguras o puede ocurrir que abandone por completo la profesión. En Uganda, entre 1972 y 1985 la mitad de los médicos y 80% de los farmacéuticos salieron del país para resguardar su seguridad. En Mozambique, solo 15% de los 550 médicos en ejercicio durante el último año del dominio colonial portugués estaban todavía allí cuando concluyó la guerra de la independencia, en 1975 (69).

¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia colectiva?

Reducir el potencial de conflictos violentos

Entre las políticas necesarias para reducir el potencial de conflictos violentos en el mundo, cualquiera que sea el tipo de conflicto, figuran (70):

- Reducir la pobreza, tanto en términos absolutos como relativos, y velar por que la ayuda al desarrollo esté asignada de modo que asegure el máximo impacto sobre la pobreza.
- Hacer más responsable la toma de decisiones.
- Disminuir las desigualdades entre los grupos de la sociedad.
- Reducir el acceso a las armas biológicas, químicas, nucleares y de otro tipo.

Promoción del cumplimiento de los convenios internacionales

Un elemento importante para prevenir conflictos violentos y otras formas de violencia colectiva es impulsar la promoción y aplicación de los tratados internacionalmente acordados, en especial los relacionados con los derechos humanos.

Los gobiernos nacionales pueden ayudar a prevenir los conflictos defendiendo el espíritu de la Carta de las Naciones Unidas, que insta a prevenir la agresión y promover la paz y la seguridad internacionales. En un plano más detallado, esto supone observar las disposiciones jurídicas internacionales, como los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos de 1977.

Las leyes concernientes a los derechos humanos, sobre todo las que se originan en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ponen límites a la forma en que los gobiernos ejercen su autoridad sobre las personas que están bajo su jurisdicción y prohíben incondicionalmente, entre otros actos, la tortura y el genocidio. El establecimiento del Tribunal Penal Internacional asegurará un mecanismo permanente para tratar los crímenes de guerra y los crímenes contra la humanidad. También puede proporcionar elementos disuasivos contra la violencia dirigida a las poblaciones civiles.

Los intentos de establecer tratados y convenios que cubran la violencia colectiva, con elementos disuasivos contra la violación de los derechos humanos y sanciones que la penalicen, suelen ser más eficaces en relación con la violencia entre los estados y tienen en general mucho menos poder dentro de las fronteras nacionales, que es donde los conflictos son cada vez más frecuentes.

Los posibles beneficios de la globalización

La globalización está generando nuevas maneras de acrecentar la conciencia y los conocimientos del público acerca de los conflictos violentos, sus causas y sus consecuencias. Las tecnologías que están apareciendo proporcionan nuevos medios no solo para el intercambio de ideas sino también para presionar a los responsables políticos con el fin de que se incremente la responsabilidad y la política de buen gobierno y se reduzcan las desigualdades y las injusticias sociales.

Son cada vez más las organizaciones internacionales —incluidas Amnistía Internacional, Human Rights Watch, la Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas Terrestres y Médicos en pro de los Derechos Humanos— que vigilan los conflictos e instan a adoptar medidas preventivas o correctivas. A través de estas organizaciones y por otros medios, los individuos y los grupos afectados por los conflictos pueden ahora usar las nuevas tecnologías para transmitir sus experiencias y preocupaciones a un público más amplio.

La función del sector de la salud

La inversión en el desarrollo sanitario también contribuye a prevenir los conflictos violentos. Hacer especial hincapié en los servicios sociales puede ayudar a mantener la cohesión y estabilidad sociales.

A menudo se pueden detectar en el sector de la salud manifestaciones tempranas de potenciales situaciones de conflicto. Los trabajadores de la atención sanitaria desempeñan un papel clave tanto en llamar la atención sobre estos signos como en exigir intervenciones sociales y de salud apropiadas que reduzcan los riesgos de conflicto (recuadro 8.2).

Por lo que se refiere a disminuir las desigualdades entre grupos sociales y el acceso desigual a los recursos —ambos importantes factores de riesgo de violencia—, el sector de la salud ocupa una posición estratégica para detectar desigualdades en el estado de salud y el acceso a la asistencia sanitaria. La identificación temprana de estas desigualdades y la promoción de medidas correctivas son estrategias de prevención eficaces contra posibles conflictos, especialmente cuando se están ensanchando las brechas

RECUADRO 8.2

La salud como un puente para la paz

El concepto de que la salud puede promover la conciliación y la colaboración regionales se consagró en 1902 en los principios fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud, la organización internacional de salud más antigua en el mundo. Durante los dos últimos decenios, la Organización Panamericana de la Salud, conocida también por la sigla OPS/OMS por ser la organización regional de la OMS para las Américas, ha contribuido a la aplicación de este concepto.

En 1984, la OPS/OMS, conjuntamente con los ministerios de salud nacionales y otras instituciones, lanzaron una iniciativa estratégica en las zonas desgarradas por la guerra en Centroamérica. El objetivo era mejorar la salud de los pueblos centroamericanos y aumentar la cooperación entre los países de la zona y dentro de ellos. Bajo el tema general de "La salud como un puente para la paz, la solidaridad y la comprensión", el plan abarcó diversos programas.

En la primera fase, hasta 1990, fueron siete las prioridades de la colaboración:

— el fortalecimiento de los servicios de salud;
— la formación de recursos humanos;
— los medicamentos esenciales;
— la alimentación y la nutrición;
— las enfermedades tropicales graves;
— la supervivencia infantil;
— el abastecimiento de agua y el saneamiento.

En unos años, se habían puesto en práctica 250 proyectos orientados a estas cuestiones prioritarias, estimulando la colaboración entre las naciones y los grupos en Centroamérica que, en otros aspectos, tenían conflictos entre sí. En El Salvador, por ejemplo, a pesar de la dificultad de trabajar en medio de la violencia política, se negociaron "días de tranquilidad" y se suspendió la contienda para que los niños pudieran ser vacunados. Este arreglo duró desde 1985 hasta el final del conflicto en 1992 y permitió vacunar a unos 300 000 niños anualmente. La incidencia del sarampión, el tétanos y la poliomielitis cayeron en forma espectacular; de hecho, la de la poliomielitis se redujo a cero.

También se prestó colaboración en el control de la malaria, la distribución de medicinas y vacunas a través de las fronteras y la capacitación. Se establecieron redes regionales y subregionales de información sanitaria y se instauró un sistema de respuesta rápida frente a los desastres naturales. Estas actividades crearon un precedente para un diálogo más amplio dentro de la región, hasta llegar a los acuerdos de paz.

Durante la segunda fase de la iniciativa, de 1990 a 1995, los sectores de la salud de Centroamérica apoyaron las iniciativas para el desarrollo y la democracia. Después de los acuerdos de paz, la OPS/OMS ayudó a la desmovilización, rehabilitación y reintegración social de los grupos más afectados por el conflicto, como los indígenas y las poblaciones fronterizas. La salud siguió siendo un factor impulsor de la consolidación democrática en la tercera fase, entre 1995 y 2000.

Entre 1991 y 1997, se crearon programas similares en Angola, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Haití y Mozambique. En cada programa, los representantes de las oficinas regionales de la OMS trabajaron conjuntamente con el gobierno, las organizaciones no gubernamentales locales y otros organismos de las Naciones Unidas. Todos estos programas contribuyeron a reconstruir el sector de la salud una vez concluidos los conflictos. En Angola y Mozambique, la Organización Mundial de la Salud participó en el proceso de desmovilización, promovió la reintegración en el sistema nacional de los servicios de salud anteriormente fuera del control del gobierno central y readiestró a los trabajadores de la salud de estas regiones. En Bosnia y Herzegovina y en Croacia, la Organización Mundial de la Salud facilitó los

RECUADRO 8.2 (continuación)

intercambios entre los diferentes grupos étnicos y fomentó el contacto y la colaboración sistemáticos entre los profesionales de la salud de todas las comunidades.

Todas las experiencias de este período fueron consolidadas por la Organización Mundial de la Salud en 1997 con un programa mundial, "La salud como un puente para la paz". Desde entonces, se han puesto en marcha programas nuevos en la región del Cáucaso, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Bosnia y Herzegovina, Indonesia y Sri Lanka. En Indonesia, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud ha organizado equipos de profesionales de la salud para operar en las zonas de conflicto real o potencial. Uno de esos grupos, constituido por profesionales musulmanes y cristianos, está trabajando en las islas de la provincia de Maluku, una zona de agudos conflictos religiosos en años recientes.

Mediante el programa "La salud como un puente para la paz", los trabajadores de la salud de todo el mundo están organizándose para contribuir a la paz, lograr la estabilidad y la reconstrucción cuando concluyen los conflictos y ayudar a la conciliación en las comunidades divididas y desgarradas por la lucha.

entre los grupos sociales. La vigilancia de la distribución y tendencias de las enfermedades asociadas con la pobreza, de los trastornos médicamente prevenibles o tratables y de las desigualdades en la supervivencia, es esencial para detectar las disparidades sociales en gran parte no reconocidas, pero importantes y posiblemente crecientes.

El sector de la salud también puede prestar un servicio trascendental al divulgar las repercusiones sociales y económicas de los conflictos violentos y sus efectos sobre la salud.

Respuestas a los conflictos violentos

Prestación de servicios durante los conflictos

Los problemas comunes que afrontan las operaciones humanitarias en época de conflicto son (71):

- cómo mejorar los servicios de asistencia sanitaria para la población anfitriona paralelamente a la prestación de servicios a los refugiados;
- cómo prestar servicios de buena calidad, de manera humanitaria y eficiente;
- cómo involucrar a las comunidades para determinar las prioridades y las formas de prestación de los servicios;
- cómo crear mecanismos sostenibles que permitan aprovechar la experiencia obtenida sobre el terreno para formular las políticas.

Los refugiados que abandonan su país a través de las fronteras pierden sus proveedores usuales de atención de salud. Dependen entonces de lo que esté disponible en el país de llegada o lo que les puedan proporcionar en servicios complementarios los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales. Los servicios de los países que dan acogida a gran número de refugiados pueden verse abrumados si estos se radican repentinamente en una zona y procuran utilizar los servicios de salud locales. Esta puede ser una fuente de antagonismo entre los refugiados y la población del país huésped, que puede desbordarse en nueva violencia. Ese antagonismo puede agravarse si a los refugiados se les ofrecen servicios, incluidos los de salud, más accesibles o a menor costo que los disponibles para la población local, o si el país huésped no recibe recursos externos adicionales para hacer frente a esta situación. Cuando habitantes de origen albanés de Kosovo huyeron a Albania y a la antigua República Yugoslava de Macedonia durante el conflicto de 1999, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos trataron de ayudar a los sistemas de salud y bienestar social de los países huéspedes a afrontar la sobrecarga, en lugar de sencillamente organizar un sistema de salud paralelo "importado" por los organismos de ayuda.

Al planificar las respuestas a las crisis, los gobiernos y los organismos deben:

- evaluar en una etapa muy temprana quiénes son particularmente vulnerables y cuáles son sus necesidades;

– coordinar estrictamente las actividades entre los diversos agentes;
– trabajar para aumentar la capacidad local, nacional y mundial de prestar servicios de salud eficaces durante las diversas etapas de la situación de emergencia.

La Organización Mundial de la Salud ha creado mecanismos de vigilancia para ayudar a identificar los conflictos y responder a ellos en las etapas iniciales. Su Red de información sanitaria para la planificación en previsión de emergencias proporciona acceso rápido a información actualizada sobre determinados países y sus índices de salud, así como orientación sobre las prácticas más adecuadas y datos sobre la vigilancia de enfermedades.

En caso de emergencia, las organizaciones humanitarias procuran en primer lugar evitar la pérdida de vidas y posteriormente intentan restablecer un ámbito donde sea posible la promoción de la salud. Muchos organismos de socorro consideran que su función primordial es salvar las vidas que se hallan en riesgo como resultado de sucesos atípicos, sin tener que preocuparse porque otros agentes de salud se hagan cargo a su vez de las actividades o las sostengan a largo plazo. Por otra parte, los organismos que adoptan una perspectiva específicamente relacionada con el desarrollo intentan desde el inicio tener en cuenta aspectos como la eficiencia, la sostenibilidad, la igualdad y el sentido de propiedad local, lo que producirá mayores beneficios a más largo plazo. Este enfoque hace hincapié en la creación de capacidad local y el mantenimiento de costos bajos. No obstante, es difícil extender las respuestas a corto plazo para tratar de establecer sistemas a más largo plazo.

Las organizaciones tienen que trabajar en estrecha colaboración si desean aprovechar al máximo sus recursos, reducir al mínimo cualquier posible duplicación de actividades y mejorar la eficiencia de las operaciones. El Código de Conducta para las Organizaciones Humanitarias, propuesto por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (62), establece algunos principios esenciales que muchas organizaciones humanitarias ven como una base para su trabajo. Sin embargo, ese código es voluntario y no hay ninguna medida eficaz para hacer cumplir sus principios o evaluar si está siendo aplicado en forma eficiente.

Consideraciones éticas acerca de la prestación de ayuda

Hay problemas éticos en relación con las intervenciones en las situaciones de emergencia y, en particular, cómo distribuir la ayuda. En algunos casos, como la crisis en Somalia a comienzos de los años noventa, los organismos de ayuda han contratado a guardias armados para poder llevar a cabo sus operaciones, una medida que se considera éticamente dudosa. En cuanto a la distribución de la ayuda, con frecuencia existe la expectativa de que una proporción sea desviada hacia las partes en conflicto. Los organismos de ayuda en general han aceptado la idea de que es aceptable cierto grado de "pérdida" de los recursos, siempre que la mayor parte de ellos lleguen al destino planeado. No obstante, en algunos lugares la proporción de alimentos y otro tipo de ayuda desviados ha sido tan grande que los organismos han decidido retirar sus servicios.

Otras preocupaciones éticas se centran en el hecho de que el trabajo con las facciones en conflicto les confiere indirectamente cierta legitimidad tanto a estas como a sus actividades. Surgen interrogantes sobre si los organismos de ayuda deben guardar silencio acerca de los abusos observados o hablar claro, y si deben continuar prestando servicios cuando los abusos continúan. Anderson (72), entre otros autores, trata los temas más amplios de cómo la ayuda en casos de emergencia puede contribuir a promover la paz o, por el contrario, prolongar el conflicto.

La participación comunitaria

En épocas de conflicto, las estructuras de la comunidad y las actividades locales pueden resultar seriamente perturbadas. Las personas quizá teman debatir activamente temas tales como la política social o hacer campañas en favor de grupos marginados o vulnerables. Esto es aún más probable bajo regímenes políticos no democráticos y cuando la violencia estatal amenaza a los presuntos adversarios del régimen.

Sin embargo, en algunos casos puede haber un resultado positivo en cuanto a la respuesta de la comunidad, donde en realidad se hace más fácil el desarrollo de estructuras sociales, incluidos los servicios de salud. Este tipo de respuesta parecería ser más común en los conflictos de carácter ideológico, tales como los de la última parte del siglo XX en Mozambique, Nicaragua y Viet Nam. En el conflicto en Etiopía entre 1974 y 1991, los movimientos políticos comunitarios en Eritrea y Tigre colaboraron mucho en la creación de estructuras locales participativas para la toma de decisiones y la elaboración de estrategias de promoción de la salud (73).

Restablecimiento de los servicios después de los conflictos

Ha habido un considerable debate sobre cómo restablecer mejor los servicios cuando los países salen de períodos de conflicto (74–76). Cuando se abren zonas inaccesibles después de las situaciones complejas de emergencia, se desbloquea un cúmulo de necesidades de salud pública pendientes, por mucho tiempo desatendidas, caracterizadas por las epidemias de sarampión. Además, los acuerdos de cese de fuego, aunque sean precarios, deben incluir la necesidad de apoyo especial de salud para los soldados que serán desmovilizados, planes para la remoción de minas y arreglos para el retorno de los refugiados y los desplazados internos. Todas estas exigencias probablemente se plantean en momentos en que la infraestructura del sistema local de salud está muy debilitada y se han agotado otros recursos económicos.

Se necesita información más precisa sobre las intervenciones en diferentes sitios, las condiciones bajo las cuales tienen lugar, y sus efectos y limitaciones. Un problema de la recopilación de datos sobre los conflictos es determinar el punto final de estos. Generalmente, el límite entre el final de un conflicto y el comienzo del período posterior a él, está lejos de ser nítido, ya que a menudo persisten grados significativos de inseguridad e inestabilidad por un tiempo considerable.

En el cuadro 8.5 se esbozan algunos de los enfoques característicos usados para reconstruir los sistemas de atención de salud después de los conflictos. Anteriormente, se hacía especial hincapié en la reconstrucción física y en los programas de control de enfermedades, pero se daba relativamente poca importancia a la coordinación de las respuestas de los donantes o el establecimiento de marcos de políticas eficaces.

Documentación, investigación y difusión de la información

La vigilancia y la documentación son aspectos fundamentales para las actividades de salud pública relacionadas con los conflictos. Si bien, como ya se mencionó, los datos sobre la violencia colectiva son a menudo insatisfactorios e imprecisos, en este campo por lo general no se justifica una preocupación exagerada por la precisión de los datos. Aun así, es esencial que los datos sean válidos.

Proporcionar datos válidos a los encargados de formular las políticas es un componente igualmente sustancial de las actividades de salud pública. Las Naciones Unidas, los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los profesionales de la salud tienen funciones esenciales que cumplir en este aspecto. Por ejemplo, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), mediante su extensa investigación y labor de campaña, desempeñó un papel fundamental en la promoción del proceso de Ottawa, que condujo a la adopción del Tratado de Prohibición Total de Minas Terrestres Antipersonales, que entró en vigor el 1° de marzo de 1999. Un funcionario del CICR que participó en esta empresa expresó: "La observación y la documentación de los efectos de las armas no producen cambios en las creencias, el comportamiento ni la ley a menos que sean comunicados en forma imperiosa tanto a los encargados de formular las políticas como al público" (77).

Algunas organizaciones no gubernamentales, como Amnistía Internacional, tienen el mandato explícito de hablar claro sobre las violaciones a los derechos humanos. También lo hacen algunos organismos de las Naciones Unidas, como la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sin embargo, otros organismos se muestran renuentes a explayarse contra los implicados en un conflicto por temor a que

CUADRO 8.5

Retos para el sector de la salud después del conflicto

Componente de la actividad del sector de la salud después del conflicto	Situación característica en la actualidad	Medidas para una respuesta más apropiada
Formulación de políticas	• Las actividades son consideradas como proyectos independientes • Se presta poca atención al establecimiento de marcos de política	• Desarrollar tempranamente los marcos de política en los que puedan basarse los proyectos • Promover el apoyo de donantes al ministerio de salud para la formulación de políticas y la recopilación y difusión de información • Facilitar la comunicación entre los participantes fundamentales
Coordinación de los donantes	• Los donantes en principio están de acuerdo en que la coordinación es aconsejable, pero ninguno desea ser coordinado	• Identificar las áreas de interés común y basarse en ellas • Fortalecer la capacidad del ministerio de salud de asumir un papel protagónico y de coordinar a los donantes y organizaciones no gubernamentales
Trabajo con el gobierno	• A menudo se elude al gobierno y el apoyo es canalizado por conducto de organizaciones no gubernamentales y organismos de las Naciones Unidas	• Reformar el sistema internacional de ayuda para permitir que las actividades de desarrollo tengan lugar antes en el período de recuperación posterior al conflicto • Considerar enfoques intersectoriales integrados, donde los donantes estén de acuerdo en trabajar dentro de un marco acordado de políticas
Desarrollo de la infraestructura	• El objetivo es reconstruir exactamente lo que existía anteriormente	• Examinar las necesidades de servicios y su distribución • Racionalizar y hacer más equitativa la distribución de los servicios disponibles • Al establecer servicios nuevos, tener en cuenta los cambios en las características de la población
Problemas de enfermedades específicas	• El control de enfermedades y la prestación de servicios están muy concentrados • Los donantes tienen un considerable control de los programas y proporcionan la mayor parte de los fondos	• Facilitar las vinculaciones entre diferentes programas • Asegurar que los programas operen por medio de las principales estructuras del sistema de salud • Asegurar que las intervenciones centradas en una enfermedad y las que están orientadas al sistema de salud se complementen entre sí • Comprometer plenamente a todos los participantes pertinentes, incluido el sector público local y nacional, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado
Trabajo de reconciliación	• Las actividades giran alrededor de la cesación temporal de las hostilidades, con el fin de llevar a cabo el control de las enfermedades	• Reconocer el valor simbólico de la atención de salud en la restauración de las relaciones entre comunidades • Reconocer la promoción de la justicia y la reconciliación como objetivos a largo plazo que incluyen la a menudo lenta restauración de la confianza entre las comunidades • Promover toda oportunidad razonable para la colaboración entre las comunidades • Considerar las respuestas innovadoras, como las comisiones de la verdad y la reconciliación
Función del sector privado	• Se realizan intentos de diversificar la gama de prestadores de servicios y desregular el sector privado	• Promover la función del Estado en cuanto a enmarcar las políticas, fijar las normas y vigilar la calidad de los servicios • Reconocer al mismo tiempo la función importante del sector privado en la prestación de la atención de salud • Crear incentivos para promover el acceso equitativo a los servicios de salud pública importantes y la prestación de estos
Fomento de una sociedad equitativa	• Generalmente es considerado importante, pero a menudo se lo deja para una etapa posterior	• Reconocer que el logro de estructuras sociales equitativas es un objetivo primordial, pero que, en el corto plazo, tal vez sea preciso retrasar algunas reformas en interés de la estabilidad • Forjar vínculos entre grupos de población en competencia y diferentes localidades como elementos claves de la reforma posterior al conflicto
Capacitación	• A menudo se pasa por alto la capacitación, o esta es fragmentada e incoordinada	• Reconocer la importancia de la formación de recursos humanos • Descubrir maneras de integrar a las personas que se han capacitado con diferentes sistemas • Invertir en la capacitación de los planificadores y administradores
Sistemas de información	• La información no se considera una prioridad • Aunque exista información, esta no se comparte	• Dar prioridad a la documentación • Establecer un depósito central para la información • Usar nuevas tecnologías para difundir la información • Condicionar el financiamiento a que se comparta la información

pudiera ponerse en peligro su capacidad de prestar servicios esenciales. En esos casos, los organismos tal vez decidan transmitir la información indirectamente, por conducto de terceros o de los medios de comunicación.

Si se desea que la divulgación sea eficaz, se necesitan datos fehacientes y se deben analizar adecuadamente las experiencias de las intervenciones. La investigación es crucial para evaluar las repercusiones del conflicto en la salud y en los sistemas de atención de salud, y para determinar qué intervenciones son eficaces.

Recomendaciones

Es preciso tomar diversas medidas para prevenir la aparición de conflictos y, cuando se producen, para reducir sus repercusiones. Estas medidas se clasifican en las siguientes grandes categorías:

- la obtención de información más extensa y una mejor comprensión de los conflictos;
- la adopción de medidas políticas para predecir, prevenir y responder a los conflictos;
- actividades de mantenimiento de la paz;
- respuestas del sector de la salud a los conflictos;
- respuestas humanitarias.

Información y conocimientos

Datos y vigilancia

Las siguientes son algunas de las medidas importantes que es necesario adoptar con el objeto de obtener información más válida y precisa sobre los conflictos y cómo responder a ellos:

- Se deben determinar los indicadores relacionados con la salud pública y el desempeño de los servicios de salud, junto con formas eficaces de medir estos indicadores, para que sea posible detectar desviaciones de las normas de salud en grupos particulares, que quizá sean los signos tempranos de las tensiones entre los grupos.
- Es preciso perfeccionar más la recopilación de datos recientes y las técnicas de vigilancia del estado de salud en las poblaciones afectadas, a fin de aumentar los conocimientos sobre las repercusiones de los conflictos en otras poblaciones, incluidos los desplazados internos, los refugiados que se han integrado en las comunidades anfitrionas, y grupos vulnerables específicos como los niños soldados (recuadro 8.3).
- Se deben mejorar los métodos que analizan la repercusión de los conflictos en los sistemas de salud y la respuesta de los sistemas.

Otras investigaciones

Es evidente que se necesitan más investigaciones, documentación y análisis para prevenir conflictos futuros, reducir la vulnerabilidad de determinados grupos y prestar los servicios más apropiados de la manera más eficaz durante las crisis de violencia y después de ellas. Dos aspectos particulares de la documentación y el análisis en los que es preciso concentrarse son:

- La creación de maneras eficaces de registrar las experiencias de las poblaciones afectadas por conflictos.
- La realización de análisis objetivos posteriores al conflicto, que describan el proceso que condujo a la violencia, sus repercusiones y las respuestas a ella. Se han llevado a cabo algunos análisis de este tipo, en particular después del genocidio rwandés de 1994 (74).

Un interrogante específico que es necesario investigar es por qué ciertos países que presentan algunos signos de riesgo de conflicto violento son en realidad capaces de evitarlo, mientras que otros se ven cada vez más envueltos en el conflicto o incluso llegan a una situación de casi colapso del Estado. Angola, Liberia, Sierra Leona, Somalia y la antigua Yugoslavia son algunos ejemplos de esta última categoría. Una vía útil de investigación sería determinar un conjunto de indicadores detectables antes de la situación de emergencia que pudieran ayudar a predecir si una crisis degenerará en una situación grave y compleja de emergencia.

Prevención de los conflictos violentos

La prevención total de los conflictos debe ser una prioridad desde el punto de vista de la salud pública.

RECUADRO 8.3

Los niños soldados: problemas que atañen a los profesionales de la salud

Se calcula que el número de niños soldados activos en todo el mundo es de 300 000, aunque es casi seguro que esta cifra representa una considerable subestimación. A menos que los niños sean reclutados sistemáticamente por las fuerzas armadas, por lo común participan en el conflicto solo después que este se ha desarrollado por algún tiempo. Sin embargo, una vez iniciado el reclutamiento, por lo general la cantidad de niños reclutados aumenta rápidamente y su edad promedio disminuye.

Consecuencias para la salud

Obviamente, la participación de los niños como combatientes en los conflictos armados los expone a riesgos de muerte y lesiones relacionadas con la contienda. Se da menos difusión a otros graves efectos sobre la salud, como los aspectos mentales y de salud pública.

La investigación (*78*) ha indicado que las lesiones más frecuentes relacionadas con el combate en los niños soldados son:

— la pérdida de la audición;
— la pérdida de la vista;
— la pérdida de extremidades.

Estas lesiones reflejan, por una parte, la mayor vulnerabilidad del cuerpo de los niños, y por otra, la la forma en que probablemente participen en los conflictos, como la colocación y detección de minas terrestres. Los niños reclutados también suelen estar expuestos a riesgos para la salud no directamente relacionados con el combate, como son las lesiones causadas por llevar armas y otras cargas pesadas, la malnutrición, las infecciones cutáneas y respiratorias y otras enfermedades infecciosas como la malaria.

A menudo se obliga a las niñas reclutadas, y en menor grado a los niños de poca edad, a prestar servicios sexuales además de combatir. Esto los pone en alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como la infección por el VIH y, cuando se trata de niñas, las expone a los peligros asociados al aborto o el parto. Además, a los niños soldados a menudo se les suministran drogas o alcohol para alentarlos a luchar, lo que genera problemas de toxicomanía, aparte de los otros riesgos conexos para la salud.

Los adolescentes reclutados en ejércitos permanentes suelen ser sometidos a la misma disciplina militar de los reclutas adultos, incluidos los ritos de iniciación, los ejercicios extenuantes, los castigos y la denigración con el propósito de quebrantar su voluntad. Las consecuencias de tal disciplina en los adolescentes pueden ser sumamente perjudiciales para su salud mental, emocional y física.

Aspectos vinculados con el sector de la salud

Los profesionales médicos deben comprender la necesidad de efectuar lo más tempranamente posible a todos los niños que fueron combatientes, exámenes médicos minuciosos pero sensibles. Esa oportunidad puede presentarse en el momento de la desmovilización oficial, pero quizá también se produzca cuando los niños combatientes son capturados, se escapan o de algún otro modo abandonan el servicio. Puede ser necesario realizar los exámenes en etapas, tratando primero los problemas más vitales y pasando luego a problemas más delicados, como el abuso sexual.

Se debe prestar especial atención a la salud mental y psicosocial de los niños soldados, así como a su salud física. Los problemas que pueden aquejar a los niños que fueron soldados son:

— las pesadillas, las escenas retrospectivas y las alucinaciones;
— la concentración y la memoria deficientes;
— la ansiedad crónica;

RECUADRO 8.3 (continuación)

— la regresión en el comportamiento;
— el mayor abuso de sustancias psicotrópicas como mecanismo para hacer frente a situaciones difíciles;
— un sentimiento de culpa y la negativa a aceptar el pasado;
— el control deficiente de la agresividad;
— pensamientos obsesivos de venganza;
— sentimientos de distanciamiento de otras personas.

Además, el "comportamiento militarizado" de los niños puede conducir a un bajo grado de aceptación de las normas de la sociedad civil. Como señala la Organización Mundial de la Salud en su contribución al estudio de las Naciones Unidas sobre los niños soldados (*78*):

"Los niños que pasan por las etapas evolutivas de la socialización y la adquisición del juicio moral en un entorno [militar] están mal preparados para reintegrarse a una sociedad no violenta. Adquieren una autosuficiencia prematura, desprovista del conocimiento y las aptitudes para el juicio moral y para distinguir los comportamientos inapropiados de riesgo, reflejados ya sea en la violencia, el abuso de sustancias psicotrópicas o la agresión sexual. Su rehabilitación constituye uno de los principales retos sociales y de salud pública después del conflicto armado."

Los profesionales de la salud también pueden desempeñar una valiosa función educativa para ayudar a evitar que los niños sean reclutados en los ejércitos (aun como voluntarios) al concientizar a los niños y adolescentes que están en riesgo, así como a sus familias y comunidades, y destacar los peligros conexos, incluidos los daños graves para la salud psíquica y mental.

Las medidas esenciales para los gobiernos en este contexto incluyen:

- Respetar los derechos humanos, adhiriéndose estrictamente al espíritu de la Carta de las Naciones Unidas y promoviendo la adopción cabal de las leyes sobre derechos humanos y las leyes humanitarias internacionales.
- Promover la adopción de tratados y otras medidas que restrinjan la producción, distribución y el empleo de minas terrestres
- Fomentar las iniciativas para reducir la producción y disponibilidad de armas biológicas, químicas, nucleares y de otro tipo; específicamente, se deben promover con energía otras medidas sobre armas ligeras, incluido el código de conducta europeo en la transferencia de dichas armas ligeras.
- Basarse en las medidas recientes para integrar la supervisión del movimiento de armas pequeñas con otros sistemas de advertencia temprana de posibles conflictos (79). Desde 1992, por ejemplo, las Naciones Unidas han mantenido el Registro de Armas Convencionales, que incluye datos sobre las transferencias internacionales de armas, así como información proporcionada por los Estados Miembros sobre pertrechos militares, adquisiciones nacionales y las políticas pertinentes.
- Vigilar los efectos adversos de la globalización y promover formas más equitativas de desarrollo y asistencia para un desarrollo más eficaz.
- Trabajar para instaurar políticas de buen gobierno en todo el mundo.

Boutros Boutros-Ghali, el anterior Secretario General de las Naciones Unidas, ha declarado que la integración social debe ser considerada una prioridad del desarrollo: "Las manifestaciones de la falta de integración social son muy conocidas: la discriminación, el fanatismo, la intolerancia, la persecución. Las consecuencias también resultan familiares: la desafección social, el separatismo, el micronacionalismo y el conflicto" (80).

Mantenimiento de la paz

A pesar del aumento masivo de las actividades orientadas al mantenimiento de la paz efectuadas por las Naciones Unidas, la eficacia de tales operaciones a menudo ha sido dudosa a causa de la incertidumbre acerca de los mandatos para esas intervenciones, las medidas deficientes de control entre las diversas fuerzas que contribuyen al mantenimiento de la paz y los recursos insuficientes para la tarea. En respuesta a estos problemas, el Secretario General de las Naciones Unidas estableció el Grupo sobre las Operaciones de Paz de las Naciones Unidas para evaluar las deficiencias del sistema existente y hacer recomendaciones específicas concernientes a un cambio. El grupo, compuesto por personas experimentadas en diversos aspectos de la prevención de conflictos y el mantenimiento y la consolidación de la paz, formuló recomendaciones orientadas a mejorar las áreas operativas y de organización, así como las políticas y las estrategias. Estas recomendaciones se resumieron en un informe que se conoce comúnmente como el "informe Brahimi" (81).

Respuestas del sector de la salud

Es preciso investigar más a fondo y documentar el potencial —y las limitaciones— del sector de atención de salud para contribuir a prevenir los conflictos y responder a ellos. Se requiere más documentación acerca de las prácticas adecuadas, en particular con respecto a prestar servicios eficaces después de los conflictos, un campo en el que están empezando a surgir conocimientos nuevos.

Los gobiernos deben apoyar a las organizaciones, como la Organización Mundial de la Salud y otros organismos de las Naciones Unidas, en una iniciativa mundial para idear políticas más eficaces orientadas a prevenir los conflictos y responder a ellos.

Respuestas humanitarias

Es necesario hacer más rigurosas tanto las normas como la responsabilidad de las organizaciones que responden a las crisis violentas. El Proyecto Esfera, con sede en Ginebra, está procurando establecer normas mínimas para la ayuda humanitaria que sean acordadas y respetadas. De igual manera, el Proyecto de Responsabilidad Humanitaria, una red cuya sede también está en Ginebra y que es patrocinada por organismos donantes y organizaciones no gubernamentales, está trabajando para elevar el grado de responsabilidad, especialmente entre los beneficiarios potenciales de las actividades humanitarias. Se insta a los gobiernos y los organismos humanitarios a apoyar estas dos iniciativas.

Conclusiones

Este capítulo se ha concentrado en las repercusiones de los conflictos violentos sobre la salud pública y los sistemas de atención de salud y en él se ha intentado describir la variedad de respuestas posibles a esas crisis. Evidentemente, es necesario hacer más hincapié en la prevención primaria, que procura en primer lugar evitar que se produzcan los conflictos.

Hay mucho que aprender —y aplicar— en relación con la prevención de la violencia colectiva y cómo abordar sus causas subyacentes. En el primer caso, esto concierne a las formas de violencia colectiva que se han tornado comunes desde hace un siglo o algo más: los conflictos entre estados o donde están involucrados grupos organizados dentro de una zona geográfica específica (como las regiones en rebelión contra el gobierno central), las guerras civiles y las diversas formas de violencia auspiciada por el Estado contra individuos o grupos.

No obstante, el perfil de la violencia colectiva está cambiando. A comienzos del siglo XXI, están surgiendo nuevas formas de violencia colectiva, representadas por organizaciones muy dispersas y redes de organizaciones, grupos sin un "domicilio fijo" cuyos objetivos, estrategias y psicología difieren radicalmente de los de los grupos antes existentes, que aprovechan cabalmente las altas tecnologías y los sistemas financieros modernos que ha creado el orden mundial globalizado. Su armamento es también nuevo, pues procuran explotar armas tales como las biológicas, químicas y posiblemente las nucleares además de los explosivos y los proyectiles más tradicionales. Sus metas son tanto físicas como psíquicas e implican la destrucción masiva y la provocación de un temor generalizado.

El mundo tendrá que aprender rápidamente cómo combatir la nueva amenaza del terrorismo mundial en todas sus formas y, al mismo tiempo, mostrar un grado alto de determinación para prevenir y reducir el impacto de las formas tradicionales de violencia colectiva, que siguen causando una proporción abrumadora de muertes, enfermedades, lesiones y destrucción. Se necesita una voluntad firme, junto con un compromiso generoso de los recursos, no solo para alcanzar una comprensión mucho más profunda de los problemas del conflicto violento sino también para encontrar soluciones.

Referencias

1. WHA34.38. En: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973-1984*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1985:397–398.
2. *Handbook for emergencies*. Ginebra, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2001.
3. Leaning J. Introduction. En: Leaning J et al., eds. *Humanitarian crises: the medical and public health response*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999:1–11.
4. Goodhand J, Hulme D. From wars to complex political emergencies: understanding conflict and peace-building in the new world disorder. *Third World Quarterly*, 1999, 20:13–26.
5. Kaldor M. *New and old wars: organized violence in a global era*. Cambridge, Polity Press, 1999.
6. Cornish P. Terrorism, insecurity and underdevelopment. *Conflict — Security — Development*, 2001, 1:147–151.
7. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. En: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679–690.
8. Ball P, Kobrak P, Spirer H. *State violence in Guatemala, 1960-1996: a quantitative reflection*. Washington, D.C., American Academy for the Advancement of Science, 1999.
9. Roberts L et al. *Mortality in eastern Democratic Republic of Congo: results from eleven mortality surveys*. Nueva York, NY, International Rescue Committee, 2001.
10. *Clasificación internacional de enfermedades*, novena revisión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.
11. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión. *Volumen 1: Lista tabular; Volumen 2: Manual de instrucciones; Volumen 3: Índice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992-1994.
12. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 14th ed. Washington, D.C., World Priorities, 1991.
13. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 16th ed. Washington, D.C., World Priorities, 1996.
14. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ y Londres, Transaction Publications, 1994.
15. Sheil M et al. Deaths among humanitarian workers. *British Medical Journal*, 2000, 321:166–168.
16. *Take a step to stamp out torture*. Londres, Amnistía Internacional, 2000.
17. Burnett A, Peel M. Asylum-seekers and refugees in Britain: health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*, 2001, 322:544–547.
18. Harris MF, Telfer BL. The health needs of asylum-seekers living in the community. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175:589–592.
19. British Medical Association. *The medical profession and human rights: handbook for a changing agenda*. Londres, Zed Books, 2001.
20. *12-point program for the prevention of torture by agents of the state*. Londres, Amnistía Internacional, 2000.
21. *Protocolo de Estambul: Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Nueva York, NY, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2001 (disponible en Internet: http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot.pdf).
22. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. En: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186–196.
23. Turshen M, Twagiramariya C, eds. *What women do in wartime: gender and conflict in Africa*. Londres, Zed Books, 1998.
24. Stiglmayer A, ed. *Mass rape: the war against women in Bosnia-Herzegovina*. Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1994.
25. Ignatieff M. *Virtual war: Kosovo and beyond*. Londres, Chatto & Windus, 2000.
26. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. Nueva York, NY, Carnegie Corporation, 1997.
27. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. En: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
28. Stewart F. The root causes of humanitarian emergencies. En: Nafziger EW, Stewart F, Väyrynen R, eds. *War, hunger and displacement: the origin of humanitarian emergencies*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
29. Prunier G. *The Rwanda crisis 1959-1994: history of a genocide*. Londres, Hurst, 1995.

30. Dodge CP. Health implications of war in Uganda and Sudan. *Social Science and Medicine*, 1990, 31:691–698.
31. *Children on the front line: the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and South Africa*, 3rd ed. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1989.
32. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130–146.
33. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.
34. Ugalde A et al. The health costs of war: can they be measured? Lessons from El Salvador. *British Medical Journal*, 2000, 321:169–172.
35. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health-related outcomes of war in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1987, 77:615–618.
36. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347–354.
37. Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine*, 1988, 27:717–722.
38. Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet*, 1995, 345:339–344.
39. Zwi AB, Cabral AJ. High-risk situations for AIDS prevention. *British Medical Journal*, 1991, 303:1527–1529.
40. *AIDS and the military: UNAIDS point of view*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1998 (UNAIDS Best Practice Collection).
41. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, eds. *AIDS in the world*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.
42. Khaw AJ et al. HIV risk and prevention in emergency-affected populations: a review. *Disasters*, 2000, 24:181–197.
43. Smallman-Raynor M, Cliff A. Civil war and the spread of AIDS in central Africa. *Epidemiology of Infectious Diseases*, 1991, 107:69–80.
44. *Refugees and AIDS: UNAIDS point of view*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1997 (UNAIDS Best Practice Collection).
45. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331–336.
46. *The causes of conflict in Africa*. Londres, Department for International Development, 2001.
47. *Getting away with murder, mutilation, rape: new testimony from Sierra Leone*. Nueva York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3[A]).
48. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
49. Quirk GJ, Casco L. Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:1675–1679.
50. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1073–1082.
51. Pupavac V. Therapeutic governance: psychosocial intervention and trauma risk. *Disasters*, 2001, 25:1449–1462.
52. Robertson G. *Crimes against humanity: the struggle for global justice*. Harmondsworth, Penguin, 1999.
53. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2001.
54. Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 2000, 355:1548–1549.
55. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263:3296–3302.
56. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex humanitarian emergencies. En: Black R, Merson M, Mills A. *Textbook of international health*. Gaithersburg, MD, Aspen, 2000.
57. Centers for Disease Control and Prevention. Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992, 41 (No. RR–13).
58. Toole MJ, Waldman RJ. Refugees and displaced persons: war, hunger and public health. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:600–605.
59. Deacon B. *Global social policy, international organizations and the future of welfare*. Londres, Sage, 1997.
60. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, D.C., National Academy Press, 1998.
61. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. Londres, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
62. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Informe Mundial sobre Desastres 1999*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1999.
63. Hodes RM, Kloos H. Health and medical care in Ethiopia. *New England Journal of Medicine*, 1988, 319:918–924.
64. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
65. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. Londres, Earthscan and Saferworld, 1994.
66. Kumaranayake L, Zwi A, Ugalde A. Costing the direct health burden of political violence in developing countries. En: Brauer J, Gissy W, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997:292–301.
67. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. En:

Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. Londres, Zed Books, 1994:6–36.

68. Lee I, Haines A. Health costs of the Gulf War. *British Medical Journal*, 1991, 303:303–306.
69. Walt G, Cliff J. The dynamics of health policies in Mozambique 1975-85. *Health Policy and Planning*, 1986, 1:148–157.
70. Addison T. Aid and conflict. En: Tarp F, ed. *Foreign aid and development: lessons learnt and directions for the future*. Londres, Routledge, 200:392–408.
71. Banatvala N, Zwi A. Public health and humanitarian interventions: improving the evidence base. *British Medical Journal*, 2000, 321:101–105.
72. Anderson MB. *Do no harm. How aid can support peace — or war*. Boulder, CO y Londres, Lynne Rienner, 1999.
73. Barnabas GA, Zwi AB. Health policy development in wartime: establishing the Baito health system in Tigray, Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:38–49.
74. Kumar K, ed. *Rebuilding societies after civil war*. Boulder, CO, y Londres, Lynne Reiner, 1997.
75. Kumar K et al. *The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwanda experience. Study 4: Rebuilding post-war Rwanda*. Copenhague, Steering Committee of the Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda, 1996.
76. *Post-conflict reconstruction: the role of the World Bank*. Washington, D.C., World Bank, 1998.
77. Coupland RM. The effects of weapons and the Solferino cycle. *British Medical Journal*, 1999, 319:864–865.
78. Machel G. *Impact of armed conflict on children: report of the Expert Group of the Secretary-General*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1996 (documento A/51/306).
79. Laurence EJ. *Arms watching: integrating small arms and light weapons into the early warning of violent conflict*. Londres, Saferworld, 2000.
80. Boutros-Ghali B. *An agenda for development*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1995.
81. *Report of the Panel on United Nations Peace Operations*. Nueva York, NY, Consejo de Seguridad de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2000 (documento A/55/305, S/2000/809).

CAPÍTULO 9

Cómo proceder: recomendaciones

Antecedentes

Ningún continente, ningún país y casi ninguna comunidad están a salvo de la violencia. Aunque es ubicua, no forma inevitablemente parte de la condición humana, ni constituye un problema de la "vida moderna" que no pueda ser tratado y superado mediante la decisión y la inventiva humanas.

En los capítulos precedentes de este informe se dan abundantes detalles sobre los tipos específicos de violencia y las intervenciones de salud pública que pueden aplicarse para intentar reducir tanto su aparición como sus consecuencias. En este capítulo final se destacan varios modelos y temas mundiales comunes a los diversos tipos de violencia. Se insiste en un enfoque de salud pública y se hacen recomendaciones a los responsables políticos y a los profesionales de todos los niveles.

Respuesta a la violencia: ¿qué sabemos por ahora?

Lecciones principales hasta la fecha

Aunque existen importantes lagunas en la base de información, y se necesitan más investigaciones, se ha aprendido mucho sobre el modo de prevenir la violencia y mitigar sus consecuencias.

Puede predecirse y prevenirse

A menudo la violencia se puede predecir y prevenir. Como el presente informe pone de manifiesto, ciertos factores parecen tener gran valor predictivo en relación con la violencia en determinadas poblaciones, aunque la causalidad directa sea a veces difícil de establecer. Dichos factores van desde los individuales o familiares (como la impulsividad, la depresión, el seguimiento y supervisión insuficientes de los niños, el rígido reparto de funciones entre hombres y mujeres y los conflictos conyugales) hasta los macroeconómicos (como por ejemplo los rápidos cambios de las estructuras sociales o las súbitas recesiones económicas, que generan alto desempleo y deterioro de los servicios públicos). Hay también factores locales, específicos de un lugar y momento dados, como la mayor presencia de armas de fuego o las modalidades cambiantes del tráfico de drogas en un vecindario dado. Identificar y medir estos factores puede indicar a tiempo a los responsables políticos la necesidad de actuar.

