

Papel del pediatra en la prevención de la violencia juvenil

Committee on injury, Violence, and poison Prevention

La violencia juvenil sigue constituyendo una grave amenaza para la salud de los niños y los adolescentes en Estados Unidos. Es crucial que los pediatras definan claramente su papel y desarrollen las capacidades adecuadas para abordar eficazmente esta amenaza. Desde el punto de vista clínico, los pediatras deben familiarizarse con *Connected kids: safe, strong, secure*, el protocolo de la American Academy of Pediatrics para la prevención de la violencia en la atención primaria. Mediante este material se puede incorporar a la consulta la formación preventiva, la detección sistemática del riesgo y los enlaces con los recursos comunitarios de asesoramiento y tratamiento. En su papel de defensores, los pediatras pueden ofrecer información recién obtenida sobre factores cruciales de riesgo, como la exposición a las armas de fuego, la violencia en las relaciones sentimentales de los adolescentes y el acoso escolar, a los responsables de la política local y nacional. Esta pauta refina el desarrollo del papel de los pediatras en la prevención de la violencia juvenil y subraya la importancia de este asunto en la agenda estratégica de la American Academy of Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

La revisión periódica de 1.632 miembros de la American Academy of Pediatrics (AAP), realizada por el AAP Task Force on Violence a finales de los años noventa, indicó que la lesión como consecuencia de la violencia es un problema sustancial que afrontan los pediatras en las consultas de todo el país¹. Más de la mitad de los que respondieron informó haber visitado recientemente a un niño que había padecido una lesión intencionada como consecuencia de un maltrato infantil, y más de la tercera

Este documento está protegido por copyright y es propiedad de la American Academy of Pediatrics y su Board of Directors. Todos los autores han cumplimentado los informes de conflictos de intereses y los han entregado a la American Academy of Pediatrics. Cualquier conflicto se resolverá mediante un proceso aprobado por el Board of Directors. La American Academy of Pediatrics no ha solicitado ni aceptado implicación comercial alguna en el desarrollo del contenido de esta publicación.

Todas las declaraciones apoyadas por la American Academy of Pediatrics expirarán automáticamente 5 años después de su publicación a menos que sean confirmadas, revisadas o retiradas antes o en este momento.

parte indicó haber tratado recientemente a un niño con una lesión resultante de la violencia en el hogar o en la comunidad. La mayoría de los pediatras cree que debe desempeñar un papel importante en la prevención de estas lesiones. Y hay pruebas que sugieren que los padres y los dirigentes de la comunidad también perciben un papel crucial de los pediatras en la prevención de la violencia juvenil²⁻⁴. Sin embargo, muchos pediatras se sienten poco preparados para detectar sistemáticamente y tratar las formas de violencia distintas al maltrato infantil.

En 1999, la AAP publicó una exhaustiva pauta que subrayó y definió el emergente papel de los pediatras en la prevención de la violencia juvenil⁵. Este informe representó la culminación de 3 años de trabajo estratégico y focalizado y destacó las posibles intervenciones a incluir en la consulta de puericultura y de asistencia preventiva. La pauta de 1999 también identificó las oportunidades de los pediatras para asumir papeles de dirección en la formación para la prevención de la violencia y la defensa en el ámbito comunitario y fuera de la consulta.

Aunque el conocimiento de la violencia juvenil como tema clave en Pediatría aumentó desde la publicación de la pauta de 1999, los resultados de la revisión periódica de la AAP han demostrado la sostenida necesidad de formación y apoyo a los pediatras^{6,7}. Por ello, la prevención de las lesiones por violencia ha alcanzado mayor prioridad en la AAP⁸ y se han instaurado varias iniciativas, como el AAP Violence Prevention Symposium (2003); la National Chapter Injury Prevention Conference (2005); la convocatoria de un subcomité para la prevención de la violencia por el National Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention (2005), y la publicación de *Connected kids: safe, strong, secure*⁸ (2006). Tanto en el plano de la política de la organización como en el de la práctica clínica, la AAP se esfuerza en preparar y hacer intervenir a los pediatras en actividades específicas dirigidas a disminuir la carga de lesiones intencionadas que sufren los niños en Estados Unidos.

Esta pauta revisada actualiza la evolutiva epidemiología de la lesión intencionada, identifica temas importantes y emergentes relacionados con la prevención de la violencia en los niños y reafirma los postulados básicos que apoyan las recomendaciones efectuadas en la pauta original, hace 10 años. Las nuevas áreas clave destacadas en esta pauta revisada incorporan nuevas informaciones y recursos acerca del acoso escolar y la violencia

en las relaciones sentimentales, y ofrecen nuevas guías de asesoramiento específico para los pediatras.

