

Un Abordaje de la Violencia desde la Salud Pública: el Proyecto de Prevención Temprana en Medellín

Joanne Klevens¹ y Erika M. Montoya²

¹ MD, M. Sc. Salud Pública. Ph. D., Epidemiología. Centers for Disease Control. National Center for Injury Prevention and Control. Division of Violence Prevention: 4770 Buford Hwy, Mailstop K-60, Atlanta, GA 30341, Estados Unidos de Norteamérica.

E-mail: jklevens@cdc.gov

² Psicóloga. M. Sc. Salud Pública-Salud Mental. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. E-mail: erykamariamontoya@hotmail.com

Resumen

La violencia es un problema prioritario en Colombia. Aunque tradicionalmente se ha abordado desde los sectores judicial y policial, la salud pública también tiene herramientas que podrían contribuir a su solución. La salud pública desarrolla cuatro pasos para prevenir o controlar los problemas de salud: 1. Detecta qué problemas son prioritarios, por su frecuencia y gravedad; 2. Identifica las poblaciones con mayores riesgos de sufrirlas y sus factores de riesgo; 3. Identifica / desarrolla, adapta y evalúa intervenciones para prevenir dichos problemas, y; 4. Disemina los resultados para extender la implementación de estas intervenciones. En este trabajo se describe la aplicación de estos pasos en el diseño e implementación del proyecto de Prevención Temprana en Medellín, a manera de ejemplo de un abordaje al problema de la violencia desde la salud pública.

Palabras Claves: Violencia, salud pública, prevención primaria (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

A public health approach to violence: the Early Prevention Project in Medellín

Violence is a priority problem in Colombia. Although violence has been traditionally approached from the perspectives of law and order, the tools of public health may also be used to contribute to solving this problem. Public health proposes a four step approach to prevent health problems: (1) defining the problem, (2) identifying its causes, (3) developing and evaluating interventions, and (4) disseminating effective interventions for wide-scale implementation. This paper describes how these methods were used to approach this problem in the city of Medellín.

Key Words: Violence, public health, primary prevention (*source: MeSH, NLM*).

Tradicionalmente, la violencia y la criminalidad han sido preocupación del sector judicial y policial. Sin embargo, por distintas razones que se explicarán mas adelante, la salud pública ha empezado a

afrontar el problema con sus múltiples herramientas. En este trabajo se describe un ejemplo de un abordaje al problema de la violencia desde la salud pública.

La salud pública es el conjunto de conocimientos y herramientas orientados al mantenimiento y mejoramiento de la salud de la población (1). Estos conocimientos y herramientas son tomados de diversas disciplinas entre ellas, la epidemiología, medicina, educación, psicología, sociología, antropología, zootecnia, ingeniería ambiental, comunicación, administración y política.

Para abordar los problemas que le concierne, la salud pública desarrolla cuatro pasos (2):

- 1) detecta qué problemas son prioritarios, por su frecuencia y gravedad,
- 2) identifica las poblaciones con mayores riesgos de sufrirlas y sus factores de riesgo,
- 3) identifica/desarrolla, adapta y evalúa intervenciones para prevenir dichos problemas, y
- 4) disemina los resultados para extender la implementación de estas intervenciones.

La aplicación de este método ha demostrado ser muy efectivo en el control de múltiples tipos de problemas de salud en muchos contextos. A continuación se describe la implementación de estos pasos en el diseño del programa de Prevención Temprana de la Violencia en Medellín.

PASO 1. Reconocimiento de la magnitud y gravedad del problema de la violencia

En la salud pública, se ha delimitado el problema de la violencia a lesiones fatales y no fatales intencionalmente infligidas así como la amenaza de lesión con arma (3). Con esta delimitación no se pretende desconocer otros tipos de violencia. Simplemente se busca delimitar el problema a una de sus manifestaciones concretas (o medibles) alrededor de lo cual existe consenso en cuanto a su gravedad e impacto para la salud.

En Colombia, las lesiones fatales por violencia comenzaron a incrementarse vertiginosamente en la segunda parte de la década de los ochenta. Desde una tasa promedio de 23, 8 por 100 000 habitantes, antes de iniciarse este incremento, llegó a una tasa de 78 por 100 000 habitantes en 1991 (4). Un incremento claramente epidémico desde el punto de vista de la salud pública. Esta tasa era la más alta en toda la región de las Américas (5).