A la vez, aumentan las herramientas con las cuales tomar medidas, conforme avanza la investigación en salud pública. Para cada categoría de violencia examinada en el informe se dan ejemplos de intervenciones prometedoras para reducir la violencia y sus consecuencias, desde iniciativas individuales y comunitarias en pequeña escala hasta cambios de política nacional, gracias a los que se ha logrado reducir la violencia. La mayoría de estas intervenciones formalmente documentadas y evaluadas han tenido lugar en las partes más ricas del mundo, pero también se dan muchas intervenciones innovadoras en los países en desarrollo.

La inversión "aguas arriba" produce resultados "aguas abajo"

En todo el mundo, las autoridades tienden a actuar solo después que han ocurrido actos de violencia patente, para luego invertir recursos durante un breve lapso en programas destinados a grupos de personas pequeños y fácilmente identificados. Un clásico ejemplo de ello es la adopción de "enérgicas medidas" policiales periódicas en zonas con alto grado de violencia, por lo general después de un incidente muy divulgado. Por contraste, en salud pública se insiste en la prevención, especialmente en actividades de prevención primaria "aguas arriba" de los problemas, con las que se trata en primer lugar de impedir incidentes violentos o de evitar que las condiciones de violencia den lugar a heridas graves. Bajo un prisma de prevención primaria se considera que también las inversiones modestas pueden producir beneficios importantes y duraderos.

Comprender el contexto de la violencia

Todas las sociedades conocen la violencia, pero sus circunstancias —el contexto en que se manifiesta, su naturaleza y su aceptación social— varían mucho de un entorno a otro. Allí donde se pretenda planificar programas preventivos, es necesario comprender el contexto de la violencia para adaptar la intervención a la población destinataria.

Los capítulos 4 (La violencia en la pareja) y 6 (La violencia sexual) proporcionan abundantes

ejemplos en que el contexto cultural exacerba las consecuencias de la violencia, creando graves problemas en términos de prevención. Un ejemplo es la creencia, que existe en muchas sociedades, de que el hombre tiene derecho a castigar a su esposa —aun recurriendo a la fuerza física— por diversas razones, entre las que figura su negativa a tener relaciones sexuales con él. El comportamiento derivado de dicha creencia pone a las mujeres no solo en riesgo inmediato de violencia física y psíquica, sino también de embarazo no deseado y de enfermedades de transmisión sexual. Otro ejemplo es la aceptación, profundamente arraigada en algunas sociedades, de los castigos corporales durante la crianza de los niños. Las intervenciones tienen escasa probabilidad de éxito, a menos que tomen en consideración la fuerza de estas creencias y actitudes y la forma en que se relacionan con otros aspectos de la cultura local.

Al mismo tiempo, las tradiciones culturales también pueden ser protectoras; los investigadores y los que diseñan los programas deben estar preparados para identificarlas y usarlas en las intervenciones. Por ejemplo, en el capítulo 7 (La violencia autoinfligida) se describe cómo la filiación religiosa al parecer contribuye a reducir el riesgo de suicidio, y se comentan las posibles razones de ello, como el sentimiento de pertenencia a una religión o la prohibición específica del suicidio.

Aprovechar los vínculos

Diferentes tipos de violencia están vinculados entre sí de muchas maneras, y a menudo comparten factores de riesgo similares. Se presenta un ejemplo de ello en el capítulo 3 (Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo), donde la lista de los factores de riesgo se superpone en gran medida con la de otros tipos de violencia. Algunos de estos factores son:

- La pobreza, que está vinculada con todas las formas de violencia.
- Los antecedentes familiares o personales marcados por el divorcio o la separación, factores que también se asocian con la violencia juvenil, la violencia en la pareja, la violencia sexual y el suicidio.
- El abuso de alcohol y de sustancias psicotrópicas, que se relaciona con todas las formas de violencia interpersonal, así como con el suicidio.
- Los antecedentes de violencia familiar, y su nexo con la violencia juvenil, la violencia en la pareja, la violencia sexual y el suicidio.

La superposición de factores de riesgo de diversos tipos de violencia pone de manifiesto la necesidad de que aúnen esfuerzos los grupos dedicados tanto a la prevención primaria como a la secundaria: los funcionarios municipales y de la comunidad, los planificadores de viviendas sociales, la policía, los trabajadores sociales, los grupos de derechos humanos y de derechos específicos de las mujeres, los profesionales de la salud y los investigadores de cada campo específico. Estos esfuerzos mancomunados pueden ofrecer varias ventajas:

- mejorar la eficacia de las intervenciones;
- evitar la duplicación de esfuerzos;
- aumentar los recursos disponibles, mancomunando fondos y personal en acciones conjuntas;
- posibilitar la realización de actividades conjuntas de investigación y de prevención, de manera más colectiva y coordinada.

Por desgracia, las actividades de investigación y prevención de los diversos tipos de violencia se han desarrollado a menudo aisladas unas de otras. Si pudiera superarse esta fragmentación, habrá campo en el futuro para intervenciones más integrales y eficaces.

Centrarse en los grupos más vulnerables

La violencia, como tantos problemas de salud, no es neutra. Si bien todas las clases sociales conocen la violencia, las investigaciones demuestran sistemáticamente que las personas de nivel socioeconómico más bajo son las que corren mayor riesgo. Con frecuencia son los factores relacionados con la pobreza y no la pobreza misma los que hacen que aumente el riesgo de violencia. En el capítulo 2, por ejemplo, se aborda el papel que la vivienda deficiente, la falta de educación, el desempleo y otras condiciones relacionadas con la pobreza desempeñan en la violencia juvenil, y cómo estos factores contribuyen a aumentar el riesgo de que algunos jóvenes se dejen influir por compañeros que incurren en el delito y

terminen por participar actos delictivos. También son importantes el ritmo de acceso a la pobreza —al perder recursos de los que antes se disponía— y la propia percepción de tal pobreza, es decir, la privación relativa en un ámbito particular, más que el nivel absoluto de pobreza.

El capítulo 6 (La violencia sexual) describe cómo la pobreza exacerba la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas. Al llevar a cabo sus tareas diarias, como trabajar en el campo, ir solas a buscar agua o volver caminando del trabajo a casa por las noches, las mujeres y las niñas pobres de zonas rurales o económicamente desfavorecidas corren a menudo riesgo de violación. Su pobreza las hace vulnerables a la explotación sexual en situaciones tan diversas como buscar empleo, comerciar o educarse. La pobreza es asimismo un factor clave que empuja a las mujeres a la prostitución y fuerza a las familias a vender a sus hijos a los traficantes sexuales. En el capítulo 8 (La violencia colectiva) se amplía el debate, y se señala que la pobreza y la desigualdad se encuentran entre las fuerzas impulsoras de conflictos violentos, y que largos períodos de conflicto pueden hacer que la pobreza aumente, lo que a su vez crea condiciones que dan origen a otras formas de violencia.

No es nuevo que se descuide a los pobres: en la mayoría de las sociedades, los más pobres son los peor atendidos por los diversos servicios estatales de protección y asistencia. Sin embargo, el hecho de que la violencia esté vinculada con la pobreza puede ser una razón adicional de que los que formulan las políticas y las autoridades hayan descuidado la perspectiva de salud pública de la violencia —que consistiría en ofrecer a las familias y las comunidades pobres mayor proporción de servicios y recursos—, privilegiando la intervención policial y la habilitación de cárceles. Para prevenir la violencia hay que corregir este estado de cosas.

Combatir la autocomplacencia

Algo que promueve enormemente la violencia, y es un obstáculo formidable para responder a ella, es la autocomplacencia. Así ocurre, en particular, con la actitud que considera la violencia (al igual que el problema de la desigualdad entre los sexos, tan estrechamente relacionado con ella) como algo que siempre ha estado presente en la sociedad, por lo que siempre seguirá existiendo. A menudo, esta autocomplacencia se ve reforzada por el propio interés. La aceptación social, por ejemplo, de que los hombres tienen derecho a "castigar" a sus esposas beneficia claramente más a los hombres que a las mujeres. El comercio de la droga prospera por su situación ilegal, en la cual la violencia es una manera, que los implicados consideran aceptable, de resolver las controversias o aumentar su participación en el mercado.

Al describir algunos de los elementos que crean una cultura de la violencia, en varios capítulos del presente informe se hace hincapié en que dicha cultura suele estar respaldada tanto por las leyes como por las actitudes. Ambas pueden colaborar en factores tales como la exaltación de la violencia en los medios de comunicación, la tolerancia de la agresión sexual o de la violencia contra la pareja, los severos castigos corporales aplicados por los padres a sus hijos en el hogar como método disciplinario, la intimidación en las escuelas y en los juegos, el uso de niveles inaceptables de fuerza por la policía y la exposición prolongada de niños y adolescentes a situaciones bélicas. Resultará difícil reducir significativamente la violencia interpersonal y colectiva si no llega a desaparecer la autocomplacencia hacia ella.

Comprometer a quienes toman las decisiones

Si bien es mucho lo que las organizaciones e instituciones locales y las personas pueden hacer, gran parte del éxito de las iniciativas de salud pública depende en último término del compromiso político. El apoyo de los líderes políticos es necesario no solo para asegurarse el financiamiento apropiado y una legislación efectiva, sino también para que las actividades de prevención cobren mayor legitimidad y adquieran más importancia en la conciencia pública. Este compromiso es tan importante en el ámbito nacional, donde se adoptan las decisiones políticas y legislativas, como en los niveles provincial, de distrito y municipal, donde se controla la aplicación diaria de muchos programas.

El fuerte compromiso necesario para abordar la violencia suele ser la resultante de los esfuerzos continuados de muchos sectores de la sociedad. Los

profesionales y los investigadores de salud pública pueden contribuir sustancialmente a este proceso, ofreciendo a los responsables políticos información consistente sobre la prevalencia, las consecuencias y las repercusiones de la violencia, y documentando cuidadosamente las prácticas que pueden conducir a su prevención o manejo.

¿Por qué debe participar el sector de la salud?

En la mayor parte de las sociedades modernas, hasta hace poco la responsabilidad de remediar o poner coto a la violencia recaía en el sistema judicial, en los servicios correccionales y de la policía y, en algunos casos, en los militares. El sector sanitario, tanto público como privado, quedaba relegado a prestar atención después de lo sucedido, cuando las víctimas de la violencia se presentaban para recibir tratamiento.

Recursos y ventajas comparativas

Hoy en día, el sector sanitario participa activa y decididamente en la respuesta mundial a la violencia, con diversos aportes. Uno de ellos es su cercanía y familiaridad con el problema. El personal de hospitales y consultorios, así como otros prestadores de asistencia sanitaria, dedican mucho tiempo a las víctimas de la violencia.

Otro recurso importante es la información de que dispone el sector sanitario para facilitar el trabajo de investigación y prevención, por lo que se encuentra en una posición privilegiada para llamar la atención sobre el riesgo que la violencia representa para la salud. Combinar con tacto dicha información con las vicisitudes personales de las que el sector de la salud es testigo cada día puede proporcionar una potente herramienta, tanto para la defensa de los derechos como para la acción.

Una responsabilidad especial

La función de prevención de la violencia del sector de la salud proviene de su responsabilidad ante las personas, que en último término pagan por los servicios, y las estructuras gubernamentales que los organizan. Con esta responsabilidad y sus recursos y ventajas, el sector sanitario puede asumir una función mucho más proactiva que en el pasado con respecto a la prevención de la violencia; lo ideal sería hacerlo en colaboración con otros sectores. En su quehacer cotidiano, el personal médico, de enfermería y demás personal asistencial está muy bien situado para identificar los casos de maltrato y enviar a las víctimas a otros servicios para su seguimiento, tratamiento o protección. A escala programática, los hospitales y otros establecimientos de asistencia sanitaria pueden ser ámbitos útiles para las intervenciones, usando sus recursos y su infraestructura para actividades de prevención. También puede mejorarse el diseño y ejecución de las intervenciones mediante la estrecha cooperación de los profesionales y las instituciones de asistencia sanitaria con otras instituciones o sectores que trabajan contra la violencia, como las organizaciones no gubernamentales y los centros de investigación.

El sector de la salud ya está cumpliendo con estas funciones en muchas partes del mundo, aunque a veces lo haga de manera provisional o parcial. Ha llegado el momento de actuar en forma más decidida y coordinada, y de extender sus actividades a los lugares donde todavía no llegan, aunque tanto se las necesita. No hacerlo significaría un fracaso del sector sanitario.

Asignar responsabilidades y prioridades

Dada la naturaleza polifacética de la violencia y sus complejas raíces, los gobiernos y las organizaciones pertinentes en todos los niveles de adopción de decisiones —local, nacional e internacional— deben trabajar afanosamente para prevenirla. Una acción intersectorial complementaria y coordinada mejorará la eficacia de las actividades de prevención.

Además de trabajar en su propio ámbito de competencia, los encargados de adoptar las decisiones y los profesionales pueden y deben colaborar entre niveles diferentes para alcanzar progresos significativos. Los diversos estamentos de la sociedad civil —los medios de comunicación, las organizaciones comunitarias, las asociaciones profesionales, los sindicatos, las instituciones religiosas y las estructuras tradicionales— pueden tener grandes conocimientos y experiencia al respecto.

Cada país posee su propia estructura de gobierno, que puede ser desde un Estado monolítico

centralizado hasta un sistema federal con división de poderes entre los gobiernos local, regional y nacional. Sea cual sea la estructura, sin embargo, los procesos de planificación estratégica —por lo general dirigidos por el gobierno nacional, pero en los que se incluye a otros niveles y sectores— pueden ser útiles para generar consenso, establecer objetivos y calendarios y asignar responsabilidades a todos aquellos que puedan contribuir con algo. Algunas organizaciones de las Naciones Unidas y organismos de desarrollo bilateral han adquirido considerable pericia en la planificación estratégica de cuestiones de salud pública en países en desarrollo, y podrían ayudar a prevenir la violencia.

Recomendaciones

Las recomendaciones siguientes pretenden incitar a la acción en respuesta a la violencia. Para que se logren sus objetivos, todas las recomendaciones deben ser tomadas en cuenta por los diversos sectores y partes interesadas.

Obviamente, estas recomendaciones deben aplicarse con flexibilidad y con una adecuada comprensión de las condiciones y capacidades locales. Los países que atraviesan una situación de violencia colectiva, o cuyos recursos financieros y humanos son escasos, tendrán dificultades o no podrán por sí solos aplicar algunas de las recomendaciones nacionales y locales. En tales circunstancias, quizá puedan trabajar con organizaciones internacionales o no gubernamentales que operan en su territorio, las cuales pueden apoyar o poner en práctica algunas de las recomendaciones.

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

La elaboración de un plan nacional de acción multisectorial es un elemento fundamental para realizar actividades permanentes de prevención de la violencia. Quizá no siempre sea fácil de lograr, dadas las comprensibles exigencias populares de acción inmediata para tratar los efectos más visibles de la violencia. Pero los dirigentes nacionales deben comprender que los beneficios de una estrategia sostenida de salud pública serán más sustanciales y duraderos que las políticas reactivas a corto plazo. Dicho plan de acción requerirá un compromiso político visible y el peso de su autoridad moral.

Un plan nacional de acción para prevenir la violencia debe incluir objetivos, prioridades, estrategias y responsabilidades asignadas, así como un calendario y un mecanismo de evaluación. Debe basarse en un consenso entre muchos agentes gubernamentales y no gubernamentales, con inclusión de las organizaciones participantes que proceden. El plan debería tomar en cuenta los recursos humanos y financieros disponibles ahora y en el futuro para su ejecución e incluir elementos tales como la revisión y reforma de las leyes y las políticas existentes, el desarrollo de medios para la recolección de datos y la investigación, el fortalecimiento de los servicios para las víctimas, y el establecimiento y evaluación de respuestas preventivas. Para que el plan pase de la teoría a la práctica, es indispensable atribuir a una organización concreta la responsabilidad de vigilar e informar periódicamente sobre el progreso logrado en estos y otros elementos del plan.

Se necesitará arbitrar mecanismos de coordinación a escala local, nacional e internacional para permitir la colaboración fructífera entre sectores como el jurídico penal, el educativo, el laboral, el sanitario y el de bienestar social, así como de otros posiblemente interesados en el desarrollo y la ejecución del plan. Mecanismos tales como los grupos de estudio nacionales, los comités interministeriales y los grupos de trabajo de las Naciones Unidas podrían facilitar tal coordinación. A nivel local pueden crearse o utilizarse consejos, grupos de estudio comunitarios y redes para ayudar a elaborar y poner en práctica el plan.

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

En el plan nacional de acción para la prevención de la violencia debe contemplarse establecer o mejorar la capacidad nacional de recolectar y analizar datos relativos a la magnitud, las causas y las consecuencias de la violencia. Estos datos son necesarios para fijar las prioridades, orientar el diseño de los

programas y vigilar el progreso del plan de acción. Según se ha visto a lo largo del informe, en todos los países se realizan al menos algunos esfuerzos de recopilación de datos, pero puede mejorar la calidad de estos y los procedimientos para compartirlos.

En algunos países, puede ser útil que el gobierno nacional designe una institución, organismo o dependencia gubernamental como responsable de la compilación y comparación de la información procedente de las autoridades sanitarias, policiales y de otras que estén en contacto regular con las víctimas y los autores de actos violentos. Esa institución podría ser un "centro de excelencia", responsable de documentar el grado de violencia en el país, promover o realizar investigaciones y capacitar personal para tal efecto. Serviría de enlace con otras instituciones y organismos equivalentes para intercambiar datos, herramientas de investigación y métodos. En los países con recursos limitados, este organismo también podría asumir la función de supervisión descrita en la recomendación 1.

La recopilación de datos es importante a todos los niveles, pero su calidad y su carácter integral se determinarán a nivel local. Hay que diseñar sistemas sencillos y económicos, adecuados al grado de pericia del personal que los maneja, y acordes con las normas nacionales e internacionales. Además, deberían establecerse procedimientos para que las autoridades pertinentes (tales como las responsables de la salud, la justicia penal y las políticas sociales) y las partes interesadas compartieran los datos así como la capacidad de llevar a cabo análisis comparativos.

No existen en la actualidad normas internacionalmente aceptadas de recopilación de datos sobre la violencia que permitan mejorar la comparación de los datos procedentes de diversas naciones y culturas. Esto es grave, entre otras cosas porque los actuales desfases en la información dificultan cuantificar la magnitud de la violencia en todo el mundo, y por consiguiente emprender una investigación o planear intervenciones a escala mundial. Muchos de estos desfases se deben sencillamente a que faltan datos; otros, a las diversas formas que tienen los países (y a veces los diferentes organismos de un mismo país) de clasificarlos. Esto puede y debe remediarse creando y difundiendo una normativa de recopilación de datos internacionalmente aceptada. La clasificación internacional de las causas externas de los traumatismos (1) y los lineamientos para la vigilancia de los traumatismos (2) preparadas por la Organización Mundial de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA), son pasos en esa dirección.

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

Aunque el informe muestra lo que se ha avanzado en el conocimiento de la violencia en diversos grupos de población y escenarios, sigue necesitándose urgentemente más investigaciones. Son muchos los motivos para emprender estas investigaciones, pero uno de los más importantes es lograr una mejor comprensión del problema en distintos contextos culturales, para poder elaborar respuestas apropiadas y evaluarlas.

En el ámbito nacional, y como parte del plan de acción, puede impulsarse un temario de investigaciones mediante políticas de gobierno, la participación directa de las instituciones gubernamentales (muchos servicios sociales o ministerios del interior, así como organismos de la justicia penal, disponen de programas propios de investigación) y la financiación a instituciones universitarias e investigadores independientes.

También se pueden y se deberían emprender investigaciones en el ámbito local. La investigación local es sobre todo valiosa de cara a las actividades locales de prevención de la violencia, pero también es un componente importante del esfuerzo global necesario para hacer frente al problema de la violencia a escala mundial. Para obtener los máximos beneficios, las autoridades locales tendrían que comprometer a todos los colaboradores con experiencia aplicable a esta tarea, como las facultades universitarias (por ejemplo las de medicina, ciencias sociales, criminología y epidemiología), centros de investigación y organizaciones no gubernamentales.

El grueso de la investigación requerida para prevenir la violencia debe llevarse a cabo a nivel local,

en respuesta a las condiciones y necesidades locales, pero algunas cuestiones mundiales muy prioritarias demandan investigaciones transnacionales a nivel internacional. Entre ellas figuran: la relación entre la violencia y diversos aspectos de la globalización, como sus repercusiones económicas, ambientales y culturales; los factores de riesgo y de protección comunes a las distintas culturas y sociedades, y las estrategias de prevención prometedoras que son aplicables en diversos contextos.

Algunos aspectos de la globalización influyen mucho sobre varios tipos de violencia en diferentes contextos, pero no se sabe exactamente cuáles son los factores causales de la violencia y cómo neutralizarlos. No se ha investigado lo suficiente acerca de los factores de riesgo comunes a diferentes contextos, y aún menos se ha trabajado sobre los factores de protección, lo que podría dar muchos frutos. Además, aunque se cuenta con bastante información sobre intervenciones específicas en distintos países (algunas de las más prometedoras se han descrito en el presente informe), pocas se han evaluado.

Recomendación 4. Promover respuestas de prevención primaria

La importancia de la prevención primaria se recalca a lo largo de todo el informe. Las investigaciones indican que la prevención primaria es más eficaz cuando se lleva a cabo tempranamente, y entre las personas y grupos que corren un riesgo superior al del conjunto de la población, aunque aun las iniciativas dirigidas a la población en su conjunto pueden tener efectos beneficiosos. No obstante, como indican los diversos capítulos del informe, en ningún nivel se está insistiendo lo suficiente en la prevención primaria. Hay que corregir esta situación.

Algunas de las intervenciones de prevención primaria importantes para reducir la violencia son las siguientes:

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

Las dos primeras intervenciones son importantes para reducir el maltrato y el descuido de menores, así como la violencia durante la adolescencia y la edad adulta.

También puede conseguirse mucho mediante mejoras en la infraestructura (tanto física como socioeconómica). En concreto, esto significa abordar los factores ambientales en el seno de las comunidades: saber dónde se producen a menudo actos violentos, analizar los factores que convierten a un lugar determinado en peligroso (por ejemplo, si está mal iluminado, aislado o en las cercanías de un establecimiento donde se consume alcohol) y modificarlos o eliminarlos. También hay que mejorar la infraestructura socioeconómica de las comunidades locales invirtiendo más y ofreciendo mejores oportunidades educativas y económicas.

Otro reto para las intervenciones nacionales y locales es la prevención de heridas por arma de fuego y el mejoramiento de las medidas de seguridad en relación con las armas. Las armas de fuego son un factor de riesgo importante en muchos tipos de violencia, incluida la violencia juvenil, la violencia colectiva y el suicidio. Entre las intervenciones para reducir las heridas por arma de fuego, accidentales o intencionales, se cuentan, por ejemplo, las leyes sobre la venta y posesión de armas, los programas para recoger y retirar las armas ilegales en zonas de violencia frecuente con este tipo de armas, los programas de desmovilización de milicias y soldados después de los conflictos armados, y las medidas para garantizar el almacenamiento seguro de las armas. Hay que seguir investigando para determinar la eficacia de este y de otros tipos de intervenciones. Esta es un área primordial en la cual será importante la colaboración multisectorial entre las autoridades legislativas, de policía y de salud pública para alcanzar buenos resultados.

Los medios de comunicación tienen considerable potencial, tanto negativo como positivo, para prevenir la violencia. Aunque no existen aún resultados concluyentes de investigaciones acerca de la manera en que la exposición a la violencia a través de los medios de comunicación influye en muchos tipos de violencia, hay indicios de que existe una relación entre la notificación de suicidios y ulteriores suicidios. Los medios de comunicación pueden servir para cambiar las actitudes en relación con la violencia y los comportamientos, así como las normas sociales, mediante información contraria a la violencia, o difundiendo mensajes contra esta en programas de entretenimiento como las telenovelas (recuadro 9.1).

Dependiendo de las condiciones imperantes en cada lugar, la mayor parte de estas intervenciones de prevención primaria pueden también tener importantes efectos de refuerzo mutuo.

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

Los servicios de salud, sociales y jurídicos que se ofrecen a las víctimas de la violencia deben fortalecerse en todos los países. Esto requiere revisar los servicios que se proveen actualmente y mejorar la capacitación del personal y la integración del apoyo sanitario, social y jurídico.

El sistema de salud en su conjunto debería fijarse como objetivo nacional el fortalecimiento de la capacidad y la financiación para brindar atención de calidad a las víctimas de todos los tipos de violencia, así como los servicios de rehabilitación y apoyo necesarios para prevenir ulteriores complicaciones. Entre las prioridades se cuentan:

- mejorar los sistemas de respuesta urgencia y la capacidad del sector sanitario para el tratamiento y rehabilitación de las víctimas;
- reconocer los signos de incidentes violentos o de situaciones de violencia continua, y enviar a las víctimas a los organismos adecuados para ofrecerles seguimiento y apoyo;
- velar por que los servicios asistenciales, judiciales, policiales y sociales eviten la "revictimización" de las víctimas y disuadan eficazmente a los autores de actos violentos de reincidir;
- ofrecer apoyo social, programas de prevención y otros servicios para proteger a las familias en riesgo de violencia y reducir el estrés de los cuidadores;
- incorporar módulos de prevención de la violencia a los programas de estudios de medicina y enfermería.

Cada una de estas respuestas puede ayudar a reducir al mínimo las repercusiones de la violencia sobre las personas y su costo para los sistemas sanitario y social. Los mecanismos de respuesta inmediata y la atención prehospitalaria pueden reducir significativamente el riesgo de muerte o discapacidad resultante de un traumatismo físico. Menos tangibles, pero igualmente importantes, son las medidas dirigidas a cambiar las actitudes de la policía y otros funcionarios públicos, educándolos sobre la violencia sexual y de pareja y adiestrándolos para reconocer y responder a los casos de violencia.

En los países donde los ministerios de salud establecen los lineamientos de los planes de estudio de las escuelas de medicina y de enfermería, la política nacional debe asegurar que estos futuros profesionales se capaciten en materia violencia, sus consecuencias y prevención. Al completar sus estudios deberían estar en condiciones de reconocer los signos de violencia y encarar con resolución las medidas apropiadas. Tales medidas pueden resultar muy útiles en el caso de personas que no pueden comunicar lo que les ha sucedido, como los niños pequeños o los ancianos incapacitados, o que tienen miedo de hacerlo, como puede ocurrir con las víctimas de la violencia doméstica, los profesionales del sexo o los inmigrantes indocumentados.

La aplicación práctica de estas políticas debe ejecutarse y evaluarse cuidadosamente para no volver a victimizar a las víctimas de la violencia. Por ejemplo, si el personal comprueba que un paciente ha sido víctima de la violencia, los procedimientos para investigar lo sucedido no deben poner al paciente en riesgo de sufrir nuevos actos de violencia, censuras por parte de su familia o la comunidad, u otras consecuencias negativas.

RECUADRO 9.1

La promoción de la salud, la prevención de la violencia y los medios de comunicación: la campaña *Soul City*

En Sudáfrica, el Instituto de Comunicación para la Salud y el Desarrollo (IHDC) ha adquirido gran renombre por su forma innovadora de recurrir al poder de los medios de comunicación para promover la salud y el desarrollo. El proyecto de esta organización no gubernamental combina temas sociales y de salud en programas radiofónicos y televisivos de gran audiencia, que millones de personas siguen en todo el país. Involucrando estrechamente al público a nivel emocional, con estos programas se pretende cambiar las actitudes de base y las normas sociales y, en último término, el comportamiento. Una serie de gran alcance, llamada *Soul City*, se dirige al público general, y otra, *Soul Buddyz*, a los niños de entre 8 y 12 años de edad. *Soul City* es uno de los programas más populares de la televisión sudafricana, que llega a casi 80% de su público destinatario de unos 16 millones de personas; *Soul Buddyz* lo ven dos terceras partes de los niños de Sudáfrica.

Paralelamente a estos programas, IHDC ha elaborado folletos con más información sobre los temas tratados, con ilustraciones de los personajes populares de las telenovelas. También se han elaborado cintas de audio y video destinados a diversos ámbitos educativos, tanto formales como informales.

Combatir la violencia es una prioridad fundamental de salud pública en Sudáfrica, y las series radiofónicas y televisivas tratan el tema en la mayoría de sus programas. Se han abordado cuestiones concretas como la violencia interpersonal general, la intimidación, la violencia de las pandillas, la violencia doméstica, la violación y el acoso sexual. El proyecto procura prevenir la violencia de las siguientes maneras:

- sensibilizando a la opinión pública sobre el grado de violencia en la sociedad y sus consecuencias;
- persuadiendo a las personas de que pueden hacer algo contra la violencia, individualmente y como miembros de la comunidad;
- promoviendo una mejor crianza, al recurrir a modelos de conducta y a una mejor comunicación y relación entre padres e hijos.

El proyecto del IHDC también cuenta con un servicio gratuito de ayuda telefónica al que puede llamar el público; este servicio asesora en cuanto a la crisis, y en caso necesario remite a las personas a servicios comunitarios de apoyo. También ha preparado material de capacitación en materia de violencia contra la mujer para asesores y trabajadores de la salud, policías y funcionarios de la judicatura.

Actualmente se realiza una evaluación de la primera serie de *Soul Buddyz*. Las evaluaciones de la serie para adultos *Soul City* ponen de relieve un incremento de los conocimientos y la concientización, así como cambios de actitud y de pautas sociales en cuanto a la violencia en el hogar y las relaciones entre hombres y mujeres. Además, ha aumentado significativamente la voluntad de cambiar el comportamiento y tomar medidas contra la violencia, tanto en zonas urbanas como rurales, y entre los hombres y las mujeres.

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

Gran parte de la violencia guarda relación con las desigualdades sociales y entre los sexos, que aumentan el riesgo de grandes sectores de la población. La experiencia de los países que han mejorado la situación de la mujer y han reducido la discriminación social muestra que se necesitará un conjunto de intervenciones. A nivel nacional, estas incluyen reformas legislativas y judiciales, campañas de sensibilización pública, formación y supervisión de la policía y los funcionarios públicos, y alicientes educativos o económicos para los grupos desfavorecidos. Harán falta investigaciones culturales y sociales

al desarrollar estas intervenciones, para que sean factibles y eficaces.

Al mismo tiempo, hay que reforzar las políticas y programas de protección social, tanto para la población general como para los grupos más desfavorecidos. Estas medidas representan una carga excesiva en muchas partes del mundo como resultado de varios factores, entre ellos, las repercusiones de la globalización, la deuda y las políticas de ajuste estructural, el paso de una economía asistida a una de mercado, y los conflictos armados. Muchos países han sufrido la caída de los salarios reales, el deterioro de la infraestructura básica, especialmente en las zonas urbanas, y la reducción constante de la calidad y la cantidad de los servicios de salud, educativos y sociales. Dados los nexos entre estas situaciones y la violencia, los gobiernos han de esforzarse al máximo por mantener operativos los servicios de protección social, incluso reorganizando, si es preciso, las prioridades de sus presupuestos nacionales.

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

Conviene evaluar las relaciones y comunicaciones de trabajo entre los organismos internacionales y gubernamentales, los investigadores, las redes y las organizaciones no gubernamentales involucrados en la prevención de la violencia, para poder compartir mejor los conocimientos, ponerse de acuerdo sobre los objetivos de prevención y coordinar las acciones. Todos tienen importantes cometidos que desempeñar en la prevención de la violencia (recuadro 9.2).

Varios organismos internacionales, instituciones regionales y órganos de las Naciones Unidas, como son los de asuntos económicos, derechos humanos, derecho internacional y desarrollo sostenible, trabajan actualmente en la prevención de la violencia, o bien tienen mandatos o realizan actividades de suma importancia para reducir la violencia. Hasta la fecha, la coordinación entre ellos sigue siendo insuficiente. Esto debe remediarse para evitar duplicaciones innecesarias y beneficiarse del ahorro resultante de mancomunar conocimientos, redes, fondos e instalaciones nacionales. Hay que explorar mecanismos para mejorar la cooperación, tal vez comenzando en pequeña escala e incluyendo a unas pocas organizaciones que tienen mandatos para prevenir la violencia y cuentan con la experiencia práctica necesaria para cumplirlos (recuadro 9.3).

Los enormes progresos de la tecnología de la comunicación en años recientes son un aspecto positivo de la globalización, que ha hecho posible la creación de miles de redes en muchos campos. En el de la prevención de la violencia y campos afines, las redes de investigadores y profesionales han mejorado enormemente la base mundial de conocimientos y han propuesto diversos modelos de prevención, debatiendo los métodos y analizando críticamente los resultados de las investigaciones. El intercambio de información e ideas entre ellos es crucial para el progreso futuro, junto con el trabajo de las autoridades gubernamentales, los proveedores de servicios y los grupos de defensa de derechos.

Los grupos de defensa de derechos son también colaboradores importantes de la salud pública. Son paradigmáticos los grupos que combaten la violencia contra la mujer y las violaciones de los derechos humanos (en particular la tortura y los crímenes de guerra). Estos grupos han demostrado su capacidad de movilizar recursos, recolectar y difundir información sobre problemas importantes, y organizar campañas que han tenido repercusión en las instancias decisorias. También los grupos que trabajan en otros temas, como el maltrato de las personas mayores y el suicidio, han adquirido importancia en años recientes. Hay que reconocer la valía de estos grupos, por ejemplo, mediante medidas prácticas tales como concederles rango oficial en las conferencias internacionales más importantes sobre prevención de la violencia e incluirlos en los grupos oficiales de trabajo.

Otro campo importante donde podrían lograrse avances es el del intercambio de información entre los expertos que trabajan en los distintos subtipos de violencia. Quienes trabajan en cuestiones relativas al maltrato de los menores, la violencia juvenil, la

RECUADRO 9.2

La respuesta a la amenaza de la violencia: la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia

En los países americanos, como en todo el mundo, la seguridad pública es un tema apremiante para los gobiernos. Desde un punto de vista económico nacional, la violencia afecta a la inversión extranjera y nacional e impide el crecimiento y el desarrollo a largo plazo. También hace que los ciudadanos se sientan inseguros y dejen de creer en los sistemas jurídico y político.

En respuesta a esta preocupación, cinco organismos internacionales y regionales y una organización nacional aunaron esfuerzos en junio de 2000 para establecer una iniciativa denominada Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia. Las organizaciones participantes fueron:

- el Banco Interamericano de Desarrollo;
- el Banco Mundial;
- los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos;
- la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura;
- la Organización de los Estados Americanos;
- la Organización Panamericana de la Salud.

La coalición cree que puede brindar apoyo eficaz a iniciativas de los gobiernos, la sociedad civil o el sector privado para prevenir la violencia, en particular movilizando a nuevos socios y recursos. Sus actividades se basan en el principio de la cooperación, pero respeta la libertad de cada país para tomar sus propias decisiones acerca de la prevención de la violencia.

Entre las acciones principales planificadas por la coalición se cuentan:

- patrocinar campañas para aumentar la conciencia pública sobre la importancia de la prevención de la violencia;
- apoyar las iniciativas para recabar y publicar datos fidedignos sobre la violencia y la delincuencia a nivel local y nacional;
- crear un sitio *web* sobre prevención de la violencia, con una base de datos que contenga las mejores prácticas;
- proporcionar información sobre la prevención de la violencia a los encargados de formular las políticas y de adoptar las decisiones en todo el continente;
- organizar seminarios y talleres regionales de prevención de la violencia, así como viajes de estudios e iniciativas entre ciudades hermanadas;
- trabajar con los medios de comunicación;
- colaborar con ministerios, ayuntamientos y otros funcionarios nacionales y locales;
- trabajar con el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades étnicas y religiosas;
- prestar apoyo técnico para el diseño, la aplicación y la evaluación de los programas nacionales de prevención de la violencia.

Esta es la primera iniciativa de esta índole en el continente americano, y puede sentar precedente para esfuerzos regionales similares en otras partes del mundo.

violencia en la pareja, la prevención del maltrato de las personas de edad o el suicidio suelen colaborar estrechamente con los que trabajan en el mismo tipo de violencia, pero mucho menos con los que se ocupan de otros tipos de violencia. Como el presente informe pone de manifiesto, los distintos tipos de violencia comparten factores de riesgo y estrategias de prevención. Por consiguiente, mucho

RECUADRO 9.3

Iniciativas de las Naciones Unidas para prevenir la violencia interpersonal

Los organismos de las Naciones Unidas están trabajando afanosamente en la prevención de la violencia interpersonal, en particular mediante iniciativas dirigidas a tipos específicos de violencia en circunstancias concretas. Sin embargo, hasta hace poco, gran parte de ese trabajo se llevaba a cabo de modo inconexo.

En noviembre de 2001, los representantes de 10 organismos de las Naciones Unidas se reunieron en Ginebra para tratar de sus actividades sobre la violencia interpersonal y buscar maneras de coordinar actividades futuras en este campo. Aunque algunos organismos de las Naciones Unidas habían colaborado anteriormente con éxito para aminorar la violencia relacionada con los conflictos armados, se había hecho poco en el plano interinstitucional para prevenir los actos cotidianos de violencia y delincuencia, incidentes que afectan a los individuos, las familias, las comunidades y a instituciones como las escuelas y los lugares de trabajo. Cabe esperar importantes beneficios si se alcanza una mayor colaboración en este problema complejo, dentro de cada organismo y, sobre todo, entre organismos de las Naciones Unidas. La reunión constituyó un primer paso en esa dirección.

En un mensaje a estos representantes, el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kofi Annan, declaró: "Los hombres y las mujeres de todas partes tienen el derecho de vivir su vida y criar a sus hijos sin el temor de la violencia. Debemos ayudarlos a ejercer ese derecho, haciendo comprender claramente que la violencia puede prevenirse, y colaborando para identificar y abordar sus causas subyacentes."

Los participantes esbozaron las diversas actividades colaborativas que emprenderían. A corto plazo, figura la preparación de una guía de los recursos y las actividades de las Naciones Unidas para la prevención de la violencia interpersonal, destacando las competencias centrales de cada organismo en su prevención e identificando las áreas no abordadas actualmente por las organizaciones del sistema. Basándose en esta guía, se creará un sitio web para ayudar a los organismos participantes a que intercambien información y para que sirva de recurso a otros organismos de las Naciones Unidas, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, los investigadores y los donantes. Los esfuerzos colaborativos a medio y más largo plazo consistirán en trabajar por la promoción de la causa, recopilar y analizar datos, investigar y realizar iniciativas de prevención.

podría ganarse creando plataformas que facilitaran el intercambio de información, así como las investigaciones conjuntas y las acciones de sensibilización.

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

En los últimos 50 años, los gobiernos nacionales han firmado diversos convenios jurídicos internacionales directamente relacionados con la violencia y su prevención. Dichos convenios establecen pautas para la legislación nacional y normas y límites para los comportamientos. Entre los más importantes en el contexto del presente informe figuran:

- La Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (1948).
- El Convenio para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena (1949).
- La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965).
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).

- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979).
- La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984).
- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y sus dos protocolos facultativos relativos a la participación de los niños en los conflictos armados (2000) y a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (2000).
- El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998).

Hay también otros convenios importantes de gran importancia para diversos aspectos de la violencia, tales como la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994).

Muchos gobiernos nacionales han ido armonizando la legislación con sus obligaciones y compromisos internacionales, pero otros no lo han hecho. Algunos no tienen los recursos o la pericia para poner en práctica las disposiciones de tales instrumentos internacionales. Allí donde el obstáculo es la escasez de recursos o de información, la comunidad internacional debería hacer más para ayudar. En otros casos harán falta campañas enérgicas para que se lleven a cabo reformas en la legislación y las prácticas.

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

El tráfico mundial de drogas y de armas es consustancial a la violencia tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, y entra en el ámbito de competencia tanto nacional como internacional.

De lo presentado en este informe se deduce que incluso los avances modestos en cualquiera de estos frentes contribuirán a reducir la magnitud y la intensidad de la violencia que padecen millones de personas. Hasta la fecha, sin embargo, a pesar de su importancia en todo el mundo, no parecen atisbarse soluciones para estos problemas. Las estrategias de salud pública podrían contribuir a aminorar sus repercusiones en la salud tanto en el plano local como nacional, por lo que se les debería asignar una prioridad mucho mayor en las respuestas a escala mundial.

Conclusiones

La violencia no es inevitable. Podemos hacer mucho para arrostrarla y prevenirla. Es posible proteger a los individuos, las familias y las comunidades cuyas vidas destroza cada año, y hacer frente a las causas fundamentales para producir una sociedad más saludable para todos.

El mundo todavía no ha calibrado la envergadura de la tarea ni dispone de todas las herramientas para llevarla a cabo. Pero se está ampliando la base mundial de conocimientos y se ha adquirido ya mucha experiencia útil.

El presente informe intenta contribuir a ampliar esta base de conocimientos. Confiamos en que inspirará e impulsará la cooperación, la innovación y el compromiso para prevenir la violencia en todo el mundo.

Referencias

1. WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. International classification for external causes of injuries. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001.
2. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (publicado en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos), 2001 (documento WHO/NMH/VIP/01.02).

Anexo estadístico

Antecedentes

Cada año, más de 100 países le envían información detallada a la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del número de defunciones por diversas enfermedades, afecciones o lesiones ocurridas en su territorio. Los datos de estos Estados Miembros de la OMS se recaban de los sistemas de registro civil usando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (1, 2). Los sistemas nacionales de registro de estadísticas vitales captan cerca de 17 millones de defunciones que se registran anualmente en todo el mundo. Los datos de estos sistemas de registro, así como los de encuestas, censos y estudios epidemiológicos, son analizados por la Organización Mundial de la Salud para determinar las características de las causas de muerte en los países, las regiones y el mundo.

La OMS también ha usado estos datos, junto con otra información, para evaluar la carga mundial de morbilidad. Estos cálculos, publicados por vez primera en 1996, representan el examen más cabal jamás realizado de la mortalidad y la morbilidad mundial (3). Está en curso una nueva evaluación de la carga mundial de morbilidad para el año 2000 (4). En esta sección se presentan las estimaciones de la carga mundial de lesiones para el año 2000. Se ofrece enseguida una descripción de los cuadros incluidos en el anexo y de los datos que se usaron para calcular las defunciones relacionadas con la violencia en el año 2000.

Tipos de cuadros

El anexo estadístico incluye tres tipos de cuadros:

- estimaciones mundiales y regionales de la mortalidad;
- las 10 principales causas de muerte y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) de todos los Estados Miembros de la OMS en conjunto y de cada región de la OMS;
- las tasas de mortalidad de los distintos países.

Estimaciones mundiales y regionales de la mortalidad

El cuadro A.1 proporciona un resumen de los números de habitantes usados para calcular las tasas de mortalidad mundiales y regionales. Los cuadros A.2 a A.5 recogen estimaciones de la mortalidad relacionada con la violencia para el año 2000. El cuadro A.2 presenta estimaciones de la mortalidad por todas las lesiones intencionales, agrupados por sexo, grupo de edad, región de la OMS e ingreso. Las estimaciones de homicidio, suicidio y guerra se dan por separado en los cuadros A.3 a A.5, desglosados por sexo, grupo de edad, región de la OMS y nivel de ingresos.

Causa de muerte y posiciones según los AVAD

El cuadro A.6 presenta las 10 principales causas de muerte y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) correspondientes al año 2000, así como las posiciones respectivas de las defunciones y los AVAD relacionados con la violencia. Estas posiciones se dan para todos los Estados Miembros en conjunto y para cada una de las regiones de la OMS.

Las tasas de mortalidad de los países

En los cuadros A.7 a A.9 se presentan los números y las tasas de las defunciones causadas por lesiones intencionales, homicidio y suicidio, respectivamente, mientras que en el cuadro A.10 se proporcionan las cifras correspondientes para la mortalidad relacionada con armas de fuego, clasificadas según el modo de la muerte. En estos cuadros, los números absolutos y las tasas por 100 000 habitantes se agrupan por sexo y grupo de edad para los países que envían los datos a la OMS.

Métodos

Categorías

Las defunciones y las lesiones no mortales se clasifican según la causa subyacente, aplicando las reglas y convenciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1, 2). La lista de causas del proyecto de Carga Mundial de Morbilidad (CMM) de 2000 tiene cuatro niveles de desglose e incluye 135 enfermedades y lesiones específicas (5). Las categorías de lesiones no intencionales e intencionales se definen teniendo en cuenta los códigos de causas

externas. Por ejemplo, los códigos para las lesiones intencionales son los siguientes:[1]

- homicidio: CIE–9 E960–E969 o CIE–10 X85–Y09;
- suicidio: CIE–9 E950–E959 o CIE–10 X60–X84;
- lesiones resultantes de operaciones de guerra: CIE–9 E990–E999 o CIE–10 Y36;
- intervención legal: CIE–9 E970–E978 o CIE–10 Y35;
- todas las lesiones intencionales: CIE–9 E950–E978, E990–E999 o CIE–10 X60–Y09, Y35, Y36.