GENERALIDADES

Durante las 2 últimas décadas del siglo xx, la violencia emergió como un importante problema de salud pública que afecta desproporcionadamente a los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes. Pese a la reciente declinación de las tasas de muertes violentas, lesiones no fatales por arma de fuego y comportamientos relacionados con la violencia, como las peleas y llevar armas de fuego⁹⁻¹⁵, el homicidio sigue siendo la segunda causa de muerte en los niños de 1 a 19 años de edad^{16,17}. Persisten significativas disparidades étnicas en la exposición juvenil a la violencia. Por ejemplo, el homicidio es la segunda causa de muerte en Estados Unidos para los niños de 15 a 19 años de edad, pero es la primera entre las personas de raza negra de 15 a 24 años de edad¹⁸.

Los análisis horizontales han demostrado que las tasas de comportamientos relacionados con la violencia de los adolescentes de este país son similares a las internacionales, aunque Estados Unidos continúa a la cabeza del mundo industrializado en las tasas de homicidio y suicidio juvenil¹⁹⁻²¹. Cerca del 3% de los gastos médicos directos de este país están relacionados con lesiones por asalto interpersonal, y el coste total para la sociedad de la violencia por arma de fuego es cercano a los 100.000 millones de dólares, de los que 15.000 son atribuibles a las lesiones infantiles por arma de fuego²²⁻²⁴.

Los posibles riesgos y consecuencias conductuales asociados con la exposición durante la primera infancia a la violencia en el domicilio, ser testigos de violencia en la comunidad, o ambas situaciones, son profundos. Durante la última década, se ha prestado mucha atención académica a determinar los factores que imponen riesgo o fomentan la resistencia²⁵⁻²⁸. Se reconoce la existencia de un gran solapamiento entre los factores contextuales, como la dinámica familiar, las normas comunitarias y las creencias y prácticas culturales, que desempeñan un papel crucial en la determinación de los resultados individuales²⁹. Los pediatras de atención primaria visitan habitualmente a jóvenes implicados en comportamientos relacionados con la violencia y están en posición particularmente buena para asesorar a los padres y los cuidadores³⁰. También es probable que los pediatras conozcan los recursos comunitarios, como los programas de visita domiciliaria prenatal y de intervención temprana, que han sido prometedores en la disminución de la carga de lesión intencionada soportada por los niños pequeños^{31,32}.

Se han desarrollado numerosas intervenciones prometedoras de atención primaria, pero pocas han sido evaluadas de forma científicamente controlada³³⁻³⁵. En este sentido, varias entidades gubernamentales de salud y medicina organizada, como los Centers for Disease Control and Prevention, la Office of the Surgeon General, la American Medical Association y la Agency for Healthcare Research and Quality, han tratado de sintetizar la creciente bibliografía de investigación en esta área para ayudar a identificar los abordajes eficaces³⁶⁻³⁹. La AAP también ha elaborado y publicado una serie de pautas y otros informes relacionados específicamente con el enfoque de la violencia juvenil desde el punto de vista de

la mejor práctica, basada en pruebas⁴⁰⁻⁴³. Sin embargo, el esfuerzo más exhaustivo realizado hasta ahora por la AAP es el protocolo de prevención de la violencia en atención primaria titulado *Connected kids: safe, strong, secure*. Desarrollado como proyecto multianual financiado en parte por la Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention del Department of Justice, *Connected kids* es un recurso meticulosamente elaborado dirigido específicamente a facilitar la capacidad del profesional de atención primaria para incorporar herramientas y mensajes de prevención de la lesión intencionada a la práctica diaria.

Otro desarrollo importante y reciente en el campo de la prevención de la violencia ha sido el reconocimiento de la importancia primordial de los factores de resistencia que permiten la adaptación al estrés a los niños y a los adultos jóvenes, incluyendo las exposiciones a la violencia. El apoyo científico al papel crucial de la resistencia proviene de una serie de fuentes, entre ellas los datos del National Longitudinal Study of Adolescent Health^{26,28}. Este informe analiza *Connected kids*, la prevención del acoso escolar y la violencia en las relaciones sentimentales. Los temas relacionados de las armas de fuego y la violencia en los medios de comunicación^{42,43} se incluyen en otras pautas de la AAP.

CONNECTED KIDS: SAFE, STRONG, SECURE

Connected kids: safe, strong, secure es un programa de la AAP lanzado en 2005 que aborda la prevención de la violencia en el contexto de la asistencia sanitaria habitual a los niños. El desarrollo de *Connected kids* contó con las aportaciones de más de 100 expertos, así como de los padres y los adolescentes, en un proceso de 3 años de duración^{8,44,45}. El producto final de la AAP consiste en una guía clínica, 21 folletos de información para los padres y los pacientes y materiales de formación como apoyo (tablas 1-3).