Por el número de muertes, hospitalizaciones e incapacidades, desde 1990, el Ministerio de Salud identificó el problema de las lesiones violentas como problema prioritario en el país (6). El estudio de la Carga de la Enfermedad en Colombia corroboró su importancia. El homicidio y lesiones no fatales intencionalmente infligidas generan el 25% de los días saludables perdidos (7), carga muy por encima de las enfermedades infecciosas, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

En 1991, un grupo de expertos en Colombia señaló la heterogeneidad del problema, describiendo varios tipos de violencia (8). Entre los distintos tipos de violencia, la delincuencia común y los conflictos interpersonales parecen aportar la mayor proporción de muertes y lesionados (4).

PASO 2. Poblaciones en riesgo y factores determinantes

Al comparar las variaciones por lugar, Antioquia, y en especial Medellín, resultaban ser las regiones más afectadas (4). Los datos también mostraban que el problema era mayor en área urbana y que afectaba especialmente a hombres jóvenes. Durante el periodo 1975 - 1995, la tasa de mortalidad por homicidio en Antioquia para los individuos de 15 a 19 años se cuadruplicó (de 132 por 100 000

habitantes en 1979 a 488 en 1994) y para los individuos de 20 a 24 años, la tasa se triplicó en este mismo periodo, siendo más notorios estos incrementos entre los hombres. Así en 1994, en el grupo de hombres de 20 a 24 años se alcanzó una tasa de homicidios de 1 044 por 100 000 habitantes, o sea del 1 % (9).

La revisión sistemática del conocimiento disponible sobre el problema llevó a un grupo de expertos a concluir que la violencia es el resultado de la interacción y sumatoria de múltiples factores a muchos niveles (10). Ninguno de estos factores es suficiente ni esencial en la cadena causal.

A diferencia de muchos esfuerzos gubernamentales frente a la violencia, los dirigentes del gobierno y de la empresa privada en Medellín optaron por fundamentar sus acciones de prevención sobre bases científicas (11). El resultado de este análisis llevó a plantear el Programa de Convivencia Ciudadana como una estrategia multifocal (a nivel individual, familiar, comunitario y social), con metas a largo plazo en cuyo diseño participaron expertos nacionales e internacionales y más de 500 personas de al menos 80 instituciones de Medellín (11).

El Programa de Convivencia Ciudadana se divide en Componentes, subcomponentes y proyectos, estos componentes son (11):

- Promoción de la Convivencia en niños y jóvenes
- Comunicación Social como Promotora de la Convivencia Ciudadana
- Justicia Cercana al Ciudadano

Cada uno de estos componentes se desarrolla a través de proyectos, los cuales ejecutan las diferentes estrategias necesarias para la construcción de la Convivencia. A su vez, estos componentes de acción directa están complementados con estrategias indirectas que buscan la modernización de las entidades gubernamentales y no gubernamentales y la recolección sistemática de información sobre indicadores de violencia y sus factores de riesgo en el “Observatorio de la Violencia“.

El proyecto descrito aquí, Prevención Temprana de la Violencia, hace parte del componente de Promoción de la Convivencia en Niños y Jóvenes, el cual desarrolla otros proyectos, como:

- El Trabajo en Red de instituciones para la prevención de la agresión, el alcoholismo, la drogadicción y la sexualidad insegura en jóvenes;
- Rehabilitación de menores infractores y agresores intrafamiliares; y
- Reinserción social de jóvenes agresores.

Recientemente, el nuevo Alcalde incluyó otras estrategias como:

- Capacitación para el empleo
- Escuelas y bandas de música
- Escuelas del deporte y la recreación
- Mesas barriales para la convivencia

El Proyecto de Prevención Temprana de la Violencia se basó en la evidencia empírica sobre la historia natural de la delincuencia y los factores asociados aportada por dos investigaciones

colombianas (12-14). Estas investigaciones señalaron al menos dos caminos a la delincuencia: un primer camino, marcado por la aparición temprana (incluso antes de los 6 años de edad) y persistente de comportamientos agresivos y antisociales a diferentes edades lo cual se encontró estadísticamente asociado a antecedentes familiares de criminalidad y violencia, alto nivel de conflicto familiar, pobreza extrema, rechazo, falta de afecto, disponibilidad y supervisión por parte del cuidador primario y el ser víctima de estrategias disciplinarias extremas. El segundo camino, se caracterizaba por la ausencia de problemas de comportamiento durante la niñez haciendo su primera aparición durante la adolescencia usualmente comenzando con deserción escolar y el consumo de alcohol alrededor de los 12 años. La falta de supervisión y menor nivel de educación del padre fueron los factores asociados en este segundo grupo. La percepción de que la madre era abrumada por los problemas de la vida fue una característica estadísticamente asociada a la delincuencia en ambos grupos.