Los números absolutos y las tasas por 100 000 habitantes se presentan por sexo y región de la OMS para seis grupos de edad: 0–4 años, 5–14 años, 15–29 años, 30–44 años, 45–59 años y 60 años o más.

Regiones de la OMS

Los Estados Miembros de la OMS se agrupan en seis regiones: África, las Américas, Europa, Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. Los países incluidos en cada región se indican en el cuadro A.1.

Los países pertenecientes a las seis regiones de la OMS en los cuadros A.1 a A.5 se subdividen por el nivel de ingresos, sobre la base de los cálculos para el año 1996 del producto nacional bruto (PNB) per cápita (actualmente denominado ingreso nacional bruto) compilados por el Banco Mundial y usados en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 1999* (6). Usando el PNB per cápita, las economías se clasifican como de ingreso bajo (US$ 785 o menos), de ingreso mediano (US$ 786–9 635) o de ingreso alto (US$ 9 636 o más).

Estimaciones mundiales de la mortalidad

El proyecto de CMM de 2000 usa los cálculos más recientes del número de habitantes de los Estados Miembros de la OMS preparados por la División de Población de las Naciones Unidas (7). Se confeccionaron nuevas tablas de vida para el año 2000 de los 191 Estados Miembros de la OMS (8, 9). Los resultados de la primera versión del proyecto de CMM de 2000 con respecto a las lesiones que se dan a conocer aquí se basan en un análisis extenso de los datos de mortalidad para todas las regiones del mundo, junto con exámenes sistemáticos de estudios epidemiológicos y datos de servicios de salud (4). Los datos de registros de estadísticas vitales completos o incompletos, junto con los de sistemas de registro de muestras, abarcan el 72% de mortalidad mundial. Los datos de encuestas y obtenidos por técnicas demográficas indirectas proporcionan información sobre los niveles de la mortalidad de niños y adultos para el 28% restante de la mortalidad mundial calculada.

Los datos sobre la causa de defunción se han analizado para tener en cuenta la cobertura incompleta de los registros de estadísticas vitales en los países y las diferencias probables en las pautas de las causa de muerte que cabría prever en los subgrupos de población no cubiertos y a menudo más pobres (4). Por ejemplo, las características de las causas de defunción en China y la India se basaron en los sistemas existentes de registro de mortalidad. En China, se usaron el sistema de vigilancia de enfermedades por puntos y el sistema de registro de estadísticas vitales del Ministerio de Salud. En la India, los datos de mortalidad tomados del certificado médico de la causa de defunción se usaron para las zonas urbanas, y la encuesta anual de causas de muerte se empleó para las zonas rurales.

Para todos los otros países que carecían de datos de registro de estadísticas vitales, se usaron modelos de la causa de defunción para hacer un cálculo inicial de la distribución de máxima probabilidad de las defunciones en las categorías generales de enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones, basándose en las tasas de mortalidad total estimadas y en los ingresos. A continuación, se elaboró un modelo regional de causas específicas de muerte basado en los datos locales del registro de estadísticas vitales y de la autopsia verbal, y esta distribución proporcional se aplicó luego dentro de cada grupo general de causas.

[1] Basados en la *Clasificación internacional de enfermedades*, novena revisión (CIE-9), y en la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión (CIE-10) (*2*).

Finalmente, se ajustaron los cálculos resultantes basándose en otros datos epidemiológicos procedentes de estudios de enfermedades y lesiones específicas.

Se prestó atención especial a los problemas de la atribución errónea o la mala codificación de las causas de defunción. La categoría «Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas» (E980–E989 en los códigos de tres dígitos de la CIE–9 o Y10–Y34 en la CIE–10) a menudo puede incluir una proporción considerable de defunciones por lesión. Salvo en los casos en que se cuenta con información local más detallada, estas defunciones se han asignado proporcionalmente a las otras causas de muerte por lesión.

Clasificaciones mundiales y regionales de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)

La medida basada en los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se usa para cuantificar la carga de morbilidad (3, 10). El AVAD es una medida de las deficiencias de salud que combina la información sobre el número de años de vida perdidos por muerte prematura con la relativa a la pérdida de salud por discapacidad.

Los años vividos con discapacidad (AVD) son el componente de discapacidad de los AVAD. Los AVD miden los años equivalentes de vida saludable perdidos como resultado de las secuelas discapacitantes de las enfermedades y lesiones. Para calcularlos es necesario estimar la incidencia, la duración promedio de la discapacidad y las ponderaciones por discapacidad (que van de 0 a 1).

Muchas fuentes de información se usaron para calcular los AVD para las enfermedades y lesiones en el proyecto de la CMM de 2000. Entre ellas cabe mencionar datos nacionales e internacionales de vigilancia y registros de enfermedades, datos de encuestas de salud, datos de hospitales y servicios médicos, y estudios epidemiológicos internacionales y de determinados países (4).

El análisis de la carga de las lesiones efectuado por el proyecto de CMM de 2000 se basa en los métodos creados para el estudio de la CMM de 1990. Estos métodos definen un caso de lesión como el que es lo bastante grave para necesitar atención médica o que conduce a la muerte. La estimación de los AVD secundarios a lesiones se basó en el análisis de las bases de datos de establecimientos de salud que registraron los códigos tanto del tipo como de la naturaleza de la lesión. Las bases de datos nacionales de Australia, Chile, Estados Unidos, Mauricio y Suecia se usaron para obtener las razones entre la mortalidad y la incidencia. Estas razones sirvieron luego para extrapolar los AVD de las defunciones debidas a lesiones para todas las regiones del mundo. Las razones de mortalidad a incidencia fueron muy uniformes para los países desarrollados y en desarrollo. La proporción de casos nuevos que ocasionaron secuelas discapacitantes a largo plazo se calculó para cada categoría de la naturaleza de la lesión sobre la base de un examen de estudios epidemiológicos a largo plazo de los resultados de las lesiones.

Para obtener el ordenamiento del cuadro A.6, las defunciones y las discapacidades se dividieron primero en tres grupos generales:

- enfermedades transmisibles, causas maternas y afecciones que surgen en el período perinatal, y carencias nutricionales;
- enfermedades no transmisibles;
- lesiones.

A continuación, las defunciones y las discapacidades se agruparon en categorías. Por ejemplo, las lesiones se dividieron en no intencionales e intencionales. Después de este nivel de desglose, las defunciones y las discapacidades se dividieron aún más en subcategorías. Las lesiones no intencionales, por ejemplo, se subdividieron en lesiones causadas por accidentes de tráfico, envenenamientos, caídas, incendios, ahogamiento y otras; por su parte, las lesiones intencionales se subdividieron en lesiones autoprovocadas, violencia interpersonal y lesiones relacionadas con la guerra. Las posiciones definitivas se obtuvieron ordenando las subcategorías.

Las 10 causas principales de defunción y AVAD se presentan en el cuadro A.6 para todos los Estados Miembros en conjunto y para cada una de las seis regiones de la OMS. En las regiones donde las defunciones y los AVAD relacionados con la violencia

se clasifican por debajo de las 10 causas principales, se menciona la posición real. Los AVAD que aparecen en el cuadro A.6 están basados en las tasas estándar de descuento de tiempo (3%) y en ponderaciones para la edad aceptadas (3).

Las tasas de mortalidad de los países

Los números y las tasas de mortalidad relacionada con la violencia, reunidos en los cuadros A.7 a A.10 corresponden al año más reciente entre 1990 y 2000 notificado a la OMS por los países con más de un millón de habitantes. Para los países con menos de un millón de habitantes, se da una tasa promedio basada en los tres últimos años de datos notificados a la OMS entre 1990 y 2000.

No se calcularon tasas cuando el número de defunciones en una categoría particular fue inferior a 20, aunque se presenta dicho número. Se informan las tasas específicas para la edad y estandarizadas por edades. Las tasas estandarizadas por edades se calculan aplicando las tasas específicas para la edad a la población estándar mundial (*11*) y permiten la comparación de las tasas en las poblaciones con diferente estructura de edades.

El número de habitantes utilizado para calcular las tasas de mortalidad para cada país en los cuadros A.7 a A.10 se pueden obtener de la Organización Mundial de la Salud en http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm.

Referencias

1. *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción*. Novena revisión. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1978.
2. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima revisión. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1993.
3. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to* 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
4. Murray CJL et al. *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (GPE Discussion Paper No. 36).
5. Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 2000, 9:69-82.
6. *Informe sobre la salud en el mundo 1999: lograr el cambio*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.
7. *Perspectivas de la población mundial. Revisión del* 2000. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2001.
8. Lopez AD et al. *Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (GPE Discussion Paper No. 40).
9. *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2000.
10. Murray CJ, Lopez AD. *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
11. Ahmad OA et al. *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (GPE Discussion Paper No. 31).

CUADRO A.1

Población (en miles) por sexo y grupo de edad, de todos los Estados Miembros de la OMS, 2000[a]

Estados Miembros por región de la OMS y nivel de ingreso	Total	Varones						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todos	**6 045 172**	**3 045 375**	**314 256**	**615 986**	**797 048**	**643 148**	**404 000**	**270 937**
Ingreso alto	**915 866**	**451 069**	**27 970**	**59 366**	**94 800**	**106 787**	**86 747**	**75 398**
Ingreso bajo y mediano	**5 129 306**	**2 594 306**	**286 286**	**556 619**	**702 249**	**536 361**	**317 253**	**195 539**
África (ingreso bajo y mediano)[c]	**639 631**	**318 751**	**54 547**	**87 461**	**88 948**	**48 416**	**25 515**	**13 865**
Angola	13 134	6 499	1 300	1 867	1 683	888	493	269
Argelia	30 291	15 346	1 798	3 601	4 724	2 959	1 425	839
Benin	6 272	3 092	557	900	839	441	227	127
Botswana	1 541	755	113	214	234	118	50	26
Burkina Faso	11 535	5 576	1 114	1 713	1 531	658	332	227
Burundi	6 356	3 088	559	955	837	423	211	104
Cabo Verde	427	199	31	54	62	38	5	9
Camerún	14 876	7 405	1 182	2 046	2 099	1 089	609	381
Chad	7 885	3 900	749	1 087	1 031	557	302	174
Comoras	706	354	59	95	104	55	27	13
Congo	3 018	1 478	282	413	391	212	113	68
Côte d'Ivoire	16 013	8 206	1 219	2 166	2 317	1 301	785	417
Eritrea	3 659	1 817	311	496	488	287	156	78
Etiopía	62 908	31 259	5 628	8 629	8 284	4 730	2 617	1 372
Gabón	1 230	609	98	150	147	95	69	49
Gambia	1 303	644	103	159	165	118	66	32
Ghana	19 306	9 613	1 421	2 555	2 836	1 526	823	452
Guinea	8 154	4 102	733	1 087	1 129	646	338	169
Guinea Ecuatorial	457	225	40	60	58	35	20	12
Guinea-Bissau	1 199	591	105	156	154	93	53	31
Kenya	30 669	15 273	2 367	4 333	4 697	2 251	1 023	602
Lesotho	2 035	1 009	148	256	281	167	99	59
Liberia	2 913	1 465	277	347	499	183	99	61
Madagascar	15 970	7 943	1 436	2 140	2 122	1 248	646	350
Malawi	11 308	5 617	1 038	1 609	1 534	783	420	233
Malí	11 351	5 624	1 081	1 552	1 531	778	394	287
Mauricio	1 161	579	48	103	154	145	84	45
Mauritania	2 665	1 321	236	354	361	203	110	56
Mozambique	18 292	9 042	1 589	2 426	2 475	1 377	753	421
Namibia	1 757	868	142	245	242	132	64	44
Níger	10 832	5 459	1 157	1 584	1 457	746	352	162
Nigeria	113 862	57 383	9 996	16 068	15 825	8 410	4 546	2 538
República Centroafricana	3 717	1 811	304	494	489	268	158	98
República Democrática del Congo	50 948	25 245	5 043	7 427	6 522	3 414	1 834	1 005
República Unida de Tanzanía	35 119	17 422	3 015	4 937	4 960	2 552	1 319	639
Rwanda	7 609	3 765	642	1 040	1 137	540	267	140
Santo Tomé y Príncipe	138	64	10	17	20	12	2	3
Senegal	9 421	4 697	805	1 303	1 296	731	385	178
Seychelles	80	40	3	7	11	10	6	3
Sierra Leona	4 405	2 165	403	568	580	336	185	94
Sudáfrica	43 309	21 323	2 608	4 784	6 334	4 340	2 270	986
Swazilandia	925	456	70	123	130	72	39	22
Togo	4 527	2 248	386	620	628	335	178	100
Uganda	23 300	11 625	2 358	3 393	3 181	1 515	774	403
Zambia	10 421	5 236	954	1 497	1 501	701	369	214
Zimbabwe	12 627	6 315	1 030	1 831	1 864	898	418	273
Américas (ingreso alto)	**314 291**	**155 035**	**11 201**	**23 350**	**32 303**	**37 526**	**28 679**	**21 977**
Bahamas	304	150	15	30	42	35	17	11
Canadá	30 757	15 229	920	2 095	3 166	3 817	2 953	2 277
Estados Unidos de América	283 230	139 655	10 265	21 225	29 095	33 674	25 709	19 689

Estados Miembros por región de la OMS y nivel de ingreso	Mujeres						
	Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todos	**2 999 797**	**297 863**	**582 630**	**761 707**	**621 685**	**402 225**	**333 687**
Ingreso alto	**464 797**	**26 478**	**56 255**	**90 803**	**103 963**	**87 204**	**100 094**
Ingreso bajo y mediano	**2 535 000**	**271 385**	**526 375**	**670 904**	**517 722**	**315 021**	**233 593**
África (ingreso bajo y mediano)[c]	**320 880**	**53 609**	**86 331**	**88 370**	**48 701**	**27 079**	**16 790**
Angola	6 635	1 292	1 867	1 700	919	534	324
Argelia	14 945	1 721	3 435	4 515	2 891	1 392	992
Benin	3 180	551	899	849	503	242	137
Botswana	787	111	211	232	121	68	44
Burkina Faso	5 959	1 096	1 694	1 642	779	417	331
Burundi	3 268	555	955	857	459	272	170
Cabo Verde	228	30	53	65	48	14	18
Camerún	7 471	1 163	2 021	2 088	1 097	652	451
Chad	3 985	743	1 085	1 043	574	328	212
Comoras	352	57	92	103	55	29	16
Congo	1 540	281	420	405	223	126	86
Côte d'Ivoire	7 807	1 202	2 157	2 279	1 141	648	380
Eritrea	1 842	306	494	490	293	165	94
Etiopía	31 649	5 568	8 589	8 287	4 815	2 787	1 602
Gabón	621	97	149	148	96	73	58
Gambia	658	103	159	169	123	69	36
Ghana	9 692	1 397	2 527	2 827	1 545	871	525
Guinea	4 052	715	1 057	1 101	637	348	194
Guinea Ecuatorial	231	40	60	58	36	22	15
Guinea-Bissau	608	105	156	156	96	57	37
Kenya	15 396	2 330	4 301	4 697	2 284	1 103	681
Lesotho	1 026	145	250	276	170	109	75
Liberia	1 448	274	346	491	168	97	72
Madagascar	8 028	1 430	2 137	2 122	1 258	675	406
Malawi	5 692	1 016	1 576	1 513	811	485	291
Malí	5 727	1 061	1 540	1 527	788	445	365
Mauricio	583	47	100	149	140	88	59
Mauritania	1 344	234	352	360	210	117	70
Mozambique	9 251	1 589	2 434	2 482	1 407	825	515
Namibia	889	140	242	238	136	77	56
Níger	5 373	1 128	1 532	1 410	737	372	193
Nigeria	56 479	9 688	15 549	15 357	8 304	4 700	2 881
República Centroafricana	1 907	304	497	511	286	181	128
República Democrática del Congo	25 703	4 984	7 392	6 532	3 479	2 012	1 304
República Unida de Tanzanía	17 697	2 960	4 889	5 020	2 637	1 425	767
Rwanda	3 844	642	1 047	1 150	537	289	179
Santo Tomé y Príncipe	73	10	17	21	15	4	6
Senegal	4 723	787	1 281	1 292	741	405	218
Seychelles	40	3	7	10	10	6	4
Sierra Leona	2 239	403	575	591	350	203	116
Sudáfrica	21 986	2 569	4 773	6 369	4 356	2 443	1 476
Swazilandia	469	69	123	132	75	42	27
Togo	2 279	381	617	629	340	192	120
Uganda	11 676	2 333	3 382	3 171	1 480	827	482
Zambia	5 185	933	1 465	1 466	669	393	259
Zimbabwe	6 313	1 021	1 826	1 841	858	446	320
Américas (ingreso alto)	**159 256**	**10 666**	**22 263**	**31 189**	**36 916**	**29 301**	**28 922**
Bahamas	154	15	29	41	36	20	14
Canadá	15 527	874	1 993	3 040	3 773	2 987	2 860
Estados Unidos de América	143 575	9 777	20 240	28 108	33 108	26 294	26 048

CUADRO A.1 *(continuación)*

Estados Miembros por región de la OMS y nivel de ingreso	Total[b]	Varones						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Américas (ingreso bajo y mediano)	**513 081**	**254 252**	**27 942**	**54 610**	**72 444**	**51 530**	**29 507**	**18 219**
Antigua y Barbuda	65	32	3	7	9	7	4	3
Argentina	37 032	18 163	1 779	3 436	4 785	3 454	2 612	2 098
Barbados	267	130	9	19	33	35	19	14
Belice	226	115	15	29	34	20	10	7
Bolivia	8 329	4 144	617	1 063	1 155	683	393	233
Brasil	170 406	84 169	8 145	16 804	24 344	18 495	10 440	5 941
Chile	15 211	7 531	734	1 469	1 865	1 737	1 057	669
Colombia	42 105	20 786	2 429	4 608	5 758	4 375	2 318	1 297
Costa Rica	4 024	2 040	226	441	557	438	236	142
Cuba	11 199	5 611	368	850	1 310	1 432	918	733
Dominica	71	35	3	7	9	7	4	3
Ecuador	12 646	6 350	747	1 429	1 857	1 239	668	410
El Salvador	6 278	3 082	407	731	954	495	293	201
Granada	94	46	5	9	13	10	6	4
Guatemala	11 385	5 741	942	1 593	1 637	828	448	292
Guyana	761	369	41	76	118	74	36	23
Haití	8 142	3 989	578	1 099	1 179	601	326	206
Honduras	6 417	3 230	491	874	935	524	252	153
Jamaica	2 576	1 270	134	278	370	242	132	113
México	98 872	48 926	5 705	11 012	14 605	9 374	5 094	3 136
Nicaragua	5 071	2 523	408	691	741	389	189	105
Panamá	2 856	1 441	154	303	393	302	176	113
Paraguay	5 496	2 772	394	711	761	509	267	129
Perú	25 662	12 726	1 475	2 877	3 743	2 399	1 368	865
República Dominicana	8 373	4 254	479	950	1 215	876	466	268
Saint Kitts y Nevis	38	19	2	4	5	4	2	2
San Vicente y las Granadinas	113	56	6	11	15	12	7	5
Santa Lucía	148	72	9	16	22	14	7	5
Suriname	417	207	20	44	65	45	17	15
Trinidad y Tabago	1 294	644	45	119	188	143	91	57
Uruguay	3 337	1 619	145	278	396	318	244	239
Venezuela	24 170	12 161	1 429	2 771	3 371	2 449	1 404	737
Asia Sudoriental (ingreso bajo y mediano)[c]	**1 535 634**	**786 265**	**90 144**	**172 450**	**218 856**	**160 218**	**90 548**	**54 049**
Bangladesh	137 439	70 858	9 562	17 773	20 431	13 252	6 434	3 405
Bhután	2 085	1 054	167	287	281	157	98	64
India	1 008 937	520 312	60 014	114 668	142 803	105 142	60 892	36 792
Indonesia	212 092	106 379	11 094	22 082	31 038	22 647	12 123	7 394
Maldivas	291	149	24	41	41	23	12	8
Myanmar	47 749	23 729	2 740	5 246	6 885	4 655	2 696	1 507
Nepal	23 043	11 811	1 833	3 052	3 184	1 923	1 150	669
República Democrática Popular de Corea	22 268	11 179	987	2 030	2 789	2 728	1 644	1 001
Sri Lanka	18 924	9 718	794	1 734	2 629	2 214	1 449	898
Tailandia	62 806	31 078	2 928	5 536	8 776	7 476	4 049	2 312
Europa (ingreso alto)	**394 607**	**193 120**	**10 797**	**23 462**	**39 208**	**46 232**	**37 098**	**36 323**
Alemania	82 017	40 148	1 965	4 583	7 254	10 564	7 897	7 885
Andorra	86	45	2	5	10	13	8	7
Austria	8 080	3 942	209	481	768	1 046	759	680
Bélgica	10 249	5 020	282	624	978	1 198	971	966
Dinamarca	5 320	2 633	169	330	499	607	564	464
España	39 910	19 511	939	2 088	4 657	4 634	3 454	3 738
Finlandia	5 172	2 523	148	329	492	569	566	420
Francia	59 238	28 856	1 862	3 817	6 081	6 431	5 526	5 138

Estados Miembros por región de la OMS y nivel de ingreso	Mujeres						
	Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Américas (ingreso bajo y mediano)	**258 829**	**26 872**	**52 717**	**71 810**	**53 591**	**31 566**	**22 273**
Antigua y Barbuda	33	3	6	8	7	4	3
Argentina	18 868	1 720	3 330	4 691	3 509	2 780	2 839
Barbados	138	8	19	33	35	21	22
Belice	112	14	28	34	20	9	7
Bolivia	4 185	593	1 026	1 149	711	426	280
Brasil	86 238	7 860	16 268	24 223	19 206	11 301	7 380
Chile	7 680	707	1 418	1 821	1 742	1 110	882
Colombia	21 319	2 331	4 438	5 727	4 669	2 555	1 599
Costa Rica	1 983	216	420	528	426	235	158
Cuba	5 588	350	809	1 258	1 423	953	796
Dominica	36	3	7	9	8	5	4
Ecuador	6 296	719	1 383	1 812	1 231	684	466
El Salvador	3 196	390	707	949	573	327	250
Granada	47	4	9	12	10	6	5
Guatemala	5 645	903	1 527	1 593	852	460	310
Guyana	392	40	75	119	86	43	30
Haití	4 153	557	1 072	1 187	683	402	253
Honduras	3 187	472	844	910	526	261	173
Jamaica	1 307	129	270	367	268	139	134
México	49 946	5 463	10 590	14 694	10 008	5 483	3 707
Nicaragua	2 548	393	669	742	414	203	127
Panamá	1 415	147	290	384	302	174	118
Paraguay	2 725	379	688	740	495	259	164
Perú	12 935	1 421	2 794	3 727	2 560	1 442	992
República Dominicana	4 119	461	915	1 150	841	468	284
Saint Kitts y Nevis	19	2	4	5	4	3	2
San Vicente y las Granadinas	57	5	11	15	12	8	6
Santa Lucía	75	8	15	22	15	8	7
Suriname	210	20	43	63	46	20	19
Trinidad y Tabago	651	43	116	185	147	93	67
Uruguay	1 718	139	266	383	331	265	334
Venezuela	12 009	1 368	2 659	3 271	2 433	1 421	857
Asia Sudoriental (ingreso bajo y mediano)[c]	**749 369**	**85 306**	**162 342**	**204 600**	**149 046**	**88 487**	**59 589**
Bangladesh	66 582	9 090	16 765	19 111	12 132	6 093	3 391
Bhután	1 032	160	276	271	153	99	71
India	488 626	56 384	106 854	131 070	95 662	58 596	40 060
Indonesia	105 713	10 688	21 367	30 239	22 054	12 615	8 750
Maldivas	142	23	39	39	22	11	7
Myanmar	24 020	2 667	5 154	6 866	4 752	2 848	1 734
Nepal	11 232	1 730	2 839	2 968	1 878	1 125	692
República Democrática Popular de Corea	11 090	945	1 940	2 675	2 629	1 665	1 236
Sri Lanka	9 206	767	1 681	2 546	2 113	1 238	861
Tailandia	31 728	2 851	5 426	8 815	7 650	4 197	2 788
Europa (ingreso alto)	**201 490**	**10 224**	**22 287**	**37 512**	**45 016**	**37 338**	**49 109**
Alemania	41 869	1 861	4 330	6 838	9 876	7 778	11 184
Andorra	41	2	4	9	12	7	7
Austria	4 138	198	456	739	992	758	996
Bélgica	5 229	269	596	944	1 159	959	1 302
Dinamarca	2 687	159	314	481	581	553	600
España	20 400	877	1 970	4 462	4 584	3 555	4 952
Finlandia	2 649	141	315	472	549	560	612
Francia	30 382	1 771	3 648	5 875	6 483	5 584	7 021

CUADRO A.1 *(continuación)*

Estados Miembros por región de la OMS y nivel de ingreso	Total[b]	Varones						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Europa (ingreso alto) *(continuación)*								
Grecia	10 610	5 230	259	565	1161	1 158	965	1 122
Irlanda	3 803	1 890	136	286	502	384	324	258
Islandia	279	140	11	23	32	31	24	19
Israel	6 040	2 980	316	560	773	561	429	341
Italia	57 530	27 902	1 350	2 870	5 665	6 676	5 434	5 908
Luxemburgo	437	215	14	28	42	53	42	36
Mónaco	33	16	1	2	3	4	3	3
Noruega	4 469	2 213	149	305	437	509	437	376
Países Bajos	15 864	7 862	480	1 005	1 520	1 992	1 616	1 249
Portugal	10 016	4 819	288	569	1 159	1 065	860	879
Reino Unido	59 415	29 242	1 804	3 972	5 733	6 896	5 529	5 307
San Marino	27	13	1	1	3	3	3	3
Suecia	8 842	4 375	226	599	817	941	921	870
Suiza	7 170	3 546	187	424	619	896	764	655
Europa (ingreso bajo y mediano)	**478 968**	**230 651**	**15 396**	**38 477**	**59 421**	**51 974**	**36 583**	**28 800**
Albania	3 134	1 603	159	326	418	365	203	131
Armenia	3 787	1 834	106	356	496	433	231	212
Azerbaiyán	8 041	3 959	314	886	1 083	935	392	350
Belarús	10 187	4 746	241	732	1 153	1 150	793	677
Bosnia y Herzegovina	3 977	1 968	106	283	462	521	342	254
Bulgaria	7 949	3 864	162	479	890	813	773	747
Croacia	4 654	2 253	138	292	486	527	434	377
Eslovaquia	5 399	2 625	148	391	686	590	479	331
Eslovenia	1 988	966	46	116	222	230	201	151
Estonia	1 393	649	31	95	155	150	118	99
Federación de Rusia	145 491	68 130	3 254	10 103	16 713	16 737	11 983	9 339
Georgia	5 262	2 512	153	399	611	575	379	395
Hungría	9 968	4 756	251	613	1 149	1 001	983	758
Kazajstán	16 172	7 844	648	1 570	2 131	1 807	1 011	676
Kirguistán	4 921	2 413	265	579	676	486	230	177
Letonia	2 421	1 116	48	168	261	265	203	171
Lituania	3 696	1 743	95	272	412	423	289	252
Macedonia, Antigua República Yugoslava	2 034	1 017	75	162	249	226	172	133
Malta	390	193	12	28	44	40	40	28
Polonia	38 605	18 761	1 024	2 767	4 772	4 143	3 498	2 557
República Checa	10 272	4 995	231	633	1 229	1 045	1 096	761
República de Moldova	4 295	2 054	133	375	539	453	325	229
Rumania	22 438	10 977	584	1 511	2 760	2 376	1 930	1 816
Tayikistán	6 087	3 032	393	822	852	551	232	182
Turkmenistán	4 737	2 345	305	598	653	463	197	128
Turquía	66 668	33 676	3 614	6 581	10 002	6 843	4 024	2 612
Ucrania	49 568	23 019	1 122	3 397	5 549	5 281	4 011	3 659
Uzbekistán	24 881	12 357	1 407	3 182	3 538	2 436	1 045	749
Yugoslavia	10 552	5 248	332	762	1 226	1 109	970	848
Mediterráneo Oriental (ingreso alto)	**5 870**	**3 594**	**230**	**597**	**783**	**1 000**	**763**	**221**
Chipre	784	391	28	66	89	85	69	55
Emiratos Árabes Unidos	2 606	1 722	102	250	345	513	414	97
Kuwait	1 914	1 115	73	231	287	261	205	57
Qatar	565	366	27	50	62	141	74	13
Mediterráneo Oriental (ingreso bajo y mediano)	**475 785**	**242 847**	**34 697**	**62 275**	**67 412**	**41 988**	**23 809**	**12 666**
Afganistán	21 765	11 227	1 954	2 923	3 018	1 814	1 008	510

Estados Miembros por región de la OMS y nivel de ingreso	Mujeres						
	Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Europa (ingreso alto) *(continuación)*							
Grecia	5 380	242	532	1 104	1 158	982	1 361
Irlanda	1 913	128	270	481	393	321	321
Islandia	139	10	21	31	31	23	23
Israel	3 060	298	533	737	581	458	453
Italia	29 628	1 271	2 726	5 460	6 631	5 603	7 937
Luxemburgo	222	13	26	41	52	40	49
Mónaco	17	1	2	3	4	3	4
Noruega	2 256	141	289	420	487	422	498
Países Bajos	8 002	457	960	1 464	1 904	1 567	1 649
Portugal	5 197	272	542	1 132	1 098	943	1 210
Reino Unido	30 173	1 719	3 778	5 447	6 704	5 578	6 947
San Marino	14	1	1	3	3	3	4
Suecia	4 467	214	569	781	898	896	1 109
Suiza	3 624	178	405	589	837	743	871
Europa (ingreso bajo y mediano)	**248 317**	**14 736**	**36 869**	**57 486**	**52 418**	**40 312**	**46 495**
Albania	1 531	150	305	391	346	189	150
Armenia	1 953	101	336	479	477	274	286
Azerbaiyán	4 082	296	836	1 024	996	437	493
Belarús	5 441	227	704	1 147	1 205	911	1 248
Bosnia y Herzegovina	2 009	99	266	437	511	357	339
Bulgaria	4 086	155	457	852	815	831	976
Croacia	2 401	131	279	469	518	442	562
Eslovaquia	2 773	141	374	662	580	515	501
Eslovenia	1 022	44	110	212	228	198	230
Estonia	745	30	91	151	151	140	182
Federación de Rusia	77 361	3 108	9 657	16 269	16 974	13 768	17 584
Georgia	2 750	146	379	587	611	437	591
Hungría	5 212	239	586	1 099	995	1 084	1 209
Kazajstán	8 329	625	1 520	2 094	1 818	1 141	1 131
Kirguistán	2 508	259	567	670	497	249	266
Letonia	1 305	46	160	254	269	242	334
Lituania	1 953	91	261	400	427	341	434
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1 017	70	153	238	220	176	160
Malta	197	12	26	41	39	40	38
Polonia	19 844	970	2 634	4 594	4 080	3 724	3 843
República Checa	5 276	220	602	1 178	1 015	1 136	1 125
República de Moldova	2 242	126	360	533	485	379	358
Rumania	11 461	553	1 447	2 659	2 351	2 044	2 406
Tayikistán	3 055	381	801	836	573	232	233
Turkmenistán	2 393	296	583	646	477	212	179
Turquía	32 992	3 494	6 332	9 528	6 659	3 960	3 019
Ucrania	26 549	1 068	3 254	5 399	5 527	4 775	6 526
Uzbekistán	12 524	1 354	3 079	3 487	2 506	1 089	1 009
Yugoslavia	5 305	308	710	1 148	1 068	988	1 083
Mediterráneo Oriental (ingreso alto)	**2 276**	**219**	**563**	**627**	**440**	**289**	**137**
Chipre	393	26	62	85	83	70	68
Emiratos Árabes Unidos	884	96	229	234	180	108	37
Kuwait	800	71	224	262	126	88	28
Qatar	199	26	48	46	51	23	5
Mediterráneo Oriental (ingreso bajo y mediano)	**232 939**	**33 023**	**59 158**	**64 526**	**39 940**	**22 641**	**13 650**
Afganistán	10 538	1 852	2 736	2 796	1 679	955	519

CUADRO A.1 *(continuación)*

Estados Miembros por región de la OMS y nivel de ingreso	Total[b]	Varones						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental (ingreso bajo y mediano) *(continuación)*								
Arabia Saudita	20 346	10 872	1 630	2 835	2 682	1 731	1 471	523
Bahrein	640	368	29	63	75	120	64	16
Djibouti	632	297	52	86	80	38	28	14
Egipto	67 884	34 364	4 096	8 182	9 788	6 652	3 721	1 925
Irán (República Islámica de)	70 330	35 998	3 882	9 640	10 578	6 420	3 702	1 776
Iraq	22 946	11 666	1 817	3 063	3 329	1 939	1 018	501
Jamahiriya Árabe Libia	5 290	2 741	329	589	877	473	316	157
Jordania	4 913	2 554	390	618	780	459	194	113
Líbano	3 496	1 711	171	384	498	357	163	137
Marruecos	29 878	14 964	1 832	3 441	4 457	2 948	1 429	856
Omán	2 538	1 347	206	363	334	223	166	55
Pakistán	141 256	72 622	11 427	18 985	19 041	11 856	7 234	4 080
República Árabe Siria	16 189	8 200	1 146	2 228	2 488	1 400	575	363
Somalia	8 778	4 358	897	1 216	1 154	619	314	158
Sudán	31 095	15 639	2 412	3 943	4 390	2 645	1 456	792
Túnez	9 459	4 776	430	1 013	1 441	986	511	396
Yemen	18 349	9 142	1 996	2 703	2 402	1 308	439	294
Pacífico Occidental (ingreso alto)	**201 099**	**99 320**	**5 743**	**11 957**	**22 505**	**22 029**	**20 208**	**16 878**
Australia	19 138	9 529	648	1 368	2 127	2 176	1 788	1 421
Brunei Darussalam	328	173	18	36	41	44	25	9
Japón	127 096	62 212	3 159	6 424	13 293	12 493	14 004	12 839
Nueva Zelandia	3 778	1 861	142	302	393	424	335	265
República de Corea	46 740	23 522	1 631	3 517	6 239	6 309	3 679	2 147
Singapur	4 018	2 023	145	310	412	583	376	197
Pacífico Occidental (ingreso bajo y mediano)	**1 486 206**	**761 540**	**63 560**	**141 345**	**195 168**	**182 236**	**111 291**	**67 940**
Camboya	13 104	6 389	1 070	1 846	1 700	1 050	518	205
China	1 282 437	659 410	51 092	116 265	165 941	162 699	101 353	62 059
Fiji	814	414	50	90	118	85	49	22
Filipinas	75 653	38 092	5 031	9 474	10 973	6 925	3 785	1 903
Islas Cook	20	10	1	2	3	2	1	1
Islas Marshall	51	26	4	6	7	5	3	2
Islas Salomón	447	230	41	63	66	33	18	10
Kiribati	83	43	6	10	11	8	5	3
Malasia	22 218	11 255	1 350	2 541	3 029	2 286	1 357	692
Micronesia (Estados Federados de)	123	64	9	15	16	12	7	4
Mongolia	2 533	1 268	139	315	387	259	105	63
Nauru	12	6	1	2	2	1	1	<1
Niue	2	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Palau	19	10	1	2	2	2	1	1
Papua Nueva Guinea	4 809	2 507	366	635	746	436	223	101
República Democrática Popular Lao	5 279	2 636	426	722	719	420	210	139
Samoa	159	83	11	23	27	12	6	5
Tonga	99	52	6	12	15	10	6	3
Tuvalu	10	5	1	1	2	1	1	<1
Vanuatu	197	101	16	27	27	17	9	5
Viet Nam	78 137	38 938	3 939	9 293	11 379	7 973	3 633	2 722

Fuente: Naciones Unidas, 2001.

[a] Los números se han redondeado al millar más cercano. Toda discrepancia aparente de las sumas totales obedece al redondeo.

[b] Total combinado de varones y mujeres.

[c] No hay países de ingresos altos en la región.

Estados Miembros por región de la OMS y nivel de ingreso	Mujeres						
	Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental (ingreso bajo y mediano) *(continuación)*							
Arabia Saudita	9 474	1 556	2 713	2 590	1 330	831	453
Bahrein	272	28	60	68	72	30	14
Djibouti	335	51	85	83	53	43	21
Egipto	33 521	3 915	7 811	9 197	6 367	3 871	2 359
Irán (República Islámica de)	34 332	3 672	9 107	10 154	6 007	3 496	1 895
Iraq	11 280	1 739	2 935	3 178	1 875	1 001	553
Jamahiriya Árabe Libia	2 549	314	563	848	444	248	133
Jordania	2 359	372	588	713	392	184	110
Líbano	1 786	164	370	489	404	197	162
Marruecos	14 914	1 764	3 318	4 307	2 966	1 511	1 049
Omán	1 191	198	352	325	170	94	52
Pakistán	68 634	10 783	17 826	18 240	11 178	6 542	4 065
República Árabe Siria	7 988	1 093	2 144	2 417	1 340	593	401
Somalia	4 420	890	1 206	1 164	639	336	184
Sudán	15 457	2 316	3 803	4 284	2 641	1 507	905
Túnez	4 682	403	964	1 387	1 005	522	402
Yemen	9 207	1 914	2 575	2 285	1 378	680	375
Pacífico Occidental (ingreso alto)	**101 778**	**5 368**	**11 142**	**21 475**	**21 591**	**20 276**	**21 926**
Australia	9 608	615	1 296	2 052	2 179	1 762	1 705
Brunei Darussalam	156	17	34	38	39	19	8
Japón	64 884	2 993	6 118	12 730	12 229	14 135	16 679
Nueva Zelandia	1 917	135	288	383	452	337	323
República de Corea	23 218	1 474	3 118	5 883	6 107	3 653	2 984
Singapur	1 995	135	289	388	585	370	227
Pacífico Occidental (ingreso bajo y mediano)	**724 667**	**57 838**	**128 958**	**184 113**	**174 027**	**104 936**	**74 795**
Camboya	6 715	1 037	1 797	1 681	1 170	665	366
China	623 027	45 892	104 807	155 577	154 205	94 679	67 867
Fiji	400	47	85	112	82	50	25
Filipinas	37 561	4 800	9 090	10 641	6 901	3 837	2 293
Islas Cook	9	1	2	3	2	1	1
Islas Marshall	25	4	6	6	4	3	2
Islas Salomón	217	38	59	61	34	17	9
Kiribati	40	6	10	10	7	4	3
Malasia	10 964	1 280	2 405	2 925	2 269	1 314	771
Micronesia (Estados Federados de)	59	8	15	15	11	6	4
Mongolia	1 265	133	305	380	262	108	78
Nauru	1	6	1	1	1	1	<1
Niue	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Palau	9	1	2	2	2	1	1
Papua Nueva Guinea	2 303	344	583	637	422	217	98
República Democrática Popular Lao	2 643	410	698	705	441	231	157
Samoa	75	11	21	22	9	6	6
Tonga	47	6	11	13	9	5	4
Tuvalu	5	1	1	1	1	1	<1
Vanuatu	96	14	25	26	17	8	5
Viet Nam	39 199	3 804	9 034	11 295	8 179	3 782	3 106

CUADRO A.2

Mortalidad estimada causada por lesiones intencionales,[a] por sexo, grupo de edad, región de la OMS y nivel de ingreso, 2000

Números absolutos (miles)[b]

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	1 659	1 153	41	54	351	320	205	182
	alto	149	111	1	1	24	31	27	27
	bajo y mediano	1 510	1 042	40	54	326	288	178	156
África[d]	bajo y mediano	311	225	17	23	72	57	31	25
Américas	todos	228	196	2	3	87	60	28	17
	alto	56	44	<1	1	13	14	9	7
	bajo y mediano	171	152	1	2	74	46	19	10
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	317	216	5	15	69	59	38	29
Europa	todos	303	239	2	5	53	78	58	44
	alto	55	41	<1	<1	7	11	10	12
	bajo y mediano	248	198	2	5	46	67	48	31
Mediterráneo Oriental	todos	95	62	14	5	20	11	7	5
	alto	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	95	61	14	5	20	11	7	5
Pacífico Occidental	todos	405	216	1	4	50	55	44	62
	alto	37	26	<1	<1	4	6	8	7
	bajo y mediano	368	190	1	4	45	48	36	55

Tasa por 100 000 habitantes

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c, e]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	28,8	40,5	13,0	8,8	44,0	49,7	50,7	67,4
	alto	14,4	22,1	2,2	1,5	25,7	29,4	31,3	35,8
	bajo y mediano	32,1	44,8	14,1	9,6	46,5	53,8	56,0	79,6
África[d]	bajo y mediano	60,9	94,6	31,2	25,9	80,9	118,0	119,7	182,5
Américas	todos	27,7	48,6	3,8	3,4	83,2	67,2	48,0	43,1
	alto	17,2	27,6	4,0	2,4	41,8	36,3	30,7	33,7
	bajo y mediano	34,3	62,1	3,8	3,8	101,7	89,7	64,9	54,5
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	22,8	31,3	6,0	8,9	31,7	36,6	41,8	54,1
Europa	todos	32,0	52,5	6,5	7,9	53,7	79,6	78,1	67,0
	alto	11,5	17,8	0,9	0,7	16,6	24,7	26,7	34,3
	bajo y mediano	49,6	83,7	10,4	12,4	78,1	128,4	130,2	108,3
Mediterráneo Oriental	todos	21,6	27,4	39,9	7,3	29,1	26,6	27,2	40,8
	alto	10,3	13,9	3,9	3,3	19,0	17,6	12,3	20,2
	bajo y mediano	21,8	27,7	40,2	7,3	29,2	26,9	27,7	41,2
Pacífico Occidental	todos	24,3	26,5	1,9	2,8	22,7	26,7	33,6	72,9
	alto	15,4	22,3	1,1	1,2	18,7	27,9	41,3	41,8
	bajo y mediano	26,2	27,7	2,0	3,0	23,2	26,6	32,2	80,6

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	32,8	33,8	15,0	20,0	39,8	38,7	34,7	31,9
	alto	31,6	35,7	12,8	14,9	37,2	42,7	41,9	26,1
	bajo y mediano	32,9	33,6	15,1	20,1	40,0	38,3	33,8	33,2
África[d]	bajo y mediano	41,3	43,9	23,7	29,7	56,3	53,4	43,8	43,0
Américas	todos	40,6	44,9	8,7	17,6	57,7	50,2	41,2	26,0
	alto	33,1	37,9	19,6	19,6	46,2	42,8	39,9	25,7
	bajo y mediano	43,9	47,5	7,1	17,1	60,4	52,9	41,8	26,3
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	23,1	24,3	7,9	18,7	28,1	28,4	26,1	21,1
Europa	todos	37,1	39,3	16,0	29,7	41,7	43,2	39,2	34,6
	alto	29,4	33,7	8,1	10,0	28,9	44,0	42,8	27,1
	bajo y mediano	39,4	40,7	17,0	31,9	44,5	43,1	38,5	38,9

Números absolutos (miles)[b]

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	506	23	37	153	119	77	97
	alto	38	<1	1	6	10	9	12
	bajo y mediano	468	23	37	147	109	68	85
África[d]	bajo y mediano	86	12	13	32	15	9	6
Américas	todos	31	1	1	11	9	5	4
	alto	12	<1	<1	3	4	3	2
	bajo y mediano	19	1	1	8	5	2	2
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	101	4	13	37	23	13	12
Mediterráneo Oriental	todos	34	4	5	12	5	3	4
	alto	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	34	4	5	12	5	3	4
Europa	todos	64	1	1	11	17	14	21
	alto	15	<1	<1	2	3	4	6
	bajo y mediano	50	1	1	9	13	11	15
Pacífico Occidental	todos	189	1	3	50	50	33	52
	alto	11	<1	<1	2	2	3	5
	bajo y mediano	178	1	3	48	47	31	47

Tasa por 100 000 habitantes

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	17,3	7,7	6,4	20,1	19,1	19,1	29,2
	alto	6,9	1,8	0,9	6,7	9,2	10,3	12,2
	bajo y mediano	19,7	8,3	7,0	21,9	21,1	21,5	36,5
África[d]	bajo y mediano	29,6	21,9	14,6	36,1	31,5	32,2	36,4
Américas	todos	7,5	2,7	1,8	10,5	10,1	8,4	7,2
	alto	7,1	3,2	1,4	8,2	10,8	9,3	6,6
	bajo y mediano	7,6	2,6	2,0	11,5	9,6	7,5	7,9
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	14,3	4,3	8,3	18,2	15,2	14,2	19,7
Europa	todos	12,5	3,3	2,1	11,3	17,2	18,4	21,6
	alto	5,7	0,7	0,5	4,4	7,5	9,7	11,7
	bajo y mediano	18,3	5,2	3,1	15,7	25,5	26,5	31,9
Mediterráneo Oriental	todos	15,5	13,1	8,7	19,1	12,9	11,6	27,2
	alto	4,4	2,1	0,7	5,7	6,0	4,0	6,1
	bajo y mediano	15,7	13,2	8,8	19,2	13,0	11,7	27,4
Pacífico Occidental	todos	22,5	2,2	2,4	24,5	25,3	26,6	53,3
	alto	8,8	1,3	0,9	8,4	9,9	12,8	21,0
	bajo y mediano	25,0	2,3	2,5	26,3	27,2	29,2	62,8

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	30,7	10,3	18,1	42,9	42,3	37,3	26,0
	alto	24,4	14,8	17,1	35,2	45,3	43,1	13,7
	bajo y mediano	31,4	10,2	18,1	43,3	42,0	36,6	29,9
África[d]	bajo y mediano	35,8	19,0	27,2	60,8	44,3	36,8	27,4
Américas	todos	25,3	9,2	18,1	42,1	41,0	32,3	9,0
	alto	22,6	22,4	19,6	32,6	39,1	35,0	8,1
	bajo y mediano	27,3	7,1	17,7	46,3	42,6	29,6	10,3
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	20,9	7,9	14,6	29,1	26,5	23,8	14,5
Europa	todos	30,8	11,7	18,7	39,1	47,6	38,2	21,6
	alto	21,8	8,9	12,9	31,0	50,8	48,1	12,5
	bajo y mediano	35,1	12,1	19,5	41,0	46,8	35,7	30,1

CUADRO A.2 *(continuación)*

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%) *(continuación)*

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental	todos	28,2	28,9	41,0	17,9	33,1	28,4	23,2	21,0
	alto	19,9	19,5	15,8	17,2	21,4	23,0	15,1	16,6
	bajo y mediano	28,3	29,0	41,1	17,9	33,3	28,5	23,4	21,1
Pacífico Occidental	todos	33,1	28,5	1,9	7,6	29,3	31,6	33,5	39,3
	alto	33,0	33,5	5,0	10,5	32,4	41,5	43,8	25,1
	bajo y mediano	33,2	27,9	1,8	7,5	29,1	30,7	31,8	42,3

Proporción del total de muertes (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	3,0	3,9	0,7	7,4	18,6	10,6	4,7	1,3
	alto	1,9	2,7	1,4	7,3	26,4	15,7	5,2	0,8
	bajo y mediano	3,2	4,1	0,7	7,4	18,2	10,2	4,6	1,4
África[d]	bajo y mediano	2,9	4,1	0,8	10,5	13,8	6,4	5,0	2,7
Américas	todos	3,9	6,2	0,6	7,4	40,3	20,3	6,0	0,9
	alto	2,1	3,3	2,2	11,0	35,3	16,7	4,7	0,7
	bajo y mediano	5,4	8,4	0,4	6,8	41,3	21,7	6,8	1,1
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	2,2	2,8	0,3	5,9	12,7	7,4	3,1	0,9
Europa	todos	3,1	4,8	1,2	16,2	29,5	19,7	7,0	1,3
	alto	1,4	2,1	0,7	4,0	18,8	14,6	4,6	0,8
	bajo y mediano	4,3	6,6	1,3	18,1	32,0	20,9	7,9	1,7
Mediterráneo Oriental	todos	2,4	2,9	1,8	5,9	15,3	6,9	2,6	0,7
	alto	2,4	3,0	1,3	9,7	16,2	9,7	2,1	0,5
	bajo y mediano	2,4	2,9	1,8	5,9	15,3	6,9	2,6	0,7
Pacífico Occidental	todos	3,6	3,4	0,2	3,8	17,3	11,4	4,5	1,6
	alto	2,6	3,3	0,8	5,2	22,8	16,4	7,2	1,2
	bajo y mediano	3,7	3,4	0,2	3,7	16,9	11,0	4,2	1,6

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

[a] Lesiones intencionales = CIE-10 X60-Y09, Y35, Y36 (CIE-9 E950-E978, E990-E999).