Dado el reciente reconocimiento de la primordial importancia de la resistencia individual y familiar antes analizado, el programa *Connected kids* efectúa un abordaje basado en la fuerza de la guía por anticipado, que ayuda a los padres y a las familias a criar niños resistentes. Este enfoque desemboca en un abordaje mucho más amplio de la guía por anticipado que los anteriores enfoques, basados en el riesgo. Además, cada área temática aborda específicamente la ecología social de la infancia mediante la inclusión de información acerca del desarrollo del niño, los sentimientos y las reacciones de los padres en respuesta al desarrollo y el comportamiento del niño y sugerencias prácticas para ayudar a las familias a comunicarse con los recursos comunitarios existentes⁴⁶. Las pruebas cualitativas de campo y de factibilidad, realizadas a principios de 2005, consiguieron resultados extraordinarios, y está prevista la rigurosa evaluación del programa, que utilizó las redes de consultas instauradas. El primer ensayo aleatorizado controlado publicado de una intervención en atención primaria diseñada para modificar la intervención de la juventud en el comportamiento violento demostró su eficacia para disminuir tanto las peleas como las lesiones relacionadas con ellas⁴⁷. La disponibilidad de una herramienta de la AAP como *Connected kids* es muy prometedora y podría afectar de forma similar a los niños de todo el país en cuanto los

TABLA 1. Recurso de formación de la AAP *Connected kids: safe, strong, secure: lactancia y primera infancia*

LACTANCIA Y PRIMERA INFANCIA: VISITAS PRENATAL A 4 AÑOS DE EDAD			
Visita	Presentar	Reforzar	Folletos
2 días a 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Qué hacen los niños • Afrontar la frustración de los padres • Salud mental de los padres • Apoyo a los padres⁷⁹ 		1. Welcome to the World of Parenting!
2 y 4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del niño⁸⁰ • Familia⁷⁹ • Ambiente seguro⁸¹ • Estilo de crianza⁸² • Apego y unión 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud mental de los padres • Apoyo a los padres 	2. Parenting Your Infant
6 y 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de rutinas • Disciplina = Enseñanza⁸² • Disminución del acceso del niño a las armas de fuego⁴² • Modelado del comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a los padres • Cuidados del niño • Ambiente seguro • Apego y unión 	3. How Do Infants Learn? 4. Your Child Is On the Move: Reduce the Risk of Gun Injury
12 y 15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y comportamiento del niño⁸² 	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de crianza • Disminución del acceso del niño a las armas de fuego • Modelado del comportamiento • Ambiente seguro • Apoyo a los padres • Disminución del acceso del niño a las armas de fuego • Desarrollo y comportamiento del niño 	5. Teaching Good Behavior: Tips on How to Discipline
18 meses y 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Bienes del niño • Participación guiada 		6. Playing Is How Toddlers Learn 7. Pulling the Plug on TV Violence
3 y 4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Medios de comunicación^{43,83} • Juego con compañeros • Seguridad en el domicilio de otras personas⁴² • Hablar sobre las emociones • Promoción de la independencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de rutinas • Modelado del comportamiento • Participación guiada 	8. Young Children Learn a Lot When They Play

TABLA 2. Recurso de formación de la AAP *Connected kids: safe, strong, secure: segunda infancia*

SEGUNDA INFANCIA: VISITAS DE 5 A 10 AÑOS DE EDAD			
Visita	Presentar	Reforzar	Folletos
5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de rutinas y fijación de límites⁸² 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y comportamiento del niño • Bienes del niño • Seguridad en el domicilio de otras personas • Promoción de la independencia 	9. Growing Independence: Tips for Parents of Young Children
6 años	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de enseñanza • Prevención del acoso escolar • Tiempo extraescolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelado del comportamiento • Establecimiento de rutinas y fijación de límites 	10. Bullying: It's Not OK
8 años	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicaciones escolares • Prevención del abuso de alcohol y de drogas⁸⁴ • Habilidades interpersonales 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del acceso del niño a las armas de fuego • Promoción de la independencia • Establecimiento de rutinas y fijación de límites • Acoso escolar 	11. Drug Abuse Prevention Starts With Parents 12. Friends Are Important: Tips for Parents
10 años	<ul style="list-style-type: none"> • Salud mental infantil • Rendimiento escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Medios de comunicación • Tiempo extraescolar 	13. Everybody Gets Mad: Helping Your Child Cope with Conflict

pediatras se acostumbren a utilizarla en su práctica. *Connected kids* está coordinado con la tercera edición de *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*⁴⁸ y ofrece ayuda en la instauración de los temas psicosociales y de seguridad de *Bright futures*. Se dispone de más información en la página web de la AAP (www.aap.org).

ACOSO ESCOLAR

El acoso escolar es un tipo de agresión en el que uno o más niños intimidan, hostigan o dañan físicamente, de forma reiterada e intencionada, a una víctima que se percibe como incapaz de defenderse^{49,50}. Un tema de creciente preocupación ha sido la asociación del comportamiento de acoso escolar, especialmente en los niños en edad escolar, con el posterior desarrollo de comportamientos de agresiones graves. Un análisis exhaustivo,

estimulado por los raros pero muy destacados acontecimientos escolares con numerosas muertes de Pearl, Misisipi; West Paducah, Kentucky; Jonesboro, Arkansas; Springfield, Oregón, y Littleton, Colorado, a finales de los años noventa, llamó la atención de la posible gravedad de un acoso escolar precursor⁵¹. Varias organizaciones médicas profesionales, como la American Medical Association y la Society for Adolescent Medicine, han dirigido la atención, mediante pautas formales o resoluciones, hacia el tema del acoso escolar juvenil, a menudo en el contexto de un problema más amplio de la violencia juvenil^{52,53}. Además, la Health Resources and Services Administration del US Department of Health and Human Services lanzó hace poco la fase II de una gran campaña multianual de conocimiento con el título “Take a stand, lend a hand: stop bullying now”⁵⁴.