Los hallazgos de estas investigaciones corroboraban para Colombia el conocimiento científico publicado internacionalmente sobre la existencia de estos dos grupos y los factores asociados a ello, en especial para el grupo de aparición temprana.

Según la literatura sobre este grupo de aparición temprana, se sabe que si bien el comportamiento agresivo aparece en casi todos los seres humanos en los dos primeros años de vida (15), después de esta edad, la gran mayoría de los niños “desaprenden” la agresión en la etapa preescolar. Persisten estos problemas de comportamiento agresivo y antisocial en la etapa escolar en un 10-15 % de los niños. Sin intervención, los problemas persistirán hasta la edad adulta en la mitad de ellos (16-17). El grupo de niños que muestra mayores niveles de agresión en diferentes contextos tiene la mayor probabilidad de persistir.

Las consecuencias para aquellos en que esta conducta persiste son especialmente graves. Para ellos, hay mayores probabilidades de pobre desempeño académico, deserción escolar, consumo temprano y excesivo de alcohol y droga, precocidad y promiscuidad sexual, infracción de normas de tránsito, porte de armas, inestabilidad laboral y afectiva, violencia doméstica, delincuencia y criminalidad adulta (16). Es tal la relación entre la agresión y el comportamiento antisocial a temprana edad y la criminalidad adulta que varios autores han concluido que es su mejor predictor (18-19). Y aunque dentro de la población de delincuentes o violentos este grupo de ‘precoces y persistentes’ sean la minoría, contribuyen de manera desproporcionada a las tasas de delitos (17,20).

Los factores asociados con la persistencia de la agresión en este subgrupo de niños son múltiples, interactuantes y con efecto acumulativo (21). Aunque se han identificado muchos factores a distintos niveles (22), la salud pública le da prelación a aquellos que son más fácilmente modificables. No quiere decir con ello que desprecie la importancia de factores sociales o estructurales como la pobreza o la impunidad. Sólo que reconoce que no está directamente en sus manos cambiar este tipo de factor. Por ello, en este programa se centraron los esfuerzos en modificar factores familiares e individuales.

La familia puede contribuir a la generación de comportamientos violentos de varias maneras. En primer lugar es en la familia donde el niño observa y aprende sus primeros comportamientos. La investigación empírica muestra que las familias de jóvenes y adultos agresivos son con mayor frecuencia más violentas y conflictivas (14,18,21). Los padres de niños agresivos tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias coercitivas en la crianza (23-24). En especial, el maltrato es uno de los factores más frecuentemente señalado como determinante de agresión aunque vale la pena aclarar que la mayoría de los niños maltratados no se convierten en agresores (25). También se ha

encontrado que las familias de niños con problemas de agresión utilizan con menos frecuencia comportamientos prosociales y tienden a ignorar estos comportamientos en sus hijos (23). El niño también puede aprender a utilizar la violencia ante las respuestas permisivas de los padres a su uso. Se ha observado una mayor tendencia a tolerar el comportamiento coercitivo del niño (por ejemplo, desobediencia, pataletas, o agresión hacia otros) en las familias de niños con problemas de agresión (22).

Estos factores (padres con pocos comportamientos prosociales, que utilizan estrategias coercitivas de crianza y tolerantes de los comportamientos coercitivos y agresivos del niño) podrían explicar el por qué los agresores tienden a valorar el uso de la violencia como estrategia para resolver problemas y carecer de otras estrategias para afrontar los problemas (26).

Es probable que muchos factores comúnmente asociados a la violencia (como por ejemplo, la pobreza, ausencia de padre, falta de red de apoyo) actúen a través de su influencia sobre la calidad y cantidad de las relaciones de los niños con los padres (27). Estos factores externos pueden dificultar la relación de los padres con los hijos, tornarlos conflictivos y además, disminuir su capacidad para acompañarlos adecuadamente.

Por otro lado, la literatura anglosajona, especialmente Canadiense y de los Estados Unidos, reporta que, ya desde la edad preescolar, los niños persistentemente agresivos presentan una serie de déficits en su interpretación de estímulos (26), similares a los observados en menores infractores (28), hombres que agreden a sus cónyuges o compañeras (29-30), y maltratadores de niños (31). En general, los agresores tienden a ser hipervigilantes e hipersensibles, sobretodo a estímulos negativos, y tienden a interpretar estos estímulos como si tuvieran una intención hostil, no buscan mas información sobre el problema, no consideran la perspectiva del otro, son muy impulsivos y al carecer de estrategias alternas, utilizan en primer lugar la agresión como respuesta.