[b] Los números absolutos se redondean al millar más cercano. Toda discrepancia de las sumas totales obedece al redondeo.

[c] Total combinado de varones y mujeres.

[d] No hay países de ingreso alto en la región.

[d] Estandarizado por edad.

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%) *(continuación)*

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental	todos	27,1	12,2	25,3	44,7	34,5	27,5	24,7
	alto	22,3	13,4	9,3	34,2	26,1	18,0	13,8
	bajo y mediano	27,1	12,2	25,3	44,7	34,6	27,5	24,8
Pacífico Occidental	todos	40,8	2,3	10,1	52,3	56,3	50,4	43,0
	alto	32,2	7,4	17,0	46,2	52,1	48,1	22,7
	bajo y mediano	41,5	2,2	10,0	52,6	56,5	50,6	47,1

Proporción del total de muertes (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	1,9	0,4	5,2	8,8	5,8	2,9	0,7
	alto	1,0	1,5	4,8	18,1	10,0	3,3	0,3
	bajo y mediano	2,1	0,4	5,2	8,6	5,6	2,8	0,8
África[d]	bajo y mediano	1,7	0,6	5,7	4,1	1,9	2,0	0,6
Américas	todos	1,1	0,5	5,1	13,7	6,3	1,8	0,2
	alto	0,9	2,2	9,1	17,9	9,3	2,4	0,2
	bajo y mediano	1,4	0,4	4,5	12,7	5,0	1,3	0,2
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	1,6	0,2	4,8	7,5	4,2	1,5	0,4
Europa	todos	1,4	0,7	6,9	17,4	11,6	4,0	0,5
	alto	0,7	0,6	4,1	14,2	9,3	3,4	0,3
	bajo y mediano	1,8	0,8	7,4	18,2	12,4	4,2	0,7
Mediterráneo Oriental	todos	1,8	0,6	6,7	9,7	4,0	1,4	0,6
	alto	1,1	0,8	2,8	14,2	5,3	1,1	0,2
	bajo y mediano	1,8	0,6	6,7	9,7	4,0	1,4	0,6
Pacífico Occidental	todos	3,7	0,3	3,8	24,7	16,5	5,9	1,5
	alto	1,8	1,1	6,6	25,0	13,3	5,4	0,8
	bajo y mediano	4,0	0,3	3,7	24,7	16,7	5,9	1,7

CUADRO A.3

Mortalidad estimada causada por homicidio,[a] por sexo, grupo de edad, región de la OMS y nivel de ingreso, 2000

Números absolutos (miles)[b]

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	520	401	18	13	155	120	60	35
	alto	26	19	1	<1	8	6	3	1
	bajo y mediano	494	382	18	13	147	114	57	34
África[d]	bajo y mediano	116	82	10	4	30	19	10	9
Américas	todos	159	142	1	2	72	44	17	7
	alto	19	15	<1	<1	7	4	2	1
	bajo y mediano	140	128	1	2	65	39	15	6
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	78	54	3	4	13	14	11	9
Europa	todos	78	58	<1	1	15	23	13	6
	alto	4	3	<1	<1	1	1	1	<1
	bajo y mediano	74	56	<1	<1	14	22	13	6
Mediterráneo Oriental	todos	31	20	2	1	8	5	2	2
	alto	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	30	19	2	1	8	5	2	2
Pacífico Occidental	todos	59	45	1	2	17	15	6	3
	alto	2	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	57	44	1	2	17	15	6	3

Tasa por 100 000 habitantes

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c, e]	Varones					
			Todas las edades[e]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	8,8	13,6	5,8	2,1	19,4	18,7	14,8	13,0
	alto	2,9	4,3	2,2	0,7	8,4	5,5	3,3	1,9
	bajo y mediano	10,1	15,6	6,1	2,3	20,9	21,3	17,9	17,3
África[d]	bajo y mediano	22,2	33,4	17,9	4,0	34,1	39,6	39,6	63,3
Américas	todos	19,3	34,7	3,5	2,4	68,6	49,1	28,9	16,4
	alto	6,5	9,9	4,0	1,2	21,4	11,6	6,7	3,7
	bajo y mediano	27,5	51,0	3,3	2,9	89,7	76,4	50,4	31,9
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	5,8	8,1	3,9	2,2	6,0	8,8	11,6	16,9
Europa	todos	8,4	13,0	1,7	0,8	15,1	23,5	18,1	9,3
	alto	1,0	1,4	0,9	0,3	1,7	2,1	1,6	1,1
	bajo y mediano	14,8	23,2	2,2	1,2	23,9	42,6	34,8	19,7
Mediterráneo Oriental	todos	7,1	9,4	5,0	2,0	11,3	11,1	9,8	13,6
	alto	4,2	6,0	1,4	0,6	10,1	9,1	4,1	5,7
	bajo y mediano	7,2	9,4	5,1	2,0	11,3	11,1	10,0	13,7
Pacífico Occidental	todos	3,4	5,1	1,9	1,5	7,9	7,4	4,9	3,4
	alto	1,1	1,3	1,1	0,5	1,5	2,0	1,6	1,1
	bajo y mediano	3,8	5,6	2,0	1,5	8,6	8,0	5,5	3,9

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades[e]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	10,3	11,7	6,7	4,8	17,6	14,5	10,1	6,2
	alto	5,5	6,0	12,7	6,9	12,2	8,0	4,4	1,4
	bajo y mediano	10,8	12,3	6,6	4,8	18,0	15,1	10,8	7,2
África[d]	bajo y mediano	15,4	16,0	13,6	4,6	23,7	17,9	14,5	14,9
Américas	todos	28,4	32,6	8,0	12,5	47,5	36,7	24,7	9,9
	alto	11,4	12,6	19,6	9,9	23,7	13,7	8,7	2,8
	bajo y mediano	35,8	39,9	6,2	13,1	53,2	45,1	32,5	15,4
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	5,7	6,1	5,1	4,6	5,3	6,8	7,3	6,6
Europa	todos	9,5	9,6	4,2	3,1	11,7	12,8	9,1	4,8
	alto	2,2	2,3	8,1	3,9	3,0	3,8	2,6	0,9
	bajo y mediano	11,7	11,4	3,7	3,0	13,6	14,3	10,3	7,1

Números absolutos (miles)[b]

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	119	14	12	33	27	18	15
	alto	7	<1	<1	2	2	1	1
	bajo y mediano	112	14	11	32	25	17	14
África[d]	bajo y mediano	34	7	2	12	7	4	2
Américas	todos	17	1	1	7	5	2	1
	alto	5	<1	<1	1	2	1	<1
	bajo y mediano	12	1	1	5	4	1	1
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	24	3	4	3	4	5	4
Europa	todos	20	<1	<1	4	6	4	5
	alto	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	18	<1	<1	4	5	4	5
Mediterráneo Oriental	todos	11	2	2	4	2	1	1
	alto	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	11	2	2	3	2	1	1
Pacífico Occidental	todos	14	1	1	4	4	2	2
	alto	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	13	1	1	4	4	2	1

Tasa por 100 000 habitantes

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades[e]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	4,0	4,8	2,0	4,4	4,3	4,5	4,5
	alto	1,5	1,8	0,5	2,0	2,1	1,2	1,0
	bajo y mediano	4,6	5,1	2,1	4,7	4,7	5,4	6,1
África[d]	bajo y mediano	11,8	12,7	2,9	14,1	13,8	14,6	11,8
Américas	todos	4,0	2,6	1,2	6,4	5,7	3,3	2,6
	alto	3,0	3,2	1,0	4,4	4,2	2,2	1,7
	bajo y mediano	4,8	2,3	1,3	7,3	6,6	4,3	3,8
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	3,5	3,5	2,6	1,6	2,5	5,7	7,3
Europa	todos	3,9	1,2	0,7	4,0	5,7	5,6	5,3
	alto	0,6	0,7	0,2	0,7	0,8	0,7	0,7
	bajo y mediano	6,8	1,6	1,0	6,1	9,9	10,1	10,3
Mediterráneo Oriental	todos	4,8	5,5	3,6	5,4	4,3	3,8	5,9
	alto	1,2	0,4	0,0	1,5	1,3	1,4	2,6
	bajo y mediano	4,8	5,5	3,6	5,4	4,4	3,8	5,9
Pacífico Occidental	todos	1,7	2,2	1,0	1,9	2,0	1,4	1,6
	alto	0,8	1,3	0,4	0,8	1,1	0,8	0,8
	bajo y mediano	1,8	2,3	1,0	2,0	2,1	1,6	1,9

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	7,2	6,4	5,6	9,4	9,5	8,8	4,1
	alto	4,4	14,7	10,2	10,4	10,4	5,2	1,1
	bajo y mediano	7,5	6,3	5,5	9,3	9,5	9,2	5,0
África[d]	bajo y mediano	14,3	11,0	5,4	23,7	19,4	16,7	8,9
Américas	todos	13,7	8,7	11,8	25,6	23,0	12,7	3,3
	alto	8,8	22,4	13,5	17,2	15,3	8,3	2,1
	bajo y mediano	17,4	6,5	11,4	29,3	29,6	17,0	5,0
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	4,9	6,4	4,6	2,6	4,3	9,5	5,4
Europa	todos	9,3	4,4	6,2	13,8	15,9	11,6	5,3
	alto	2,0	8,9	6,0	4,6	5,7	3,5	0,7
	bajo y mediano	12,8	3,8	6,2	16,0	18,2	13,7	9,7

CUADRO A.3 *(continuación)*

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%) *(continuación)*

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental	todos	9,0	9,2	5,2	4,9	12,9	11,8	8,4	7,0
	alto	8,3	8,7	5,6	3,0	11,4	11,8	5,0	4,7
	bajo y mediano	9,1	9,2	5,2	4,9	12,9	11,8	8,5	7,0
Pacífico Occidental	todos	4,8	5,9	1,9	3,9	10,1	8,7	4,9	1,8
	alto	2,0	1,8	5,0	4,5	2,5	2,9	1,7	0,7
	bajo y mediano	5,1	6,4	1,8	3,9	10,8	9,3	5,5	2,1

Proporción del total de muertes (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	0,9	1,4	0,3	1,8	8,2	4,0	1,4	0,3
	alto	0,3	0,5	1,4	3,4	8,7	2,9	0,6	0,0
	bajo y mediano	1,0	1,5	0,3	1,8	8,2	4,0	1,5	0,3
África[d]	bajo y mediano	1,1	1,5	0,4	1,6	5,8	2,2	1,7	0,9
Américas	todos	2,7	4,5	0,5	5,3	33,2	14,8	3,6	0,4
	alto	0,7	1,1	2,2	5,5	18,1	5,3	1,0	0,1
	bajo y mediano	4,4	7,0	0,4	5,2	36,4	18,5	5,3	0,7
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	0,5	0,7	0,2	1,4	2,4	1,8	0,9	0,3
Europa	todos	0,8	1,2	0,3	1,7	8,3	5,8	1,6	0,2
	alto	0,1	0,1	0,7	1,6	2,0	1,2	0,3	0,0
	bajo y mediano	1,3	1,8	0,3	1,7	9,8	6,9	2,1	0,3
Mediterráneo Oriental	todos	0,8	0,9	0,2	1,6	5,9	2,9	0,9	0,2
	alto	1,0	1,4	0,5	1,7	8,6	5,0	0,7	0,2
	bajo y mediano	0,8	0,9	0,2	1,6	5,9	2,9	0,9	0,2
Pacífico Occidental	todos	0,5	0,7	0,2	1,9	6,0	3,1	0,7	0,1
	alto	0,2	0,2	0,8	2,2	1,8	1,2	0,3	0,0
	bajo y mediano	0,6	0,8	0,2	1,9	6,3	3,3	0,7	0,1

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

[a] Homicidio = CIE-10 X85-Y09 (CIE-9 E960-E969).

[b] Los números absolutos se redondean al millar más cercano. Toda aparente discrepancia de las sumas totales obedece al redondeo.

[c] Total combinado de varones y mujeres.

[d] No hay países de ingreso alto en la región.

[e] Estandarizado por edad.

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%) *(continuación)*

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental	todos	8,8	5,1	10,5	12,6	11,6	9,0	5,4
	alto	5,9	2,9	0,2	9,3	5,5	6,3	6,0
	bajo y mediano	8,8	5,1	10,5	12,6	11,7	9,0	5,4
Pacífico Occidental	todos	3,0	2,3	4,1	4,0	4,4	2,7	1,3
	alto	2,4	7,4	7,6	4,6	5,6	3,0	0,8
	bajo y mediano	3,0	2,2	4,0	4,0	4,4	2,7	1,4

Proporción del total de muertes (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	0,5	0,3	1,6	1,9	1,3	0,7	0,1
	alto	0,2	1,4	4,0	5,4	2,3	0,4	0,0
	bajo y mediano	0,5	0,3	1,6	1,8	1,3	0,7	0,1
África[d]	bajo y mediano	0,7	0,3	1,1	1,6	0,8	0,9	0,2
Américas	todos	0,6	0,5	3,3	8,3	3,5	0,7	0,1
	alto	0,3	2,2	6,3	9,5	3,7	0,6	0,0
	bajo y mediano	0,9	0,3	2,9	8,0	3,5	0,8	0,1
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	0,4	0,2	1,5	0,7	0,7	0,6	0,2
Europa	todos	0,4	0,3	2,3	6,1	3,9	1,2	0,1
	alto	0,1	0,6	1,9	2,1	1,1	0,2	0,0
	bajo y mediano	0,7	0,2	2,4	7,1	4,8	1,6	0,2
Mediterráneo Oriental	todos	0,6	0,2	2,8	2,7	1,3	0,5	0,1
	alto	0,3	0,2	0,1	3,9	1,1	0,4	0,1
	bajo y mediano	0,6	0,2	2,8	2,7	1,4	0,5	0,1
Pacífico Occidental	todos	0,3	0,3	1,5	1,9	1,3	0,3	0,0
	alto	0,1	1,1	2,9	2,5	1,4	0,3	0,0
	bajo y mediano	0,3	0,3	1,5	1,9	1,3	0,3	0,1

CUADRO A.4

Mortalidad estimada causada por suicidio,[a] por sexo, grupo de edad, región de la OMS y nivel de ingreso, 2000

Números absolutos (miles)[b]

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	815	509	0	10	124	138	115	122
	alto	122	91	0	<1	16	25	24	25
	bajo y mediano	692	418	0	10	108	113	91	96
África[d]	bajo y mediano	27	21	0	1	6	5	5	4
Américas	todos	65	52	0	1	14	15	11	10
	alto	36	29	0	<1	6	9	7	6
	bajo y mediano	29	22	0	<1	8	6	4	4
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	168	107	0	5	37	30	21	14
Europa	todos	186	149	0	1	30	46	39	33
	alto	51	38	0	<1	6	10	9	12
	bajo y mediano	135	111	0	1	24	35	29	21
Mediterráneo Oriental	todos	24	12	0	1	5	3	2	1
	alto	<1	<1	0	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	23	12	0	1	5	3	2	1
Pacífico Occidental	todos	344	169	0	2	32	39	38	59
	alto	35	24	0	<1	4	6	8	7
	bajo y mediano	309	144	0	2	28	33	30	52

Tasa por 100 000 habitantes

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c, e]	Varones					
			Todas las edades[e]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	14,5	18,9	0,0	1,7	15,6	21,5	28,4	44,9
	alto	11,4	17,7	0,0	0,8	17,0	23,6	27,9	33,8
	bajo y mediano	15,5	19,5	0,0	1,8	15,4	21,1	28,6	49,2
África[d]	bajo y mediano	6,7	10,6	0,0	1,4	6,4	11,2	18,1	26,6
Américas	todos	8,1	13,2	0,0	0,7	13,7	17,1	18,7	26,0
	alto	10,6	17,4	0,0	1,2	19,9	24,1	23,8	29,9
	bajo y mediano	6,3	10,2	0,0	0,5	11,0	12,1	13,9	21,2
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	12,0	15,7	0,0	3,1	16,9	18,5	23,3	26,1
Europa	todos	19,1	32,2	0,0	1,8	30,2	46,7	52,3	51,3
	alto	10,5	16,4	0,0	0,4	14,8	22,6	25,1	33,2
	bajo y mediano	26,6	46,8	0,0	2,6	40,3	68,2	79,9	74,1
Mediterráneo Oriental	todos	5,9	6,3	0,0	0,8	7,6	7,6	8,5	10,8
	alto	3,4	4,1	0,0	0,4	5,2	5,6	4,1	7,3
	bajo y mediano	5,9	6,4	0,0	0,8	7,6	7,7	8,6	10,8
Pacífico Occidental	todos	20,8	21,2	0,0	1,1	14,7	19,0	28,7	69,2
	alto	14,3	20,9	0,0	0,7	17,1	25,8	39,7	40,7
	bajo y mediano	22,3	21,8	0,0	1,2	14,4	18,2	26,7	76,2

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	16,1	14,9	0,0	3,8	14,1	16,7	19,5	21,3
	alto	25,9	28,8	0,0	7,7	24,7	34,4	37,2	24,7
	bajo y mediano	15,1	13,5	0,0	3,7	13,2	15,0	17,3	20,5
África[d]	bajo y mediano	3,6	4,0	0,0	1,6	4,5	5,1	6,6	6,3
Américas	todos	11,7	11,8	0,0	3,5	9,5	12,8	16,1	15,7
	alto	21,5	24,9	0,0	9,6	22,1	28,5	30,9	22,8
	bajo y mediano	7,4	7,0	0,0	2,1	6,5	7,1	8,9	10,2
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	12,3	12,1	0,0	6,6	15,0	14,3	14,6	10,2
Europa	todos	22,8	24,5	0,0	6,6	23,5	25,4	26,2	26,5
	alto	27,2	31,3	0,0	6,1	25,8	40,1	40,2	26,2
	bajo y mediano	21,5	22,8	0,0	6,7	23,0	22,9	23,6	26,6

Números absolutos (miles)[b]

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	305	0	12	93	77	50	74
	alto	31	0	<1	4	7	8	11
	bajo y mediano	274	0	11	88	70	43	63
África[d]	bajo y mediano	7	0	1	2	2	1	1
Américas	todos	14	0	<1	4	4	3	2
	alto	7	0	<1	1	3	2	1
	bajo y mediano	7	0	<1	3	1	1	1
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	61	0	8	30	15	5	4
Europa	todos	37	0	<1	5	8	9	15
	alto	13	0	<1	1	3	3	5
	bajo y mediano	24	0	<1	4	5	5	10
Mediterráneo Oriental	todos	11	0	1	6	2	1	1
	alto	<1	0	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	11	0	1	6	2	1	1
Pacífico Occidental	todos	175	0	2	46	46	31	50
	alto	10	0	<1	2	2	2	4
	bajo y mediano	164	0	1	45	44	29	46

Tasa por 100 000 habitantes

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades[e]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	10,6	0,0	2,0	12,2	12,4	12,6	22,1
	alto	5,4	0,0	0,4	4,7	7,1	9,0	11,3
	bajo y mediano	11,9	0,0	2,1	13,2	13,4	13,5	26,8
África[d]	bajo y mediano	3,1	0,0	0,7	1,7	4,8	4,1	7,5
Américas	todos	3,3	0,0	0,6	4,0	4,3	5,0	4,4
	alto	4,1	0,0	0,4	3,9	6,6	7,1	4,9
	bajo y mediano	2,7	0,0	0,6	4,1	2,8	3,1	3,9
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	8,3	0,0	4,7	14,5	9,9	5,7	7,2
Europa	todos	6,8	0,0	0,4	5,8	8,1	11,4	15,7
	alto	5,0	0,0	0,2	3,8	6,6	9,0	11,0
	bajo y mediano	8,4	0,0	0,5	7,0	9,4	13,6	20,6
Mediterráneo Oriental	todos	5,4	0,0	2,0	8,6	6,2	4,4	7,0
	alto	2,1	0,0	0,1	3,2	3,5	1,7	2,0
	bajo y mediano	5,4	0,0	2,0	8,6	6,2	4,4	7,0
Pacífico Occidental	todos	20,7	0,0	1,1	22,6	23,3	25,1	51,7
	alto	8,0	0,0	0,5	7,6	8,9	12,0	20,2
	bajo y mediano	23,2	0,0	1,1	24,3	25,0	27,7	60,9

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	18,5	0,0	5,6	26,0	27,4	24,6	19,7
	alto	20,0	0,0	6,6	24,7	34,9	37,9	12,6
	bajo y mediano	18,4	0,0	5,6	26,0	26,8	23,1	22,0
África[d]	bajo y mediano	2,8	0,0	1,2	2,9	6,7	4,6	5,6
Américas	todos	11,2	0,0	5,6	16,1	17,6	19,3	5,6
	alto	13,8	0,0	5,9	15,3	23,8	26,7	6,0
	bajo y mediano	9,3	0,0	5,5	16,5	12,4	12,2	5,0
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	12,6	0,0	8,2	23,2	17,2	9,5	5,3
Europa	todos	17,9	0,0	3,7	19,9	22,5	23,6	15,8
	alto	19,7	0,0	6,2	26,4	45,0	44,4	11,8
	bajo y mediano	17,1	0,0	3,4	18,4	17,2	18,3	19,4

CUADRO A.4 *(continuación)*

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%) ***(continuación)***

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental	todos	7,0	5,8	0,0	2,0	8,6	8,1	7,2	5,6
	alto	6,5	5,8	0,0	2,3	5,9	7,3	5,0	6,0
	bajo y mediano	7,0	5,8	0,0	2,0	8,6	8,1	7,3	5,5
Pacífico Occidental	todos	28,1	22,3	0,0	3,0	18,9	22,5	28,6	37,2
	alto	31,0	31,6	0,0	6,0	29,7	38,3	42,0	24,4
	bajo y mediano	27,8	21,2	0,0	2,9	18,1	21,0	26,3	40,0

Proporción del total de muertes (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	1,5	1,7	0,0	1,4	6,6	4,6	2,6	0,9
	alto	1,5	2,2	0,0	3,8	17,5	12,7	4,6	0,8
	bajo y mediano	1,5	1,6	0,0	1,4	6,0	4,0	2,4	0,9
África[d]	bajo y mediano	0,3	0,4	0,0	0,6	1,1	0,6	0,8	0,4
Américas	todos	1,1	1,6	0,0	1,5	6,6	5,2	2,3	0,6
	alto	1,3	2,2	0,0	5,4	16,8	11,1	3,7	0,7
	bajo y mediano	0,9	1,2	0,0	0,8	4,5	2,9	1,5	0,4
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	1,2	1,4	0,0	2,1	6,8	3,7	1,7	0,4
Europa	todos	1,9	3,0	0,0	3,6	16,6	11,6	4,7	1,0
	alto	1,3	1,9	0,0	2,4	16,8	13,3	4,3	0,8
	bajo y mediano	2,3	3,7	0,0	3,8	16,5	11,1	4,9	1,2
Mediterráneo Oriental	todos	0,6	0,6	0,0	0,7	4,0	2,0	0,8	0,2
	alto	0,8	0,9	0,0	1,3	4,5	3,1	0,7	0,2
	bajo y mediano	0,6	0,6	0,0	0,7	4,0	2,0	0,8	0,2
Pacífico Occidental	todos	3,0	2,7	0,0	1,5	11,1	8,1	3,9	1,5
	alto	2,4	3,1	0,0	3,0	20,9	15,2	7,0	1,1
	bajo y mediano	3,1	2,6	0,0	1,5	10,5	7,5	3,4	1,5

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

[a] Suicidio = CIE-10 X60-X84 (CIE-9 E950-E959).

[b] Los números absolutos se redondean al millar más cercano. Toda discrepancia aparente de las sumas totales obedece al redondeo.

[c] Total combinado de varones y mujeres.

[d] No hay países de ingreso alto en la región.

[e] Estandarizado por edad.

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%) *(continuación)*

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental	todos	9,0	0,0	5,8	20,0	16,5	10,4	6,3
	alto	10,8	0,0	0,9	19,3	15,1	7,7	4,5
	bajo y mediano	9,0	0,0	5,8	20,0	16,5	10,4	6,3
Pacífico Occidental	todos	37,7	0,0	4,6	48,3	51,7	47,7	41,7
	alto	29,7	0,0	9,4	41,7	46,5	45,1	21,9
	bajo y mediano	38,3	0,0	4,5	48,5	52,0	47,9	45,7

Proporción del total de muertes (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	1,2	0,0	1,6	5,3	3,7	1,9	0,5
	alto	0,8	0,0	2,6	12,7	7,7	2,9	0,3
	bajo y mediano	1,2	0,0	1,6	5,1	3,5	1,8	0,6
África[d]	bajo y mediano	0,1	0,0	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1
Américas	todos	10,5	0,0	1,6	5,2	2,7	1,0	0,1
	alto	0,5	0,0	2,8	8,4	5,7	1,9	0,1
	bajo y mediano	0,5	0,0	1,4	4,5	1,5	0,5	0,1
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	0,9	0,0	2,7	6,0	2,7	0,6	0,2
Europa	todos	0,8	0,0	1,4	8,9	5,5	2,4	0,4
	alto	0,7	0,0	2,0	12,1	8,3	3,1	0,3
	bajo y mediano	0,9	0,0	1,3	8,1	4,6	2,2	0,4
Mediterráneo Oriental	todos	0,6	0,0	1,5	4,4	1,9	0,5	0,2
	alto	0,5	0,0	0,3	8,0	3,1	0,5	0,0
	bajo y mediano	0,6	0,0	1,6	4,3	1,9	0,5	0,2
Pacífico Occidental	todos	3,5	0,0	1,7	22,7	15,1	5,5	1,5
	alto	1,6	0,0	3,7	22,5	11,9	5,0	0,8
	bajo y mediano	3,7	0,0	1,7	22,8	15,3	5,6	1,6

CUADRO A.5

Mortalidad estimada causada por lesiones vinculadas con la guerra,[a] por sexo, grupo de edad, región de la OMS y nivel de ingresos, 2000

Números absolutos (miles)[b]

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	310	233	22	30	69	58	29	25
	alto	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	310	233	22	30	69	58	29	25
África[d]	bajo y mediano	167	122	7	18	36	33	16	13
Américas	todos	2	2	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	alto	<1	<1	0	0	0	0	<1	<1
	bajo y mediano	2	2	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	63	49	2	6	18	13	5	5
Europa	todos	37	30	1	3	8	9	5	4
	alto	<1	<1	0	0	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	37	30	1	3	8	9	5	4
Mediterráneo Oriental	todos	39	29	12	3	7	3	2	2
	alto	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	39	28	12	3	7	3	2	2
Pacífico Occidental	todos	2	1	0	<1	<1	<1	0	<1
	alto	0	0	0	0	0	0	0	0
	bajo y mediano	2	1	0	<1	<1	<1	0	<1

Tasa por 100 000 habitantes

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c, e]	Varones					
			Todas las edades[e]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	5,2	7,8	7,1	4,9	8,6	9,1	7,1	9,2
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	6,2	9,4	7,8	5,4	9,8	10,9	9,0	12,7
África[d]	bajo y mediano	32,0	50,6	13,3	20,4	40,4	67,2	62,1	92,6
Américas	todos	0,2	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,6
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	bajo y mediano	0,4	0,7	0,4	0,4	0,6	0,9	0,5	1,3
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	4,4	6,6	1,9	3,3	8,0	8,2	5,9	10,0
Europa	todos	4,2	7,0	4,2	5,3	8,0	8,7	7,2	6,3
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	7,6	13,0	7,1	8,5	13,3	16,5	14,5	14,3
Mediterráneo Oriental	todos	8,1	11,2	34,6	4,1	9,8	7,5	8,2	15,4
	alto	2,7	3,7	2,5	2,3	3,6	2,9	4,1	7,2
	bajo y mediano	8,2	11,3	34,8	4,2	9,9	7,6	8,3	15,6
Pacífico Occidental	todos	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,3
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,4

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	6,1	6,8	8,2	11,0	7,8	7,1	4,9	4,3
	alto	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0
	bajo y mediano	6,8	7,5	8,3	11,3	8,4	7,7	5,4	5,3
África[d]	bajo y mediano	22,3	23,9	10,1	23,4	28,1	30,4	22,7	21,8
Américas	todos	0,4	0,4	0,7	1,5	0,3	0,4	0,2	0,4
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,5	0,5	0,8	1,8	0,4	0,5	0,3	0,6
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	4,6	5,5	2,6	7,0	7,1	6,3	3,7	3,9
Europa	todos	4,5	5,0	10,2	19,7	6,2	4,8	3,6	3,3
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	5,8	6,2	11,5	21,8	7,6	5,5	4,3	5,1

Números absolutos (miles)[b]

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	77	8	14	26	14	8	8
	alto	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	77	8	14	26	14	8	8
África[d]	bajo y mediano	45	5	10	18	6	4	3
Américas	todos	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	alto	0	0	0	0	0	0	0
	bajo y mediano	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	14	<1	1	4	4	2	3
Europa	todos	6	<1	1	1	3	1	<1
	alto	<1	0	<1	0	<1	0	<1
	bajo y mediano	6	<1	1	1	3	1	<1
Mediterráneo Oriental	todos	10	2	2	3	1	1	2
	alto	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	bajo y mediano	10	2	2	3	1	1	2
Pacífico Occidental	todos	1	0	<1	0	<1	0	0
	alto	0	0	0	0	0	0	0
	bajo y mediano	1	0	<1	0	<1	0	0

Tasa por 100 000 habitantes

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades[e]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	2,6	2,6	2,3	3,4	2,2	1,9	2,4
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	3,0	2,9	2,6	3,9	2,7	2,4	3,4
África[d]	bajo y mediano	14,7	9,2	11,0	20,3	12,9	13,5	17,1
Américas	todos	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	2,2	0,6	0,9	1,8	2,5	2,6	4,8
Europa	todos	1,5	0,7	1,0	1,5	3,0	1,2	0,4
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	2,6	1,3	1,5	2,4	5,6	2,4	0,8
Mediterráneo Oriental	todos	4,9	6,6	2,8	4,8	2,0	3,0	13,7
	alto	1,0	1,6	0,6	0,9	1,3	0,9	1,5
	bajo y mediano	4,9	6,7	2,8	4,8	2,1	3,0	13,8
Pacífico Occidental	todos	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	4,7	3,5	6,6	7,3	5,0	3,7	2,1
	alto	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	5,2	3,6	6,7	7,7	5,4	4,1	2,8
África[d]	bajo y mediano	18,8	8,0	20,6	34,2	18,1	15,5	12,9
Américas	todos	0,3	0,5	0,7	0,4	0,3	0,2	0,1
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,5	0,6	0,9	0,5	0,6	0,5	0,3
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	3,0	1,1	1,5	2,9	4,3	4,4	3,5
Europa	todos	3,1	2,6	8,5	5,1	8,3	2,6	0,4
	alto	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	4,5	2,9	9,5	6,4	10,2	3,2	0,8

CUADRO A.5 *(continuación)*

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%) ***(continuación)***

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental	todos	11,5	13,4	35,6	10,1	11,2	8,0	7,0	7,9
	alto	5,0	4,9	10,2	11,9	4,1	3,8	5,1	5,9
	bajo y mediano	11,6	13,5	35,6	10,1	11,3	8,0	7,0	8,0
Pacífico Occidental	todos	0,2	0,2	0,0	0,7	0,2	0,2	0,0	0,2
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,2	0,2	0,0	0,7	0,2	0,3	0,0	0,2

Proporción del total de muertes (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Total[c]	Varones					
			Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	0,6	0,8	0,4	4,1	3,7	1,9	0,7	0,2
	alto	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,7	0,9	0,4	4,2	3,8	2,1	0,7	0,2
África[d]	bajo y mediano	1,6	2,3	0,3	8,3	6,9	3,7	2,6	1,4
Américas	todos	0,0	0,1	0,0	0,6	0,2	0,2	0,0	0,0
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,1	0,1	0,1	0,7	0,3	0,2	0,1	0,0
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	0,4	0,6	0,1	2,2	3,2	1,6	0,4	0,2
Europa	todos	0,4	0,6	0,8	10,8	4,4	2,2	0,6	0,1
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,6	1,0	0,9	12,4	5,4	2,7	0,9	0,2
Mediterráneo Oriental	todos	1,0	1,3	1,5	3,4	5,2	1,9	0,8	0,3
	alto	0,6	0,8	0,8	6,7	3,1	1,6	0,7	0,2
	bajo y mediano	1,0	1,3	1,5	3,4	5,2	1,9	0,8	0,3
Pacífico Occidental	todos	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

[a] Lesiones vinculadas con la guerra = CIE-10 Y36 (CIE-9 E990-E999).

[b] Los números absolutos se redondean al millar más cercano. Toda discrepancia aparente de las sumas totales obedece al redondeo.

[c] Total combinado de varones y mujeres.

[d] No hay países de ingreso alto en la región.

[e] Estandarizado por edad.

Proporción del total de muertes debidas a lesión (%) (continuación)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Mediterráneo Oriental	todos	8,4	6,2	8,0	11,3	5,5	7,1	12,5
	alto	5,6	10,6	8,2	5,6	5,4	4,0	3,4
	bajo y mediano	8,4	6,2	8,0	11,3	5,5	7,1	12,5
Pacífico Occidental	todos	0,1	0,0	1,4	0,0	0,1	0,0	0,0
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,1	0,0	1,4	0,0	0,2	0,0	0,0

Proporción del total de muertes (%)

Región de la OMS	Nivel de ingreso	Mujeres						
		Todas las edades	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Todas	todos	0,3	0,1	1,9	1,5	0,7	0,3	0,1
	alto	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,4	0,2	1,9	1,5	0,7	0,3	0,1
África[d]	bajo y mediano	0,9	0,2	4,3	2,3	0,8	0,9	0,3
Américas	todos	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
Asia Sudoriental[d]	bajo y mediano	0,2	0,0	0,5	0,7	0,7	0,3	0,1
Europa	todos	0,1	0,2	3,1	2,3	2,0	0,3	0,0
	alto	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,2	0,2	3,6	2,8	2,7	0,4	0,0
Mediterráneo Oriental	todos	0,5	0,3	2,1	2,4	0,6	0,4	0,3
	alto	0,3	0,6	2,5	2,3	1,1	0,2	0,0
	bajo y mediano	0,5	0,3	2,1	2,4	0,6	0,4	0,3
Pacífico Occidental	todos	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	alto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	bajo y mediano	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0

CUADRO A.6

Las 10 causas principales de muerte y AVAD, y posiciones de las muertes vinculadas con la violencia y AVAD, por región de la OMS, 2000

TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS
Total

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	12,4
2	Enfermedad cerebrovascular	9,2
3	Infecciones respiratorias inferiores	6,9
4	Infección por el VIH/SIDA	5,3
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4,5
6	Afecciones perinatales	4,4
7	Enfermedades diarreicas	3,8
8	Tuberculosis	3,0
9	Lesiones por accidentes de tráfico	2,3
10	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	2,2
13	Suicidio	1,5
22	Homicidio	0,9
30	Guerra	0,6

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Infecciones respiratorias inferiores	6,4
2	Afecciones perinatales	6,2
3	Infección por el VIH/SIDA	6,1
4	Trastornos depresivos unipolares	4,4
5	Enfermedades diarreicas	4,2
6	Cardiopatía isquémica	3,8
7	Enfermedad cerebrovascular	3,1
8	Lesiones por accidentes de tráfico	2,8
9	Malaria	2,7
10	Tuberculosis	2,4
17	Lesiones autoinfligidas	1,3
21	Violencia interpersonal	1,1
32	Guerra	0,7

Varones

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	12,2
2	Enfermedad cerebrovascular	8,1
3	Infecciones respiratorias inferiores	7,0
4	Infección por el VIH/SIDA	5,0
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4,6
6	Afecciones perinatales	4,4
7	Enfermedades diarreicas	4,0
8	Tuberculosis	3,5
9	Lesiones por accidentes de tráfico	3,1
10	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,0
13	Suicidio	1,7
17	Homicidio	1,4
27	Guerra	0,8

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Afecciones perinatales	6,4
2	Infecciones respiratorias inferiores	6,4
3	Infección por el VIH/SIDA	5,8
4	Enfermedades diarreicas	4,2
5	Cardiopatía isquémica	4,2
6	Lesiones por accidentes de tráfico	4,0
7	Trastornos depresivos unipolares	3,4
8	Enfermedad cerebrovascular	3,0
9	Tuberculosis	2,9
10	Malaria	2,5
16	Violencia interpersonal	1,6
19	Lesiones autoinfligidas	1,5
26	Guerra	1,0

Mujeres

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	12,6
2	Enfermedad cerebrovascular	10,4
3	Infecciones respiratorias inferiores	6,9
4	Infección por el VIH/SIDA	5,6
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4,4
6	Afecciones perinatales	4,4
7	Enfermedades diarreicas	3,6
8	Tuberculosis	2,4
9	Malaria	2,1
10	Cardiopatía hipertensiva	1,9
17	Suicidio	1,2
37	Homicidio	0,5
46	Guerra	0,3

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Infección por el VIH/SIDA	6,5
2	Infecciones respiratorias inferiores	6,4
3	Afecciones perinatales	6,0
4	Trastornos depresivos unipolares	5,5
5	Enfermedades diarreicas	4,2
6	Cardiopatía isquémica	3,4
7	Enfermedad cerebrovascular	3,2
8	Malaria	3,0
9	Anomalías congénitas	2,2
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,1
18	Lesiones autoinfligidas	1,1
43	Violencia interpersonal	0,5
49	Guerra	0,4

CUADRO A.6 *(continuación)*

TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS *(continuación)*

Países de ingreso alto

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	17,9
2	Enfermedad cerebrovascular	10,7
3	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	5,6
4	Infecciones respiratorias inferiores	4,7
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,5
6	Cánceres de colon y recto	3,2
7	Diabetes mellitus	2,3
8	Cáncer de estómago	2,0
9	Cáncer de mama	2,0
10	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	1,8
13	Suicidio	1,5
35	Homicidio	0,3
61	Guerra	0,0

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Trastornos depresivos unipolares	8,8
2	Cardiopatía isquémica	6,7
3	Trastornos por consumo de alcohol	5,4
4	Enfermedad cerebrovascular	4,9
5	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	4,3
6	Lesiones por accidentes de tráfico	3,1
7	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,0
8	Osteoartrosis	2,7
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,5
10	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,5
12	Lesiones autoinfligidas	2,0
31	Violencia interpersonal	0,7
88	Guerra	0,0

Países de ingreso bajo y mediano

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	11,5
2	Enfermedad cerebrovascular	8,9
3	Infecciones respiratorias inferiores	7,3
4	Infección por el VIH/SIDA	6,1
5	Afecciones perinatales	5,1
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4,7
7	Enfermedades diarreicas	4,4
8	Tuberculosis	3,4
9	Lesiones por accidentes de tráfico	2,4
10	Malaria	2,3
14	Suicidio	1,5
21	Homicidio	1,0
27	Guerra	0,7

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Infecciones respiratorias inferiores	6,8
2	Afecciones perinatales	6,7
3	Infección por el VIH/SIDA	6,6
4	Meningitis	4,6
5	Enfermedades diarreicas	4,6
6	Trastornos depresivos unipolares	4,0
7	Cardiopatía isquémica	3,5
8	Malaria	3,0
9	Enfermedad cerebrovascular	2,9
10	Lesiones por accidentes de tráfico	2,8
19	Lesiones autoinfligidas	1,2
21	Violencia interpersonal	1,1
31	Guerra	0,8

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DE ÁFRICA

Total

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Infección por el VIH/SIDA	22,6
2	Infecciones respiratorias inferiores	10,1
3	Malaria	9,1
4	Enfermedades diarreicas	6,7
5	Afecciones perinatales	5,5
6	Sarampión	4,3
7	Tuberculosis	3,6
8	Cardiopatía isquémica	3,1
9	Enfermedad cerebrovascular	2,9
10	Lesiones por accidentes de tráfico	1,6
11	Guerra	1,6
14	Homicidio	1,1
42	Suicidio	0,3

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Infección por el VIH/SIDA	20,6
2	Malaria	10,1
3	Infecciones respiratorias inferiores	8,6
4	Afecciones perinatales	6,3
5	Enfermedades diarreicas	6,1
6	Sarampión	4,5
7	Tuberculosis	2,8
8	Tos ferina	1,8
9	Lesiones por accidentes de tráfico	1,6
10	Desnutrición proteinocalórica	1,6
11	Guerra	1,6
15	Violencia interpersonal	1,0
58	Lesiones autoinfligidas	0,2

Varones

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Infección por el VIH/SIDA	20,9
2	Infecciones respiratorias inferiores	11,2
3	Malaria	8,4
4	Enfermedades diarreicas	7,2
5	Afecciones perinatales	6,1
6	Tuberculosis	4,8
7	Sarampión	4,2
8	Cardiopatía isquémica	2,9
9	Guerra	2,3
10	Enfermedad cerebrovascular	2,1
13	Homicidio	1,5
28	Suicidio	0,4

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Infección por el VIH/SIDA	18,7
2	Infecciones respiratorias inferiores	9,6
3	Malaria	9,5
4	Afecciones perinatales	7,2
5	Enfermedades diarreicas	6,7
6	Sarampión	4,5
7	Tuberculosis	3,6
8	Lesiones por accidentes de tráfico	2,1
9	Guerra	2,1
10	Tos ferina	1,8
12	Violencia interpersonal	1,4
44	Lesiones autoinfligidas	0,3

Mujeres

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Infección por el VIH/SIDA	24,4
2	Malaria	9,9
3	Infecciones respiratorias inferiores	8,9
4	Enfermedades diarreicas	6,1
5	Afecciones perinatales	4,8
6	Sarampión	4,4
7	Enfermedad cerebrovascular	3,7
8	Cardiopatía isquémica	3,3
9	Tuberculosis	2,4
10	Tos ferina	1,6
17	Guerra	0,9
22	Homicidio	0,7
53	Suicidio	0,1

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Infección por el VIH/SIDA	22,4
2	Malaria	10,7
3	Infecciones respiratorias inferiores	7,6
4	Enfermedades diarreicas	5,5
5	Afecciones perinatales	5,4
6	Sarampión	4,5
7	Tuberculosis	1,9
8	Tos ferina	1,9
9	Desnutrición proteinocalórica	1,5
10	Trastornos depresivos unipolares	1,4
18	Guerra	1,0
25	Violencia interpersonal	0,7
69	Lesiones autoinfligidas	0,1

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DE ÁFRICA[a] *(continuación)*
Países de ingreso bajo y mediano

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Infección por el VIH/SIDA	22,6
2	Infecciones respiratorias inferiores	10,1
3	Malaria	9,1
4	Enfermedades diarreicas	6,7
5	Afecciones perinatales	5,5
6	Sarampión	4,3
7	Tuberculosis	3,6
8	Cardiopatía isquémica	3,1
9	Enfermedad cerebrovascular	2,9
10	Lesiones por accidentes de tráfico	1,6
11	Guerra	1,6
14	Homicidio	1,1
42	Suicidio	0,3

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Infección por el VIH/SIDA	20,6
2	Malaria	10,1
3	Infecciones respiratorias inferiores	8,6
4	Afecciones perinatales	6,3
5	Enfermedades diarreicas	6,1
6	Sarampión	4,5
7	Tuberculosis	2,8
8	Tos ferina	1,8
9	Lesiones por accidentes de tráfico	1,6
10	Desnutrición proteinocalórica	1,6
11	Guerra	1,6
15	Violencia interpersonal	1,0
58	Lesiones autoinfligidas	0,2

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

[a] No hay países de ingreso alto en la región.