Aunque el acoso escolar en los niños escolares ha sido descrito en otras partes del mundo, hasta hace poco se

TABLA 3. Recurso de formación de la AAP *Connected kids: safe, strong, secure: adolescencia*

ADOLESCENCIA			
Visita	Presentar	Reforzar	Folletos
<i>Temprana:</i>	• Tiempo de reunión de la familia	• Disminuir el acceso de la juventud a las armas de fuego • Establecimiento de rutinas y fijación de límites • Prevención del abuso de alcohol y de drogas • Rendimiento escolar	14. Talking With Your Teen: Tips for Parents
11 a 14 años	• Relaciones con los compañeros • Sistema de apoyo • Mantenerse seguro • Salud mental del adolescente • Capacidades de resolución de conflictos • Relaciones sentimentales saludables • Consecución de la independencia • Planes para el futuro	• Prevención del abuso de alcohol y de drogas • Relaciones con los compañeros • Relaciones sentimentales saludables • Consecución de la independencia	15. Staying Cool When Things Heat Up 16. Expect Respect: Healthy Relationships 17. Teen Dating Violence: Tips for Parents 18. Teen Suicide and Guns
<i>Media:</i>			19. Next Stop – Adulthood: Tips for Parents
15 a 17 años	• Armas de fuego y prevención del suicidio, incluyendo la disminución del acceso del niño a las armas de fuego ^{42,85} • Prevención de la depresión ⁸⁸ • Resistencia	• Relaciones con los compañeros • Planes para el futuro • Prevención de la depresión	20. Help Stop Teenage Suicide 21. Connecting With Your Community
<i>Tardía:</i> 18 a 21 años	• Transición a la independencia • Negociación de un nuevo ambiente (después del bachillerato)		

carecía de la caracterización epidemiológica de la profundidad y la extensión del problema en Estados Unidos. Nansel et al⁵⁵, del Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development de los National Institutes of Health, han creado un grupo de trabajo sobre la epidemiología del acoso escolar y están analizando comparativamente conjuntos de datos tanto nacionales como internacionales. Han establecido una prevalencia inicial del 30% de los niños acosadores, acosados, o en ambas situaciones, partiendo de una gran muestra de alumnos de 6.º a 10.º grado⁵⁶. También han empezado a analizar críticamente las verdaderas asociaciones del acoso escolar con algunos de los marcadores tradicionales del comportamiento relacionado con la violencia, incluyendo llevar armas y las peleas frecuentes. Tanto acosar como ser acosado se asocian con mayores tasas de llevar armas y de peleas suficientemente intensas para producir lesiones^{57,58}. Estas asociaciones parecieron ser más intensas en los acosadores que en las víctimas. También son muy preocupantes las más sutiles consecuencias psicosociales que pueden asociarse con el comportamiento de acoso, incluyendo el posterior desarrollo de depresión y las ideas suicidas^{59,60}. Es muy probable que estos problemas provengan de los comportamientos de acoso escolar indirecto, relacional, que son más típicos de las niñas y pueden ser muy difíciles de identificar⁶¹.

Una creciente bibliografía también ha empezado a explorar la relación del acoso escolar con alteraciones somáticas, enfermedades y el desarrollo de exposiciones a largo plazo y los resultados manifiestos en la edad adulta⁶²⁻⁶⁵. La aparición de tecnologías portátiles, como los teléfonos móviles, las cámaras digitales y las agendas electrónicas, y el fácil acceso a redes sociales en internet han desembocado en el advenimiento de un comportamiento de acoso escolar ayudado por la tecnología, fenómeno conocido como “ciberacoso”^{66,67}.

Los investigadores europeos llevan más de 30 años de trabajo en el desarrollo de intervenciones para la prevención del acoso escolar. Los programas de mayor éxito se han instaurado en Escandinavia y se basan en el modelo

desarrollado por el investigador noruego Dan Olweus⁶⁸. El programa de prevención del acoso escolar Olweus es un modelo escolar que ha sido repetido, refinado y evaluado internacionalmente en numerosas ocasiones. Olweus propone intervenciones programáticas específicas en el plano escolar, del aula e individual basándose en la idea de que cada episodio de acoso escolar afecta a 3 grupos de niños: el acosador y sus acólitos, las víctimas y los transeúntes. Sin embargo, en la bibliografía revisada por profesionales son pocos los informes que describen la instauración y la evaluación controlada del programa de prevención del acoso escolar Olweus en Estados Unidos⁶⁹. Está claro que en este país se debe aceptar primero que los comportamientos de acoso escolar no pueden ser considerados como un rito de transición y que pueden ser precursores de consecuencias más graves. En la prevención primaria, se ha demostrado que los comportamientos tempranos de crianza, como la estimulación cognitiva y el apoyo emocional, confieren resistencia frente al futuro desarrollo de comportamientos de acoso escolar en los niños de las escuelas elementales⁷⁰. La promoción y el refuerzo de estas capacidades de crianza y el reconocimiento, la detección sistemática y la oportuna derivación como estrategias de prevención secundaria son maneras esenciales con que los pediatras pueden contribuir colectivamente a este aspecto de la prevención de la violencia juvenil.