Con base en lo anterior, para el Proyecto de Prevención Temprana se decidió primero, tomar el comportamiento agresivo de aparición temprana como un signo precoz y altamente predictivo de la violencia adulta. En aquellos niños con este signo precoz, se propuso modificar los patrones de crianza violentos, abusivos y tolerantes o inconsistentes frente a este comportamiento y corregir los déficits cognoscitivos para la interrelación como hipersensibilidad, atribución hostil, no explorar ni considerar la perspectiva del otro, control de la impulsividad y la falta de habilidades prosociales.

PASO 3. Se identifica, desarrolla/adapta y evalúa una intervención para la prevención efectiva del problema

Con el fin de identificar experiencias científicamente validadas y efectivas para la prevención o detección temprana de comportamientos violentos, se realizó una revisión sistemática de la literatura mediante búsquedas computarizadas en bases de datos con publicaciones en ciencias de la salud (MEDLINE) y ciencias sociales (PSYCHLIT) así como revisiones recientes sobre el tema de la literatura (32). Se incluyeron sólo aquellas intervenciones en que el impacto fue medido con instrumentos estandarizados y validados en términos de agresión o comportamiento antisocial al menos un año después de la intervención y comparados frente a un grupo control, con una muestra total de al menos 50 ó más niños menores de 12 años.

Se encontraron 25 experiencias de las cuales dos midieron su impacto en criminalidad adulta, 10 en delincuencia juvenil, y 15 en problemas de comportamiento. Las intervenciones como psicoterapia individual, consejería estudiantil, programas informativos y aquellos orientados al

control de la ira, mediación por pares, y los programas escolares sobre resolución de conflictos fueron eliminadas porque su efectividad había sido declarada dudosa por varios grupos expertos (33,34).

En general, se encontraron en las publicaciones elegidas actividades dirigidas a niños, a padres de familia o maestros. Estas actividades eran combinadas con distintas intensidades y variaciones en sus contenidos, dirigidas a veces a la población general, otras a un subgrupo de alto riesgo (generalmente por condiciones socioeconómicas) y otras sólo al subgrupo de niños que ya manifiestan problemas de comportamiento.

En su gran mayoría, estas experiencias se desarrollaron y se validaron en poblaciones de muy bajo estrato social, bajo nivel de educación y altas tasas de desempleo, características propias de nuestro contexto socio-económico. Incluso algunas de ellas se desarrollaron en poblaciones de origen Hispano.

Entre las intervenciones dirigidas al niño se encontraron las orientadas a:

- mejorar su desempeño académico, siendo especialmente exitosas cuando se inician en la edad preescolar y se trabaja en grupo pequeño (relación maestro: alumno de 5:1). En estas intervenciones no es claro si el involucrar a los padres de familia en las actividades educativas sea un componente indispensable.
- fortalecer o mejorar las habilidades prosociales del niño enseñándole a comprender las manifestaciones emocionales y desarrollando destrezas para el autocontrol, la comunicación e interacción con otros, el análisis y solución de problemas interpersonales; ya sea en el aula escolar dirigido por el maestro o en grupos pequeños de niños con problemas y conducido por psicólogos y otros profesionales. Estas actividades fueron efectivas tanto en niños con problemas de comportamiento como en niños con alto riesgo. Sin embargo, se debe adaptar su contenido cognoscitivo para niños menores de 7 años.
- facilitar su interacción con un 'mentor' o padrino (un adulto del mismo género y raza que sirve de modelo y provee soporte emocional y tangible). Como soporte científico, sólo se encontró un ensayo controlado con resultados positivos. Es necesario evaluarlo más para establecer la consistencia de este resultado.
- suministrar medicamentos, específicamente el metilfenidato o Ritalina^R para el subgrupo de niños con síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Ayuda a este grupo de niños a aprovechar mejor las actividades escolares o cualquier tipo de intervención.

Entre las actividades dirigidas a padres de familia se encontraron:

- visitas domiciliarias, principalmente durante el embarazo y primeros años de vida, con el fin de mejorar el soporte social, las posibilidades de superación para la madre (mediante educación formal y empleo), y los conocimientos sobre autocuidado de la madre y el niño. Estas intervenciones fueron efectivas, en especial, cuando logran modificar el rumbo de vida de la madre y movilizan su red de soporte.
- visitas domiciliarias, consultas individuales o talleres en donde solos o en grupos pequeños, los padres aprenden a: (a) comunicarle claramente al niño sus expectativas frente a comportamientos positivos y negativos, (b) identificar aspectos positivos y negativos de los comportamientos del niño, (c) identificar factores que anteceden o precipitan estos comportamientos en el niño, (d) responder positivamente (por ejemplo, con atención, elogios, privilegios o premios) ante los comportamientos positivos del niño, y (e) proveer

consecuencias negativas no abusivas a sus comportamientos negativos (como el “time” o pérdida de privilegios).