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Total

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	15,6
2	Enfermedad cerebrovascular	7,7
3	Infecciones respiratorias inferiores	4,4
4	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,9
5	Diabetes mellitus	3,7
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,5
7	Homicidio	2,7
8	Afecciones perinatales	2,6
9	Lesiones por accidentes de tráfico	2,4
10	Cardiopatía hipertensiva	2,3
21	Suicidio	1,1
62	Guerra	0,0

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Trastornos depresivos unipolares	8,1
2	Trastornos por consumo de alcohol	4,4
3	Cardiopatía isquémica	4,4
4	Afecciones perinatales	3,9
5	Violencia interpersonal	3,8
6	Enfermedad cerebrovascular	3,3
7	Lesiones por accidentes de tráfico	3,2
8	Infecciones respiratorias inferiores	2,7
9	Anomalías congénitas	2,6
10	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,6
26	Lesiones autoinfligidas	1,1
86	Guerra	0,0

Varones

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	15,5
2	Enfermedad cerebrovascular	6,5
3	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	4,6
4	Homicidio	4,5
5	Infecciones respiratorias inferiores	4,1
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,6
7	Lesiones por accidentes de tráfico	3,3
8	Diabetes mellitus	3,1
9	Afecciones perinatales	2,8
10	Cirrosis hepática	2,4
15	Suicidio	1,6
51	Guerra	0,1

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Trastornos por consumo de alcohol	6,6
2	Violencia interpersonal	6,2
3	Trastornos depresivos unipolares	5,5
4	Cardiopatía isquémica	4,9
5	Lesiones por accidentes de tráfico	4,5
6	Afecciones perinatales	4,1
7	Enfermedad cerebrovascular	2,8
8	Infecciones respiratorias inferiores	2,7
9	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,6
10	Anomalías congénitas	2,5
19	Lesiones autoinfligidas	1,5
73	Guerra	0,1

Mujeres

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	15,7
2	Enfermedad cerebrovascular	9,1
3	Infecciones respiratorias inferiores	4,7
4	Diabetes mellitus	4,5
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,4
6	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,2
7	Cáncer de mama	3,2
8	Cardiopatía hipertensiva	2,7
9	Afecciones perinatales	2,3
10	Cánceres de colon y recto	2,0
30	Homicidio	0,6
32	Suicidio	0,5
66	Guerra	0,0

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Trastornos depresivos unipolares	11,2
2	Cardiopatía isquémica	3,8
3	Enfermedad cerebrovascular	3,8
4	Afecciones perinatales	3,7
5	Diabetes mellitus	2,8
6	Anomalías congénitas	2,8
7	Infecciones respiratorias inferiores	2,7
8	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,6
9	Enfermedades diarreicas	2,0
10	Anemia	2,0
27	Violencia interpersonal	0,9
42	Lesiones autoinfligidas	0,6
87	Guerra	0,0

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DE LAS AMÉRICAS *(continuación)*

Países de ingreso alto

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	20,8
2	Enfermedad cerebrovascular	7,0
3	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	6,6
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4,5
5	Infecciones respiratorias inferiores	4,0
6	Cánceres de colon y recto	2,8
7	Diabetes mellitus	2,8
8	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	2,2
9	Cáncer de mama	2,0
10	Cardiopatía hipertensiva	1,8
14	Suicidio	1,3
22	Homicidio	0,7
66	Guerra	0,0

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Trastornos depresivos unipolares	11,0
2	Cardiopatía isquémica	7,1
3	Trastornos por consumo de alcohol	6,7
4	Enfermedad cerebrovascular	3,4
5	Lesiones por accidentes de tráfico	3,3
6	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,2
7	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	3,1
8	Diabetes mellitus	2,8
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,8
10	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,6
12	Lesiones autoinfligidas	1,7
18	Violencia interpersonal	1,4
87	Guerra	0,0

Países de ingreso bajo y mediano

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	11,2
2	Enfermedad cerebrovascular	8,2
3	Infecciones respiratorias inferiores	4,7
4	Diabetes mellitus	4,5
5	Homicidio	4,4
6	Afecciones perinatales	4,2
7	Lesiones por accidentes de tráfico	2,9
8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,7
9	Cardiopatía hipertensiva	2,6
10	Enfermedades diarreicas	2,4
24	Suicidio	0,9
60	Guerra	0,1

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Trastornos depresivos unipolares	6,7
2	Afecciones perinatales	5,1
3	Violencia interpersonal	4,8
4	Trastornos por consumo de alcohol	3,4
5	Infecciones respiratorias inferiores	3,4
6	Lesiones por accidentes de tráfico	3,2
7	Enfermedad cerebrovascular	3,2
8	Anomalías congénitas	3,1
9	Cardiopatía isquémica	3,1
10	Enfermedades diarreicas	2,8
30	Lesiones autoinfligidas	0,8
82	Guerra	0,1

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL

Total

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	13,7
2	Infecciones respiratorias inferiores	9,5
3	Afecciones perinatales	7,1
4	Enfermedades diarreicas	6,7
5	Enfermedad cerebrovascular	5,7
6	Tuberculosis	4,8
7	Lesiones por accidentes de tráfico	3,1
8	Infección por el VIH/SIDA	2,6
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,2
10	Anomalías congénitas	1,9
16	Suicidio	1,2
28	Homicidio	0,5
34	Guerra	0,4

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Afecciones perinatales	8,9
2	Infecciones respiratorias inferiores	7,4
3	Enfermedades diarreicas	5,5
4	Trastornos depresivos unipolares	4,7
5	Cardiopatía isquémica	4,4
6	Tuberculosis	3,5
7	Lesiones por accidentes de tráfico	3,3
8	Anomalías congénitas	3,0
9	Infección por el VIH/SIDA	2,7
10	Anemia	2,3
19	Lesiones autoinfligidas	1,2
38	Violencia interpersonal	0,5
41	Guerra	0,5

Varones

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	13,6
2	Infecciones respiratorias inferiores	9,8
3	Enfermedades diarreicas	7,1
4	Afecciones perinatales	6,8
5	Enfermedad cerebrovascular	5,3
6	Tuberculosis	5,1
7	Lesiones por accidentes de tráfico	4,3
8	Infección por el VIH/SIDA	3,1
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,1
10	Cirrosis hepática	1,9
14	Suicidio	1,4
22	Homicidio	0,7
25	Guerra	0,6

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Afecciones perinatales	9,0
2	Infecciones respiratorias inferiores	7,2
3	Enfermedades diarreicas	5,4
4	Lesiones por accidentes de tráfico	5,0
5	Cardiopatía isquémica	4,8
6	Tuberculosis	4,0
7	Trastornos depresivos unipolares	3,7
8	Infección por el VIH/SIDA	3,3
9	Anomalías congénitas	3,1
10	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,1
17	Lesiones autoinfligidas	1,3
27	Guerra	0,8
32	Violencia interpersonal	0,7

Mujeres

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	13,9
2	Infecciones respiratorias inferiores	9,0
3	Afecciones perinatales	7,5
4	Enfermedades diarreicas	6,3
5	Enfermedad cerebrovascular	6,2
6	Tuberculosis	4,3
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,3
8	Anomalías congénitas	2,0
9	Infección por el VIH/SIDA	2,0
10	Cáncer del cuello uterino	1,8
20	Suicidio	0,9
37	Homicidio	0,4
48	Guerra	0,2

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Afecciones perinatales	8,7
2	Infecciones respiratorias inferiores	7,6
3	Trastornos depresivos unipolares	5,7
4	Enfermedades diarreicas	5,6
5	Cardiopatía isquémica	4,1
6	Tuberculosis	3,1
7	Anomalías congénitas	2,9
8	Anemia	2,7
9	Enfermedad cerebrovascular	2,1
10	Infección por el VIH/SIDA	2,1
25	Lesiones autoinfligidas	1,0
51	Violencia interpersonal	0,3
63	Guerra	0,2

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL[a] *(continuación)*
Países de ingreso bajo y mediano

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	13,7
2	Infecciones respiratorias inferiores	9,5
3	Afecciones perinatales	7,1
4	Enfermedades diarreicas	6,7
5	Enfermedad cerebrovascular	5,7
6	Tuberculosis	4,8
7	Lesiones por accidentes de tráfico	3,1
8	Infección por el VIH/SIDA	2,6
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,2
10	Anomalías congénitas	1,9
16	Suicidio	1,2
28	Homicidio	0,5
34	Guerra	0,4

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Afecciones perinatales	8,9
2	Infecciones respiratorias inferiores	7,4
3	Enfermedades diarreicas	5,5
4	Trastornos depresivos unipolares	4,7
5	Cardiopatía isquémica	4,4
6	Tuberculosis	3,5
7	Lesiones por accidentes de tráfico	3,3
8	Anomalías congénitas	3,0
9	Infección por el VIH/SIDA	2,7
10	Anemia	2,3
19	Lesiones autoinfligidas	1,2
38	Violencia interpersonal	0,5
41	Guerra	0,5

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

[a] No hay países de ingreso alto en la región.

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DE EUROPA

Total

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	24,3
2	Enfermedad cerebrovascular	15,4
3	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,9
4	Infecciones respiratorias inferiores	3,0
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,8
6	Cánceres de colon y recto	2,5
7	Suicidio	1,9
8	Cáncer de estómago	1,9
9	Cirrosis hepática	1,8
10	Cardiopatía hipertensiva	1,6
18	Homicidio	0,8
34	Guerra	0,4

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Cardiopatía isquémica	10,1
2	Enfermedad cerebrovascular	6,8
3	Trastornos depresivos unipolares	6,0
4	Trastornos por consumo de alcohol	3,4
5	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	3,0
6	Lesiones autoinfligidas	2,6
7	Lesiones por accidentes de tráfico	2,5
8	Infecciones respiratorias inferiores	2,4
9	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,3
10	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	2,2
18	Violencia interpersonal	1,4
33	Guerra	0,7

Varones

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	23,4
2	Enfermedad cerebrovascular	11,6
3	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	6,0
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,6
5	Suicidio	3,0
6	Infecciones respiratorias inferiores	3,0
7	Cánceres de colon y recto	2,4
8	Cáncer de estómago	2,2
9	Cirrosis hepática	2,2
10	Cáncer de próstata	1,9
14	Homicidio	1,2
29	Guerra	0,6

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Cardiopatía isquémica	11,0
2	Enfermedad cerebrovascular	5,6
3	Trastornos por consumo de alcohol	5,1
4	Trastornos depresivos unipolares	4,0
5	Lesiones autoinfligidas	3,7
6	Lesiones por accidentes de tráfico	3,4
7	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,2
8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,6
9	Infecciones respiratorias inferiores	2,5
10	Envenenamientos	2,1
15	Violencia interpersonal	1,9
26	Guerra	1,0

Mujeres

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	25,2
2	Enfermedad cerebrovascular	19,3
3	Cáncer de mama	3,3
4	Infecciones respiratorias inferiores	3,1
5	Cánceres de colon y recto	2,5
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,0
7	Cardiopatía hipertensiva	2,0
8	Diabetes mellitus	1,8
9	Cáncer de estómago	1,6
10	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	1,6
16	Suicidio	0,8
28	Homicidio	0,4
44	Guerra	0,1

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Cardiopatía isquémica	9,0
2	Trastornos depresivos unipolares	8,6
3	Enfermedad cerebrovascular	8,3
4	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	4,2
5	Osteoartrosis	2,9
6	Cáncer de mama	2,8
7	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,5
8	Infecciones respiratorias inferiores	2,3
9	Diabetes mellitus	2,0
10	Afecciones perinatales	1,8
21	Lesiones autoinfligidas	1,1
34	Violencia interpersonal	0,7
58	Guerra	0,3

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DE EUROPA *(continuación)*

Países de ingreso alto

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	18,4
2	Enfermedad cerebrovascular	11,3
3	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	5,1
4	Infecciones respiratorias inferiores	4,1
5	Cánceres de colon y recto	3,4
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,4
7	Cáncer de mama	2,3
8	Diabetes mellitus	2,1
9	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	1,9
10	Cáncer de próstata	1,8
15	Suicidio	1,3
44	Homicidio	0,1
68	Guerra	0,0

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Trastornos depresivos unipolare	7,9
2	Cardiopatía isquémica	7,5
3	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	6,1
4	Trastornos por consumo de alcohol	5,3
5	Enfermedad cerebrovascular	5,1
6	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,1
7	Osteoartrosis	2,9
8	Lesiones por accidentes de tráfico	2,7
9	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,5
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,4
14	Lesiones autoinfligidas	1,9
53	Violencia interpersonal	0,2
86	Guerra	0,0

Países de ingreso bajo y mediano

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	28,3
2	Enfermedad cerebrovascular	18,1
3	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,1
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,4
5	Suicidio	2,3
6	Infecciones respiratorias inferiores	2,3
7	Cáncer de estómago	2,1
8	Cirrosis hepática	1,8
9	Envenenamientos	1,8
10	Cánceres de colon y recto	1,8
13	Homicidio	1,3
21	Guerra	0,6

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Cardiopatía isquémica	11,4
2	Enfermedad cerebrovascular	7,7
3	Trastornos depresivos unipolares	5,1
4	Infecciones respiratorias inferiores	3,0
5	Lesiones autoinfligidas	2,9
6	Trastornos por consumo de alcohol	2,5
7	Afecciones perinatales	2,4
8	Lesiones por accidentes de tráfico	2,3
9	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	2,2
10	Envenenamientos	2,1
12	Violencia interpersonal	1,9
24	Guerra	1,0

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO ORIENTAL

Total

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	10,5
2	Infecciones respiratorias inferiores	9,1
3	Afecciones perinatales	7,5
4	Enfermedades diarreicas	7,1
5	Enfermedad cerebrovascular	5,3
6	Tuberculosis	3,4
7	Lesiones por accidentes de tráfico	2,3
8	Anomalías congénitas	2,2
9	Sarampión	2,0
10	Cardiopatía hipertensiva	1,8
18	Guerra	1,0
21	Homicidio	0,8
25	Suicidio	0,6

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Afecciones perinatales	8,4
2	Infecciones respiratorias inferiores	8,4
3	Enfermedades diarreicas	6,9
4	Trastornos depresivos unipolares	3,5
5	Anomalías congénitas	3,3
6	Cardiopatía isquémica	3,1
7	Lesiones por accidentes de tráfico	2,5
8	Tuberculosis	2,2
9	Sarampión	2,2
10	Enfermedad cerebrovascular	2,0
20	Guerra	1,0
29	Violencia interpersonal	0,7
34	Lesiones autoinfligidas	0,5

Varones

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	11,7
2	Infecciones respiratorias inferiores	8,6
3	Afecciones perinatales	7,6
4	Enfermedades diarreicas	6,7
5	Enfermedad cerebrovascular	5,0
6	Tuberculosis	4,3
7	Lesiones por accidentes de tráfico	3,2
8	Anomalías congénitas	2,1
9	Sarampión	1,9
10	Nefritis y nefrosis	1,8
15	Guerra	1,3
21	Homicidio	0,9
26	Suicidio	0,6

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Afecciones perinatales	8,9
2	Infecciones respiratorias inferiores	8,3
3	Enfermedades diarreicas	6,7
4	Lesiones por accidentes de tráfico	3,7
5	Cardiopatía isquémica	3,6
6	Anomalías congénitas	3,3
7	Tuberculosis	2,8
8	Trastornos depresivos unipolares	2,8
9	Sarampión	2,1
10	Enfermedad cerebrovascular	2,0
15	Guerra	1,5
25	Violencia interpersonal	0,9
37	Lesiones autoinfligidas	0,5

Mujeres

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Infecciones respiratorias inferiores	9,6
2	Cardiopatía isquémica	9,2
3	Enfermedades diarreicas	7,5
4	Afecciones perinatales	7,4
5	Enfermedad cerebrovascular	5,7
6	Tuberculosis	2,3
7	Anomalías congénitas	2,2
8	Sarampión	2,1
9	Cardiopatía hipertensiva	2,0
10	Diabetes mellitus	1,7
26	Suicidio	0,6
27	Homicidio	0,6
29	Guerra	0,5

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Infecciones respiratorias inferiores	8,4
2	Afecciones perinatales	7,9
3	Enfermedades diarreicas	7,1
4	Trastornos depresivos unipolares	4,2
5	Anomalías congénitas	3,2
6	Cardiopatía isquémica	2,6
7	Anemia	2,3
8	Sarampión	2,2
9	Enfermedad cerebrovascular	2,0
10	Tos ferina	1,7
36	Lesiones autoinfligidas	0,6
39	Guerra	0,6
40	Violencia interpersonal	0,5

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO ORIENTAL *(continuación)*

Países de ingreso alto

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	20,7
2	Enfermedad cerebrovascular	11,3
3	Lesiones por accidentes de tráfico	6,3
4	Cardiopatía hipertensiva	4,2
5	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,1
6	Nefritis y nefrosis	2,3
7	Diabetes mellitus	2,3
8	Infecciones respiratorias inferiores	2,2
9	Anomalías congénitas	1,8
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,6
16	Homicidio	1,0
22	Suicidio	0,8
27	Guerra	0,6

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Cardiopatía isquémica	7,5
2	Lesiones por accidentes de tráfico	7,2
3	Trastornos depresivos unipolares	6,9
4	Hipoacusia, de inicio en la vida adulta	5,5
5	Enfermedad cerebrovascular	3,4
6	Anomalías congénitas	3,1
7	Anemia	2,7
8	Diabetes mellitus	2,5
9	Trastornos por consumo de drogas	2,3
10	Caídas	2,3
22	Violencia interpersonal	1,0
31	Lesiones autoinfligidas	0,7
35	Guerra	0,6

Países de ingreso bajo y mediano

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Cardiopatía isquémica	10,4
2	Infecciones respiratorias inferiores	9,1
3	Afecciones perinatales	7,6
4	Enfermedades diarreicas	7,1
5	Enfermedad cerebrovascular	5,3
6	Tuberculosis	3,4
7	Lesiones por accidentes de tráfico	2,2
8	Anomalías congénitas	2,2
9	Sarampión	2,0
10	Cardiopatía hipertensiva	1,8
18	Guerra	1,0
20	Homicidio	0,8
26	Suicidio	0,6

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Afecciones perinatales	8,5
2	Infecciones respiratorias inferiores	8,4
3	Enfermedades diarreicas	6,9
4	Trastornos depresivos unipolares	3,5
5	Anomalías congénitas	3,3
6	Cardiopatía isquémica	3,1
7	Lesiones por accidentes de tráfico	2,5
8	Tuberculosis	2,2
9	Sarampión	2,2
10	Enfermedad cerebrovascular	2,0
20	Guerra	1,0
29	Violencia interpersonal	0,7
34	Lesiones autoinfligidas	0,5

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DEL PACÍFICO OCCIDENTAL

Total

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Enfermedad cerebrovascular	16,2
2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13,8
3	Cardiopatía isquémica	8,2
4	Infecciones respiratorias inferiores	4,7
5	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,5
6	Cáncer de hígado	3,5
7	Cáncer de estómago	3,2
8	Suicidio	3,0
9	Tuberculosis	3,0
10	Afecciones perinatales	2,8
27	Homicidio	0,5
66	Guerra	0,0

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7,3
2	Enfermedad cerebrovascular	5,8
3	Trastornos depresivos unipolares	5,8
4	Infecciones respiratorias inferiores	5,2
5	Afecciones perinatales	4,6
6	Lesiones por accidentes de tráfico	3,7
7	Anemia	3,2
8	Cardiopatía isquémica	3,0
9	Lesiones autoinfligidas	2,8
10	Caídas	2,6
33	Violencia interpersonal	0,7
85	Guerra	0,1

Varones

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Enfermedad cerebrovascular	15,8
2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13,1
3	Cardiopatía isquémica	8,3
4	Cáncer de hígado	4,5
5	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	4,5
6	Infecciones respiratorias inferiores	4,0
7	Cáncer de estómago	3,8
8	Lesiones por accidentes de tráfico	3,4
9	Tuberculosis	3,3
10	Suicidio	2,7
23	Homicidio	0,7
56	Guerra	0,0

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7,3
2	Enfermedad cerebrovascular	6,1
3	Lesiones por accidentes de tráfico	4,9
4	Trastornos depresivos unipolares	4,8
5	Infecciones respiratorias inferiores	4,6
6	Afecciones perinatales	4,3
7	Cardiopatía isquémica	3,2
8	Anemia	3,1
9	Caídas	2,8
10	Cáncer de hígado	2,7
13	Lesiones autoinfligidas	2,3
27	Violencia interpersonal	0,9
75	Guerra	0,1

Mujeres

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Enfermedad cerebrovascular	16,6
2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	14,6
3	Cardiopatía isquémica	8,1
4	Infecciones respiratorias inferiores	5,6
5	Suicidio	3,5
6	Afecciones perinatales	3,2
7	Cardiopatía hipertensiva	2,8
8	Tuberculosis	2,7
9	Cáncer de estómago	2,5
10	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	2,3
39	Homicidio	0,3
67	Guerra	0,0

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7,2
2	Trastornos depresivos unipolares	7,1
3	Infecciones respiratorias inferiores	5,9
4	Enfermedad cerebrovascular	5,5
5	Afecciones perinatales	4,9
6	Lesiones autoinfligidas	3,5
7	Anemia	3,3
8	Cardiopatía isquémica	2,6
9	Osteoartrosis	2,5
10	Anomalías congénitas	2,4
51	Violencia interpersonal	0,4
86	Guerra	0,0

CUADRO A.6 *(continuación)*

REGIÓN DEL PACÍFICO OCCIDENTAL *(continuación)*
Países de ingreso alto *(continuación)*

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Enfermedad cerebrovascular	15,7
2	Cardiopatía isquémica	10,8
3	Infecciones respiratorias inferiores	7,4
4	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	5,3
5	Cáncer de estómago	5,1
6	Cánceres de colon y recto	3,4
7	Cáncer de hígado	3,3
8	Suicidio	2,4
9	Lesiones por accidentes de tráfico	2,2
10	Diabetes mellitus	2,1
43	Homicidio	0,2
—[a]	Guerra	—[a]

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Enfermedad cerebrovascular	7,6
2	Trastornos depresivos unipolares	6,4
3	Cardiopatía isquémica	4,2
4	Osteoartrosis	3,4
5	Lesiones por accidentes de tráfico	3,4
6	Trastornos por consumo de alcohol	3,1
7	Lesiones autoinfligidas	2,9
8	Cáncer de estómago	2,7
9	Diabetes mellitus	2,7
10	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	2,6
52	Violencia interpersonal	0,3
—[a]	Guerra	—[a]

Países de ingreso bajo y mediano

Posición	Causa	Proporción del total (%)
Defunciones		
1	Enfermedad cerebrovascular	16,2
2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	15,5
3	Cardiopatía isquémica	7,8
4	Infecciones respiratorias inferiores	4,4
5	Cáncer de hígado	3,5
6	Tuberculosis	3,3
7	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,3
8	Afecciones perinatales	3,2
9	Suicidio	3,1
10	Cáncer de estómago	3,0
26	Homicidio	0,6
64	Guerra	0,0

Posición	Causa	Proporción del total (%)
AVAD		
1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7,7
2	Trastornos depresivos unipolares	5,8
3	Enfermedad cerebrovascular	5,7
4	Infecciones respiratorias inferiores	5,5
5	Afecciones perinatales	5,0
6	Lesiones por accidentes de tráfico	3,7
7	Anemia	3,3
8	Cardiopatía isquémica	2,8
9	Lesiones autoinfligidas	2,8
10	Caídas	2,6
32	Violencia interpersonal	0,7
83	Guerra	0,1

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad de la OMS para 2000, Versión 1.

[a] No se han notificado muertes o lesiones relacionadas con la guerra.

CUADRO A.7

Mortalidad causada por lesiones intencionales,[a] por sexo, grupo de edad y país, para el año más reciente disponible entre 1990 y 2000[b]

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones						
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Albania	1998	No.	846	689	4	16	333	193	103	39
		Tasa	26,7	46,4	—	—	93,1	53,2	45,9	27,8
Alemania	1999	No.	11 928	8 532	27	65	1 185	2 348	2 133	2 774
		Tasa	11,5	17,7	1,3	1,0	15,9	22,6	26,9	36,4
Argentina	1996	No.	3 980	3 145	37	85	936	720	689	678
		Tasa	11,4	19,0	2,1	1,7	21,0	21,9	28,5	34,1
Armenia	1999	No.	167	128	2	3	29	45	27	22
		Tasa	4,3	6,9	—	—	5,9	10,4	12,0	10,3
Australia	1998	No.	2 954	2 325	9	23	727	803	435	328
		Tasa	14,9	23,6	—	1,1	34,6	37,4	25,7	24,0
Austria	1999	No.	1 629	1 161	3	7	174	304	279	394
		Tasa	16,3	25,0	—	—	22,1	29,6	36,7	60,4
Azerbaiyán	1999	No.	430	367	0	10	185	107	41	24
		Tasa	5,8	10,0	—	—	17,5	12,6	10,9	8,3
Bahamas	1995-1997	No.	47	40	1	2	21	11	3	2
		Tasa	16,0	28,4	—	—	50,4	—	—	—
Barbados	1993-1995	No.	36	28	0	0	11	9	4	3
		Tasa	14,0	22,1	—	—	—	—	—	—
Belarús	1999	No.	4 537	3 664	3	27	755	1 226	968	685
		Tasa	41,4	72,5	—	2,7	67,6	105,9	125,6	101,5
Bélgica	1995	No.	2 330	1 653	3	14	276	505	395	460
		Tasa	19,5	28,9	—	—	26,6	42,7	44,4	50,4
Brasil	1995	No.	43 866	39 046	99	573	20 183	12 011	4 344	1 835
		Tasa	27,7	50,2	1,2	2,2	89,1	71,9	49,5	35,8
Bulgaria	1999	No.	1 550	1 143	4	12	156	227	293	451
		Tasa	14,9	23,5	—	—	17,0	27,2	37,0	57,9
Canadá	1997	No.	4 145	3222	14	65	784	1 091	758	510
		Tasa	12,8	20,1	—	2,1	24,8	28,4	28,7	23,8
Chile	1994	No.	1 226	1 070	10	16	365	329	191	159
		Tasa	9,0	16,5	—	—	19,7	21,5	22,2	28,1
China (RAE de Hong Kong)	1996	No.	863	548	5	14	105	181	103	141
		Tasa	12,3	15,9	—	—	15,0	19,8	20,0	33,6
(algunas zonas urbanas y rurales)	1999	No.	19 276	9 719	16	143	1 766	2 702	1 944	3 148
		Tasa	15,5	15,9	—	1,1	10,1	17,2	20,7	47,7
Colombia	1995	No.	24 728	22 685	56	310	12 169	7 272	2 141	737
		Tasa	65,1	122,4	2,3	4,6	220,5	191,3	116,5	65,1
Costa Rica	1995	No.	394	330	3	9	124	124	50	21
		Tasa	12,0	20,1	—	—	24,9	32,9	27,0	18,3
Croacia	1999	No.	1 134	825	1	8	131	207	197	281
		Tasa	21,4	34,8	—	—	27,1	39,6	49,8	86,2
Cuba	1997	No.	2 819	2 024	7	17	511	581	375	533
		Tasa	23,5	33,9	—	—	35,7	44,4	42,7	78,0
Dinamarca	1996	No.	955	670	2	4	92	178	184	210
		Tasa	14,8	21,6	—	—	16,7	29,9	34,6	47,1
Ecuador	1996	No.	2 242	1 905	5	34	872	643	234	117
		Tasa	20,8	36,0	—	1,6	50,7	58,5	41,5	32,6
El Salvador	1991	No.	2 776	2 491	2	31	1 464	552	250	192
		Tasa	61,9	119,2	—	2,9	204,9	143,2	106,3	125,2
Eslovaquia	1999	No.	825	680	0	5	111	208	215	141
		Tasa	13,8	24,1	—	—	16,3	34,9	46,4	42,9

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Albania	1998	No.	156	5	10	76	39	16	11
		Tasa	9,1	—	—	17,4	10,8	—	—
Alemania	1999	No.	3 396	16	42	303	685	783	1 567
		Tasa	5,9	—	0,7	4,3	7,0	10,0	14,3
Argentina	1996	No.	835	35	60	214	176	160	190
		Tasa	4,4	2,1	1,2	4,9	5,2	6,2	7,1
Armenia	1999	No.	39	0	2	3	10	8	16
		Tasa	1,9	—	—	—	—	—	—
Australia	1998	No.	629	10	13	161	209	118	117
		Tasa	6,2	—	—	7,9	9,7	7,2	7,1
Austria	1999	No.	468	3	4	50	101	109	201
		Tasa	8,4	—	—	6,5	10,3	14,3	20,6
Azerbaiyán	1999	No.	63	1	3	14	22	12	11
		Tasa	1,8	—	—	—	2,4	—	—
Bahamas	1995-1997	No.	7	0	1	2	3	1	0
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Barbados	1993-1995	No.	9	0	0	3	2	2	1
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Belarús	1999	No.	873	3	13	143	215	219	279
		Tasa	14,2	—	—	13,2	18,1	24,9	22,8
Bélgica	1995	No.	677	3	9	73	195	156	241
		Tasa	10,7	—	—	—	17,0	17,5	19,2
Brasil	1995	No.	4 820	84	302	1 977	1 518	569	370
		Tasa	6,0	1,0	1,2	8,7	8,8	6,0	6,0
Bulgaria	1999	No.	407	1	5	44	64	86	207
		Tasa	7,1	—	—	5,0	7,7	10,1	20,7
Canadá	1997	No.	923	10	32	189	303	233	156
		Tasa	5,6	—	1,1	6,2	8,0	8,7	5,7
Chile	1994	No.	156	5	12	50	42	25	22
		Tasa	2,2	—	—	2,7	2,7	2,7	2,9
China (RAE de Hong Kong)	1996	No.	315	4	13	65	83	39	110
		Tasa	8,6	—	—	9,0	8,8	8,9	23,4
(algunas zonas urbanas y rurales)	1999	No.	9 557	19	120	2 117	2 587	1 757	2 957
		Tasa	15,2	—	1,0	13,1	17,5	19,6	40,5
Colombia	1995	No.	2 043	34	151	982	575	218	83
		Tasa	10,4	1,5	2,3	17,8	14,2	10,9	6,0
Costa Rica	1995	No.	64	1	4	31	20	7	1
		Tasa	3,7	—	—	6,5	5,3	—	—
Croacia	1999	No.	309	1	3	21	50	74	160
		Tasa	9,9	—	—	4,5	9,9	17,1	31,1
Cuba	1997	No.	795	4	14	208	212	164	193
		Tasa	13,4	—	—	15,1	16,1	18,1	26,3
Dinamarca	1996	No.	285	1	1	21	73	90	99
		Tasa	8,3	—	—	4,0	12,8	17,2	16,8
Ecuador	1996	No.	337	6	28	185	70	24	24
		Tasa	5,8	—	1,4	11,0	6,4	4,2	5,9
El Salvador	1991	No.	285	1	23	164	50	29	18
		Tasa	11,5	—	2,2	21,6	11,6	11,4	—
Eslovaquia	1999	No.	145	0	1	18	42	40	44
		Tasa	4,5	—	—	—	7,2	8,0	8,8

CUADRO A.7 *(continuación)*

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones						
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Eslovenia	1999	No.	623	476	1	5	65	125	135	145
		Tasa	26,0	42,4	—	—	29,5	55,0	68,8	97,7
España	1998	No.	3 620	2 757	2	9	561	636	489	1 060
		Tasa	7,3	11,7	—	—	11,8	14,3	14,9	29,2
Estados Unidos de América	1998	No.	49 586	38 974	396	894	12 511	11 688	6 885	6 600
		Tasa	17,4	28,3	4,1	3,0	44,2	36,4	30,1	34,6
Estonia	1999	No.	701	546	2	4	102	156	167	115
		Tasa	42,9	74,0	—	—	63,6	101,8	138,7	112,8
Federación de Rusia	1998	No.	85 511	68 013	98	581	15 476	25 190	16 695	9 973
		Tasa	53,7	91,9	2,9	4,0	95,7	146,3	143,5	111,7
Filipinas	1993	No.	8 677	7 770	20	80	3 296	3 039	1 041	294
		Tasa	15,9	28,5	0,4	0,6	34,9	53,4	35,4	20,0
Finlandia	1998	No.	1 355	1 053	1	5	188	334	312	213
		Tasa	23,3	37,3	—	—	38,1	57,3	57,2	52,8
Francia	1998	No.	10 997	8 058	14	36	1 092	2 358	1 938	2 620
		Tasa	15,6	24,1	—	0,6	17,8	36,6	36,7	51,7
Georgia	1992	No.	214	160	0	0	38	42	30	50
		Tasa	4,1	6,8	—	—	7,0	8,4	8,6	16,9
Grecia	1998	No.	548	425	1	1	82	107	100	134
		Tasa	4,3	6,9	—	—	6,9	9,5	10,6	12,4
Guyana	1994-1996	No.	126	99	0	0	43	32	16	8
		Tasa	19,1	32,3	—	—	37,1	47,8	—	—
Hungría	1999	No.	3 628	2 724	4	19	302	747	873	780
		Tasa	29,5	49,0	—	—	25,9	72,8	90,5	102,3
Irlanda	1997	No.	498	398	1	5	156	118	76	42
		Tasa	13,4	21,6	—	—	33,8	31,2	25,8	16,9
Islandia	1994-1996	No.	29	24	0	0	8	6	5	4
		Tasa	10,6	17,8	—	—	—	—	—	—
Israel	1997	No.	430	335	0	2	108	82	48	95
		Tasa	7,3	12,1	—	—	14,6	15,1	12,4	28,4
Italia	1997	No.	5 416	4 108	0	11	748	933	873	1 543
		Tasa	7,3	11,8	—	—	12,1	14,6	16,2	27,4
Japón	1997	No.	24 300	16 376	32	86	2 036	3 145	5 963	5 114
		Tasa	15,1	21,4	1,1	0,9	14,9	26,1	43,2	43,1
Kazajstán	1992	No.	5 844	4 569	14	99	1 470	1 706	845	434
		Tasa	36,7	60,3	—	3,7	68,8	91,6	86,3	74,3
Kirguistán	1999	No.	906	727	1	16	201	272	153	84
		Tasa	22,6	38,1	—	—	30,1	56,2	74,3	52,7
Kuwait	1999	No.	97	71	1	3	24	38	3	2
		Tasa	4,2	5,1	—	—	7,5	7,9	—	—
Letonia	1999	No.	1 075	806	0	1	132	256	246	171
		Tasa	38,6	64,4	—	—	50,5	96,4	122,4	99,1
Lituania	1999	No.	1 856	1 498	2	13	282	482	468	251
		Tasa	45,8	80,5	—	—	68,7	115,1	163,3	100,9
Luxemburgo	1995-1997	No.	75	55	0	0	8	17	14	16
		Tasa	15,4	23,4	—	—	—	—	—	—
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	No.	202	153	0	1	18	53	31	50
		Tasa	9,7	15,0	—	—	—	23,5	19,7	39,1
Malta	1997-1999	No.	25	19	0	0	4	8	2	4
		Tasa	6,1	—	—	—	—	—	—	—
Mauricio	1999	No.	214	144	2	3	40	66	22	11
		Tasa	17,5	23,6	—	—	26,2	45,6	27,5	—

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Eslovenia	1999	No.	147	0	0	15	28	48	56
		Tasa	11,4	—	—	—	12,3	24,6	24,6
España	1998	No.	863	1	5	122	174	162	399
		Tasa	3,2	—	—	2,7	4,0	4,8	8,3
Estados Unidos de América	1998	No.	10 612	326	613	2 297	3 524	2 170	1 682
		Tasa	7,1	3,5	2,2	8,3	10,8	9,0	6,6
Estonia	1999	No.	155	3	4	14	35	43	56
		Tasa	16,3	—	—	9,2	22,7	29,7	29,7
Federación de Rusia	1998	No.	17 498	90	303	3 000	4 342	3 862	5 902
		Tasa	19,2	2,8	2,2	19,3	24,8	28,6	34,5
Filipinas	1993	No.	907	11	46	403	226	136	86
		Tasa	3,3	—	0,4	4,4	4,0	4,6	4,7
Finlandia	1998	No.	302	1	3	43	77	99	79
		Tasa	9,9	—	—	9,1	13,7	18,4	13,2
Francia	1998	No.	2 939	8	23	308	721	781	1 098
		Tasa	7,9	—	0,4	5,1	11,1	14,7	15,8
Georgia	1992	No.	54	0	0	12	13	9	20
		Tasa	1,9	—	—	—	—	—	4,4
Grecia	1998	No.	123	0	1	15	26	37	44
		Tasa	1,9	—	—	—	2,3	3,8	3,4
Guyana	1994-1996	No.	27	0	1	13	8	4	2
		Tasa	7,5	—	—	—	—	—	—
Hungría	1999	No.	904	5	9	73	173	222	422
		Tasa	12,7	—	—	6,6	16,9	20,8	34,8
Irlanda	1997	No.	100	1	1	26	24	24	24
		Tasa	5,1	—	—	5,8	6,2	8,3	7,8
Islandia	1994-1996	No.	5	0	0	1	0	1	2
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Israel	1997	No.	95	0	3	14	25	8	45
		Tasa	3,0	—	—	—	4,4	—	10,4
Italia	1997	No.	1 308	2	14	173	252	279	588
		Tasa	3,3	—	—	2,9	4,0	5,0	7,8
Japón	1997	No.	7 923	42	82	903	1 139	2 078	3 679
		Tasa	9,0	1,5	0,9	6,9	9,6	14,9	23,7
Kazajstán	1992	No.	1 275	18	40	299	354	239	325
		Tasa	15,1	—	1,5	14,6	18,6	21,8	30,1
Kirguistán	1999	No.	179	5	10	56	39	21	48
		Tasa	8,2	—	—	8,5	7,9	9,4	20,9
Kuwait	1999	No.	26	0	0	6	18	1	1
		Tasa	3,2	—	—	—	—	—	—
Letonia	1999	No.	269	3	6	27	63	66	103
		Tasa	16,7	—	—	10,7	23,5	27,3	31,8
Lituania	1999	No.	358	5	9	44	78	87	135
		Tasa	15,1	—	—	11,0	18,4	25,6	31,4
Luxemburgo	1995-1997	No.	20	0	0	3	7	5	5
		Tasa	8,3	—	—	—	—	—	—
Macedonia, Antigua Repúbica Yugoslava	1997	No.	49	0	1	6	18	5	19
		Tasa	4,7	—	—	—	—	—	—
Malta	1997-1999	No.	6	0	0	2	1	1	2
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Mauricio	1999	No.	70	2	3	29	26	7	3
		Tasa	11,4	—	—	19,7	18,8	—	—

CUADRO A.7 *(continuación)*

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones					
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
México	1997	No.	17 153	15 131	129	434	6 636	4 540	2 116	1 276
		Tasa	19,8	36,5	2,2	2,6	46,6	53,5	46,3	45,0
Nicaragua	1996	No.	522	398	2	13	193	108	51	30
		Tasa	14,4	23,8	—	—	30,1	31,7	32,2	32,9
Noruega	1997	No.	575	416	1	6	94	114	91	110
		Tasa	11,8	17,4	—	—	20,4	23,0	22,6	29,6
Nueva Zelandia	1998	No.	638	479	5	16	180	132	77	69
		Tasa	16,6	25,3	—	—	44,0	30,8	24,0	26,5
Países Bajos	1999	No.	1 729	1 166	4	15	202	380	308	257
		Tasa	9,5	13,1	—	—	12,9	19,5	19,5	20,9
Panamá (excluida la zona del canal)	1997	No.	453	401	5	8	186	125	44	32
		Tasa	17,0	30,1	—	—	48,5	45,3	28,0	31,1
Paraguay	1994	No.	577	508	3	11	203	162	76	53
		Tasa	15,9	28,6	—	—	31,8	37,2	39,8	50,4
Polonia	1995	No.	6 619	5 364	12	82	944	1 919	1 485	922
	Tasa	16,0	27,3	—	1,8	21,8	42,1	50,2	37,9	
Portugal	1999	No.	671	494	3	4	70	98	85	234
		Tasa	5,2	8,3	—	—	6,0	9,3	10,0	27,0
Puerto Rico	1998	No.	1 129	1 022	1	11	557	238	125	89
		Tasa	28,6	53,7	—	—	112,6	65,2	45,1	38,1
Reino Unido	1999	No.	4 920	3 803	20	34	886	1 329	868	666
		Tasa	7,6	12,0	1,1	0,6	15,1	19,3	15,9	12,7
Escocia	1999	No.	760	603	1	4	170	229	117	82
		Tasa	14,1	22,9	—	—	33,4	38,7	25,3	18,7
Inglaterra y Gales	1999	No.	4 015	3 077	19	29	667	1 050	736	576
		Tasa	6,9	10,8	—	0,6	12,9	17,2	15,2	12,3
Irlanda del Norte	1999	No.	145	123	0	1	49	50	15	8
		Tasa	8,8	14,9	—	—	25,9	27,6	—	—
República Checa	1999	No.	1 769	1 386	3	7	245	335	426	370
		Tasa	14,4	24,1	—	—	19,9	31,8	39,6	49,1
República de Corea	1997	No.	7 061	4 794	17	71	1 141	1 646	1 125	794
		Tasa	14,9	21,3	—	1,3	17,2	26,3	33,9	45,3
República de Moldova	1999	No.	999	794	4	15	150	255	221	149
		Tasa	26,7	46,2	—	—	33,6	66,0	82,9	76,3
Rumania	1999	No.	3 560	2 817	10	57	479	763	843	665
		Tasa	14,1	23,3	—	2,6	17,2	32,3	44,5	37,2
Santa Lucía	1993-1995	No.	21	17	0	0	9	5	2	1
		Tasa	16,0	—	—	—	—	—	—	—
Singapur	1998	No.	446	280	0	3	67	97	57	56
		Tasa	13,9	17,4	—	—	19,3	21,4	21,3	37,2
Suecia	1996	No.	1 367	947	0	1	147	239	274	286
		Tasa	13,0	18,4	—	—	17,0	25,8	31,3	33,7
Suiza	1996	No.	1 513	1 060	2	10	197	265	262	324
		Tasa	17,8	26,5	—	—	28,5	30,8	38,6	55,7
Tailandia	1994	No.	6 530	5 133	21	106	1 881	1 866	885	375
		Tasa	11,6	18,5	0,8	1,3	20,6	29,9	27,7	19,5
Tayikistán	1995	No.	557	451	4	6	149	175	74	43
		Tasa	13,7	22,4	—	—	19,6	37,2	36,3	28,7
Trinidad y Tabago	1994	No.	313	243	0	4	82	78	52	27
		Tasa	26,1	39,0	—	—	45,3	53,1	64,5	48,1

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
México	1997	No.	2 022	109	236	825	467	195	190
		Tasa	4,2	2,0	1,5	5,7	5,2	4,0	5,7
Nicaragua	1996	No.	124	2	18	71	17	10	6
		Tasa	5,7	—	—	10,9	—	—	—
Noruega	1997	No.	159	0	1	28	46	47	37
		Tasa	6,4	—	—	6,3	9,7	12,1	7,5
Nueva Zelandia	1998	No.	159	2	7	58	51	22	19
		Tasa	8,1	—	—	14,2	11,3	6,8	—
Países Bajos	1999	No.	563	1	10	96	156	147	153
		Tasa	6,1	—	—	6,3	8,3	9,6	9,4
Panamá (excluida la zona del canal)	1997	No.	52	3	6	22	10	5	6
		Tasa	3,7	—	—	5,9	—	—	—
Paraguay	1994	No.	69	2	4	25	19	9	10
		Tasa	3,7	—	—	4,0	—	—	—
Polonia	1995	No.	1 255	14	25	168	379	301	368
		Tasa	5,6	—	0,6	4,0	8,4	9,4	10,1
Portugal	1999	No.	177	3	8	18	33	25	90
		Tasa	2,5	—	—	—	3,0	2,7	7,6
Puerto Rico	1998	No.	107	3	4	43	30	13	14
		Tasa	5,1	—	—	8,9	7,2	—	—
Reino Unido	1999	No.	1 117	7	14	195	330	261	310
		Tasa	3,2	—	—	3,5	4,9	4,7	4,5
Escocia	1999	No.	157	0	1	32	50	41	33
		Tasa	5,4	—	—	6,5	8,4	8,5	5,4
Inglaterra y Gales	1999	No.	938	7	13	152	272	219	275
		Tasa	3,0	—	—	3,1	4,6	4,5	4,5
Irlanda del Norte	1999	No.	22	0	0	11	8	1	2
		Tasa	2,7	—	—	—	—	—	—
República Checa	1999	No.	383	4	6	54	64	99	156
		Tasa	5,7	—	—	4,6	6,3	8,9	14,0
República de Corea	1997	No.	2 267	19	72	663	690	363	460
		Tasa	9,2	—	1,5	10,5	11,6	10,8	17,2
República de Moldova	1999	No.	205	5	11	28	49	48	64
		Tasa	9,9	—	—	6,3	11,8	15,4	21,3
Rumania	1999	No.	743	11	20	114	157	177	264
		Tasa	5,5	—	1,0	4,2	6,7	8,8	11,1
Santa Lucía	1993-1995	No.	3	0	0	2	0	0	0
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Singapur	1998	No.	166	0	0	50	30	29	56
		Tasa	10,4	—	—	14,5	6,7	11,1	32,4
Suecia	1996	No.	420	3	8	48	90	132	139
		Tasa	7,7	—	—	5,8	10,2	15,5	12,7
Suiza	1996	No.	453	3	5	53	102	114	176
		Tasa	9,9	—	—	7,7	12,2	16,9	21,8
Tailandia	1994	No.	1 397	15	78	550	418	210	126
		Tasa	4,9	—	1,0	6,2	6,7	6,3	5,3
Tayikistán	1995	No.	106	0	0	38	31	15	21
		Tasa	5,3	—	—	5,0	6,4	—	11,0
Trinidad y Tabago	1994	No.	70	2	2	33	19	6	8
		Tasa	11,6	—	—	21,2	—	—	—

CUADRO A.7 *(continuación)*

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones					
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Turkmenistán	1998	No.	742	603	2	19	249	215	94	23
		Tasa	18,9	31,4	—	—	38,1	47,9	53,0	20,1
Ucrania	1999	No.	20 762	16 255	28	148	2 862	5 133	4 710	3 373
		Tasa	36,9	63,8	2,5	3,2	51,8	96,7	117,4	93,5
Uruguay	1990	No.	457	357	1	5	64	90	86	111
		Tasa	14,0	23,5	—	—	17,8	31,5	36,7	50,3
Uzbekistán	1998	No.	2 414	1 821	2	73	585	690	315	156
		Tasa	12,1	19,0	—	1,6	17,6	29,7	33,0	22,2
Venezuela	1994	No.	4 704	4 254	16	104	2 435	1 109	357	232
		Tasa	23,2	42,0	—	2,6	80,8	53,1	33,4	38,6

Fuente: base de datos de mortalidad de la OMS, a septiembre de 2001.