VIOLENCIA EN LAS RELACIONES SENTIMENTALES

La última década también ha llamado más la atención sobre la violencia en las relaciones durante la adolescencia, específicamente la violencia en las relaciones sentimentales de las adolescentes. Según la definición del caso y la metodología de la notificación, las estimaciones de la prevalencia de la violencia en las relaciones sentimentales de las adolescentes se han cifrado entre el 9% y el 46%⁷¹⁻⁷³. Dado que la mayoría de los adolescentes estadounidenses tienen relaciones sentimentales mediada la adolescencia^{74,75}, es importante que los pediatras conozcan los precursores, los síntomas y los comportamientos

asociados con la violencia en las relaciones sentimentales adolescentes. De acuerdo con el punto de vista del desarrollo, los nacientes esfuerzos de prevención en esta área se han centrado principalmente en las intervenciones dirigidas a grupos de compañeros. Uno de estos programas escolares, que utilizó una metodología aleatorizada controlada, demostró su eficacia en la disminución de las tasas autonotificadas de victimización y perpetración de violencia en las relaciones sentimentales adolescentes a intervalos de hasta 4 años de la intervención⁷⁶⁻⁷⁸.

Como las oportunidades de intervención orientada a la asistencia habitual son más limitadas en la adolescencia y la preadolescencia, es importante que los pediatras aprovechen y se propongan como recursos comunitarios a las entidades que más influyen sobre el desarrollo del comportamiento adolescente. Entre ellas están, indudablemente, los centros de enseñanza media y de bachillerato y, según la constitución específica de la comunidad, también podría incluir organizaciones basadas en la fe, clubs locales de chicos y chicas u otras organizaciones prosociales. No obstante, es más crucial el papel del pediatra como fuente de información para los padres y las familias. La guía temprana por anticipado sobre el desarrollo cognitivo y social del adolescente, la dinámica de las relaciones y los riesgos de la violencia en las relaciones sentimentales adolescentes es de capital importancia en la estrategia de prevención primaria. Los materiales de *Connected kids: safe, strong, secure* para la adolescencia temprana incluye un folleto de "ideas para los padres" sobre la violencia en las relaciones sentimentales adolescentes (tablas 1-3). Estos materiales y las llamadas asociadas se encuentran en formato electrónico para facilitar la incorporación en registros sanitarios electrónicos y herramientas asociadas de apoyo a la decisión.

PAPEL DEL PEDIATRA: RECOMENDACIONES

Son 4 los terrenos en los que los pediatras deben esperar utilizar sus habilidades e influencia en la instauración de estrategias de prevención de la violencia juvenil: la práctica clínica, la defensa, la formación y la investigación.

Práctica clínica

La práctica clínica para la intervención, el tratamiento y la prevención de la violencia juvenil debe incluir:

- La familiaridad en el manejo del protocolo de prevención de la violencia en atención primaria *Connected kids: safe, strong, secure*.
- El empleo de un abordaje exhaustivo, como el protocolo *Connected kids* para la guía por anticipado, la detección sistemática y el asesoramiento a los niños y las familias en el curso de las visitas rutinarias de salud (los elementos clave del protocolo deben incorporarse a las hojas de consulta o a las llamadas del registro electrónico de salud basadas en la edad; los materiales de formación de padres y jóvenes deben ser fácilmente accesibles, bien como material impreso, bien impresos en el momento de la visita).

- El tratamiento adecuado y oportuno, la derivación por problemas identificados relacionados con la violencia, o ambos.

- El mantenimiento de una base de datos exacta de los recursos comunitarios de asesoramiento y tratamiento. Cuando sea oportuno, esta base de datos debe ser accesible mediante el sistema de registro electrónico de la consulta o tener un enlace en las páginas web interna y externa de la consulta.

Defensa

Los pediatras deben defender:

- Los adecuados servicios comunitarios públicos de salud del comportamiento.
- La protección de los niños de la exposición a las armas de fuego.
- El conocimiento del acoso escolar por los maestros, los administradores educacionales, los padres y los niños, junto con la adopción de los programas de prevención basados en pruebas.
- La programación responsable en televisión, vídeo, cable, internet y los formatos de videojuegos que disminuyen al mínimo la exposición a las imágenes, los mensajes y los temas violentos.
- El papel de los profesionales sanitarios como adecuados mensajeros de salud pública mediante medios impresos, electrónicos o en internet.
- La incorporación de contenidos relacionados con la prevención de la violencia juvenil en registros sanitarios electrónicos, incluyendo llamadas a la detección sistemática y enlaces a materiales de formación de los padres.