Similar a las intervenciones dirigidas a los padres de familia para mejorar estrategias disciplinarias, se encontraron varias intervenciones en que entrenaron a maestros en el uso contingente de la retroalimentación positiva y la comunicación clara de normas y expectativas. Esta intervención disminuye los problemas en el aula pero por sí sólo no es suficiente para disminuir la incidencia de delincuencia. Además de esta actividad, los maestros también han sido entrenados para fortalecer o mejorar las habilidades prosociales del niño enseñándole a interpretar distintas emociones y desarrollando destrezas para el autocontrol, la comunicación e interacción con otros y el análisis y solución de problemas interpersonales en el aula escolar.

Todas las actividades anteriores han mostrado, mediante múltiples ensayos experimentales, su efectividad en la reducción de comportamientos agresivos en los niños. En distintas combinaciones, han demostrado también su impacto a largo plazo en la reducción de la delincuencia juvenil y la criminalidad adulta.

Dada la multiplicidad y efecto acumulativo de los factores de riesgo de la violencia temprana, varios grupos expertos concuerdan en que un programa de intervención debe dirigirse a varios factores simultáneamente, iniciarse lo más tempranamente posible y tener la suficiente intensidad y duración (por lo menos dos años) para generar un impacto (34-36). Además, sugieren la conveniencia de ofrecer alguna intervención para la población general y reforzar ésta con actividades específicas para los niños con problemas para evitar los riesgos de estigmatización (36). Por ello, además del trabajo con las familias de los niños con problemas de comportamiento, se pensó, para Medellín, en una estrategia para toda la población escolar.

Con base en esta revisión, y teniendo en cuenta los obstáculos y oportunidades dadas por diferentes profesionales de la Secretaria de Educación de Medellín y organizaciones no gubernamentales que trabajan con niños, se adaptaron las estrategias que tuvieron mayor consistencia y viabilidad en este contexto.

Intervenciones como la medicación con Ritalina y el trabajo en grupos pequeños (5 niños por maestra) se consideraron poco viables en Medellín. Para la primera se encontró poca aceptabilidad además de necesitar una infraestructura de profesionales especializados en el diagnóstico y medicación. Para la segunda, no se contaba en el ámbito de la intervención los recursos necesarios para mantener esta relación alumno/maestro. Por el contrario, se observan en el sistema una relación de 40-50 alumnos por una maestra. De allí que la intervención elegida para la ciudad fue una intervención dirigida a los dos contextos esenciales de la socialización de los niños: la familia y la escuela.

Descripción del proyecto

En la escuela se propuso un trabajo con los maestros de primaria y jardineras del nivel preescolar con el cual se pretende facilitar la reflexión crítica sobre la agresión en los niños en la vida cotidiana, y las estrategias que usan para comunicarse, mantener la disciplina en el aula, resolver conflictos. También se brindan herramientas a los docentes y jardineras para la enseñanza de comportamientos prosociales en los niños.

Para brindar una mayor atención a los más necesitados, se propuso identificar a los niños que ya presentan problemas de comportamiento agresivo y antisocial, mediante un instrumento de tamizaje validado para la ciudad de Medellín, para realizar un trabajo con sus padres, los cuales a través de la reflexión crítica sobre sus métodos de acompañamiento, comunicación, expresión de la afectividad y enseñanza de normas, puedan asumir pautas de crianza contingente y consistentes frente a los comportamientos del niño.

La metodología de intervención del proyecto es reflexiva, orientada desde los constructos personales (38), es decir, partiendo de la experiencia personal y privilegiando la participación activa de los docentes y padres en el reconocimiento de sus maneras de educar y en la toma de decisión frente a la modificación de sus pautas y actitudes en la educación y crianza de los niños.

Con la aplicación de estas metodologías de intervención se espera reducir la prevalencia de niños con problemas de comportamiento (agresión, oposición y conducta antisocial) e incrementar la prevalencia de niños con comportamientos prosociales a favor de la interacción social.

La adaptación de instrumentos y la construcción y adaptación de los manuales fue realizada por la firma consultora Unión temporal Corpindes, Surgir, y Fundación para el Bienestar Humano. Para ello, tradujeron los instrumentos, se revisaron y se probaron en una pequeña muestra de niños para hacerles los ajustes necesarios. El contenido de los manuales fue tomado de varias fuentes (39-43), traducido y adaptado al contexto de Medellín, y revisado por expertos.

