



Asamblea General

Distr. general
20 de diciembre de 2019
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

43^{er} período de sesiones

24 de febrero a 20 de marzo de 2020

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

Informe anual de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños

Resumen

En su informe, la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños, Najat Maalla M'jid, expone en términos generales el impacto de la violencia sobre la salud mental de los niños y presenta una sinopsis de las principales iniciativas y medidas encaminadas a mantener e intensificar los esfuerzos para proteger a los niños frente a la violencia y avanzar en la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Acelerar la adopción de medidas destinadas a poner fin a la violencia contra los niños a más tardar en 2030.....	4
III. Reforzar los procesos regionales de apoyo a la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible	6
IV. Violencia contra los niños: análisis de los estudios sobre su impacto en la salud mental de los niños	7
A. La violencia perjudica la salud mental de los niños.....	7
B. Los principales efectos negativos de la violencia sobre la salud mental de los niños.....	10
C. Las diferencias en la experiencia de la violencia por los niños a lo largo del ciclo de vida ...	13
D. Los principales factores de riesgo y de protección	16
E. La eficacia de las intervenciones para prevenir los casos de violencia contra los niños o su exposición a ella o para prestarles asistencia en tales casos	18
F. El camino hacia unas estrategias propicias y efectivas para proteger la salud mental y el bienestar de los niños	22
V. Perspectivas futuras.....	23

I. Introducción

1. En el presente informe, la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños examina las actividades que ha promovido en los planos mundial, regional y nacional y hace un resumen de los resultados alcanzados. Asimismo, se incluye una parte temática centrada en el impacto de la violencia sobre la salud mental de los niños.
2. Guiada por la resolución 62/141 de la Asamblea General, en la que se estableció su mandato, la Representante Especial es una defensora independiente a nivel mundial de la prevención y la erradicación de todas las formas de violencia contra los niños. El 1 de julio de 2019, Najat Maalla M'jid asumió el mandato de Representante Especial.
3. En 2019 se produjeron varios hitos importantes: el décimo aniversario del mandato, el 30º aniversario de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño y el examen de la primera fase cuatrienal de la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En ese sentido, la Oficina del Representante Especial, en colaboración con una amplia gama de asociados —incluidos los propios niños—, elaboró un informe temático titulado *Keeping the Promise: Ending Violence against Children by 2030*¹. Tras 30 años desde que se aprobó la Convención y 5 desde de que se aprobó la Agenda 2030, el informe muestra que se han logrado ciertos avances en el ámbito de los derechos de los niños, incluida su protección frente a todas las formas de violencia, pero estos avances son demasiado lentos y se impone la necesidad de actuar con más urgencia.
4. La violencia contra los niños permanece oculta y sigue estando generalizada, lo que obstaculiza el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la plena implementación de la Agenda 2030. Se estima que hasta 1.000 millones de niños de entre 2 y 17 años han sido descuidados o han sufrido violencia física, sexual o psicológica en el último año² y que, según esos datos, la mitad de los niños del mundo son víctimas de la violencia cada año³. Por otra parte, 300 millones de niños de entre 2 y 4 años son víctimas de maltrato físico o psicológico. A escala mundial, una de cada cinco víctimas de la trata de personas es un niño y 2 de cada 5 víctimas de las formas contemporáneas de esclavitud son niños⁴. La seguridad de los niños en el ciberespacio es una cuestión que suscita cada vez más preocupación.
5. La Representante Especial dirigió el equipo de tareas de las Naciones Unidas que ayudó a elaborar el estudio mundial de las Naciones Unidas sobre los niños privados de libertad. El estudio, que se publicó el 9 de noviembre de 2019, reveló que en todo el mundo había 7 millones de niños privados de libertad. De ellos, 410.000 estaban recluidos en cárceles o prisiones, 330.000 en centros de detención de inmigrantes y entre 430.000 y 680.000 en instituciones que se ajustan a la definición jurídica de lugar de privación de libertad⁵.
6. La Representante Especial considera preocupante que el número de niños afectados por la violencia, que ya es sobrecogedor, pueda aumentar aún más debido a los alarmantes fenómenos que se están produciendo en la actualidad —incluidos el cambio climático, los conflictos prolongados, los desastres humanitarios, el creciente número de niños en tránsito, las nuevas tecnologías y la propagación del terrorismo y el extremismo violento—, así como a tendencias sociales perniciosas como el aumento de las disparidades, la pobreza, la exclusión social y la discriminación.

¹ Véase https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/keeping_the_promise.pdf.

² Véanse los datos y cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la violencia contra los niños, que pueden consultarse en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>.

³ Susan Hillis y otros, “Global prevalence of past year violence against children: a systematic review and minimum estimates”, *Pediatrics*, vol. 137, núm. 3 (marzo de 2016).

⁴ Oficina Internacional del Trabajo y fundación Walk Free, “Estimaciones mundiales sobre la esclavitud moderna: trabajo forzoso y matrimonio forzoso” (2017).

⁵ Véase <https://omnibook.com/Global-Study-2019>.

7. La violencia deja secuelas a largo plazo en la vida de los niños y a menudo repercute de forma irreversible en su desarrollo y su bienestar y limita sus oportunidades de prosperar en etapas posteriores de la vida. También socava el fundamento mismo del progreso social, lo cual conlleva un enorme costo para la sociedad —que, según algunas estimaciones, podría alcanzar los 7 billones de dólares de los Estados Unidos al año—, ralentiza el desarrollo económico y desgasta el capital humano y social de los Estados⁶.