Formación

Los pediatras deben aprovechar todas las oportunidades para aprender más de la prevención de la violencia mediante:

- La formación médica continuada formal o los programas de desarrollo profesional.
- El aprendizaje de los recursos de la comunidad para niños y adolescentes.
- Cursos electivos o rotaciones en la Facultad de medicina o en formación de posgrado.

Investigación

Los pediatras pueden contribuir a la investigación necesaria mediante:

- La participación en la investigación en la práctica en el área de la prevención de la violencia juvenil.
- La contribución con datos a los sistemas implantados de supervisión de las lesiones intencionadas.
- La defensa de sistemas de supervisión de lesiones apoyados por el municipio, obligatorios por la legislación y localmente activos.

COMMITTEE ON INJURY, VIOLENCE, AND POISON PREVENTION, 2006-2007

Gary A. Smith, MD, DrPH, Presidente

Carl R. Baum, MD

M. Denise Dowd, MD, MPH

Dennis R. Durbin, MD, MSCE

Kyran P. Quinlan, MD, MPH
Robert D. Sege*, MD, PhD
Michael S. Turner, MD
Jeffrey C. Weiss, MD
Joseph L. Wright*, MD, MPH

COORDINADORES

Julie Gilchrist, MD, Centers for Disease Control and Prevention
Lynne Haverkos, MD, MPH, Eunice Kennedy Shriver National
Institute of Child Health and Human Development
Jonathan Midgett, PhD, US Consumer Product Safety
Commission
Lori Roche, Health Resources and Services Administration/
Maternal and Child Health Bureau
Alexander Sinclair, National Highway Traffic Safety
Administration
Lynne J. Warda, MD, Canadian Paediatric Society

PERSONAL

Bonnie Kozial

*Autores principales

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Periodic Survey of Fellows #38 executive summary: pediatrician's views on the treatment and prevention of violent injuries to children [consultado 23/1/2008]. Disponible en: www.aap.org/research/periodicsurvey/ps38exs2.htm
2. American Academy of Pediatrics. New AAP tools to focus on violence prevention, management. AAP News. 2002; 20(2):66.
3. Barkin S, Ryan G, Gelberg L. What pediatricians can do to further youth violence prevention: a qualitative study. *Inj Prev*. 1999;5(1):53-8.
4. Wright JL. Training healthcare professionals in youth violence prevention: closing the gap. *Am J Prev Med*. 2005; 29(5 Suppl 2):296-8.
5. American Academy of Pediatrics, Task Force on Violence. The role of the pediatrician in youth violence prevention in clinical practice and at the community level. *Pediatrics*. 1999;103(1):173-81.
6. Trowbridge MJ, Sege RD, Olson L, O'Connor K, Flaherty E, Spivak H. Intentional injury management and prevention in pediatric practice: results from 1998 and 2003 American Academy of Pediatrics Periodic Surveys. *Pediatrics*. 2005; 116(4):996-1000.
7. American Academy of Pediatrics. Academy heeds call to work for child injury prevention. AAP News. 2005;26(7): 19.
8. Sege RD, Flanigan E, Levin-Goodman R, Licenziato VG, De Vos E, Spivak H; American Academy of Pediatrics. American Academy of Pediatrics' Connected Kids program: case study. *Am J Prev Med*. 2005;29(5 Suppl 2): 215-9.
9. Cheng TL, Wright JL, Fields CB, et al. Violent injuries among adolescents: declining morbidity and mortality in an urban population. *Ann Emerg Med*. 2001;37(3):292-300.
10. Fingerhut LA, Ingram DD, Feldman JJ. Homicide rates among US teenagers and young adults: differences by mechanism, level of urbanization, race, and sex, 1987 through 1995. *JAMA*. 1998;280(5):423-7.
11. Brener ND, Simon TR, Krug EG, Lowry R. Recent trends in violence-related behaviors among high school students in the United States. *JAMA*. 1999;282(5):440-6.
12. Cherry D, Annest JL, Mercy JA, Kresnow M, Pollock DA. Trends in nonfatal and fatal firearm-related injury rates in the United States, 1985-1995. *Ann Emerg Med*. 1998;32(1): 51-9.
13. Sege RD, Kharasch S, Perron C, et al. Pediatric violence-related injuries in Boston: results of a city-wide emergency department surveillance program. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(1):73-6.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Violence-related behaviors among high school students: United States, 1991-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004;53(29): 651-5.
15. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 2005. *MMWR Surveill Summ*. 2006;55(SS-05):1-108.
16. National Center for Injury Prevention and Control. Youth violence: facts at a glance [consultado 15/5/2009]. Disponible en: www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/YV-DataSheet-a.pdf
17. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [base de datos online; consultado 23/1/2008]. Disponible en: www.cdc.gov/injury/wisqars
18. Cheng TL, Haynie D, Brenner R, Wright JL, Chung SE, Simons-Morton B. Effectiveness of a mentor-implemented, violence prevention intervention for assault-injured youths presenting to the emergency department: results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2008;122(5):938-46.
19. US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. US teens in our world [consultado 23/1/2008]. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2003. Disponible en: www.mchb.hrsa.gov/mchirc/_pubs/us_teens/index.htm
20. Smith-Khuri E, Iachan R, Scheidt PC, et al. A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(6):539-44.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Rates of homicide, suicide, and firearm-related death among children: 26 industrialized countries. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1997;46(5):101-5.
22. Snyder H, Sickmund M. Juvenile Offenders and Victims: 1999 National Report. Washington, DC: US Department of Justice, National Center for Juvenile Justice; 1999.
23. Rice DP, Max W. The high cost of injuries in the United States. *Am J Public Health*. 1996;86(1):14-5.
24. Cook PJ, Ludwig J. The costs of gun violence against children. *Future Child*. 2002;12(2):86-99.
25. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Violence risk and protective factors among youth held back in school. *Ambul Pediatr*. 2002;2(6):475-84.
26. Resnick MD, Ireland M, Borowsky I. Youth violence perpetration: what protects? What predicts? Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Adolesc Health*. 2004;35(5):424.e1-424.e10.
27. Sege R, Stringham P, Short S, Griffith J. Ten years after: examination of adolescent screening questions that predict future violence-related injury. *J Adolesc Health*. 1999;24(6): 395-402.
28. Borowsky IW, Ireland M. Predictors of future fight-related injury among adolescents. *Pediatrics*. 2004;113(3 Pt 1): 530-6.
29. Rivara FP, Shepherd JP, Farrington DP, Richmond PW, Cannon P. Victim as offender in youth violence. *Ann Emerg Med*. 1995;26(5):609-14.
30. Cheng TL, Schwarz D, Brenner RA, et al. Adolescent assault injury: risk and protective factors and locations of contact for intervention. *Pediatrics*. 2003;112(4):931-8.
31. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR, et al. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;278(8):644-52.
32. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, et al. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2007;120(4). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/4/e832
33. Johnston BD, Rivara FP, Drosos RM, Dunn C, Copass MK. Behavioral change counseling in the emergency department to reduce injury risk: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002; 110(2 Pt 1):267-74.
34. Zun LS, Downey L, Rosen J. The effectiveness of an emergency department-based violence prevention program. *Am J Emerg Med*. 2006;24(1):8-13.