Actualmente el proyecto está finalizando la prueba piloto en 21 escuelas y 24 hogares infantiles de las comunas 1, 3, 8 y 9 de la ciudad de Medellín. Teniendo como beneficiarios a 303 maestros, 140 jardineras y 2 900 familias. Se ha recolectado información de tipo cualitativo mediante observaciones directas de las actividades y entrevistas con participantes para realizar la evaluación formativa con base en la cual se introducirán los ajustes necesarios a los manuales, los instrumentos y los procedimientos del programa.

PASO 4. Se difunden los resultados para extender la implementación.

Terminada la prueba piloto, en este próximo año se espera extender el programa hasta cubrir a 102 257 niños, de los cuales 7 721 son niños preescolares en Hogares Infantiles de ICBF, 82 758 son niños de básica primaria en el sector público y 12 040 son niños del sector privado.

El programa espera capacitar a 2 020 docentes de los grados 0 y 1 a 5 de primaria de 138 instituciones educativas oficiales, 326 de 90 instituciones educativas privadas y 257 jardineras de 56 Hogares Infantiles del ICBF. Reforzará la acción de la escuela entre los niños con problemas de comportamiento mediante el trabajo con alrededor de 17 500 familias (aproximadamente el 10 % de la población total).

Limitaciones

En el desarrollo de este proyecto no han faltado los problemas. Con el cambio de gobierno municipal se eliminaron elementos claves para la evaluación del proyecto como la comparación del impacto frente a un grupo control y la contratación de una firma consultora para la sistematización de la información recolectada. Sin embargo el Municipio de Medellín y la Secretaria de Educación en respuesta a ello hicieron convenios con la Universidad de Antioquia para que ésta tomara la información resultante de la implementación del programa, la sistematizará y fuera puesta al

servicio de los estudiantes para sus investigaciones. Hasta el momento se han aprobado tres investigaciones en la Facultad de Salud Pública de la misma universidad:

- Comportamientos psicosociales y trastornos deficitarios en escolares de 3 a 8 años de la ciudad de Medellín, 2001,
- Evaluación de los efectos iniciales de un programa de prevención temprana de comportamientos agresivos y del consumo de sustancias psicoactivas en Medellín, Colombia: estudio de seguimiento cuasi-experimental en escuelas y guarderías infantiles” aprobado por OPS y financiado por OPS.
- Tipologías de comportamiento psicosociales en niños de 3 a 11 años, evaluados en la comuna popular de Medellín, 2001.

Adicionalmente se encontró en las entidades ejecutoras una gran resistencia al uso de instrumentos estandarizados para la medición de impacto. Esta resistencia, junto con limitaciones logísticas, impidió el uso de los instrumentos que requerían observación directa dejando componentes del proyecto sin evaluación. En respuesta, se espera construir indicadores cualitativos con la participación de los diferentes actores.

A pesar del trabajo de adaptación y validación de los instrumentos previos a la prueba piloto, en terreno, algunos instrumentos resultaron muy extensos o dispendiosos, con problemas en el lenguaje que podría alterar la validez de la información recolectada

De otro lado, el programa se enfrenta a fuertes críticas en distintos sectores, incluyendo el académico, precisamente por su enfoque epidemiológico y su confianza en la evidencia empírica por encima del saber y las experiencias locales que desafortunadamente carecen de evaluaciones rigurosas. Es por tal motivo que las firmas ejecutoras del programa han utilizado textos complementarios de origen psicodinámico para la capacitación de docentes, con lo cual se pretendía imprimir un enfoque menos directivo en la relación con el niño, el docente y la familia. La realidad de los niños en Medellín desborda los alcances de este proyecto. Además de lo que el niño vive en familia y en la escuela, está expuesto a la violencia del barrio. Muchas familias llegan desplazadas por la violencia rural y deben desplazarse de nuevo por los problemas de seguridad en el barrio. Viven en residencias transitorias, en condiciones económicas de extrema pobreza. Con frecuencia los niños están bajo el cuidado de terceros o permanecen solos sin el acompañamiento necesario de los padres. Esto se evidencia en las dificultades para lograr la participación y compromiso de las familias en el proceso. Las historias de estos niños están llenas de vivencias traumáticas, pérdidas permanentes, cambios frecuentes, estrés, y maltrato. Además de problemas de comportamiento agresivo, se encuentra una alta prevalencia de niños con comportamientos “internalizantes” (retraídos, con síntomas de depresión y ansiedad) y problemas para el aprendizaje escolar (37). En consecuencia, el proyecto se enfrenta con la solicitud de intervención por parte de padres y docentes a problemas para los cuales no está en capacidad de responder. La alta movilidad de las familias ha dificultado la continuidad en la asesoría y el seguimiento de los niños intervenidos.

