

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

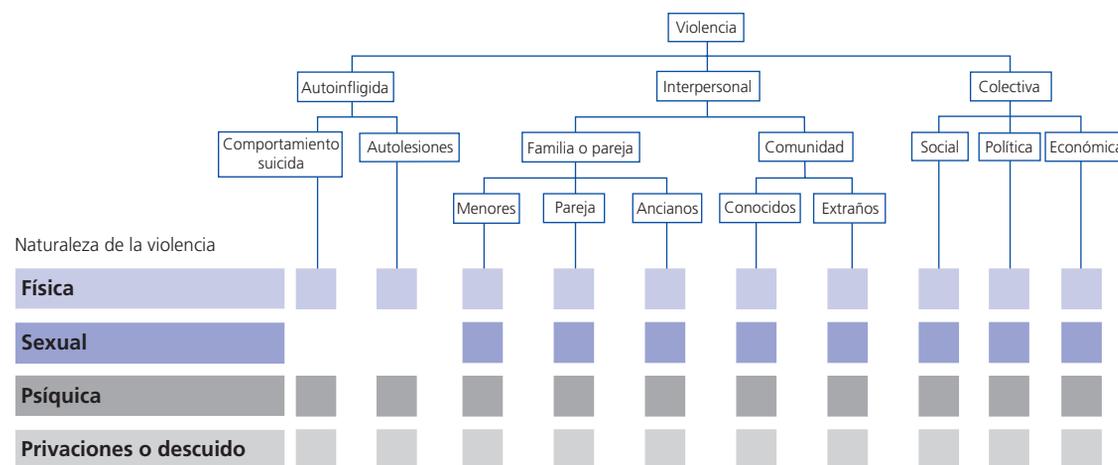
La violencia autoinfligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio —también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos países— y suicidio consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos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

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.

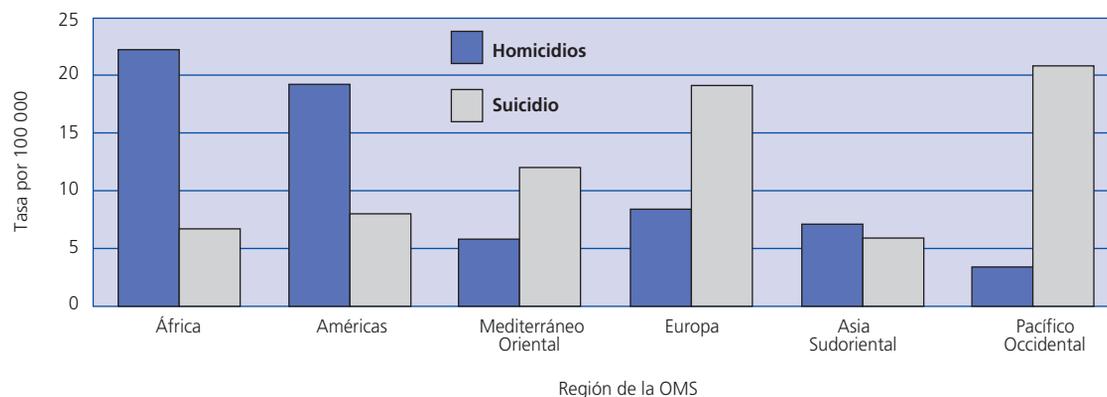
muerte violenta en los países de ingreso bajo y medio fue de 32,1 por 100 000 habitantes, más del doble de la tasa en los países de ingresos altos (14,4 por 100 000) (cuadro 1.2).

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 reacias 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 adoptar 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.