35. Cheng TL, Wright JL, Diane M, Copeland-Linder N, Men-vielle E. Randomized trial of a case management program for assault-injured youth: impact on service utilization and risk for re-injury. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24(3):130-6.
36. Thornton TN, Craft CA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K, editores. Best practices of youth violence prevention: A sourcebook for community action. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2000.
37. US Department of Health and Human Services. Youth violence: a report of the surgeon general. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2001.
38. American Medical Association, Commission for the Prevention of Youth Violence. Youth and violence: medicine, nursing and public health – Connecting the dots to prevent violence. Chicago, IL: American Medical Association; 2000.
39. Chan LS, Kipke MD, Schneir A, et al. Preventing violence and related health-risking social behaviors in adolescents. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. AHRQ publication No. 04-E032-1.
40. American Academy of Pediatrics, Task force on adolescent assault victim needs. Adolescent assault victim needs: a review of issues and a model protocol. *Pediatrics*. 1996;98(5):991-1001.
41. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The new morbidity revisited: a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. *Pediatrics*. 2001;108(5):1227-30.
42. American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention. Firearm-related injuries affecting the pediatric population. *Pediatrics*. 2000;105(4 Pt 1):888-95.
43. American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. Media violence. *Pediatrics*. 2001;108(5):1222-6.
44. De Vos E, Spivak H, Hatmaker-Flanigan E, Sege RD. A Delphi approach to reach consensus on primary care guidelines regarding youth violence prevention. *Pediatrics*. 2006;118(4). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/4/e1109
45. Sege R, Hatmaker-Flanigan E, De Vos E, Levin-Goodman R, Spivak H. Anticipatory guidance and violence prevention: results from family and pediatrician focus groups. *Pediatrics*. 2006;117(2):455-63.
46. Bronfenbrenner U, Moen P, Garbarino J. Child, family, and community. En: Parke R, editor. Review of child development research. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1984. p. 283-328.
47. Borowsky IW, Mozayeny S, Stuenkel K, Ireland M. Effects of a primary care-based intervention on violent behavior and injury in children. *Pediatrics*. 2004;114(4). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/4/e392
48. American Academy of Pediatrics, Bright Futures Steering Committee. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, editores. 3.^a ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2007.
49. Glew G, Rivara F, Feudtner C. Bullying: children hurting children. *Pediatr Rev*. 2000;21(6):183-9.
50. Olweus D. Bullying at school: What we know and what we can do. Cambridge, MA: Blackwell Publishers; 1993.
51. Vossekuil B, Fein RA, Reddy M, Borum R, Modzeleski W. The final report and findings of the safe school initiative: Implications for the prevention of school attacks in the United States [consultado 23/1/2008]. Washington, DC: US Secret Service and US Department of Education; 2004. Disponible en: www.ustreas.gov/usss/ntac/ssi_final_report.pdf
52. Wright J. Bullying among children and youth: a pediatrician's perspective. En: Fleming M, Towey KJ, Limber SP, et al, editores. Educational forum on adolescent health: Youth bullying. Chicago, IL: American Medical Association; 2002. p. 22-5.
53. Eisenberg ME, Aalsma MC. Bullying and peer victimization: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 2005;36(1):88-91.
54. Health Resources and Services Administration. Stop bullying now [consultado 23/1/2008]. Disponible en: www.stopbullyingnow.hrsa.gov
55. Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan WJ; Health Behaviour in School-aged Children Bullying Analyses Working Group. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(8):730-6.
56. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001;285(16):2094-100.
57. Nansel TR, Overpeck MD, Haynie DL, Ruan WJ, Scheidt PC. Relationships between bullying and violence among US youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(4):348-53.
58. Glew GM, Ming-Yu F, Katon W, Rivara FP. Bullying and school safety. *J Pediatr*. 2008;152(1):123-8.
59. Van der Wal MF, de Wit CA, Hirasing RA. Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*. 2003;111(6 Pt 1):1312-7.
60. Kim YS, Koh YJ, Leventhal B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics*. 2005;115(2):357-63.
61. Mollen CJ, Fein JA, Localio AR, Durbin DR. Characterization of interpersonal violence events involving young adolescent girls vs events involving young adolescent boys. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(6):545-50.
62. Rabstein J, McCarter RJ, Shao C, Huang ZJ. Morbidity associated with bullying behaviors in adolescents: school based study of American adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18(4): 587-96.
63. Spector ND, Kelly SF. Pediatrician's role in screening and treatment: bullying, prediabetes, oral health. *Curr Opin Pediatr*. 2006;18(6):661-70.
64. Bauer NS, Herrenkohl TI, Lozano P, Rivara FP, Hill KG, Hawkins JD. Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence. *Pediatrics*. 2006;118(2). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/2/e235
65. Sourander A, Jensen P, Rönning JA, et al. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" study. *Pediatrics*. 2007;120(2):397-404.
66. Raskauskas J, Stoltz AD. Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Dev Psychol*. 2007;43(3):564-75.
67. Kowalski RM, Limber SP. Electronic bullying among middle school students. *J Adolesc Health*. 2007;41(6 Suppl 1):S22-30.
68. Olweus D, Limber S, Mihalic SF. Blueprints for violence prevention, book nine: Bullying prevention program. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence; 2002.
69. Bauer NS, Lozano P, Rivara FP. The effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program in public middle schools: a controlled trial. *J Adolesc Health*. 2007;40(3):266-74.
70. Zimmerman FJ, Glew G, Christakis DA, Katon W. Early cognitive stimulation, emotional support, and television watching as predictors of subsequent bullying among grade-school children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(4):384-8.
71. Johnson SB, Frattaroli S, Campbell J, Wright J, Pearson-Fields AS, Cheng TL. Gender-based violence in the lives of urban adolescents. *J Womens Health (Larchmt)*. 2005;14(2):172-9.
72. Glass N, Fredland N, Campbell J, Yonas M, Sharps P, Kub J. Adolescent dating violence: prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(2):227-38.
73. Marcus RF. Youth violence in everyday life. *J Interpers Violence*. 2005;20(4):442-7.
74. Wingood GM, DiClemente RJ, McCree DH, Harrington K, Davies SL. Dating violence and the sexual health of black adolescent females. *Pediatrics*. 2001;107(5). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/5/e72