Por su parte, los docentes presentan dificultades para comunicarse entre sí, resolver sus conflictos, conciliar, hacer cambios en sus esquemas de trabajo, tomar decisiones en conjunto, manejar la tensión del contexto, lo que evidencia climas de trabajo difíciles entre la planta profesoral. El enfoque reflexivo utilizado para la intervención ha servido para restaurar un proceso comunicativo en las escuelas, necesario para que los docentes irradien estos conocimientos y actitudes en su relación con el niño.

Estas dificultades, producto de las condiciones sociales del contexto y las características de los participantes, han impedido la realización del proyecto tal como inicialmente se había concebido. En consonancia con estas dificultades y particularidades de la intervención, se han generado una serie de ajustes a los manuales, instrumentos y procedimientos que se harán con el equipo consultor y ejecutor para lograr una intervención pertinente y adecuada para la comunidad.

No obstante las dificultades, los participantes destacan varios logros que consideran significativos: el hecho de haber reunido a diferentes profesionales en torno a la discusión y acción sobre la prevención de la violencia en la ciudad. La labor de sensibilización con los docentes sobre la importancia de su función en la construcción de una cultura ciudadana basada en valores que fomentan la convivencia pacífica.

Se validan los espacios de interlocución y reflexión entre los docentes. Algunos de éstos reconocen esfuerzos personales por construir vínculos más cálidos con los niños, ser más sensibles a escucharlos, invitarlos a hablar, y dicen no recurrir tan frecuentemente a estrategias agresivas para la solución de conflictos y cumplimiento de normas. Destacan la utilidad de que las familias reconozcan la importancia del acompañamiento, de escuchar a sus hijos, no recurrir al castigo físico, poner normas y hacerlas cumplir.

Esto ha sido resaltado por algunos actores participantes como punto de apoyo necesario para enfrentar las diferentes situaciones difíciles propias del contexto y de sus vidas. Concluido el proceso de ajustes al proyecto, queda como un reto para la Secretaría de Educación, las escuelas, los jardines, las entidades consultoras y ejecutoras desarrollar conjuntamente las actividades necesarias para la institucionalización del proyecto en las escuelas, proceso que garantizará la continuidad de la intervención y el logro esperado de una Convivencia Ciudadana mediada por el respeto y la mediación ♦

REFERENCIAS

1. Last J.M. Scope and methods of prevention. In: J.M. Last (Ed.) Last JM, Wallace RB. (Eds) Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine (13th Ed.) Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1986.
2. Mercy JM, Rosenberg ML, Powell KE, Broome CV, Roper WL. Public Health Policy for Preventing Violence. *Health Affairs* 1993;12(4): 7-29.
3. Rosenberg ML, Mercy JA. Violence: Assaultive Violence. In: Last JM, Wallace RB. (Eds) Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine (13th Ed.) (p.1035) Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1986.
4. Centro de Referencia Nacional sobre la Violencia. Comportamiento de Lesiones de Causa Externa, Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 1998.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, D.C.; 1998 (Publicación Científica No. 569).
6. Ministerio de Salud. Estudio Sectorial de Salud. Documento General. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación; 1990.
7. Ministerio de Salud. La Carga de la Enfermedad en Colombia., Bogotá; 1994.
8. Comisión de Estudios sobre la Violencia. Colombia: Violencia y Democracia. Informe presentado al Ministerio de Gobierno. Bogotá: Centro Editorial Universidad Nacional de Colombia; 1987.
9. Franco S. El Quinto: No Matar. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo; 1999.
10. Reiss AJ, Roth JR. (Eds.). Understanding and Preventing Violence. Washington, D.C.: National Academy Press; 1993.