[a] Lesiones intencionales = CIE-10 X60-Y09, Y35, Y36 (CIE-9 E950-E978, E990-E999).

[b] O el promedio de los tres años más recientes disponibles entre 1990 y 2000 para los países con menos de un millón de habitantes.

[c] No. = número de defunciones; tasa = de defunciones por 100 000 habitantes. Las defunciones en las cuales se desconocía la edad de la persona se distribuyeron proporcionalmente entre los grupos etarios basándose en la distribución de las muertes por lesiones intencionales en la población. Por lo tanto, el número de defunciones se ha redondeado al entero más próximo. Toda discrepancia aparente de las sumas totales obedece al redondeo. La tasa no se calculó si se notificaron menos de 20 defunciones. El número de habitantes en que se basan las tasas puede obtenerse de la Organización Mundial de la Salud en: http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm

[d] Estandarizado por edad.

[e] Total combinado para varones y mujeres.

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Turkmenistán	1998	No.	139	1	4	59	35	18	21
		Tasa	7,1	—	—	9,1	7,6	—	13,5
Ucrania	1999	No.	4 507	22	72	559	983	1 100	1 771
		Tasa	13,6	2,0	1,6	10,5	17,7	22,9	27,4
Uruguay	1990	No.	100	2	6	25	14	13	39
		Tasa	5,6	—	—	7,1	—	—	13,6
Uzbekistán	1998	No.	593	2	17	266	147	77	84
		Tasa	5,7	—	—	8,1	6,2	7,8	8,7
Venezuela	1994	No.	450	16	43	202	116	38	35
		Tasa	4,4	—	1,1	6,9	5,6	3,5	5,1

CUADRO A.8

Mortalidad causada por homicidio,[a] por sexo, grupo de edad y país, para el año más reciente disponible entre 1990 y 2000[b]

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones						
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Albania	1998	No.	660	573	2	9	286	165	84	27
		Tasa	21,0	38,7	—	—	79,9	45,5	37,2	19,4
Alemania	1999	No.	720	418	27	12	95	127	101	56
		Tasa	0,9	1,0	1,3	—	1,3	1,2	1,3	0,7
Argentina	1996	No.	1 611	1 347	37	35	514	371	239	152
		Tasa	4,7	8,1	2,1	1,0	11,5	11,3	9,9	7,6
Armenia	1999	No.	98	77	2	1	20	29	16	9
		Tasa	2,6	4,2	—	—	4,1	6,7	—	—
Australia	1998	No.	295	201	9	8	59	66	42	17
		Tasa	1,6	2,1	—	—	2,8	3,1	2,5	—
Austria	1999	No.	68	32	3	2	3	15	4	5
		Tasa	0,8	0,8	—	—	—	—	—	—
Azerbaiyán	1999	No.	375	323	0	10	176	86	32	19
		Tasa	5,0	8,7	—	—	16,6	10,1	8,5	—
Bahamas	1995-1997	No.	43	37	1	1	20	10	3	2
		Tasa	14,9	26,1	—	—	48,4	—	—	—
Belarús	1999	No.	1 123	784	3	2	203	303	171	102
		Tasa	10,5	15,6	—	—	18,2	26,2	22,1	15,1
Bélgica	1995	No.	169	100	3	1	24	34	22	16
		Tasa	1,6	1,9	—	—	2,3	2,9	2,5	—
Brasil	1995	No.	37 076	33 751	99	436	18 400	10 352	3 393	1 071
		Tasa	23,0	42,5	1,2	2,5	81,2	61,9	38,7	20,9
Bulgaria	1999	No.	238	174	4	1	38	47	48	36
		Tasa	2,6	4,0	—	—	4,1	5,6	6,1	4,6
Canadá	1997	No.	431	285	14	12	100	76	48	35
		Tasa	1,4	1,9	—	—	3,2	2,0	1,8	1,6
Chile	1994	No.	410	356	10	4	125	118	58	41
		Tasa	3,0	5,4	—	—	6,7	7,7	6,7	7,2
China (RAE de Hong Kong)	1996	No.	63	39	5	3	8	10	3	9
		Tasa	1,0	1,3	—	—	—	—	—	—
(algunas zonas urbanas y rurales)	1999	No.	2 405	1 655	16	44	514	684	264	133
		Tasa	1,8	2,5	—	0,5	3,0	4,4	2,8	2,0
Colombia	1995	No.	23 443	21 705	56	239	11 730	7 039	2 016	625
		Tasa	61,6	116,8	2,3	5,5	212,5	185,1	109,7	55,2
Costa Rica	1995	No.	179	153	3	1	57	62	22	7
		Tasa	5,4	9,3	—	—	11,5	16,6	12,2	—
Croacia	1999	No.	128	95	1	1	17	33	22	21
		Tasa	2,6	4,0	—	—	—	6,3	5,6	6,4
Cuba	1997	No.	747	584	7	5	263	210	63	36
		Tasa	6,2	9,6	—	—	18,4	16,0	7,2	5,3
Dinamarca	1996	No.	59	36	2	1	12	14	4	3
		Tasa	1,1	1,4	—	—	—	—	—	—
Ecuador	1996	No.	1 632	1 501	5	21	684	535	178	78
		Tasa	15,3	28,2	—	1,5	39,8	48,7	31,5	21,8
El Salvador	1993	No.	2 480	2 290	8	35	1 043	659	344	201
		Tasa	55,6	108,4	—	5,1	133,1	165,4	139,5	122,7
Eslovaquia	1999	No.	132	89	0	0	21	38	18	12
		Tasa	2,3	3,2	—	—	3,1	6,4	—	—
Eslovenia	1999	No.	30	20	1	0	3	6	7	3
		Tasa	1,3	1,8	—	—	—	—	—	—
España	1998	No.	355	255	2	3	70	91	50	39
		Tasa	0,8	1,2	—	—	1,5	2,1	1,5	1,1

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Albania	1998	No.	87	4	3	31	30	12	6
		Tasa	5,3	—	—	7,2	8,3	—	—
Alemania	1999	No.	302	16	17	53	98	58	60
		Tasa	0,7	—	—	0,7	1,0	0,7	0,5
Argentina	1996	No.	264	36	15	86	63	30	35
		Tasa	1,5	2,1	—	2,0	1,9	1,2	1,3
Armenia	1999	No.	21	0	2	3	6	5	5
		Tasa	1,0	—	—	—	—	—	—
Australia	1998	No.	94	10	1	26	26	15	16
		Tasa	1,0	—	—	1,3	1,2	—	—
Austria	1999	No.	36	3	0	4	16	8	5
		Tasa	0,8	—	—	—	—	—	—
Azerbaiyán	1999	No.	52	1	2	12	19	9	9
		Tasa	1,4	—	—	—	—	—	—
Bahamas	1995-1997	No.	7	0	1	2	3	1	0
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Belarús	1999	No.	339	3	6	60	102	78	90
		Tasa	5,8	—	—	5,5	8,6	8,8	7,3
Bélgica	1995	No.	69	3	3	12	24	9	18
		Tasa	1,2	—	—	—	2,1	—	—
Brasil	1995	No.	3 325	85	183	1 484	1 089	308	177
		Tasa	4,1	1,1	1,1	6,5	6,3	3,3	2,8
Bulgaria	1999	No.	64	1	1	12	13	15	22
		Tasa	1,3	—	—	—	—	—	2,2
Canadá	1997	No.	146	10	10	33	48	25	20
		Tasa	1,0	—	—	1,1	1,3	0,9	0,7
Chile	1994	No.	54	5	3	17	17	5	7
		Tasa	0,8	—	—	—	—	—	—
China (RAE de Hong Kong)	1996	No.	24	4	4	4	9	3	0
		Tasa	0,8	—	—	—	—	—	—
(algunas zonas urbanas y rurales)	1999	No.	750	19	37	218	283	117	76
		Tasa	1,2	—	0,4	1,4	1,9	1,3	1,0
Colombia	1995	No.	1 738	33	106	827	511	189	72
		Tasa	9,0	1,4	2,5	15,0	12,6	9,4	5,2
Costa Rica	1995	No.	26	1	2	15	7	1	0
		Tasa	1,4	—	—	—	—	—	—
Croacia	1999	No.	33	1	1	3	7	9	12
		Tasa	1,2	—	—	—	—	—	—
Cuba	1997	No.	163	4	4	78	55	13	9
		Tasa	2,7	—	—	5,7	4,2	—	—
Dinamarca	1996	No.	23	1	0	7	7	5	3
		Tasa	0,8	—	—	—	—	—	—
Ecuador	1996	No.	131	5	5	54	40	9	18
		Tasa	2,5	—	—	3,2	3,7	—	—
El Salvador	1993	No.	190	3	4	72	56	34	20
		Tasa	8,4	—	—	8,8	12,4	12,9	9,8
Eslovaquia	1999	No.	43	0	1	4	14	11	13
		Tasa	1,4	—	—	—	—	—	—
Eslovenia	1999	No.	10	0	0	1	4	0	5
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
España	1998	No.	100	1	0	24	22	15	38
		Tasa	0,4	—	—	0,5	0,5	—	0,8

CUADRO A.8 *(continuación)*

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones					
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Estados Unidos de América	1998	No.	17 893	13 652	396	257	6 670	3 984	1 609	736
		Tasa	6,9	10,7	4,1	1,3	23,6	12,4	7,0	3,9
Estonia	1999	No.	227	168	2	0	29	59	56	23
		Tasa	14,8	23,1	—	—	18,0	38,4	46,3	22,2
Federación de Rusia	1998	No.	33 553	25 130	99	147	6 067	10 595	5 792	2 429
		Tasa	21,6	34,0	2,9	1,3	37,5	61,5	49,8	27,2
Filipinas	1993	No.	7 726	7 181	20	59	3 020	2 845	977	260
		Tasa	14,2	26,4	0,4	0,7	31,9	49,9	33,2	17,7
Finlandia	1998	No.	125	90	1	1	15	38	22	13
		Tasa	2,2	3,3	—	—	—	6,5	4,0	—
Francia	1998	No.	436	269	14	12	56	80	75	32
		Tasa	0,7	0,9	—	—	0,9	1,2	1,4	0,6
Grecia	1998	No.	144	109	1	0	21	38	31	18
		Tasa	1,2	1,9	—	—	1,8	3,4	3,3	—
Guyana	1994-1996	No.	42	35	0	0	14	12	6	3
		Tasa	6,6	11,8	—	—	—	—	—	—
Hungría	1999	No.	291	170	4	4	19	54	58	31
		Tasa	2,6	3,2	—	—	—	5,3	6,0	4,1
Irlanda	1997	No.	30	21	1	0	8	6	5	1
		Tasa	0,8	1,2	—	—	—	—	—	—
Israel	1997	No.	30	24	0	0	11	8	3	2
		Tasa	0,5	0,9	—	—	—	—	—	—
Italia	1997	No.	720	561	0	6	170	207	101	77
		Tasa	1,1	1,8	—	—	2,7	3,2	1,9	1,4
Japón	1997	No.	719	435	32	19	72	80	132	99
		Tasa	0,6	0,7	1,1	—	0,5	0,7	1,0	0,8
Kazajstán	1999	No.	2 448	1 841	14	17	483	738	380	209
		Tasa	17,1	27,4	—	—	24,8	45,5	42,4	36,1
Kirguistán	1999	No.	341	266	1	3	63	110	59	30
		Tasa	8,6	14,2	—	—	9,4	22,7	28,7	18,8
Kuwait	1999	No.	39	26	1	1	9	12	2	1
		Tasa	2,2	2,4	—	—	—	—	—	—
Letonia	1999	No.	308	213	0	0	47	69	61	36
		Tasa	11,6	17,3	—	—	18,0	26,0	30,4	20,9
Lituania	1999	No.	297	209	2	3	45	72	55	32
		Tasa	7,5	11,3	—	—	11,0	17,2	19,2	12,9
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	No.	47	38	0	0	5	19	7	7
		Tasa	2,2	3,7	—	—	—	—	—	—
Mauricio	1999	No.	33	19	2	0	3	9	2	3
		Tasa	2,9	3,4	—	—	—	—	—	—
México	1997	No.	13 542	12 170	129	224	5 281	3 810	1 751	975
		Tasa	15,9	29,6	2,3	2,1	37,1	44,9	38,3	34,4
Nicaragua	1996	No.	285	246	2	5	117	66	37	19
		Tasa	8,4	15,1	—	—	18,2	19,3	23,3	—
Noruega	1997	No.	41	28	1	2	7	11	6	1
		Tasa	0,9	1,3	—	—	—	—	—	—
Nueva Zelandia	1998	No.	57	32	5	2	10	6	6	3
		Tasa	1,5	1,7	—	—	—	—	—	—
Países Bajos	1999	No.	203	144	4	4	36	58	31	11
		Tasa	1,3	1,7	—	—	2,3	3,0	2,0	—
Panamá (excluida la zona del canal)	1997	No.	293	265	5	2	136	75	29	18
		Tasa	10,9	19,8	—	—	35,3	27,1	18,5	—

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Estados Unidos de América	1998	No.	4 241	327	202	1 268	1 446	542	457
		Tasa	3,1	3,5	1,1	4,6	4,4	2,2	1,8
Estonia	1999	No.	59	3	1	4	19	21	11
		Tasa	7,4	—	—	—	—	14,4	—
Federación de Rusia	1998	No.	8 423	90	135	1 632	2 452	1 907	2 207
		Tasa	9,8	2,8	1,3	10,5	14,0	14,1	12,9
Filipinas	1993	No.	545	11	33	173	160	108	59
		Tasa	2,1	—	0,4	1,9	2,8	3,6	3,3
Finlandia	1998	No.	35	1	0	3	12	14	5
		Tasa	1,2	—	—	—	—	—	—
Francia	1998	No.	167	8	6	31	42	41	39
		Tasa	0,5	—	—	0,5	0,6	0,8	0,6
Grecia	1998	No.	35	0	0	4	6	9	16
		Tasa	0,5	—	—	—	—	—	—
Guyana	1994-1996	No.	7	0	0	3	3	1	0
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Hungría	1999	No.	121	5	3	19	35	23	36
		Tasa	2,0	—	—	—	3,4	2,2	3,0
Irlanda	1997	No.	9	1	0	2	1	3	2
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Israel	1997	No.	6	0	0	2	3	0	1
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Italia	1997	No.	159	2	6	36	28	27	60
		Tasa	0,5	—	—	0,6	0,4	0,5	0,8
Japón	1997	No.	284	42	21	37	29	64	91
		Tasa	0,4	1,5	0,3	0,3	0,2	0,5	0,6
Kazajstán	1999	No.	607	2	19	130	184	117	156
		Tasa	7,9	—	—	6,8	11,0	11,2	15,4
Kirguistán	1999	No.	75	5	3	22	17	12	16
		Tasa	3,5	—	—	3,4	—	—	—
Kuwait	1999	No.	13	0	0	4	7	1	1
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Letonia	1999	No.	95	3	3	8	31	23	27
		Tasa	6,6	—	—	—	11,5	9,5	8,3
Lituania	1999	No.	88	5	3	10	21	16	33
		Tasa	4,0	—	—	—	5,0	—	7,7
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	No.	9	0	1	0	5	1	2
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Mauricio	1999	No.	14	2	1	1	6	2	2
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
México	1997	No.	1 372	110	97	496	360	148	161
		Tasa	3,1	2,0	0,9	3,4	4,0	3,0	4,8
Nicaragua	1996	No.	39	2	4	16	7	6	4
		Tasa	2,2	—	—	—	—	—	—
Noruega	1997	No.	13	0	1	3	3	4	2
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Nueva Zelandia	1998	No.	25	2	1	9	11	2	0
		Tasa	1,3	—	—	—	—	—	—
Países Bajos	1999	No.	59	1	4	21	16	7	10
		Tasa	0,8	—	—	1,4	—	—	—
Panamá (excluida la zona del canal)	1997	No.	28	3	3	13	5	1	3
		Tasa	2,0	—	—	—	—	—	—

CUADRO A.8 *(continuación)*

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones					
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Paraguay	1994	No.	459	420	3	4	171	144	61	37
		Tasa	12,6	23,4	—	—	26,8	33,0	31,9	35,9
Polonia	1995	No.	1 088	785	12	10	132	292	211	128
		Tasa	2,7	4,0	—	—	3,0	6,4	7,1	5,3
Portugal	1999	No.	118	82	3	0	30	19	14	16
		Tasa	1,1	1,6	—	—	2,6	—	—	—
Puerto Rico	1998	No.	804	731	1	7	500	149	59	15
		Tasa	20,6	38,1	—	—	101,0	40,8	21,3	—
Reino Unido	1999	No.	440	335	20	10	108	109	60	28
		Tasa	0,8	1,2	1,1	—	1,8	1,6	1,1	0,5
Escocia	1999	No.	121	101	1	1	36	37	23	3
		Tasa	2,4	4,1	—	—	7,1	6,3	5,0	—
Inglaterra y Gales	1999	No.	295	214	19	8	68	61	34	24
	Tasa		0,6	0,9	—	—	1,3	1,0	0,7	0,5
Irlanda del Norte	1999	No.	24	20	0	1	4	11	3	1
		Tasa	1,4	2,4	—	—	—	—	—	—
República Checa	1999	No.	151	97	3	1	22	36	27	8
		Tasa	1,4	1,8	—	—	1,8	3,4	2,5	—
República de Corea	1997	No.	987	602	17	23	168	243	112	39
		Tasa	2,0	2,4	—	0,7	2,5	3,9	3,4	2,2
República de Moldova	1999	No.	410	307	4	5	78	106	65	49
		Tasa	11,2	18,0	—	—	17,5	27,4	24,4	25,1
Rumania	1999	No.	803	572	10	12	122	164	140	124
		Tasa	3,3	4,8	—	—	4,4	6,9	7,4	6,9
Singapur	1998	No.	45	29	0	0	9	13	5	2
		Tasa	1,3	1,7	—	—	—	—	—	—
Suecia	1996	No.	110	74	0	0	11	28	21	14
		Tasa	1,2	1,5	—	—	—	3,0	2,4	—
Suiza	1996	No.	77	48	2	4	10	17	11	4
		Tasa	1,1	1,4	—	—	—	—	—	—
Tailandia	1994	No.	4 161	3 481	21	83	1 138	1 394	628	217
		Tasa	7,5	12,6	0,8	1,4	12,5	22,3	19,7	11,3
Tayikistán	1995	No.	354	301	4	2	107	129	38	21
		Tasa	8,5	14,3	—	—	14,0	27,4	18,6	14,0
Trinidad y Tabago	1994	No.	146	108	0	2	39	35	23	9
		Tasa	12,1	17,1	—	—	21,6	23,8	28,5	—
Turkmenistán	1998	No.	333	279	2	2	116	114	32	12
		Tasa	8,6	14,6	—	—	17,8	25,5	18,2	—
Ucrania	1999	No.	6 260	4 421	28	41	941	1 674	1 196	541
		Tasa	11,7	17,8	2,5	1,2	17,0	31,6	29,8	15,0
Uruguay	1990	No.	136	105	1	1	22	36	22	24
		Tasa	4,4	7,1	—	—	6,0	12,6	9,2	10,8
Uzbekistán	1998	No.	790	567	2	18	178	222	100	47
		Tasa	4,1	6,0	—	—	5,3	9,6	10,5	6,7
Venezuela	1994	No.	3 353	3 120	15	60	1 926	787	232	100
		Tasa	16.0	29.7	—	2.3	63.9	37.7	21.7	16.7

Fuente: base de datos de mortalidad de la OMS, a septiembre de 2001.

[a] Homicidio = CIE-10 X85-Y09 (CIE-9 E960- E969).

[b] O el promedio de los tres años más recientes disponibles entre 1990 y 2000 para los países con menos de un millón de habitantes.

[c] No. = número de defunciones; tasa = de defunciones por 100 000 habitantes. Las defunciones en las cuales se desconocía la edad de la persona se distribuyeron proporcionalmente entre los grupos etarios basándose en la distribución de las muertes por lesiones intencionales en la población. Por lo tanto, el número de defunciones se ha redondeado al entero más próximo. Toda discrepancia aparente de las sumas totales obedece al redondeo. La tasa no se calculó si se notificaron menos de 20 defunciones. El número de habitantes en que se basan las tasas puede obtenerse de la Organización Mundial de la Salud en: http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm

[d] Estandarizado por edad.

[e] Total combinado para varones y mujeres.

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Paraguay	1994	No.	39	2	0	16	10	6	5
		Tasa	2,2	—	—	—	—	—	—
Polonia	1995	No.	303	14	5	46	93	56	89
		Tasa	1,4	—	—	1,1	2,1	1,8	2,4
Portugal	1999	No.	36	3	2	6	10	9	6
		Tasa	0,7	—	—	—	—	—	—
Puerto Rico	1998	No.	73	3	1	33	23	7	6
		Tasa	3,7	—	—	6,8	5,6	—	—
Reino Unido	1999	No.	105	7	6	26	38	15	13
		Tasa	0,4	—	—	0,5	0,6	—	—
Escocia	1999	No.	20	0	0	5	8	4	3
		Tasa	0,7	—	—	—	—	—	—
Inglaterra y Gales	1999	No.	81	7	6	19	28	11	10
		Tasa	0,3	—	—	—	0,5	—	—
Irlanda del Norte	1999	No.	4	0	0	2	2	0	0
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
República Checa	1999	No.	54	4	2	14	9	13	12
		Tasa	1,0	—	—	—	—	—	—
República de Corea	1997	No.	385	19	19	100	141	59	47
		Tasa	1,6	—	—	1,6	2,4	1,8	1,8
República de Moldova	1999	No.	103	4	6	13	31	19	30
		Tasa	5,2	—	—	—	7,5	—	10,0
Rumania	1999	No.	231	11	5	37	56	48	74
		Tasa	1,8	—	—	1,4	2,4	2,4	3,1
Singapur	1998	No.	16	0	0	5	4	3	3
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Suecia	1996	No.	36	3	3	5	14	6	5
		Tasa	0,8	—	—	—	—	—	—
Suiza	1996	No.	29	3	2	6	5	4	9
		Tasa	0,8	—	—	—	—	—	—
Tailandia	1994	No.	680	15	62	208	216	109	71
		Tasa	2,5	—	1,1	2,4	3,4	3,3	3,0
Tayikistán	1995	No.	53	0	0	16	18	7	11
		Tasa	2,8	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	1994	No.	38	2	0	15	11	5	5
		Tasa	6,6	—	—	—	—	—	—
Turkmenistán	1998	No.	54	1	0	13	21	8	11
		Tasa	3,0	—	—	—	4,5	—	—
Ucrania	1999	No.	1 839	22	36	285	500	454	541
		Tasa	6,1	2,0	1,1	5,3	9,0	9,5	8,4
Uruguay	1990	No.	31	2	1	12	5	2	9
		Tasa	1,9	—	—	—	—	—	—
Uzbekistán	1998	No.	223	2	8	58	67	49	39
		Tasa	2,4	—	—	1,8	2,8	4,9	4,0
Venezuela	1994	No.	233	16	18	103	67	14	15
		Tasa	2,3	—	—	3,5	3,2	—	—

CUADRO A.9

Mortalidad causada por suicidio,[a] por sexo, grupo de edad y país, para el año más reciente disponible entre 1990 y 2000[b]

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones						
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Albania	1998	No.	165	104	0	2	46	28	18	10
		Tasa	5,3	7,1	—	—	12,7	7,8	—	—
Alemania	1999	No.	11 160	8 082	0	26	1 087	2 221	2 032	2 716
		Tasa	10,6	16,7	—	0,6	14,6	21,3	25,6	35,6
Argentina	1996	No.	2 245	1 709	0	14	402	328	442	523
		Tasa	6,5	10,6	—	—	9,0	10,0	18,3	26,3
Armenia	1999	No.	67	49	0	0	9	16	11	13
		Tasa	1,7	2,6	—	—	—	—	—	—
Australia	1998	No.	2 633	2 108	0	6	666	732	393	311
		Tasa	13,3	21,4	—	—	31,7	34,1	23,2	22,7
Austria	1999	No.	1 555	1 126	0	2	171	289	275	389
		Tasa	15,5	24,2	—	—	21,7	28,2	36,1	59,7
Azerbaiyán	1999	No.	54	44	0	0	9	21	9	5
		Tasa	0,8	1,3	—	—	—	2,5	—	—
Belarús	1999	No.	3 408	2 877	0	22	552	923	797	583
		Tasa	30,9	56,9	—	2,9	49,4	79,7	103,4	86,3
Bélgica	1995	No.	2 155	1 550	0	10	252	471	373	444
		Tasa	17,9	27,1	—	—	24,3	39,9	41,9	48,7
Bosnia y Herzegovina	1991	No.	531	457	0	15	167	151	83	41
		Tasa	11,3	19,4	—	—	27,0	29,4	22,9	20,4
Brasil	1995	No.	6 584	5 174	0	38	1 812	1 649	935	740
		Tasa	4,7	7,6	—	0,2	8,0	9,9	10,7	14,4
Bulgaria	1999	No.	1 307	965	0	7	118	180	245	415
		Tasa	12,3	19,6	—	—	12,8	21,5	30,9	53,3
Canadá	1997	No.	3 681	2 914	0	39	682	1 010	708	475
		Tasa	11,3	18,1	—	1,9	21,6	26,3	26,8	22,1
Chile	1994	No.	801	704	0	2	240	211	133	118
		Tasa	6,1	11,1	—	—	12,9	13,8	15,5	20,9
China (RAE de Hong Kong)	1996	No.	788	501	0	6	96	168	99	131
		Tasa	11,2	14,6	—	—	13,8	18,5	19,4	31,2
(algunas zonas urbanas y rurales)	1999	No.	16 836	8 048	0	83	1 252	2 018	1 680	3 015
		Tasa	13,7	13,5	—	0,9	7,2	12,9	17,9	45,7
Colombia	1995	No.	1 172	905	0	15	427	230	123	110
		Tasa	3,4	5,5	—	—	7,7	6,1	6,7	9,7
Costa Rica	1995	No.	211	174	0	5	66	61	27	14
		Tasa	6,6	10,9	—	—	13,4	16,4	14,8	—
Croacia	1999	No.	989	716	0	5	112	170	171	258
		Tasa	18,5	30,2	—	—	23,2	32,5	43,2	79,1
Cuba	1997	No.	2 029	1 401	0	5	235	355	310	496
		Tasa	17,1	23,8	—	—	16,4	27,1	35,3	72,6
Dinamarca	1996	No.	892	631	0	1	80	163	180	207
		Tasa	13,6	20,2	—	—	14,5	27,4	33,8	46,5
Ecuador	1996	No.	593	396	0	7	188	107	56	38
		Tasa	5,5	7,8	—	—	10,9	9,7	9,9	10,5
El Salvador	1993	No.	429	276	0	4	168	56	26	21
		Tasa	8,5	12,1	—	—	21,5	14,0	10,7	13,0
Eslovaquia	1999	No.	692	590	0	5	90	170	197	128
		Tasa	11,5	20,8	—	—	13,2	28,5	42,5	38,9

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Albania	1998	No.	61	0	1	42	9	4	4
		Tasa	3,6	—	—	9,7	—	—	—
Alemania	1999	No.	3 078	0	9	250	587	725	1 507
		Tasa	5,1	—	—	3,5	6,0	9,2	13,7
Argentina	1996	No.	536	0	9	129	113	130	155
		Tasa	3,0	—	—	2,9	3,3	5,1	5,8
Armenia	1999	No.	18	0	0	0	4	3	11
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Australia	1998	No.	525	0	2	135	183	103	101
		Tasa	5,2	—	—	6,6	8,5	6,3	6,1
Austria	1999	No.	429	0	1	46	85	101	196
		Tasa	7,6	—	—	6,0	8,6	13,2	20,1
Azerbaiyán	1999	No.	10	0	0	2	3	3	2
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Belarús	1999	No.	531	0	4	83	113	142	189
		Tasa	8,5	—	—	7,7	9,5	16,1	15,4
Bélgica	1995	No.	605	0	3	61	171	147	223
		Tasa	9,4	—	—	6,1	14,9	16,5	17,8
Bosnia y Herzegovina	1991	No.	74	0	4	19	17	16	18
		Tasa	3,3	—	—	—	—	—	
Brasil	1995	No.	1 410	0	36	496	430	258	190
		Tasa	1,9	—	0,2	2,2	2,5	2,7	3,1
Bulgaria	1999	No.	342	0	3	32	51	71	185
		Tasa	5,8	—	—	3,6	6,1	8,4	18,5
Canadá	1997	No.	767	0	12	156	255	208	136
		Tasa	4,6	—	—	5,1	6,7	7,8	5,0
Chile	1994	No.	97	0	4	33	25	20	15
		Tasa	1,4	—	—	1,8	1,6	2,2	—
China (RAE de Hong Kong)	1996	No.	287	0	5	61	74	36	110
		Tasa	7,9	—	—	8,5	7,9	8,2	23,4
(algunas zonas urbanas y rurales)	1999	No.	8 788	0	64	1 899	2 304	1 640	2 881
		Tasa	14,0	—	0,8	11,8	15,6	18,3	39,5
Colombia	1995	No.	267	0	10	153	63	29	11
		Tasa	1,4	—	—	2,8	1,6	1,4	—
Costa Rica	1995	No.	37	0	1	16	12	6	1
		Tasa	2,3	—	—	—	—	—	—
Croacia	1999	No.	273	0	1	18	41	65	148
		Tasa	8,6	—	—	—	8,1	15,0	28,8
Cuba	1997	No.	628	0	6	130	157	151	184
		Tasa	10,6	—	—	9,5	11,9	16,6	25,1
Dinamarca	1996	No.	261	0	0	14	66	85	96
		Tasa	7,5	—	—	—	11,6	16,2	16,3
Ecuador	1996	No.	197	0	17	130	30	14	6
		Tasa	3,2	—	—	7,7	2,7	—	—
El Salvador	1993	No.	153	0	13	103	18	11	8
		Tasa	5,3	—	—	12,5	—	—	—
Eslovaquia	1999	No.	102	0	0	14	28	29	31
		Tasa	3,2	—	—	—	4,8	5,8	6,2

CUADRO A.9 *(continuación)*

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones					
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Eslovenia	1999	No.	590	453	0	4	61	119	128	141
		Tasa	24,6	40,3	—	—	27,7	52,3	65,3	95,0
España	1998	No.	3 261	2 499	0	4	490	545	439	1 021
		Tasa	6,5	10,5	—	—	10,3	12,3	13,3	28,1
Estados Unidos de América	1998	No.	30 575	24 538	0	241	5 718	7 523	5 218	5 838
		Tasa	10,4	17,3	—	1,2	20,2	23,4	22,8	30,6
Estonia	1999	No.	469	376	0	2	73	97	111	92
		Tasa	28,1	50,9	—	—	45,5	63,6	92,5	90,3
Federación de Rusia	1998	No.	51 770	42 785	0	335	9 414	14 614	10 898	7 524
		Tasa	32,1	57,9	—	3,0	58,2	84,9	93,7	84,3
Filipinas	1993	No.	851	509	0	0	256	163	59	31
		Tasa	1,5	1,9	—	—	2,7	2,9	2,0	2,1
Finlandia	1998	No.	1 228	962	0	3	173	296	290	200
		Tasa	21,1	34,0	—	—	35,1	50,8	53,2	49,6
Francia	1998	No.	10 534	7 771	0	10	1 036	2 278	1 863	2 584
		Tasa	14,8	23,2	—	—	16,9	35,3	35,3	51,0
Georgia	1992	No.	204	151	0	0	35	37	29	50
		Tasa	3,9	6,4	—	—	6,4	7,4	8,3	16,9
Grecia	1998	No.	403	315	0	0	61	69	69	116
		Tasa	3,1	4,9	—	—	5,2	6,1	7,3	10,7
Guyana	1994-1996	No.	84	64	0	0	28	20	10	5
		Tasa	12,5	20,5	—	—	24,6	30,2	—	—
Hungría	1999	No.	3 328	2 550	0	11	283	693	815	749
		Tasa	26,9	45,7	—	—	24,3	67,5	84,5	98,2
Islandia	1994-1996	No.	28	24	0	0	8	6	5	4
		Tasa	10,4	17,5	—	—	—	—	—	—
Irlanda	1997	No.	466	376	0	4	148	112	71	41
		Tasa	12,5	20,4	—	—	32,0	29,6	24,1	16,5
Israel	1997	No.	379	301	0	2	95	70	44	90
		Tasa	6,5	10,8	—	—	12,8	12,9	11,4	26,9
Italia	1997	No.	4 694	3 547	0	5	578	726	772	1 466
		Tasa	6,2	9,9	—	—	9,3	11,4	14,3	26,0
Japón	1997	No.	23 502	15 906	0	34	1 964	3 064	5 829	5 015
		Tasa	14,5	20,7	—	0,5	14,4	25,4	42,2	42,3
Kazajstán	1999	No.	4 004	3 340	0	49	963	1 172	711	445
		Tasa	27,9	50,3	—	3,2	49,4	72,2	79,3	76,9
Kirguistán	1999	No.	559	460	0	12	138	162	94	54
		Tasa	14,0	23,9	—	—	20,6	33,5	45,6	34,0
Kuwait	1999	No.	47	34	0	1	11	21	1	0
		Tasa	1,5	1,8	—	—	—	4,3	—	—
Letonia	1999	No.	764	593	0	1	85	187	185	135
		Tasa	27,0	47,1	—	—	32,5	70,4	92,1	78,3
Lituania	1999	No.	1 552	1 287	0	8	237	410	413	219
		Tasa	38,4	69,2	—	—	57,8	97,9	144,1	88,1
Luxemburgo	1995-1997	No.	72	53	0	0	8	16	14	15
		Tasa	14,7	22,5	—	—	—	—	—	—
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	No.	155	115	0	1	13	34	24	43
		Tasa	7,4	11,3	—	—	—	15,1	15,3	33,6
Mauricio	1999	No.	174	120	0	1	35	56	20	8
		Tasa	14,3	19,7	—	—	23,0	38,7	25,0	—
México	1997	No.	3 369	2 828	0	81	1 350	731	365	300
		Tasa	3,9	6,9	—	0,8	9,5	8,6	8,0	10,6

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Eslovenia	1999	No.	137	0	0	14	24	48	51
		Tasa	10,6	—	—	—	10,5	24,6	22,4
España	1998	No.	762	0	4	98	152	147	361
		Tasa	2,8	—	—	2,1	3,5	4,3	7,5
Estados Unidos de América	1998	No.	6 037	0	83	1 029	2 076	1 624	1 225
		Tasa	4,0	—	0,4	3,7	6,4	6,7	4,8
Estonia	1999	No.	93	0	0	10	17	22	44
		Tasa	8,9	—	—	—	—	15,3	23,4
Federación de Rusia	1998	No.	8 985	0	79	1 369	1 893	1 955	3 689
		Tasa	9,4	—	0,8	8,8	10,8	14,5	21,6
Filipinas	1993	No.	342	0	0	226	64	27	24
		Tasa	1,2	—	—	2,5	1,1	0,9	1,3
Finlandia	1998	No.	266	0	2	40	65	85	74
		Tasa	8,8	—	—	8,5	11,6	15,8	12,3
Francia	1998	No.	2 763	0	9	277	679	740	1 058
		Tasa	7,4	—	—	4,6	10,4	14,0	15,3
Georgia	1992	No.	53	0	0	11	13	9	20
		Tasa	1,9	—	—	—	—	—	4,4
Grecia	1998	No.	88	0	1	11	20	28	28
		Tasa	1,4	—	—	—	1,8	2,9	2,1
Guyana	1994-1996	No.	20	0	1	10	5	3	1
		Tasa	5,6	—	—	—	—	—	—
Hungría	1999	No.	778	0	1	54	138	199	386
		Tasa	10,7	—	—	4,8	13,5	18,6	31,8
Islandia	1994-1996	No.	5	0	0	1	0	1	2
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Irlanda	1997	No.	90	0	0	24	23	21	22
		Tasa	4,7	—	—	5,4	5,9	7,3	7,1
Israel	1997	No.	78	0	0	12	20	7	39
		Tasa	2,4	—	—	—	3,5	1,7	9,0
Italia	1997	No.	1 147	0	6	137	224	252	528
		Tasa	2,9	—	—	2,3	3,5	4,5	7,0
Japón	1997	No.	7 596	0	19	866	1 110	2 013	3 588
		Tasa	8,5	—	—	6,6	9,4	14,4	23,2
Kazajstán	1999	No.	664	0	10	187	163	136	167
		Tasa	8,7	—	—	9,8	9,7	13,1	16,6
Kirguistán	1999	No.	99	0	2	34	22	9	32
		Tasa	4,7	—	—	5,2	4,5	—	13,9
Kuwait	1999	No.	13	0	0	2	11	0	0
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Letonia	1999	No.	171	0	0	19	32	43	76
		Tasa	10,0	—	—	—	11,9	17,9	23,5
Lituania	1999	No.	265	0	1	34	57	71	102
		Tasa	11,2	—	—	8,5	13,4	20,9	23,7
Luxemburgo	1995-1997	No.	19	0	0	3	7	5	5
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	No.	40	0	0	6	13	4	17
		Tasa	3,8	—	—	—	—	—	—
Mauricio	1999	No.	54	0	0	28	20	5	1
		Tasa	8,9	—	—	19,0	14,5	—	—
México	1997	No.	541	0	30	327	107	47	29
		Tasa	1,1	—	0,3	2,3	1,2	1,0	0,9

CUADRO A.9 *(continuación)*

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones					
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Nicaragua	1996	No.	230	147	0	6	76	41	13	11
		Tasa	5,9	8,4	—	—	11,8	12,0	—	—
Noruega	1997	No.	533	387	0	3	87	103	85	109
		Tasa	10,9	16,1	—	—	18,8	20,8	21,1	29,3
Nueva Zelandia	1998	No.	574	442	0	9	170	126	71	66
		Tasa	15,0	23,6	—	—	41,5	29,4	22,1	25,3
Países Bajos	1999	No.	1 517	1 015	0	7	165	321	276	246
		Tasa	8,3	11,3	—	—	10,5	16,5	17,5	20,0
Panamá (excluida la zona del canal)	1997	No.	145	124	0	1	48	46	15	14
		Tasa	5,8	9,8	—	—	12,5	16,7	—	—
Paraguay	1994	No.	109	82	0	4	30	18	14	15
		Tasa	3,2	5,1	—	—	4,8	—	—	—
Polonia	1995	No.	5 499	4 562	0	60	809	1 625	1 274	794
		Tasa	13,4	23,2	—	1,9	18,7	35,7	43,0	32,7
Portugal	1999	No.	545	407	0	1	39	78	71	218
		Tasa	4,0	6,7	—	—	3,3	7,4	8,3	25,1
Puerto Rico	1998	No.	321	290	0	3	58	89	66	74
		Tasa	8,1	15,6	—	—	11,7	24,4	23,7	31,6
Reino Unido	1999	No.	4 448	3 443	0	4	777	1 220	806	636
		Tasa	6,8	10,8	—	—	13,2	17,7	14,8	12,1
Escocia	1999	No.	637	500	0	2	134	192	94	78
		Tasa	11,7	18,8	—	—	26,3	32,5	20,3	17,8
Inglaterra y Gales	1999	No.	3 690	2 840	0	2	598	989	700	551
		Tasa	6,3	9,9	—	—	11,5	16,2	14,4	11,8
Irlanda del Norte	1999	No.	121	103	0	0	45	39	12	7
		Tasa	7,3	12,5	—	—	23,8	21,5	—	—
República Checa	1999	No.	1 610	1 285	0	3	223	298	399	362
		Tasa	13,0	22,3	—	—	18,1	28,2	37,1	48,1
República de Corea	1997	No.	6 024	4 162	0	31	966	1 398	1 012	755
		Tasa	12,8	18,8	—	0,9	14,6	22,3	30,5	43,1
República de Moldova	1999	No.	579	482	0	6	72	149	155	100
		Tasa	15,5	28,1	—	—	16,1	38,6	58,2	51,2
Rumania	1999	No.	2 736	2 235	0	35	357	599	703	541
		Tasa	10,8	18,5	—	2,2	12,8	25,4	37,1	30,3
Singapur	1998	No.	371	221	0	3	50	66	50	52
		Tasa	11,7	14,1	—	—	14,4	14,5	18,8	34,7
Suecia	1996	No.	1 253	872	0	1	135	211	253	272
		Tasa	11,8	16,9	—	—	15,6	22,8	28,9	32,0
Suiza	1996	No.	1 431	1 010	0	4	187	248	251	320
		Tasa	16,7	25,1	—	—	27,0	28,9	37,0	55,0
Tailandia	1994	No.	2 333	1 631	0	1	743	473	257	158
		Tasa	4,1	5,9	—	—	8,1	7,6	8,1	8,2
Tayikistán	1995	No.	199	146	0	0	42	46	36	22
		Tasa	5,2	8,1	—	—	5,5	9,8	17,7	14,7
Trinidad y Tabago	1994	No.	148	118	0	2	35	35	28	18
		Tasa	12,6	19,5	—	—	19,3	23,8	34,7	—
Turkmenistán	1998	No.	406	322	0	15	133	101	62	11
		Tasa	10,4	16,9	—	—	20,3	22,5	34,8	—
Ucrania	1999	No.	14 452	11 806	0	80	1 922	3 460	3 514	2 830
		Tasa	25,2	46,0	—	2,3	34,8	65,2	87,6	78,4

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Nicaragua	1996	No.	83	0	12	55	10	4	2
		Tasa	3,5	—	—	8,5	—	—	—
Noruega	1997	No.	146	0	0	25	43	43	35
		Tasa	5,9	—	—	5,6	9,1	11,0	7,1
Nueva Zelandia	1998	No.	132	0	4	49	40	20	19
		Tasa	6,8	—	—	12,0	8,9	6,2	—
Países Bajos	1999	No.	502	0	5	75	140	139	143
		Tasa	5,4	—	—	4,9	7,5	9,1	8,8
Panamá (excluida la zona del canal)	1997	No.	21	0	0	9	5	4	3
		Tasa	1,7	—	—	—	—	—	—
Paraguay	1994	No.	27	0	2	9	8	3	5
		Tasa	1,5	—	—	—	—	—	—
Polonia	1995	No.	937	0	6	121	286	245	279
		Tasa	4,2	—	—	2,9	6,3	7,7	7,6
Portugal	1999	No.	138	0	3	12	23	16	84
		Tasa	1,9	—	—	—	2,1	—	7,1
Puerto Rico	1998	No.	31	0	0	10	7	6	8
		Tasa	1,5	—	—	—	—	—	—
Reino Unido	1999	No.	1 005	0	1	169	292	246	297
		Tasa	2,9	—	—	3,0	4,4	4,5	4,3
Escocia	1999	No.	137	0	1	27	42	37	30
		Tasa	4,7	—	—	5,5	7,1	7,7	5,0
Inglaterra y Gales	1999	No.	850	0	0	133	244	208	265
		Tasa	2,7	—	—	2,7	4,1	4,3	4,3
Irlanda del Norte	1999	No.	18	0	0	9	6	1	2
		Tasa	—	—	—	—	—	—	—
República Checa	1999	No.	325	0	0	40	55	86	144
		Tasa	4,7	—	—	3,4	5,4	7,7	12,9
República de Corea	1997	No.	1 862	0	34	563	549	303	413
		Tasa	7,6	—	1,1	8,9	9,3	9,0	15,5
República de Moldova	1999	No.	97	1	0	15	18	29	34
		Tasa	4,7	—	—	—	—	9,3	11,3
Rumania	1999	No.	501	0	4	77	101	129	190
		Tasa	3,6	—	—	2,9	4,3	6,4	8,0
Singapur	1998	No.	150	0	0	45	26	26	53
		Tasa	9,4	—	—	12,9	5,8	9,9	30,5
Suecia	1996	No.	381	0	2	43	76	126	134
		Tasa	6,9	—	—	5,2	8,6	14,8	12,2
Suiza	1996	No.	421	0	0	47	97	110	167
		Tasa	9,1	—	—	6,8	11,6	16,3	20,7
Tailandia	1994	No.	702	0	1	342	202	101	56
		Tasa	2,4	—	—	3,9	3,2	3,0	2,4
Tayikistán	1995	No.	53	0	0	22	13	8	10
		Tasa	2,5	—	—	2,8	—	—	—
Trinidad y Tabago	1994	No.	30	0	0	18	8	1	3
		Tasa	5,0	—	—	—	—	—	—
Turkmenistán	1998	No.	84	0	3	47	14	10	10
		Tasa	4,1	—	—	7,1	—	—	—
Ucrania	1999	No.	2 646	0	14	275	484	645	1 228
		Tasa	7,6	—	—	5,1	8,7	13,4	19,0

CUADRO A.9 *(continuación)*

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Varones					
				Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Uruguay	1990	No.	318	251	0	3	42	54	65	87
		Tasa	9,6	16,4	—	—	11,8	19,0	27,5	39,4
Uzbekistán	1998	No.	1 620	1 252	0	53	407	468	215	109
		Tasa	8,0	13,0	—	1,7	12,2	20,1	22,5	15,5
Venezuela	1994	No.	1 089	890	0	26	349	262	121	131
		Tasa	6,1	10,3	—	1,0	11,6	12,6	11,3	21,8

Fuente: base de datos de mortalidad de la OMS, a septiembre de 2001.