75. Malik S, Sorenson SB, Aneshensel CS. Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization. *J Adolesc Health*. 1997;21(5):291-302.
76. Foshee VA, Linder GF, Bauman KE, et al. The Safe Dates Project: theoretical basis, evaluation design, and selected baseline findings. *Am J Prev Med*. 1996;12(5 Suppl):39-47.
77. Foshee VA, Bauman KE, Greene WF, Koch GG, Linder GF, MacDougall JE. The Safe Dates program: 1-year follow-up results. *Am J Public Health*. 2000;90(10):1619-22.
78. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Linder GF, Benefield T, Suchindran C. Assessing the long-term effects of the Safe Dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *Am J Public Health*. 2004;94(4):619-24.
79. American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. The pediatrician's role in family support programs. *Pediatrics*. 2001;107(1):195-7.
80. American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Quality early education and child care from birth to kindergarten. *Pediatrics*. 2005;115(1):187-91.
81. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the paediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics*. 1998;101(6):1091-2.
82. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidance for effective discipline [revisión en *Pediatrics*. 1998;102(2 Pt 1):433]. *Pediatrics*. 1998;101(4 Pt 1):723-8.
83. American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. Children, adolescents, and television. *Pediatrics*. 2001;107(2):423-6.
84. Kulig JW; American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics*. 2005;115(3):816-21.
85. Shain BN; American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2007;120(3):669-76.