11. Duque LF. Antecedentes y Evolución del Programa de Convivencia Ciudadana de Medellín. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2000.
12. Klevens J, Roca J. Nonviolent youth in a violent society: Vulnerability and Resilience in the country of Colombia. *Violence and Victims* 1999; 14:311-322.
13. Klevens J, Restrepo O, Roca J, Martínez A. Comparison of offenders with early- and late-starting antisocial behavior in Colombia. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2000; 44 (2):195-204.
14. Klevens J, Roca J, Restrepo O, Martínez A. Risk Factors for Adult Male Criminality. *Criminal Behavior and Mental Health* 2001; 11: 73-85.
15. Tremblay RE, Japel C, Pérusse D, Boivan M, Zoccolillo M, Montplaisir J, McDuff P. The search for age of “onset” of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behavior and Mental Health* 1999; 9: 8-23.
16. Kratzer L, Hodgins S. Adult Outcomes of Child Conduct Problems: A Cohort Study. *J Abnormal Child Psychology* 1997; 1: 65-81.
17. Farrington DP. The Development of Offending and Antisocial Behavior from Childhood: Key Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *J child Psychol Psychiat* 1995; 360: 929-964.
18. Olweus D. Stability of aggressive reaction patterns in males. A review. *Psychological Bulletin* 1979; 86:852-875.
19. Loeber R. Stability of antisocial behavior: A review. *Child Development* 1982; 53:1431-1446.
20. Tracy PE, Wolfgang ME, Figlio RM. *Delinquency careers in two birth cohorts*. New York: Plenum Press; 1990.
21. Hawkins JD, Herrenkohl T, Farrington DP, Brewer D, Catalano RF, Harachi TW. A review of predictors of Youth Violence. In: R Loeber, DP Farrington (Eds.) *Serious and Violent Juvenile Offenders. Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998. p 106-146.
22. Klevens J. Lesiones de Causa Externa: Factores de Riesgo y Medidas de Prevención. Santa Fé de Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 1998.
23. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. In: DJ Peplar, KH Rubin (Eds.) *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1991.
24. Rothbaum F, Weisz J. Parental care giving and child externalizing behavior in non-clinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 1994; 116: 55-74.
25. Widom C. The cycle of violence. *Science* 1989; 244: 160-166.
26. Dodge KA. The Structure and Function of Reactive and Proactive Aggression. In: DJ Peplar, KH Rubin., *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1991.
27. Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In Tonry N, Norris M. (Eds) *Crime and Justice: An annual review of research*. Chicago: University of Chicago Press, Vol .7; 1986.
28. Slaby R.G, Guerra N.G. Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders. *Developmental Psychology* 1988; 24: 580-588.
29. Holtzworth-Munroe A, Hutchinson G. Attributing negative intent to wife behavior: The attributes of maritally violent versus non-violent men. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 102: 206-211.
30. Holtzworth-Munroe A. Social skills deficits in maritally violent men: Interpreting the data using a social information processing model. *Clinical Psychology Review* 1992; 12: 605-617.
31. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk Factors and Context of Men Who Physically Abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse and Neglect* 2000; 24: 323-332.
32. Klevens J. *Prevención Temprana de la Violencia: Modelos de Intervención*, 2000. Corporación Presencia Colombo Suiza-Secretaría de Educación Medellín.
33. Sherman LW, Gottfredson D, MacKenzie D, Eck J, Reuter P, Bushway S. *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising*. Washington, D.C.: Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice; 1997.
34. Tolan PH, Guerra N. *What works in reducing adolescent violence?: an empirical review of the field*. Center for the Study and Prevention of Youth Violence. Boulder: University of Colorado; 1994.

35. Wasserman GA, Miller LS. The Prevention of Serious and Violent Juvenile Offending. In: R Loeber, DP Farrington (Eds.) *Serious & Violent Juvenile Offenders. Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998. p 197-247.
36. Tremblay RE, Le Marquand D, Vitaro F. The prevention of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. In: HC Quay, AE Hogan (Eds.). *Handbook of Disruptive Behaviors*. New York: Kluwer Academic/Plenum; 1999.
37. Offord DR, Chmura Kraemer H, Kazdin AE, Jensen P, Harrington, R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 686-694.
38. Neymeyer. *Casos de Terapia de Constructos Personales*. Buenos Aires: Desclee; 1992.
39. Slaby RG, Roedell WC, Arezzo D, Hendrix K. *Early Violence Prevention: Tools for Teachers of Young Children*. (Cap. 1-7, 9-11) Washington, DC: National Association for the Education of Young Children; 1995.
40. Dinkmeyer D, McKay GD. *STEP: Systematic Training for Effective Parenting*; 1989.
41. McGinnis E, Goldstein AP. *Skill-streaming in early childhood: Teaching prosocial skills to the preschool and kindergarten child*. Champaign, IL: Research Press; 1990.
42. McGinnis E, Goldstein AP. *Skill-streaming the elementary school child*. Champaign, IL: Research Press; 1997.
43. Shure M. *Raising a Thinking Child: Help your young child resolve conflicts and get a long with others*. New York: Pocket Books; 1994.
44. Gavia MB, Giraldo CA, Salinas ML, Agudelo LM, Wiedemann JH, León RA. *Comportamientos psicosociales y trastornos deficitarios en escolares de 3 a 11 años de la ciudad de Medellín, 2001*. Universidad de Antioquia. Biblioteca Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín; 2001.