[a] Suicidio = CIE-10 X60-X84 (CIE-9 E950- E959).

[b] O el promedio de los tres años más recientes disponibles entre 1990 y 2000 para los países con menos de un millón de habitantes.

[c] No. = número de defunciones; tasa = de defunciones por 100 000 habitantes. Las defunciones en las cuales se desconocía la edad de la persona se distribuyeron proporcionalmente entre los grupos etarios basándose en la distribución de las muertes por suicidios en la población. Por lo tanto, el número de defunciones se ha redondeado al entero más próximo. Toda discrepancia aparente de las sumas totales obedece al redondeo. La tasa no se calculó si se notificaron menos de 20 defunciones. El número de habitantes en que se basan las tasas puede obtenerse de la Organización Mundial de la Salud en: http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm

[d] Estandarizado por edad.

[e] Total combinado para varones y mujeres.

País o zona	Año	Medida[c]	Mujeres						
			Todas las edades[d]	0–4 años	5–14 años	15–29 años	30–44 años	45–59 años	≥ 60 años
Uruguay	1990	No.	67	0	3	13	9	11	30
		Tasa	3,7	—	—	—	—	—	10,5
Uzbekistán	1998	No.	368	0	7	208	80	28	45
		Tasa	3,3	—	—	6,3	3,3	2,8	4,7
Venezuela	1994	No.	199	0	9	98	49	23	20
		Tasa	2,1	—	—	3,3	2,4	2,1	2,9

CUADRO A.10

Mortalidad causada por armas de fuego, según la forma de la muerte[a] y país, para el año más reciente disponible entre 1990 y 2000[b]

País o zona	Año	Medida[c]	Total[d, e]	Mortalidad por armas de fuego			
				Homicidio	Suicidio	No intencional	Indeterminada
Albania	1998	No.	741	591	98	50	2
		Tasa	22,1	17,6	2,9	1,5	—
Alemania	1999	No.	1 201	155	906	16	124
		Tasa	1,5	0,2	1,1	—	0,2
Australia	1998	No.	334	56	248	23	7
		Tasa	1,8	0,3	1,3	0,1	—
Austria	1999	No.	293	17	272	3	1
		Tasa	3,6	—	3,4	—	—
Bélgica	1995	No.	379	59	289	2	29
		Tasa	3,7	0,6	2,9	—	0,3
Bulgaria	1999	No.	133	51	55	20	7
		Tasa	1,6	0,6	0,7	0,2	—
Canadá	1997	No.	1 034	159	818	45	12
		Tasa	3,4	0,5	2,7	0,1	—
China (RAE de Hong Kong)	1996	No.	6	3	3	0	0
		Tasa	—	—	—	—	—
Croacia	1999	No.	226	69	145	11	1
		Tasa	5,0	1,5	3,2	—	—
Dinamarca	1996	No.	101	15	80	4	2
		Tasa	1,9	—	1,5	—	—
Eslovaquia	1999	No.	171	43	88	20	20
		Tasa	3,2	0,8	1,6	0,4	0,4
Eslovenia	1999	No.	61	9	49	2	1
		Tasa	3,1	—	2,5	—	—
España	1998	No.	352	85	224	43	0
		Tasa	0,9	0,2	0,6	0,1	—
Estados Unidos de América	1998	No.	30 419	11 802	17 432	866	319
		Tasa	11,3	4,4	6,4	0,3	0,1
Estonia	1999	No.	71	31	32	1	7
		Tasa	4,9	2,1	2,2	—	—
Finlandia	1998	No.	295	22	267	3	3
		Tasa	5,7	0,4	5,2	—	—
Francia	1998	No.	2 964	170	2 386	68	340
		Tasa	5,0	0,3	4,1	0,1	0,6
Grecia	1998	No.	194	74	86	34	0
		Tasa	1,8	0,7	0,8	0,3	—
Hungría	1999	No.	129	31	96	1	1
		Tasa	1,3	0,3	1,0	—	—
Islandia	1994-1996	No.	7	1	5	0	1
		Tasa	—	—	—	—	—
Irlanda	1997	No.	54	7	44	3	0
		Tasa	1,5	—	1,2	—	—
Israel	1997	No.	161	15	73	0	73
		Tasa	2,8	—	1,3	—	1,3
Italia	1997	No.	1 171	463	626	38	44
		Tasa	2,0	0,8	1,1	0,1	0,1
Japón	1997	No.	83	22	45	10	6
		Tasa	0,1	0,0	0,0	—	—
Kuwait	1999	No	16	16	0	0	0
		Tasa	—	—	—	—	—

CUADRO A.10 *(continuación)*

País o zona	Año	Medida[c]	Total	Mortalidad por armas de fuego			
				Homicidio	Suicidio	No intencional	Indeterminada
Letonia	1999	No	92	34	47	5	6
		Tasa	3,8	1,4	1,9	—	—
Lituania	1999	No	67	18	35	4	10
		Tasa	1,8	—	0,9	—	—
Luxemburgo	1995-1997	No	12	1	9	0	2
		Tasa	—	—	—	—	—
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	No.	41	20	16	5	0
		Tasa	2,1	1,0	—	—	—
Malta	1997-1999	No	7	4	2	1	0
		Tasa	—	—	—	—	—
Nueva Zelandia	1998	No	84	4	72	6	2
		Tasa	2,2	—	1,9	—	—
Noruega	1997	No	139	10	127	2	0
		Tasa	3,2	—	2,9	—	—
Países Bajos	1999	No	131	75	51	5	0
		Tasa	0,8	0,5	0,3	—	—
Portugal	1999	No	202	61	62	2	77
		Tasa	2,0	0,6	0,6	—	0,8
Reino Unido	1999	No	197	45	140	6	6
		Tasa	0,3	0,1	0,2	—	—
Escocia	1999	No	25	7	14	0	4
		Tasa	0,5	—	—	—	—
Inglaterra y Gales	1999	No	159	23	115	6	15
		Tasa	0,3	0,0	0,2	—	—
Irlanda del Norte	1999	No	28	15	11	0	2
		Tasa	1,7	—	—	—	—
República Checa	1999	No	259	46	185	17	11
		Tasa	2,5	0,4	1,8	—	—
República de Corea	1997	No	59	19	22	9	9
		Tasa	0,1	—	0,0	—	—
República de Moldova	1999	No	68	45	7	9	7
		Tasa	1,9	1,2	—	—	—
Rumania	1999	No	73	19	24	26	4
		Tasa	0,3	—	0,1	0,1	—
Singapur	1998	No	6	0	5	1	0
		Tasa	—	—	—	—	—
Suecia	1996	No	183	11	163	3	6
		Tasa	2,1	—	1,8	—	—
Tailandia	1994	No	2 434	2 184	158	84	8
		Tasa	4,2	3,8	0,3	0,1	—

Fuente: base de datos de mortalidad de la OMS, a septiembre de 2001.

[a] Homicidio por disparo de arma de fuego = CIE-10 X93-X95 (CIE-9 E965); suicidio por disparo de arma de fuego = CIE-10 X72-X74 (CIE-9 E955); por disparo de arma de fuego, no intencional = CIE-10 W32-W34 (CIE-9 E922); por disparo de arma de fuego con intención indeterminada = CIE-10 Y22-Y24 (CIE-9 E985).

[b] O el promedio de los tres años más recientes disponibles entre 1990 y 2000 para los países con menos de 1 millón de habitantes.

[c] No. = número de muertes; tasa = tasa por 100 000 habitantes. La tasa no se calculó si se notificaron menos de 20 muertes. El número de habitantes en que se basan las tasas puede obtenerse de la Organización Mundial de la Salud en: http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm.

Recursos

Se presenta a continuación una lista de recursos sobre temas relacionados con la violencia, principalmente direcciones de Internet de organizaciones interesadas en la investigación y prevención de la violencia y en la promoción de la causa en contra de ella. La lista se ha confeccionado con la intención de ofrecer una muestra ilustrativa y no se pretende dar una enumeración exhaustiva de los recursos. Se ha procurado que los sitios web enumerados sean fiables, estén actualizados y tengan un contenido rico. En la sección I se presenta una lista de metasitios; en la sección II, una lista de sitios web clasificados según el tipo de violencia; y en la sección III, una lista de los sitios web generales que pueden ser de interés para quienes participan en la investigación y prevención de la violencia, y en la promoción de la lucha contra ella.

Sección I. Metasitios relacionados con la violencia

Se presentan a continuación cinco metasitios. En conjunto, ofrecen acceso a cientos de sitios web de organizaciones relacionadas con la violencia de todo el mundo. Se describe brevemente cada uno.

Departamento de Traumatismos y Prevención de la Violencia de la OMS: enlaces externos

http:/www.who.int/violence_injury_prevention/externalinks.htm

El Departamento de Traumatismos y Prevención de Violencia de la OMS ofrece una lista extensa de enlaces externos a organizaciones de todo el mundo dedicadas a la investigación y prevención de la violencia, y a la promoción de la lucha contra ella. Los sitios web de estos organismos se han ordenado por región geográfica y país, así como por tipo de violencia y otros temas.

Economics of Civil Wars, Crime and Violence [La economía de las guerras civiles, la delincuencia y la violencia]: enlaces afines

http://www.worldbank.org/research/conflict

Hospedado en el sitio web del Banco Mundial, este enlace da acceso a sitios web dedicados al estudio de los conflictos. La lista incluye datos sobre las variables políticas y económicas de los países que han experimentado conflictos internos violentos; información sobre organizaciones e institutos que están trabajando en el campo de la resolución de conflictos; y sitios que proporcionan antecedentes históricos y análisis de casos específicos de conflicto interno.

Injury Control Resource Information Network [Red de información sobre recursos para el control de las lesiones]

http://www.injurycontrol.com/icrin

Esta red ofrece una lista dinámica de recursos claves relacionados con el campo de la investigación y el control de las lesiones y la violencia que son accesibles por Internet. Los sitios están ordenados por categorías, por ejemplo, datos y estadísticas, investigaciones recientes, y educación y capacitación. Si bien la mayoría de los sitios corresponden a organismos federales y estatales de los Estados Unidos, hay algunos sitios de otros países.

Injury Prevention Web [Web para la prevención de las lesiones]

http://www.injuryprevention.org

Contiene más de 1 400 enlaces a sitios web sobre prevención de las lesiones y la violencia en todo el mundo. Los sitios se enumeran por orden alfabético y por categorías, tales como prevención de la violencia, prevención del suicidio, y guerras y conflictos. El sitio también ofrece una actualización bibliográfica semanal sobre artículos de revista e informes de agencias, así como reseñas de libros y listas de vacantes en el campo de la investigación y prevención de las lesiones y la violencia.

Minnesota Center Against Violence and Abuse [Centro de Minnesota contra la violencia y el maltrato]: centro electrónico de distribución de información

http://www.mincava.umn.edu

El centro proporciona artículos, hojas informativas y otros recursos informativos, así como enlaces a sitios web sobre una amplia variedad de temas relacionados con la violencia, entre ellos el maltrato de menores, la violencia de pandillas y el maltrato de los ancianos. El sitio también proporciona bases de datos con motor de búsqueda en las que se reúnen más de 700 manuales de capacitación, videos y otros recursos educativos.

Sección II. Sitios web relacionados con la violencia

El cuadro 1 incluye una lista de sitios web, principalmente páginas iniciales de organizaciones preocupadas por la violencia, clasificadas según el tipo de violencia. Los sitios web enumerados proporcionan información no solo acerca de las propias organizaciones, sino también acerca de los temas relacionados con la violencia en general.

CUADRO 1.

Sitios web relacionados con la violencia

Tipo de violencia	Sitio web
Maltrato de las personas mayores	
Action on Elder Abuse [Acción contra el Maltrato de los Ancianos]	http://www.elderabuse.org.uk
Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse [Red Canadiense para la Prevención del Maltrato de los Ancianos]	http://www.mun.ca/elderabuse
HelpAge International	http://www.helpage.org
International Network for the Prevention of Elder Abuse [Red Internacional para la Prevención del Abuso de los Ancianos]	http://www.inpea.net
National Center on Elder Abuse [Centro Nacional contra el Maltrato de los Ancianos]	http://www.elderabusecenter.org
National Committee for the Prevention of Elder Abuse [Comité Nacional para la Prevención del Maltrato de los Ancianos]	http://www.preventelderabuse.org/index.html
Maltrato y descuido de menores	
Casa Alianza: Covenant House de América Latina	http://www.casa-alianza.org/EN/index-en.shtml
Child Abuse Prevention Network [Red para la Prevención del Maltrato de Menores]	http://child-abuse.com
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Centro de Investigaciones Innocenti	http://www.unicef.org http://www.unicef-icdc.org

Cuadro 1. *(continuación)*

Tipo de violencia	Sitio web
Great Lakes Area Regional Resource Center: Early Prevention of Violence Database [Centro de Recursos de la Región de los Grandes Lagos: Base de datos para la prevención temprana de la violencia]	http://www.glarrc.org/Resources/EPVD.cfm
Minnesota Center Against Violence and Abuse [Centro de Minnesota contra la Violencia y el Maltrato]	http://www.mincava.umn.edu
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: Convención sobre los Derechos del Niño	http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc.htm
Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños	http://www.ispcan.org
Suicidio	
American Association of Suicidology [Asociación Estadounidense de Suicidología]	http://www.suicidology.org
Australian Institute for Suicide Research and Prevention [Instituto Australiano para la Investigación y Prevención del Suicidio]	http://www.gu.edu.au/school/psy/aisrap
National Strategy for Suicide Prevention [Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio]	http://www.mentalhealth.org/suicideprevention
Suicide Information and Education Centre/Suicide Prevention Training Programmes [Centro de Información y Educación sobre el Suicidio/Programas de Capacitación para la Prevención del Suicidio]	http://www.suicideinfo.ca
The Suicidology Web: Suicide and Parasuicide [La web de suicidología: suicidio y parasuicidio]	http://www.suicide-parasuicide.rumos.com
Violencia colectiva	
Centre for the Study of Violence and Reconciliation [Centro para el Estudio de la Violencia y la Reconciliación]	http://www.wits.ac.za/csvr
Correlates of War Project [Proyecto sobre las Condiciones Vinculadas con la Guerra]	http://www.umich.edu/~cowproj
Global Internally Displaced Persons Project [Proyecto Mundial en favor de las Personas Desplazadas en el Interior de sus Países]	http://www.idpproject.org
International Relations and Security Network: Security Watch [Red de Relaciones y Seguridad Internacional: Vigilancia de la seguridad]	http://www.isn.ethz.ch/infoservice
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	http://www.unhcr.ch
Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH)	http://www.reliefweb.int/ocha_ol
Stockholm International Peace Research Institute [Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación de la Paz]	http://www.sipri.se
Violencia contra la mujer	
Global Alliance Against Traffic in Women [Alianza Mundial contra la Trata de Mujeres]	http://www.inet.co.en/org/gaatw
International Center for Research on Women [Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer]	http://www.icrw.org
National Sexual Violence Resource Center [Centro Nacional de Recursos contra la Violencia Sexual]	http://www.nsvrc.org

CUADRO 1. *(continuación)*

Tipo de violencia	Sitio web
Network of East-West Women [Red de Mujeres Este-Oeste]	http://www.neww.org/index.htm
Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas: Los derechos de la mujer son derechos humanos	http://www.unhchr.ch/women/index.html
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: El género en el desarrollo	http://www.undp.org/gender
Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)	http://www.reddesalud.web.cl
Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women [Red de Investigación, Acción e Información para Preservar la Integridad del Cuerpo de la Mujer]	http://www.rainbo.org
United Nations Development Fund for Women	http://www.undp.org/unifem
Women Against Violence Europe [Asociación Europea de Mujeres contra la Violencia]	http://www.wave-network.org
Violencia juvenil	
Banco Interamericano de Desarrollo: Prevención de la violencia	http://www.iadb.org/sds/SOC/site_471_e.htm
Center for the Prevention of School Violence [Centro para la Prevención de la Violencia en las Escuelas]	http://www.ncsu.edu/cpsv
Center for the Study and Prevention of Violence [Centro para el Estudio y la Prevención de la Violencia]	http://www.colorado.edu/cspv
National Center for Injury Prevention and Control [Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Lesiones, EUA]	http://www.cdc.gov/ncipc
National Criminal Justice Reference Service [Sistema Nacional de Referencia sobre la Justicia Penal]	http://www.ncjrs.org/intlwww.html
Partnerships Against Violence Network [Red de Asociaciones contra la Violencia]	http://pavnet.org
Red de Información de las Naciones Unidas sobre Delincuencia y Justicia Penal	http://www.uncjin.org/Statistics/statistics.html
TMR Network Project: Nature and Prevention of Bullying [Proyecto de la Red TMR: naturaleza y prevención de la intimidación]	http://www.goldsmiths.ac.uk/tmr

Sección III. Otros sitios web

En el cuadro 2 se agrupan otros sitios web que pueden ser de interés para los que se dedican a la investigación y prevención de la violencia, y a la defensa de la causa en contra de ella. Tienen que ver principalmente con aspectos contextuales amplios como el desarrollo económico y social, los derechos humanos y la delincuencia, pero también incluyen algunos instrumentos importantes para entender las lesiones relacionadas con la violencia.

CUADRO 2.

Otros sitios web

Organización	Sitio web
Amnistía Internacional	http://www.amnesty.org/
Biblioteca Nacional de Medicina, EUA: Entrez PubMed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas Terrestres	http://www.icbl.org/
Campbell Collaboration's Crime and Justice Coordinating Group [Grupo de Coordinación de la Colaboración de Campbell sobre Delincuencia y Justicia]	http://www.aic.gov.au/campbellcj/
Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad	http://www.crime-prevention-intl.org
Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde	http://www.ensp.fiocruz.br/claves.html
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EUA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Lesiones	http://www.cdc.gov/ncipc http://www.cdc.gov/ncipc/pub_res/intimate.htm (*Intimate partner surveillance: uniform elements and recommended data elements* [Vigilancia de compañeros íntimos: elementos uniformes y elementos recomendados de los datos)
Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia	http://www.iacpv.org
Economic and Social Research Council: Violence Research Programme [Consejo de Investigaciones Económicas y Sociales: Programa de investigación sobre la violencia]	http://www1.rhbnc.ac.uk/sociopolitical-science/vrp/realhome.htm
Fondo de Población de las Naciones Unidas	http://www.unfpa.org
Human Rights Watch	http://www.hrw.org/
Institute for Security Studies [Instituto de Estudios sobre la Seguridad]	http://www.iss.co.za
Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia	http://www.unicri.it
Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social	http://www.unrisd.org
Instituto de las Naciones Unidas de Investigación sobre el Desarme	http://www.unog.ch/unidir
Medical Research Council of South Africa: Crime, Violence and Injury Lead Programme [Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica: Programa principal sobre delincuencia, violencia y lesiones]	http://www.mrc.ac.za/crime/crime.htm
Organización Internacional del Trabajo	http://www.ilo.org
Organización Mundial de la Salud	http://www.who.int/ http://www.who.int/violence_injury_prevention/pdf/injuryguidelines.pdf (*Normas para la vigilancia de las lesiones*)
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura	http://www.unesco.org

Cuadro 2. (*continuación*)

Otros sitios web

Organización	**Sitio web**
Organización Panamericana de la Salud: Prevención de la Violencia y las Lesiones	http://www.paho.org/English/hcp/hcn/violence-unit-page.htm http://www.paho.org/English/hcp/hcn/guidelines-eng.htm (*Normas para la vigilancia epidemiológica de la violencia y las lesiones en las Américas*)
Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos	http://www.unhabitat.org/default.asp
Red de Acción Internacional sobre Armas Pequeñas	http://www.iansa.org
Red Andina de Prevención de la Violencia	http://www.redandina.org
Red del Programa de las Naciones Unidas en materia de prevención del delito y justicia penal	http://www.odccp.org/crime_prevention.html
Trauma.org	http://www.trauma.org/trauma.html
Universidad para la Paz	http://www.upeace.org

Los lectores que no tienen acceso a Internet pueden solicitar al Departamento de Traumatismos y Prevención de la Violencia de la OMS la lista completa de direcciones postales de las organizaciones enumeradas. Para ello dirigirse a:

Departamento de Traumatismos y Prevención de la Violencia,
Organización Mundial de la Salud,
20 Avenida Appia 1211
Ginebra 27
Suiza
Tel.: +41 22 791 3480
Fax: +41 22 791 4332
Correo electrónico: vip@who.int

Índice

Nota: los números de página en negrita corresponden a las entradas y definiciones principales.

A

Aborígenes, suicidio entre los, **206–207**
Abuso (*véanse las entradas bajo* Maltrato; Violencia en la pareja; Violencia sexual)
  derechos humanos y, 237, **239**, 254
  económico, de los ancianos, 137, 138, 141, 142, 156
  en la niñez, consecuencias en el adulto, 15, **81**, **171**
  magnitud del problema, 5
Abuso
  de drogas, **38**, 171, 172, 210
  de sustancias psicotrópicas y maltrato de menores, 74
Acción contra el Maltrato de los Ancianos (Reino Unido) 137, 146, 149, 351
Acciones judiciales (*véase* Judiciales, acciones)
Acontecimientos de la vida desencadenantes de suicidio, **211–213**
Acoso sexual 19, **167–169**, 177
Actividades recreativas de prevención de la violencia juvenil, 4, 49–50
Adolescentes (*véase también* Violencia juvenil), 11–12, **33–34**, 209
  comportamiento suicida, **208**, 211–212, 213
  iniciación sexual forzada, 72, **164**, **168–169**, 176–177
Adultos
  víctimas de abuso en la niñez, 15, **81**, **171**
África, 27–28, 31, 40, 138, 139
  atención de los ancianos, 138, 143, 147
  estadísticas de homicidios, 11–12, 28, 66, **298–301**
  estadísticas de población, **286–287**
  estadísticas de suicidios, 11–12, 203, 215, **302–305**
  iniciativas de prevención, **180–181**, 183–184, 187
  matrimonio de niños, **169–170**
  mortalidad por lesiones intencionales, **294–297**
  muertes relacionadas con la guerra, 237–238, 244, 245, **306–309**
  pandemia de SIDA, 37–38, 111, 136
  principales causas de muerte/AVAD, **312–313**
  refugiados, **247**
  violencia masculina en la pareja, **98**
  violencia sexual, **163**, 164–165, **166–169**, 176, 177
Afroestadounidenses 11, 205, 216
Agresión
  cómo se desarrolla, **33–34**
  influencia de los medios de comunicación en la, **43–44**
Agresores
  ayuda a, 156
  características de los, **73–75**, 141–142, **151**
  programas para educar a los, 84, **180**
  tratamiento de, **83**, **116**
Agricultura, efectos de la lucha armada en la, **248**
Aislamiento social
  como factor precipitante de suicidio, 213
  en el maltrato de ancianos, 142
  en el maltrato de menores, 74
Albergues o refugios (*véase también* Centros de crisis)
  para ancianos maltratados, 148
  para mujeres maltratadas, 108, **113–114**
Alcohol
  y maltrato de ancianos, 141
  y suicidio, 209, 210
  y violencia juvenil, 34, **49**
  y violencia masculina en la pareja, **107–108**
  y violencia sexual, 171, 172, **173–173**
Alzheimer, enfermedad de, 141, 142, 154
Ámbitos (*véase* Entornos)
América del Norte (*véase también* Américas, las)
  centros de atención a las agresiones sexuales, **183–185**
  maltrato de ancianos, 140, 144, 145, 150, 153
  prevención de la violencia, **153**, **275**
  suicidio, 202–203, **206**
  violencia de pareja, **101**, 102, 108, 115, 118
  violencia juvenil, 29, 32–34, 35, 36

y la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN), 240
América Latina (*véase también* Américas, las)
atención a los ancianos, 140, **146–147**
costos relacionados con la violencia, 13
iniciativas contra la violencia doméstica, 114, 115, **118–119**
legislación sobre los derechos del niño, 87
matrimonio temprano, 169, 170
tasas de suicidio, **202–203**
violencia de pareja, 97, **98**
violencia juvenil, 38, 40, 42
violencia sexual, **163–164**, 184
Américas, las (*véanse también* América Latina; América del Norte; Organización Panamericana de la Salud)
coalición para la prevención de la violencia, **275**
estadísticas de homicidios, 11–12, **298–301**
estadísticas de población, **286–289**
estadísticas de suicidios, 11–12, **302–305**
mortalidad por lesiones intencionales, **294–297**
mortalidad relacionada con la guerra, **306–309**
principales causas de muerte/AVAD, **314–315**
promoción de la salud por la OPS/OMS, **251–252**
refugiados, **247**
Amnistía Internacional, 237, 239, 250, 254
sitio *web*, 353
Ancianos (*véase* Personas mayores)
Ansiedad como causa de suicidio, **209**
Años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad (AVAD), 281, **283–284**, **310–313**
Apoyo a las víctimas
de violencia sexual, **180**, **183**
en materia de protección, 273, 274
masculinas, 167–168
mujeres golpeadas, **113–114**
recomendación para mejores servicios de, **272**
Aptitudes
para la crianza, 77–78
para la vida, adiestramiento en, **180**
su mejoramiento por programas de desarrollo social, **44–47**
Armas (*véase también* Armas de fuego)
respuestas al tráfico de, **277**
y suicidio, **213**
y violencia colectiva, 242, **243**, 258, 259
y violencia en la pareja, 101
y violencia juvenil, **29–32**, **51–52**
Armas de fuego
prevención de la violencia, 271
recomendaciones, **271**
suicidio, 213, 220–221
violencia juvenil, 51
y homicidios juveniles, 27, 31–32, **38**, 45
y mortalidad por país, **346–347**
Arresto obligatorio en casos de violencia doméstica, **114–115**
Asamblea Mundial de la Salud, iniciativas de paz, 235
Asia (*véanse también* Asia y el Pacífico Occidental; Asia Sudoriental)
iniciativas contra el maltrato de ancianos, 147
iniciativas de prevención, 147, 180, 186
matrimonio de niños, 170
refugiados, **247**
tráfico sexual, 166, 168
violencia sexual, **163**, 166, 180, 186
Asia Sudoriental (*véanse también* Asia; Asia y el Pacífico Occidental)
estadísticas de homicidios, 11–12, **298–301**
estadísticas de población, **288–289**
estadísticas de suicidios, 11–12, **302–305**
mortalidad causada por las guerras, **306–309**
mortalidad por lesiones intencionales, **294–297**
principales causas de muerte/AVAD, **316–317**
Asia y el Pacífico Occidental (*véanse también* Asia; Asia Sudoriental)
tasas de homicidio juvenil, 27, 28
violencia masculina en la pareja, **98**
Asilo, solicitantes de (*véase* Refugiados)
Atención de los ancianos
en el ámbito doméstico, **138–140**
en los ámbitos institucionales, **140–141**
Atención de salud
abuso sexual en el sector de, **169**, 182, **190**
de los refugiados, 252
en los conflictos armados, **248–249**, **250–253**, 256
iniciativas de la OPS/OMS sobre, **251–252**
su restablecimiento después de un conflicto, **254–255**, 258
y capacitación de los profesionales, **79–80**, **89**, 182
y costos de la violencia, 3, **12–13**
y detección del maltrato de menores, **79–80**
y maltrato de ancianos, **148–150**

y prevención de la violencia juvenil, 50
y violencia doméstica, **116–117**
y violencia sexual, **181–182**
Atención en residencias (*véase* Instituciones)
Autoayuda, programas de,
de apoyo tras un suicidio, 222
en el maltrato de ancianos, 155–156
Automutilación, **201–202**
AVAD, *véase* Años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad
Ayuda, distribución de la, problemas éticos, **253**

B

Banco Interamericano de Desarrollo, 13, 275, 352
Banco Mundial, 275
Biológicos, factores (*véase* Factores biológicos)
Bipolar, trastorno, 209
Blumer, modelo de, sobre el maltrato de ancianos, 146

C

Calidad de la recopilación de datos, **10**
Cambio[s]
demográfico/social, 16, **40**, 241, **242–243**
en la situación de la mujer en sociedades en transición, 108, 109
en las formas de violencia colectiva, **240**, 259
por la epidemia de SIDA, 37–38, 136
socioeconómicos, 136, 214, 265
Campañas
de prevención de la violencia sexual, **183–184**
de prevención del maltrato de ancianos, **151–152**, 155
de prevención del maltrato de menores, **84**
en los medios de comunicación, 271, **273**
para prevenir la violencia en la pareja, **118–120**
Capacitación (*véase también* Educación)
de los profesionales de asistencia sanitaria, **182**, 272
en aptitudes para la vida (programas), **180–181**
para la crianza, **47–48**, **77–79**
para la detección de la violencia doméstica, 116–117
para prevenir el maltrato de ancianos, **151–152**, 155–156
para prevenir el maltrato de menores, **77–78**, **79–80**, 83–85, **89**
para prevenir el suicidio, 219–220, 223, 224, 225
Capital social
y maltrato de menores, **75**
y violencia en la pareja, 109
y violencia juvenil, 38
Características
de las familias que maltratan, **72–75**
de los agresores de ancianos, 141–142
de los agresores en la relación de pareja, **105–109**
de los delincuentes juveniles, **35–36**
de los hombres sexualmente violentos, **172–174**
de los niños en riesgo, **72**
Caribe
legislación sobre la violencia doméstica, 114
violencia de pareja, **98**
violencia juvenil, 27, 38, 42
violencia sexual, 164, 162, 184
Carta de las Naciones Unidas, 258
Castigo (*véase también* Disciplina)
a las esposas, **102–103**, 109–110, 266
a los niños, **68–70**, 266
corporal, **70**
violación como, 161, 174
Caucásicos, tasas de suicidio entre los, 205, 216
Centro Nacional contra el Maltrato de los Ancianos, EUA, 146, 351
Centros
de atención a las víctimas de agresiones sexuales, 180, **183–184**
para ancianos maltratados, **147–148**
para mujeres golpeadas, **113–114**
para prevenir el suicidio, **219–220**
Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 238, 270, 281
Coacción en la violencia sexual, **161**, 162–164, **167–168**, 176–177, **178–179**
Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia, **275**, 353
Coalición para la prevención del maltrato de menores (Kenya), **85**
Cociente de inteligencia (CI) y violencia juvenil, 36
Comisión Carnegie para la Prevención de los Conflictos Mortíferos, 240
Comité Internacional de la Cruz Roja, 215, 254
Comparabilidad de los datos, **8–9**, 100–101, **205**, 270
Compilación de datos (*véase* Recopilación de datos)
Comportamientos de riesgo de los jóvenes, **32–33**, 36

Compromiso político, necesidad de, **267**
Comunicación (*véase* Medios de comunicación)
Comunidades, 8, 11, **14**
actividades para prevenir el maltrato de menores en la, **75**, **83–84**
factores de las, en el maltrato de ancianos, **142–143**
integración social en las, **38**, **40**
no violentas, 105–106
prevención de la violencia en las, **3**, **4**, **45–46**, **83–84**, **183–184**, 270–271
prevención del suicidio en las, **219–220**, **224–225**
violencia colectiva, 240–244, **253–254**
violencia en la pareja en las, 105, 108–109, **117–118**, 121
violencia juvenil en las, **38–40**, 42, 45–46, **49–50**
violencia sexual en las, **173**, **175**, **183–184**, **185**
Conductuales, terapias, **84**, **217–218**
Conflictos armados (*véanse también* Violencia colectiva; Guerra)
cambios en los, **241**
definiciones, **236**
discapacidad, **245**
enfermedades transmisibles, **243**, **244**
extensión, **240**
historia, **240**
iniciativas posteriores a los, **254**, **255**, **256**, 258
morbilidad, **243**, **245–246**
mortalidad, 10–11, **237–238**, **243–244**, **246–247**
población civil, **246–247**
repercusiones socioeconómicas, **248–249**
tortura, **238**, **239**
violación, 161, **169**, **187**, **238**, **240**
violencia en la pareja, 109
Consecuencias
abuso sexual en la niñez, 17, **76–78**, **81**, **171–172**
maltrato de ancianos, **143–145**
violencia colectiva, 236, **243–249**, **257**
violencia infligida por la pareja, 102–103, **109–113**
violencia sexual, **176–177**, **178**, **179**
Consejo de Europa, 153, 239
Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Tribunal de Rwanda, 237
Consulta de la OMS sobre la prevención del maltrato de menores, 65
Convenciones (*véase también* Tratados internacionales)
contra la Delincuencia Organizada Transnacional y el Protocolo complementario para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas (2000), 186
contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, (1984) 186, 239, 277
para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena (1949), 276
sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), 186, 277
sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965), 276
sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (1948), 236, 276
sobre los Derechos del Niño (1989), 70, 86, **87**, 186, 277
Convenios de Ginebra (1949), 186, 236, 246, 250
Coordinación
de actividades por los organismos de las Naciones Unidas, **276**
de iniciativas contra la violencia infligida por la pareja, **118**, **120**
multisectorial, 4, **269**, **273–274**
Corte Penal Internacional, Estatuto de Roma ,186, 277
Costos
de la violencia autoinfligida, 201
de la violencia colectiva, **248–249**
de la violencia contra la mujer, **112**
de la violencia en el lugar de trabajo, **19**
de la violencia en general, 3, **12–13**
de la violencia juvenil, 54
del maltrato de menores, **77**
del suicidio, 13
Coyunturales, factores, de la violencia juvenil, **34–35**
Crecimiento, incremento de la población de más edad, 135–136
Crianza
aspectos culturales en la, **65**
capacitación para la, **47–48**, **77–78**
maltrato de menores y, 65–66, **73–75**
prácticas disciplinarias, **68**, **71**, **74**, **88**, 266
prevención de la violencia sexual, 181

protección frente al suicidio, 216
talleres, 121
violencia juvenil, **36–37**
Crimen, relación con el capital social, 38, 40
Crisis, programas de intervención en
por maltrato de ancianos, **147–148**
por maltrato de menores, 78–79
por violencia colectiva, 250–252
Cruz Roja, Comité Internacional, 235, 254
Cuidadores/personas a cargo
abuso sexual por, **169**, **182**
maltrato de ancianos, **142**, **144–145**, **151**, 153–154
maltrato de menores por, 65–66, **72–73**
Culturales, factores (*véase* Factores culturales)

D

Datos
comparabilidad de, **8–9**, 100, **101**, **205**, 270
fuentes y tipos de, **8–9**
sesgo de los, sobre violencia colectiva, 237–238
Defensa de derechos, grupos de, **274**
Deficiencia cognoscitiva, maltrato de ancianos, 141
Definiciones
capital social, **38**
conflictos armados, **236**
emergencias complejas, **235**
genocidio, **236**
guerra, **236**
juventud, **27**
maltrato de menores, **65–66**
maltrato de personas mayores, **136–141**
prevención, **15**
suicidio, **201–202**
tortura, **239**
vejez, **135**
violación, **161**
violencia, **5–6**
violencia autoinfligida, **201–202**
violencia colectiva, **235–237**
violencia infligida por la pareja, **97**
violencia sexual, **161–162**
Demencia, 141, 142, 154
Demográficos, factores (*véase* Factores demográficos)
Deporte y prevención de la violencia juvenil, 49
Depresión, **209–210**, 217
Derechos del niño, 70, **86**, **87**, 186, 277
Derechos humanos
abusos, 237, **239**, 254
convenciones internacionales, 186, 236, **276–277**
gobiernos, **239**, 250, **258**
grupos de defensa de, **274**
niños, 70, 86, **87**, 186, 277
personas mayores, **155**
Desarrollo del niño, prevención de abusos sexuales, **181**
Desarrollo social, programas de, **44–47**
Descuido, 5, **7**, 13, 15
de los ancianos, 136–137, 138
de los niños, 36–37, **66**, **67**, **72**, **85**, **88**, 350
de las poblaciones más pobres, 267
y violencia juvenil, 37
Desempleo, 40, 73, 215
Desigualdades
sociales y entre los sexos, **273**
y función del sector de la, 250, 252
y globalización, **16**, 241–242
y homicidio, **40–41**
y violencia colectiva, 240–241
Detección
de la violencia en la pareja, 117
del maltrato o abuso de menores, **79**, 81
Dinámica
de la violencia en la pareja, **102–105**
de la violencia juvenil, **33–35**
Discapacidad física, maltrato de ancianos, 141
Discapacidad relacionada con un conflicto, 243, **245**
Disciplina (*véase también* Castigo)
esposas, **102–103**, **109–110**, 266
niños, 36, **68–72**, **88**
Discriminación de las personas de edad, 153–154
Distribución de la ayuda, problemas éticos, **253**
Docentes y abuso sexual, 168–169
Drogas, abuso de, **38**, **171**, 172, 209

E

Ecológico, modelo (*véase* Modelo ecológico)
Económicos, factores (*véase* Factores económicos)
Edad
aumento de la población de más edad, 135–136
como factor de la violencia sexual, **171**
como factor del maltrato de menores, 66, 67, **72**, 88
efectividad del intento de suicidio según la, 207–208
estadísticas de homicidios por, **11**, **298–301**, **332–337**

estadísticas de suicidios por, **11**, **302–305**, **338–345**
mortalidad por heridas de guerra según la, **306–309**
mortalidad por lesiones intencionales según la, **294–297**, **324–331**
poblaciones de los Estados Miembros de la OMS por, **286–293**
riesgo de suicidio según la, **203–204**, 206
tasas de homicidios por, 27, 28–30
Educación (*véase también* Capacitación), 4, 273
campañas de prevención en los medios de comunicación, 271–272, **273**
e infección por el VIH/SIDA, **178**
mutilación genital femenina, 188
nexo con la violencia contra las mujeres, 172
para la crianza, **47**, **77–78**
para prevenir el maltrato de ancianos, 151–152, 155–156
para prevenir el maltrato de menores, **83–84**
para prevenir la violencia juvenil, 44, **45**, **49**, **50**
para prevenir la violencia sexual, **180–181**, 185
Embarazo, 111, 176
Emergencias complejas, **235–236**, 253
Empleo (*véase también* Factores socioeconómicos)
mujeres maltratadas, **112**
suicidio, **214–215**
Enfermedad de Alzheimer, 141, 142, 154
Enfermedades (*véase también* Morbilidad)
carga mundial, 281
como consecuencia del maltrato de menores, **76–77**
de transmisión sexual, 177, **178**, 243, 257
principales causas de muerte/AVAD, **281–284**, **310–323**
riesgo de, en los ancianos, 136
transmisibles, 136, **243–244**, 247
y suicidio, 211
y violencia colectiva, **243–246**
y violencia en la pareja, **110–112**
Enfermedades de transmisión sexual (*véase también* Virus de la inmunodeficiencia humana), 177, **178**, 243, 257
Enfermedades transmisibles (*véase también* Virus de la inmunodeficiencia humana), 136, **243–244**, 247
Enfoque de salud pública
del maltrato de los ancianos, 135,148–149
después de un conflicto, **254**, **255**
modelo ecológico, **13–15**, **45–46**, 72, **141–143**, 154
para abordar la violencia colectiva, 236
para la recopilación de datos, **254**, **256**
para prevenir la violencia, **3–5**, **10–13**, **17**, **265–277**
Enfoque interdisciplinario
para prevenir el suicidio, 225, 226
para prevenir la violencia, 4, 18–19, 266, **269**
Entornos o ámbitos (*véase también* Infraestructuras)
recomendaciones para prevenir la violencia, **271**
reducción de sustancias tóxicas en los, 50
y suicidio, **213–215**, **224–225**
y violencia juvenil, 37–41
Entornos urbanos
tasas de suicidio, **214**
violencia juvenil, **38–40**
Epidemias
conflictos armados, 244–245
SIDA, 37–38, 111, **178**, 248
Equipos revisores de causas de muertes infantiles, **82–83**
Escalas de tácticas para conflictos entre padres e hijos, 69–70
Esclavitud (*véase también* Tráfico), 238
Escuelas
actividades extracurriculares (para prevenir la violencia juvenil), **49–50**
castigo corporal en las, **70**
e iniciativas de prevención de la violencia en la pareja, **120**, **121**
y prevención de la violencia juvenil, 44, **45**, 49, 50
y prevención de la violencia sexual, 178, **185**
y prevención del maltrato de menores, **83–84**
y prevención del maltrato de ancianos, **152**, **153**
y prevención del suicidio, **220**
y programas de desarrollo social, **44–45**, **46**
y violencia sexual, **168–169**
Esquizofrenia y riesgo de suicidio, 209, 217
Estadísticas, **281–346**
comparabilidad de datos, **9**, 99, **100–101**, **205**, 270
mortalidad mundial, 281, **282–283**, **310–311**
mortalidad por país, **283**, **324–331**, **346–347**
mortalidad por región de la OMS, **294–297**, **298–301**, **302–305**, **306–309**, **312–323**
tipos y fuentes de datos, **8–9**, **162–163**, **237**
Estados (*véase también* Gobiernos)
protección social, 41

violencia colectiva, **7**, **240–241**
Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998), 186, 277
Estereotipos sobre las personas de edad, 153
Estigma
infección por el VIH/SIDA, 178,
maltrato por la pareja masculina, 104
suicidio, 205
violencia sexual, 161
Estrategias (*véase también* Prevención; programas)
de apoyo a mujeres maltratadas, 103–105
de prevención de la violencia juvenil, **42**, **44–52**
para estimular las denuncias, 100–101
Estrecho de Torres, suicidio entre los isleños del, **206**
Estrés
y maltrato de ancianos, 142, 154
y maltrato de menores, 74
y violencia colectiva, **245–246**
Estudios internacionales
recomendaciones para prevenir la violencia, 270
sobre suicidio, 208, 222
sobre violencia infligida por la pareja, 108–109
sobre violencia juvenil, 30–31, 32
Estudios mundiales sobre el abuso en el entorno familiar (proyecto WorldSAFE), **69–70**, 71, 72
Ética, y prestación de ayuda, **253**
Éticos, problemas, de la distribución de ayuda, **253**
Europa (*véase también* Europa oriental)
estadísticas de homicidios, 11, 12, 29, **298–301**
estadísticas de población, **288–291**
estadísticas de suicidios, 11, 12, 203, **302–304**
maltrato de ancianos, 146, 153
mortalidad por lesiones intencionales, **294–297**
mortalidad relacionada con guerras, **306–309**
principales causas de muerte/AVAD, **318–319**
refugiados, **247**
tráfico sexual, 166
violencia de pareja, **98**
violencia juvenil, 39
Europa oriental (*véase también* Europa)
homicidio juvenil, 27, 29
maltrato de personas mayores, 143
matrimonio temprano, 170
suicidio, 202, 203, **214**
violencia sexual, **163**
Evaluación de
actividades de prevención del suicidio, 225
campañas en los medios, 273
escuelas de padres, 48, **78**
iniciativas contra el maltrato de menores, 80, 83, **84**, **89**
iniciativas contra la violencia infligida por la pareja, 98, 113–114, **116**, 118–119
iniciativas contra la violencia sexual, **189**, **190**
intervenciones contra el maltrato de ancianos, 152, 154, **155**
intervenciones de salud pública, 17, 18
programas contra la violencia juvenil, 54
Extensión, programas de
sobre suicidio, **219**
sobre violencia doméstica, **117**
sobre violencia juvenil, 50

F

Factores biológicos
y suicidio, **211**, **217**, 223, 225
y violencia juvenil, **35**
Factores coyunturales de la violencia juvenil, **34–35**
Factores culturales, 12, **17**, 107
crianza, **65**, 70
maltrato de ancianos, 137, **138–140**, 142–143, **154**
maltrato de menores, **72**, **75–76**, **88**
matrimonio de niños, **169–170**, **187**
mutilación genital femenina, **187**, **188**
suicidio, 204, **213–214**, 225
violencia en general, 5, 14, **265–268**
violencia en la pareja, **101–102**, 109
violencia juvenil, **42**
violencia sexual, 107, **175**, 176, **179**
Factores de la personalidad (*véase también* Factores psicológicos)
de los agresores de niños, **73–74**
en el maltrato de ancianos, 141–142
en la violencia infligida por la pareja, **107–108**
en la violencia juvenil, 35–36
Factores de riesgo, **14–17**, **266**
maltrato de ancianos, **141–143**
maltrato o abuso de menores, **72–76**, **88**
suicidio, **208–216**
violación, **171**, **172–174**
violencia colectiva, **240–241**, 256

violencia infligida por la pareja, **105–110**
violencia juvenil, **35–42**, 43–44, 52
violencia sexual, **170–176**
Factores demográficos
maltrato de menores, 74–75
poblaciones mayores, 135–136
suicidio, **203–205**
violencia colectiva, 241, **242–243**, **247–248**
violencia infligida por la pareja, 106–107
violencia juvenil, **40–41**
Factores económicos (*véase también* Factores socioeconómicos)
suicidio, **214–215**
violencia colectiva, **241**, **248–249**
violencia juvenil, 40–41
Factores fisiológicos
suicidio, **211**, 217, 223
violencia juvenil, **35**
Factores predictivos (*véase también* Factores de riesgo)
suicidio, **211–212**, 216
violencia en general, **265**
violencia infligida por la pareja, **105–109**
violencia juvenil, 33, **35–36**
Factores protectores
suicidio, 212, **215–216**
tradiciones culturales, 266
Factores psicológicos (*véase también* Factores de personalidad)
suicidio, **208–209**, 217, **223**
violencia juvenil, **35–36**
violencia sexual, 167, **173–174**, 177, **180**
Factores sociales
maltrato de ancianos, **142–143**
maltrato de menores, **75–76**, **84–86**
prevención del suicidio, **220–222**
violencia colectiva, 241, **242–243**
violencia infligida por la pareja, 105, **109**
violencia juvenil, **40–42**, 49, **51–52**
violencia sexual, **172–173**, **175–176**
Factores socioeconómicos
comportamiento suicida, **213–215**
grupos vulnerables, **266–267**
maltrato de ancianos, 136, 143, 154
maltrato de menores, 73–74, 89
mejoramiento de infraestructuras, 271
políticas de protección social, **273–274**
relaciones de maltrato, 104–105
violencia colectiva, **240–243**, **248–249**
violencia infligida por la pareja, 107, 108, **112–113**
violencia juvenil, 37, **40**, 40–41, 51
Familia(s), 7, 216, 266
estrategias para prevenir la violencia, **47–49**, **51**, **77–79**
monoparentales, 37, 74, 75
mujeres maltratadas, 103–104, 107, 124
servicios de apoyo, **78–79**
violencia juvenil, **36–38**, **45–46**, 51
violencia sexual, **174–175**
y crímenes de honor, **101–102**, **174–175**
y maltrato de ancianos, 135, 138–140, **143–144**, 152–153, 155
y maltrato de menores, 73, **74**, **77–79**
Familias monoparentales, 37, 74, 75
Fármacos antirretrovíricos, 182
Farmacoterapia, prevención del suicidio, **217**, 223–224
Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, 253
Fisiológicos, factores (*véase* Factores fisiológicos)
Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 113, 119–120, 352
Foros interinstitucionales, para la prevenir la violencia de pareja, **118**
Fuentes de datos, **8–9**, **162**, **237**
Fuerzas armadas
enfermedades de transmisión sexual, 243, 244, 257
reclutamiento de niños, **257–258**
tratamiento de la población civil, **246**
Fuerzas de seguridad y tortura, 239

G

Gas doméstico, suicidio con, 220, **221**
Gastos en asistencia social y menor tasa de homicidios, **41**
Gemelos, estudios sobre comportamiento suicida en, 211
Género o sexo
agresores de niños, **73**
esperanza de vida, 135–136
estadísticas de homicidios, **11**, **298–301**, **332–337**
maltrato de ancianos, 141
mortalidad por heridas de guerra, **306–309**

mortalidad por lesiones intencionales, **294–297**, **324–331**
niños maltratados, 71, **73**
poblaciones de Estados Miembros de la OMS, **286–293**
promoción de la igualdad, **273–274**
suicidio, **11**, 203, **204**, 208, **302–30**5, **338–345**
violencia juvenil, **28–31**
violencia sexual, 190
Genética, predisposición, al suicidio, **211**, 223
Genital, mutilación (*véase* Mutilación genital)
Genocidio, **236–237**, 276
Geográficas, variaciones (*véase* Variaciones geográficas)
Globalización
desigualdades por la, **16**, 242
necesidad de investigación en un contexto de, 270
políticas de protección social en un contexto de, 274
posibles beneficios de la, **250**
tráfico sexual en un contexto de, 176
violencia colectiva en la, **241–242**, 256–258, 259–260
Gobiernos
iniciativas de prevención de la violencia por los, **18**, **21**, 86, **256–258**, 259–260
investigación sobre violencia por los, 122, 270–271
necesidad de compromiso de los, **267–268**
planes nacionales de acción, **269–270**
y derechos humanos, 250, 258, **276–277**
y planificación de la respuesta a las crisis, 252–253
y políticas de prevención de la violencia, 268–269, **273**
y prevención de la violencia juvenil, **41–42**
y prevención del suicidio, 223–224
Grupos
de apoyo a parientes de suicidas, 222–223
en las peleas juveniles, 34
pro defensa de derechos, **274**
víctimas de genocidio, **236–237**
vulnerables, **266–267**
Guarderías, niños maltratados, **80–81**
Guerra (*véanse también* Conflictos armados; Violencia colectiva), 15
asimétrica, 236
cálculos de mortalidad en la, 10, **237–238**
cambios en las modalidades de la, **240**
definiciones, **236**
discapacidad causada por la, **245**
distinciones aplicables a su definición, **236**
historia de la, **238**, 240
principales causas de muerte/AVAD, debidas a la, **310–323**
violaciones durante la, **169**, **238**
Guerra del Golfo, 244, 248
Guerras mundiales, 238

H

Hambruna relacionada con los conflictos, 238
Hinduismo, 215
Historia, guerra, 238, 240
Holocausto nazi, 236
"Hogares seguros"
para ancianos maltratados, 148
para mujeres maltratadas, 108, **113–114**
Hombres (*véase también* Niños)
depresión en los, 210
maltratados en la niñez, 71
perpetradores de maltrato, 73
perpetradores de violencia contra la mujer, **97–124**
que padecen crisis de identidad, 175
su participación en la violencia juvenil, **27–32**
tasas de homicidio y suicidio entre los, **11**, **28–29**, 206
víctimas de violencia en el lugar de trabajo, 19
violencia contra los, 101–102, 164, **167–168**
y violencia sexual, **172–174**, 180, **184–185**
Homicidios, **10–12**, 41–42, 52–53
de niños, por malos tratos, **66–68**, 72, **82–83**
de personas mayores, 138, **139**, 141
en el lugar de trabajo, 19
mortalidad por país, **332–337**
mortalidad por región de la OMS, **298–301**
por arma de fuego, por país, **346–347**
por el honor familiar, **102**, **174–175**
por violencia en la pareja, **101–102**, 105, 111
por violencia juvenil, **27–31**, 38–41, 52–53
por violencia sexual, 161
y desigualdad de ingresos, 40
Hospitales
centros de crisis por agresión sexual, **183**
maltrato de ancianos, 148–149
prevención del maltrato de menores, 86

Huérfanos, epidemia de SIDA, 136
Human Rights Watch, 237, 250, 353

I

Ideas de suicidio, **207–208**
Iglesia católica, apostólica y romana, 215
Igualdad, recomendaciones para la promoción de la, **273–274**
IHDC, *véase* Instituto de Comunicación para la Salud y el Desarrollo
Imitación de suicidios, **213–214**, **221–222**
Indicadores
  de la violencia colectiva, **240**, 256
  del comportamiento suicida, 223–224
  del maltrato de ancianos, **149–150**, **151**
Individuos (*véase* Personas)
Infantil, mortalidad, **67**, 68, 111, **243–244**
Infantilización de los ancianos, 138
Información, intercambio de (*véase* Intercambio de información)
Infraestructuras (*véase también* Entornos)
  empobrecidas, 40, 75
  mejoras, **271**
  repercusión de los conflictos armados, **248**
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), 217, 224
Iniciativas de paz, OPS/OMS, **251–252**
Iniciativas locales
  contra el maltrato de ancianos, **147–152**
  contra la violencia de pareja, 120–121
  para prevenir la violencia, **18**, **269–270**
Iniciativas nacionales, **18**, **20**
  de protección social, 41–42
  para la investigación sobre la violencia, 269–270
  para prevenir el maltrato de ancianos, **145–148**
  para prevenir el maltrato de menores, **84–86**, 87
  para prevenir la violencia en la pareja, 120–121
Información, intercambio de, 16, 268, 269–270, **274–276**
  sobre violencia colectiva, **254**, **256**
  sobre violencia juvenil, 52, **54–55**
Inmigración, **214**
INPEA, *véase* Red Internacional para la Prevención del Maltrato de Personas Mayores
Instituciones
  cambio de las, **122**
  castigos corporales en las, 70
  maltrato de ancianos en las, **140–141**, **144–145**, 156
Instituto de Comunicación para la Salud y el Desarrollo (IHDC), Sudáfrica, **273**
Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación de la Paz de Estocolmo (SIPRI), 237, 351
Integración social
  y prevención de conflictos armados, 256, 258–259
  y violencia juvenil, **38–40**
Intencionalidad, **5–6**, 65
Internet
  intercambio de información, 54
  sitios web relacionados con la violencia, **350–352**, 353–354
Intervenciones (*véanse también* Prevención; Programas)
  después de un conflicto armado, **254–255**, 259
  después de un suicidio, **222**
  en el maltrato de ancianos, **147–154**, **155**
  en el maltrato de menores, **77–81**
  en el prevención de la violencia sexual, **189–190**
  en el prevención del suicidio, **216–223**, **224–225**
  en la reducción de la violencia, 15–17, **265**
Intervenciones psicosociales, suicidio, 219, 223–224
Intimidación, 19, 32–33, 45, 212
Inuit, suicidio entre los, **206**
Investigación, 5, **270–271**
  maltrato de ancianos, 153–154, 155
  maltrato de menores, 68–76, 86, **88–89**
  suicidio, 206, 217–220, **223–224**
  violencia colectiva, 254, **256**
  violencia en los medios de comunicación, **43–44**
  violencia infligida por la pareja, **100–101**, **109**, **112–113**
  violencia juvenil, **52–55**
  violencia sexual, 162, **188–189**
Islam, **188**, 216
Isleños del Estrecho de Torres, suicidio entre los, **206**

J

Judiciales, acciones,
  en el abuso sexual de niños, **83**
  en la violencia sexual, 184
Justicia penal
  en el maltrato de ancianos, 135
  en el maltrato de menores, **83**, 86

en la violencia doméstica, **113–116**

L

Lecciones en prevención de la violencia, **265–268**
Legislación
castigos corporales, 70
derechos humanos, **250**, **276–277**
maltrato de ancianos, **150**, **155**
maltrato de menores, **81–82**
violencia doméstica, **113–116**
violencia sexual, 175–176, **185–186**
Lesiones
carga mundial de, 281
en los niños soldados, **257**
mortalidad debida a, por país, **324–331**
mortalidad por región de la OMS, **294–297**, **306–309**
mortalidad por, relacionada con las guerras, **306–309**
por maltrato de menores, 67, **68**
por minas terrestres, 245
por violencia en la pareja, 111–112
por violencia juvenil, **30–33**
por violencia sexual, 161, **176–179**
principales causas de muerte/AVAD, 282–283, **310–323**

M

Maltrato de las personas mayores, 13, 15, **135–156**
alcohol y, 141
campañas de sensibilización pública, **151–152**, **155**
consecuencias, **143–145**
definiciones, **136–138**
emocional, **137**
factores de riesgo en el, **141–143**
indicadores, **149–150**, **151**
magnitud del problema, **138–141**
mortalidad por, **139**, 141, 144
prevención, **145–156**
recomendaciones, **152–156**
sitios *web*, 350
Maltrato de menores (*véase también* Descuido), 7, 13, 15, **65–89**, 266
consecuencias, **76–77**, **81–82**, **171**
definiciones, **65–66**
detección del, **79**
factores de riesgo, **72–76**
físico, **66**, **68–70**
información sobre las prácticas, 68–69, **81–82**, 85
magnitud del problema, **66–72**
mortal, **66**, 68, 72, **82–83**
no mortal, **68–72**
prevención, **77–89**, 181
psicológico, **71–72**
recomendaciones, **86–89**
series de casos, 68
sexual, **70–71**, 83–84, **167–168**, 171, **174**
síndrome del niño golpeado, 65, **67**
sitios *web*, 350–351
y abuso de sustancias psicotrópicas, 74
y riesgo de suicidio, **212**
zamarreo, **67**
Maltrato emocional (*véase también* Violencia psíquica)
en los ancianos, **137**
en los niños, 66, **71**
Maltrato físico, **7**
autoinfligido, 6, **201–225**, 266
de ancianos, 137–138, 145–146, **151**
de niños, **66**, **68–69**, 72, **80**
en el lugar de trabajo, 19
en la violencia de pareja, 97, **98–99**, **102**, **105**, 111
violencia juvenil, 36–37
y riesgo de suicidio, 211–212
Maltrato verbal
de ancianos, 137, 138
de niños, 71
Mantenimiento de la paz, actividades de las Naciones Unidas, **259**
Marcadores del suicidio, **211–212**
Matrimonio, 108, 179, 212
Matrimonio de niños, **169–170**, 175, **187**
Medios de comunicación, **272**, **273**
campañas de prevención de la violencia, **118–120**, **271–272,** 273
difusión de los conocimientos, **54**
en la prevención de la violencia sexual, **183–184**
en la prevención del maltrato de ancianos, 152, 155
en la prevención del maltrato de menores, **84**
y el suicidio por imitación, **221–222**
y violencia juvenil, 42, **43–44**
Mediterráneo Oriental
asesinatos por el honor familiar, 102
estadísticas de homicidios, 12, **298–301**
estadísticas de población, **290–293**

estadísticas de suicidios, 12, **302–305**
mortalidad por lesiones intencionales, **294–297**
mortalidad relacionada con guerras, **306–309**
principales causas de muerte/AVAD, **320–321**
violencia de pareja, **99**
Mentores, programas con, para la violencia juvenil, **48**
Menores, maltrato de, y abuso de sustancias psicotrópicas, 74
Métodos
de homicidio juvenil, 29
de suicidio, **213–214**, **220–221**
Minas terrestres, 245, 254, 258
Minorías étnicas
afectadas diversamente por el suicidio, **204–205**, **206–207**, 214
víctimas de genocidio, **236–237**
Modelo de Blumer para definir el maltrato de los ancianos, 146
Modelo ecológico, **13–15**
en la prevención de la violencia juvenil, **45–46**, 181
para explicar el maltrato de ancianos, **141–143**, 154
para explicar el maltrato de menores, 72
Modelos a imitar, para prevenir la violencia juvenil, **48**
Monitoreo
de la violencia juvenil, 53
del maltrato de menores, 86
Monóxido de carbono, reducción de los suicidios por, 220
Morbilidad (*véanse también* Enfermedades; Lesiones)
fuentes de datos sobre, 8
mundial, 3
por violencia colectiva, **243**
y costos relacionados con la violencia, 12–13
Mortalidad
cálculos mundiales de, 3, **8–12**, **27–33**, 281, **282**, **310–311**
causas principales por región de la OMS, **312–323**
de mujeres maltratadas, **101–102**, 111
en la niñez, **66**, 72, **82–83**, **112–113**, **243–244**
estadísticas de homicidios, **298–301**, **332–337**
estadísticas de suicidios, **302–305**, **338–335**
infantil, **67**, 72, **243–244**
materna, **111**
por armas de fuego, por país, **346–347**
por homicidio juvenil, **27–32**, 38–42, 51–52
por lesiones intencionales, **294–297**, **324–331**
por maltrato de ancianos, 138, **139**, 141, 144
por suicidio, **201–207**, 215
por violencia colectiva, 10, **237–238**, **243–244**, 246–247
por violencia sexual, 161, 162
relacionada con la guerra, **238**, **246**, **306–309**
tasas por país, **284**
Mortalidad en la niñez
por conflictos armados, **243–244**, 246–247
por maltrato de menores, **66–68**, 72, **82**
por violencia doméstica, 111, **112–113**
Mortalidad materna, **111**
Motivaciones
para la violación, 161
para la violencia en la pareja, **102–103**
para la violencia juvenil, 34–35
Muertes, *véanse* Homicidios; Mortalidad
Mujeres (*véanse también* Niñas; Viudas), 5, **11**, 71, 73, 108, **171–172**
abuso de las ancianas, 138, **139**, 154
abuso sexual en los centros de atención de salud, 169
acusaciones de brujería contra las, 138, **139**, 154
comisarías de mujeres policías exclusivamente, **115–116**
esperanza de vida de las, 135
estigma de la infección por el VIH/SIDA en las, 178
mutilación genital femenina, **187**, **188**
respuesta al abuso de las, **103–105**, **118**
sitios *web* para prevenir la violencia contra las, 350–352
suicidio de las, 208, 212
tasas de mortalidad de las, 11, **101**, 111, 162
tráfico sexual de, **166**, **186**, **187**
violencia en el lugar de trabajo contra las, 19
violencia infligida por la pareja a las, **97–124**
violencia sexual contra las, **161–191**
vulnerabilidad de las, **171–174**
y el maltrato de esposas, **102–103**, **109**, **266**
y la "herencia de esposa", 170
y programas contra la violencia doméstica, **121**
y riesgo de pobreza, **266–267**
Mujeres maltratadas
centros de crisis para las, **113–114**, 180, **183**
por violencia masculina en la pareja, 97, 101–102
Mutilación
en conflictos armados, 245

genital femenina, 162, **187**, **188**

N

Naciones Unidas
actividades de mantenimiento de la paz por las, **259**
comité permanente interorganizaciones de las, 235
iniciativas de prevención de la violencia doméstica por las, 118–120
iniciativas de prevención de la violencia por las, **276**
muertes de su personal en zonas de conflicto, 238
prevención de la violencia sexual por las, 184
prevención del suicidio por las, 222
protocolo de Estambul para documentar casos de tortura, con lineamientos de las, 239
sitios *web*, 350–352
Neurobiológicos factores, y suicidio, 211, 217
Niñas (*véase también* Mujeres), 73, 168–169, 178
iniciación sexual forzada de las, **164**
tasas de homicidio de, **28–30**
víctimas de mutilación genital, **187**, **188**
Niños (*véanse también* Descuido; Hombres; Maltrato de menores; Descuido; Violencia juvenil), **32–33**, **210**, 215
abuso sexual por los docentes, 168–169
descuidados, 36–37, **67**, **68**, **72**, 74, 88
educación de los, para prevenir el maltrato de ancianos, **153**
educación de los, mediante iniciativas de prevención primaria, 271
influencia de los medios de comunicación en los, **43–44**, **273**
matrimonio de, **169–170**, 175, **187**
programas preescolares para prevenir la violencia entre los, **44–45**
soldados, **257–258**
víctimas de la violencia doméstica, **74–75**, **81**, 111, **112–113**, 124
vulnerabilidad de los, **72–73**
y la disciplina, **69–71**, **73**, **88**, 266
Normas
de investigación de la violencia juvenil, **53**
de la OMS sobre violencia en la pareja, **101**
del Protocolo de Estambul sobre la tortura, 239
para prevenir la violencia sexual entre los refugiados, 189
recopilación de datos, **269–270**
sobre datos probatorios de la agresión sexual, 181
sobre información acerca de suicidios, en los medios, 222
Notificación
maltrato de menores, 84
violencia infligida por la pareja, 100
Notificación obligatoria
del maltrato de ancianos, 150–151
del maltrato de menores, **81–82**

O

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 20, 254, 351, 352
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 20, 169, 187, 351
OMCT, *véase* Organización Mundial contra la Tortura
OMS, *véase* Organización Mundial de la Salud
Órdenes de protección, violencia doméstica, 114–115
Organismos especializados de las Naciones Unidas, funciones de los 20
Organismos internacionales, recomendaciones de colaboración con los, **274**
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 275, 353
Organización de los Estados Americanos, 275
Organización Mundial contra la Tortura (OMCT), 166
Organización Mundial de la Salud (OMS), 5, 11, 18
cálculos de bajas de guerra estimados por la, 238
cálculos de homicidios niños estimados por la, 66
directrices de la, para la vigilancia de lesiones, 270
directrices de la, sobre la violencia en la pareja, 101
e iniciativas de paz, 235, **251–252**
estudio por la, de la violencia en la pareja, 109
población de los Estados Miembros de la, **286–293**
sitio *web*, 353
y la prevención de la violencia colectiva, 252, 258
y la prevención del maltrato de menores, 65
y la prevención del suicidio, **222**
Organización Panamericana de la Salud (OPS), **118**, **119**, **251**, 275
sitio *web*, 354
Organizaciones humanitarias
código de conducta para las, 253
intervenciones de las, contra la violencia colectiva, **252–253**, 259
y las muertes relacionadas con la guerra, 238

Organizaciones no gubernamentales, 21
campañas de las, **273**
datos sobre derechos humanos suministrados por las, 237, 254
e iniciativas de prevención de la mutilación genital femenina, 188
e iniciativas de prevención de la violencia doméstica, 117, 121
e iniciativas de prevención del maltrato de ancianos, **153**
e iniciativas frente a conflictos armados, 250
frente a la muerte de personas, 238
por la prevención de la tortura, 239
pro derechos del niño, 87
recomendaciones de coordinación con las, **274**
Orientación
para el comportamiento suicida, 219
sobre maltrato de ancianos, 149
sobre violencia juvenil, 50
sobre violencia sexual, 180
telefónica, 149, 180
Orientación sexual y riesgo de suicidio, 218
Oriente Medio, refugiados en el, **247**
OTAN, *véase* Organización del Tratado del Atlántico Norte

P

Pacífico Occidental
estadísticas de homicidios, 11–12, **298–301**
estadísticas de población, **292–293**
estadísticas de suicidios, 11–12, **302–305**
mortalidad por lesiones intencionales, **294–297**
mortalidad relacionada con guerras, **306–309**
principales causas de muerte/AVAD, **322–323**
violencia de pareja, **98**
Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, 250, 276
Países desarrollados
incremento de la población de más edad, 135–136
maltrato de ancianos, **138–141**, 143–144, 149
violencia de pareja, 102, 113
Países en desarrollo
cambio demográfico, 135–136
infección por el VIH/SIDA, 37, 111, 135–136, 180, **182–183**
iniciativas de prevención de la violencia, 113, 154
maltrato de ancianos, 135–136, **138**, 144, 154
violencia de pareja, 102–103, 113–114
Pandillas
violación por, 162, **165**, **174**
y violencia juvenil, **38**, 42, **50**
Pérdida, suicidio por, 211–212, 222
Personal de salud
asistencia a los niños soldados por el, **257–258**
capacitación del, **79–80**, **89**, **181–182**, 272
en la prevención de la tortura, 239
en la prevención de la violencia sexual, **182**, 190
reconocimiento de la violencia doméstica por el, 116–117
repercusiones de los conflictos armados sobre el, **249**
y reconocimiento del maltrato de ancianos, 148–150
Personalidad, factores de la (*véase* Factores de la Personalidad)
Personas
estrategias individuales para prevenir la violencia juvenil, **44–45**, 46
factores individuales de riesgo en las violaciones, **173**
modelo ecológico de la violencia y características de las, 13–15
respuesta al trauma, 245
servicios de apoyo para las, **180**
violencia infligida por la pareja y características de las, **105–109**
Personas desplazadas (*véase* Refugiados)
Personas mayores (*véanse también* Ancianos; Maltrato de las personas mayores)
abuso económico de las, 137, 138, 142, 151
derechos humanos de las, **155**
discriminación de las, 153, 154
incremento de la población de, **135–136**
pandemia de SIDA en las, 136
suicidio de, 207–208, 213
Plaguicidas, suicidios con, 213, **220**
Planes nacionales para prevenir la violencia, 120, **269–270**
Planes para prevenir la violencia, 120–121, **269–270**
Planificación de la prevención, recomendaciones, **269**
Población
de los Estados Miembros de la OMS, **286–293**
de mayor edad, incremento de la, **135–136**
reubicación forzada de la, 247
Población civil, conflictos armados y, **246**

Población de los Estados Miembros de la OMS, **286–293**
Pobreza
ancianos víctimas de la, 136, 139, 143
coadyuvante en la violencia de la pareja, 108
coadyuvante en la violencia juvenil, 40, **51–52**
coadyuvante en la violencia sexual, **172**, **175**
en relación con la violencia, **266–267**
y maltrato de menores, 74
y suicidio, 215
Poder, abuso de, 5, 161
Policía, 114, 175, 185, 239
ante la violencia juvenil, **41**, **49**
comisarías a cargo exclusivamente de mujeres, **115–116**
Política/o
necesidad de compromiso, **267–268**
y violencia colectiva, **240–241**, 249–250
Políticas
de prevención de la violencia juvenil, 41–42, **52–53**
de prevención del maltrato de menores, **82–83**, **84–86**
de prevención del suicidio, **222–223**
de protección social, **272**
de suministro de datos sobre conflictos, 254, 256
para reducir el potencial de conflictos violentos, **249–256**
sobre violencia doméstica, **114–115**
sobre violencia sexual, **167–168**, **175–176**
Prácticas de notificación y denuncia
sobre maltrato de ancianos, **150–151**
sobre maltrato de menores, 69, 79, **81**, 85
sobre suicidio, 205, 222
sobre violencia sexual, 162–163, 167, **185**
y factores culturales, 12
Preescolar, programas de enriquecimiento, **44**, **45**, **50**
Presión de los compañeros/pares
en la violencia juvenil, **38**
en la violencia sexual, **174**
Prevención (*véanse también* Intervenciones; Programas), 3, **15–20**
actividades recreativas para la, 50
campañas en los medios de comunicación, 271–272, **273**
de la violencia autoinfligida, **216–223**
de la violencia colectiva, **249–259**
de la violencia en el lugar de trabajo, **19–20**
de la violencia en la pareja, **113–122**
de la violencia juvenil, **42**, **44–54**
de la violencia juvenil, mediante actividades recreativas, 50
de la violencia sexual, **167–168**, **179–190**
definiciones, **15–17**
del maltrato de ancianos, **145–156**
del maltrato de menores, **77–89**
del suicidio, **216–223**
perspectiva de salud pública en la, **3–5**, **10–13**, **15–20**, **265–277**
planes nacionales de, **269–270**
recomendaciones, **269–277**
Prevención primaria, **15**, **265**, **271–272**
de la violencia en la pareja, **121**, **124**
de la violencia sexual, **189–190**
del maltrato de ancianos, 154–155
Prevención secundaria, **15**, 272
Prevención terciaria, **15**
Prioridades
apoyo a las víctimas, **272**
establecimiento de, **270–271**
prevención de la violencia sexual, **190**
prevención del maltrato de ancianos, 153
Prisiones y violencia sexual, 167
Privaciones o descuido, 7
Producción de alimentos en los conflictos armados, **248**
Profesionales del sexo
víctimas del tráfico de personas, **162**, **166–168**, 176, **186–187**
violencia sexual contra, **162**
Profilaxis de la infección por el VIH, **182–183**, 189
Programas (*véanse también* Intervenciones; Prevención)
con mentores para la violencia juvenil, **48**
de apoyo familiar, **78–79**
de autoayuda (*véase* Autoayuda)
de desarrollo social, **44–47**
de educación para padres, **47**, **78**
de enriquecimiento preescolar, **44–45**, 50
de extensión (*véase* Extensión)
de intervención en crisis (*véase* Crisis)
de prevención de la violencia en la pareja, **116–117**, **121**
de prevención de la violencia juvenil, **42**, **44–55**
de prevención de la violencia sexual, **179–180**, 183, 190
de prevención del maltrato de ancianos, **147–153**, 155–156

de prevención del maltrato de menores, **80–86**
de promoción de la salud de la OPS/OMS, **251–252**
de salud pública, **4**
de visita domiciliaria, **78–79**
pro reducción de la mutilación genital femenina, **187**
Promiscuidad y violencia sexual, **171–172**
Prostitución (*véase también* Profesionales del sexo), **166–168**
Protección
de las mujeres maltratadas, estrategias de, **103–105**
de niños maltratados, **81–84**
del Estado, 41–42
Protección social, recomendaciones de políticas, **274**
Protocolo de Estambul, 239
Protocolos probatorios de agresión sexual, **181–182**
Proyecto WorldSAFE (*véase* Estudios mundiales sobre el abuso en el entorno familiar)
Psicológicos, factores (*véase* Factores psicológicos)
Psicotrópicas, sustancias, abuso de, y maltrato de menores, 75
Pueblos aborígenes (o autóctonos o indígenas)
ancianos en los, 137
muertes sufridas por, en conflictos armados, 218
suicidio entre los, 206–207, **216**

R

Rebelión estudiantil, 40
Recomendaciones sobre
maltrato de ancianos, **153–156**
prevención de la violencia, **269–277**
prevención de la violencia juvenil, **52–54**
prevención del maltrato de menores, **86–89**
prevención del suicidio, **223–225**
violencia colectiva, **256**, **258–259**
violencia infligida por la pareja, **122–124**
violencia sexual, **189–190**
Recopilación de datos, 5, **269–270**
sobre protección de los niños, **86**, **88**
sobre suicidio, **205**, **223**
sobre violencia colectiva, **237**, **254**, **256**
sobre violencia juvenil, **53**
sobre violencia sexual, **162**
Red Internacional para la Prevención del Maltrato de Personas Mayores (INPEA), 137, **147**, 351
Refugiados, 239, **246–247**
prestación de servicios de salud para, **252**
riesgo de VIH entre los, **245**
víctimas de violencia sexual, **169**, **189**
Rehabilitación de niños soldados, **258**
Reino Unido, Acción contra el Maltrato de los Ancianos, institución del, 137, 146, 351
Relaciones/relacionales, factores
abusivas, **104–105**, 119
como factores de riesgo en las violaciones, **172–173**
en el modelo ecológico, 13, **14**
en el suicidio, **211–213**, **218–219**
en la violencia de pareja, 105, 106, **108**
en la violencia juvenil, **36–38**, **47–48**
que influyen en el maltrato de ancianos, **142**
Religión y suicidio, **215–216**, 266
Repercusiones económicas
de la globalización, **16**
de la violencia colectiva, **248–249**
en la violencia contra la mujer, **112**
en la violencia en general, 3, **12–13**, **19**
Repercusiones sanitarias
de la violencia colectiva, 236, **243–246**, **248–249**, **257–258**
de la violencia en la pareja, **110–112**
de la violencia sexual, **161**, **176–177**, **179**
del maltrato de ancianos, 137, **144**, 155
del maltrato de menores, **76–77**
Riesgo (*véase* Factores de riesgo)
Riñas, en la violencia juvenil, 12, **31**, 32

S

Salud mental
y maltrato de menores, 76–77
y prevención del suicidio, **216–217**
y violencia colectiva, **245–246**
y violencia en la pareja, 110, **112**
y violencia sexual, 161, **177**
Salud pública (*véase* Enfoque de salud pública)
Salud reproductiva
maltrato de menores y, 85–86
violencia en la pareja y, **110**, **111**
violencia sexual y, 161, **176–177**
Sector de la salud, **169**, **173**, 182
funciones del, **250**, 258, 259
responsabilidades del, **268–269**, 272
Seguridad de las mujeres maltratadas, en las entrevistas, 101, 121–122

Seguridad del Estado (*véase* Policía)
Serotonina y suicidio, 211, 217, 223
Servicios de apoyo
a adultos maltratados cuando niños, **81**
a las familias, **79**
a los refugiados, **189**
para ancianos maltratados, **147–148**
para las víctimas de maltrato, **272**
para las víctimas de violencia colectiva, **250–254**, 259
para las víctimas de violencia doméstica, **113**, **123**
para las víctimas de violencia sexual, 168, **180**, **183**
para menores maltratados, **77–79**, **80–81**
para prevención del suicidio, 218
tras un suicidio, **222**, 225
Servicios médico-legales y violencia sexual, **181**, 184
Servicios sociales para ancianos maltrados, **148**
Sesgo de los datos sobre violencia colectiva, 238
SIDA, *véase* Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGI, Instituto para la Solidaridad Internacional de las Mujeres, Montreal, 184
Siglo XX, muertes causadas por las guerras en el, **238**
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (*véase también* Virus de la inmunodeficiencia humana), 13, 37–38, 111
efectos sobre los ancianos, **136**
y violencia sexual, **178**
Síndrome de muerte súbita del lactante, 66, 82
Síndrome del niño golpeado, 65, **67**
SIPRI, *véase* Instituto Internacional de Investigación sobre la paz de Estocolmo
Sistemas de creencias y violencia sexual, 176
Sitios *web* relacionados con la violencia, **350–352**, 353–354
Sociales, factores (*véase* Factores sociales)
Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y Descuido de Menores, 65, 350
Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, Federación Internacional de las, 253
Socioeconómicos, factores (*véase* Factores socioeconómicos)
Solicitantes de asilo (*véase* Refugiados)
Suicidio (*véase también* Violencia autoinfligida), 6, 15, 112, **201–225**, 266
abuso en el lugar de trabajo como causa de, 19
abuso sexual como causa de, 161, **179**
acontecimientos desencadenantes del, **211–213**
alcohol y, 209
cálculos y estimaciones sobre, **11**, **202–203**, **205**
con armas de fuego, por país, **346–347**
con gas doméstico, **221**
costos del, 12–13
definiciones, **201–202**
entre los aborígenes, **206–207**, **216**
estadísticas de mortalidad, **202–205**, **302–305**, **338–345**
estrategias sociales preventivas, 216, **220-221**
factores de riesgo, **208–216**
factores predictivos, **210**
factores protectores, 212, **215–216**
ideas de, 201, **207–208**, 211, 212–213
intento de, 201, **205**, 207–208
magnitud del problema, **202–207**
marcadores médicos del, **211–212**
métodos, **213–214**, **220–221**
por imitación, **213–214**, **221–222**
prevención, **216–223**
recomendaciones preventivas, **223–225**
sitios *web*, 351
tendencias en el tiempo, **203–204**
Sustancias psicotrópicas, abuso de, y maltrato de menores, 74
Sustancias tóxicas y violencia juvenil, 50

T

Tecnologías bélicas, nuevas, **243**, 259
Teléfono, asesoramiento por, 149, 180, 216
Televisión, 42, **43–44**, **84**, 183, **273**
Terapias (*véase también* Tratamientos)
conductuales, **84–85**, **217–218**
en el comportamiento suicida, **217**, 223–224
en el maltrato de menores, **80–81**, **84**, **85**
para prevenir la violencia juvenil, **48**
Terrorismo, 7, 236, 243, 259–260
Tipología de la violencia, **7–8**
Toma de decisiones, para prevenir la violencia, **20–21**, **267–268**
Tortura y conflictos armados, **238–240**
Tradiciones (*véase también* Factores culturales)
de atención a las personas mayores, **137–138**, **155**
de violencia en la pareja, 102, **102–103**, 109
Tráfico
de armas, **277**

de drogas, **277**
Tráfico de personas
para explotación sexual, **162**, **166**, 168, **187**
y riesgo de enfermedad, 178
Trastorno bipolar, 209
Trastorno de estrés postraumático, 76–77, 110, 177, 245–246
Trastornos anímicos y suicidio, **209**, 216–217
Tratados internacionales (*véase también* Convenciones)
sobre derechos del niño, 70, 86, **88**, 186, 277
sobre derechos humanos, 186, 236, 239, **276–277**
sobre violencia colectiva, **250**
sobre violencia sexual, **186**, 276
Tratamientos (*véase también* Terapias)
obligatorio para agresores de niños, **83**
para agresores de la pareja, **116**
para agresores sexuales, 180
para prevenir el suicidio, 210, **216–217**, **224**
Tribunales y violencia doméstica, 114

U

UE, *véase* Unión Europea
Unión Europea (UE)
ante la violencia en el lugar de trabajo, 19
iniciativas contra el tráfico de personas, 187

V

Vacunación, durante conflictos armados, 244, 251
Variaciones geográficas
en el maltrato de ancianos, 143
en el maltrato de menores, 66, 68, 88–89
en la violencia autoinfligida, 202–205
en la violencia de pareja, 102–103, 105–106
en la violencia juvenil, **27–32**
en la violencia sexual, 163–165, 166–170
en los cálculos de mortalidad, **11–12**
Víctimas de la violencia colectiva, **237–238**, 240, **243–245**, **257–258**
Victimización, abuso sexual de niños, **171**
Vigilancia de conflictos armados, 250, 254, 258
VIH, *véase* Virus de la inmunodeficiencia humana
Vinculación (conexiones) entre
cambios demográficos y sociales y la violencia juvenil, 40
datos de fuentes diferentes, 10
diferentes tipos de violencia, **14–17**, 27, 123–124, **266**
homicidios y desigualdad de ingresos, 40–41
la globalización, las desigualdades y los conflictos, **242**
la violencia y el abuso en la niñez, 15, 76, 80, 171
violencia en el hogar y maltrato de menores, 74–75
Violación (*véase también* Violencia sexual)
asesinatos por el honor familiar, 102
centros de crisis para víctimas de, 180, **183**
como castigo, 161, 174
consecuencias físicas, **176–177**
de hombres, **167–168**
definición, **161–162**
durante conflictos armados, **169**, **187–189**, **238**, **240**
factores de riesgo para la, **171–172**, **172–173**
factores sociales en la, **175–176**, **178**, **179**
informe y denuncia, 12, 163–164
pandilla, **165**, **174**
reformas legislativas, **185–186**
riesgo de infección por el VIH, 177, **178**, **182–183**
y comportamiento suicida, **177**
Violadores, características, **173–174**
Violencia
alcance y definiciones, **5–6**
tipología, **6–7**
Violencia autoinfligida (*véase también* Suicidio), **6**, **7**, **201–225**, **266**
automutilación, 201–202
costos, 201
definiciones, **201–202**
factores de riesgo, **208–216**
magnitud del problema, **202–208**
prevención, **216–223**
recomendaciones, **223–225**
Violencia colectiva (*véanse también* Conflictos armados; Guerra), 6, 7, **235–260**
consecuencias, 236, **243–249**, 257
datos, **237–238**, **254**, 256
definiciones, 235–237
factores de riesgo, **240–243**
genocidio, **236–237**, 276
magnitud del problema, **238–240**
naturaleza de la, **240**
niños soldados, **257–258**
prevención, **249–259**
recomendaciones, **256**, **258–259**

sesgo de los datos sobre, 238
sitios *web*, 351
víctimas, **237–238**, **243–245**
Violencia conyugal (*véase* Violencia en la pareja)
Violencia doméstica (*véase también* Violencia en la pareja), 15
arresto obligatorio en casos de, **114–115**
iniciativas de prevención, **118–120**
legislación, **113–116**
maltrato de ancianos, **144**, **155–156**
niños, **74–75**, 81, **112–113**
servicios de apoyo, **113–114**, **123**
trabajo de extensión, **117–118**
variaciones locales, **105–106**
Violencia en el lugar de trabajo, **19–20**
Violencia en la pareja (*véase también* Violencia doméstica), 6–7, 12–14, 15, **89–124** 266
alcohol y, 107–108
comparabilidad de los datos, **100**
consecuencias, **102–103**, **109–113**
consejos de coordinación, **118**
definiciones, **97**
detección, 117
dinámica, **102–105**
enfoques multisectoriales, **122**
factores de riesgo, **105–109**
homicidios, **101–102**
magnitud del problema, **97–102**, 106
mortalidad materna, 111
niños, **74–75**, **80**, 111, **112–113**, 124
prácticas adecuadas, **120–121**
prevención, **113–124**
recomendaciones, **122–124**
sitios *web*, 351–352
sociedades no violentas, 105–106
violencia sexual, **163–164**, 170, 177
Violencia juvenil, 12, 16, **27–55**, 34–35
alcohol y, 34–35, 49
definiciones, **27**
desarrollo de la, **33–34**
dinámica de la, **33–35**
escuelas, actividades curriculares en las (para prevenirla), 49–50
factores coyunturales de la, **34–35**
factores de riesgo, **35–42**, 52–53
homicidios por, **28–30**, 38, 41–42, 51–52
influencia de los medios de comunicación, 42, **43–44**
magnitud del problema, **27–33**
no mortal, **30–32**
prevención, **42**, **44–55**
recomendaciones preventivas, **52–55**
relación con la pobreza, 267
sitios *web*, **352**
tendencias, **28–30**
Violencia no mortal (*véase también* Lesiones), **9**
cálculos mundiales sobre la, **12–13**
contra las mujeres, 110
contra los niños, **68–72**
en la pareja, **97–101**
en los intentos de suicidio, 201, **205**, 207
entre los jóvenes, **30–32**
Violencia psíquica, 5, **7**, 19
contra las mujeres, 97, 100, 110
contra los ancianos, 137, 141, **145–146**
contra los niños, **71**, 76–77
Violencia sexual (*véanse también* Maltrato de menores; Violencia en la pareja), **6–7**, 12, 15, **161–191**, 265–266
alcohol y, 171, 172–173
ancianos, 137, 140, **151**
bajo coerción, **161**, 162–164, **166**, 167–168, **177–178**
como causa de infección por el VIH/SIDA, **178–179**
como causa de suicidio, **179**, **212**
como conducta aprendida, **174**
consecuencias y complicaciones, **167**, **176–179**
convenciones internacionales sobre, **186**
definiciones, **161–162**
en centros de atención de salud, **169**, 182, **190**
en la niñez, consecuencias en el adulto 15, **81**, **171**
factores de riesgo para la, **170–176**
magnitud del problema, **162–170**
prevención, **83–84**, **179–189**
recomendaciones preventivas, **189–190**
tipos, **161–162**
tráfico de personas y, **162**, **166**, **168**
víctimas masculinas, **167–168**
y sistemas de creencias, 176
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (*véase también* Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), 111, **180**
profilaxis, **182–183**, 189

y los conflictos armados, **244–245**
y violencia sexual, 161, **177**, **178–179**
Visita domiciliaria
en relación con el maltrato de menores, **78–79**
y prevención de la violencia juvenil, **47**
Viudas
riesgo de suicidio en las, 212
violencia hacia las, **138**, 154
Vivienda, condiciones de
y maltrato de menores, 73
y prevención de la violencia juvenil, 51
Vulnerabilidad
de los ancianos, **138**, 143–144
de los niños, **72–73**
grupos en riesgo, **171**, **266–267**

W

World Wide Web, sitios relacionados con la violencia, **350–352**, 353–354

Z

Zonas rurales, suicidio en, **214**