8. En el presente informe, la Representante Especial alude a la necesidad urgente de adoptar medidas más enérgicas si se quieren alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la violencia y la salud mental y cumplir las obligaciones dimanantes de la Convención sobre los Derechos del Niño. Por consiguiente, si no se da respuesta a las cuestiones relacionadas con la salud mental y la violencia contra los niños, peligrará la consecución de muchos de los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

II. Acelerar la adopción de medidas destinadas a poner fin a la violencia contra los niños a más tardar en 2030

9. Hace 30 años, la Convención sobre los Derechos del Niño reformuló la comprensión que se tenía del albedrío y las facultades de los niños, y estos pasaron de ser receptores pasivos de servicios a titulares de derechos individuales con posibilidad de expresar su opinión. La Convención es uno de los instrumentos de derechos humanos más completos, y este enfoque holístico se adoptó también en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y en sus Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los Objetivos son una herramienta crucial para hacer efectivos los derechos enunciados en la Convención, y su consecución está supeditada a que se respeten esos derechos.

10. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 16 aboga por que se promuevan unas sociedades pacíficas, justas e inclusivas para catalizar un desarrollo sostenible, lo cual pone de manifiesto los vínculos existentes entre los derechos humanos y el desarrollo. Asimismo, incluye como meta específica (16.2) que se ponga fin al maltrato, la explotación, la trata, la tortura y todas las formas de violencia contra los niños. El Objetivo 16 es la base de todos los demás Objetivos: si no mejoran la igualdad de acceso a la justicia, la seguridad y la inclusión, si no se llega a las poblaciones vulnerables y si no se presta atención específica a los niños, será imposible crear las condiciones necesarias para mantener la paz y el desarrollo.

11. En el foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible celebrado en julio de 2019, 40 de los 47 exámenes nacionales voluntarios hacían referencia a la protección de los niños frente a la violencia. Los exámenes incluyeron numerosos ejemplos de medidas, entre ellas: la aprobación de planes y políticas nacionales; la promulgación de instrumentos legislativos o la modificación de los ya existentes; el fortalecimiento de las instituciones y las asociaciones; la formación de profesionales; y la consolidación de los datos y estudios. Además, varios Estados presentaron en sus exámenes información sobre diversas iniciativas en las que los niños participaban como interesados en los procesos encaminados a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

12. En la sesión de apertura del foro de alto nivel, la Representante Especial formuló una declaración sobre el tema “Dar a los niños una importancia fundamental en el contexto de la Agenda 2030”, en la que subrayó que la violencia era un motivo de preocupación transversal en la Agenda 2030 debido a su incidencia negativa sobre todos los aspectos del desarrollo y que su erradicación debía seguir siendo una prioridad. Para concluir, planteó una pregunta clave: si los costos de la inacción ante la violencia contra los niños son tan elevados y se conocen las soluciones, ¿por qué persiste este fenómeno? ¿Qué hay que hacer para seguir avanzando con más firmeza y rapidez en su erradicación? Este potente mensaje se transmitió también a la cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible celebrada en septiembre de 2019.

⁶ Véase Overseas Development Institute, “The costs and economic impact of violence against children” (septiembre de 2014).

13. La Representante Especial participó activamente en los procesos de examen de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a fin de que se prestase una atención particular a las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la violencia y a la importancia que estas tienen para la ejecución del proyecto plasmado en la Agenda 2030. A tal efecto, hizo un llamamiento a la acción en materia de justicia para los niños, junto con varios asociados, para que se avanzase a mayor velocidad prestando más atención a la justicia para los niños⁷.

14. La Representante Especial participó asimismo en varios actos de alto nivel en los que promovió la Agenda 2030, a saber: una conferencia ministerial sobre el acceso a la justicia en La Haya; su reunión interregional sobre la violencia contra los niños en Addis Abeba; la sesión de apertura del foro político de alto nivel (en calidad de oradora principal); la reunión de alto nivel sobre el acceso a la justicia de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; una conferencia organizada en Omán por la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y la Negligencia contra los Niños; una reunión de alto nivel sobre los niños y el mundo digital (en calidad de oradora); y la presentación pública del informe sobre la seguridad de los niños en el ciberespacio de la Comisión sobre la Banda Ancha para el Desarrollo Sostenible.

15. En noviembre de 2019, la Representante Especial participó en una reunión de alto nivel acogida por la Academia Pontificia de Ciencias y la Interfaith Alliance for Safer Communities en torno al tema “Promover la dignidad digital del niño: de la teoría a la práctica”, así como en una mesa redonda sobre la inteligencia artificial y la seguridad de los niños en el ciberespacio organizada por la World Childhood Foundation y el Global Child Forum. En ambas ocasiones, la Representante Especial subrayó la necesidad crucial de empoderar a los niños para que actuaran como agentes de cambio en la mejora de la protección de los niños en el ciberespacio y la necesidad de intensificar la acción, la coordinación y la rendición de cuentas de los principales actores en este ámbito.

16. En 2019, la Representante Especial realizó visitas a China, El Salvador, Mozambique y Omán. Durante su visita a El Salvador, la Representante Especial se reunió con el Presidente y la Primera Dama para hablar sobre la alta prevalencia de la violencia en la comunidad, así como sobre la importancia de disponer de un sistema integral de protección de la infancia. También se reunió con niños y representantes de la sociedad civil y del Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia.

17. En Omán, la Representante Especial se reunió con representantes del Gobierno y visitó un centro de atención a la infancia, las instalaciones de un servicio telefónico de emergencia, una escuela y un centro de salud para observar cómo estaba funcionando el sistema piloto de coordinación asistencial de la violencia contra los niños y formular comentarios al respecto. Las conversaciones se centraron en la necesidad de velar por que los niños víctimas de la violencia ocupasen un lugar central en todas las intervenciones y que la recopilación de pruebas, entre otros medios mediante entrevistas, se llevase a cabo de una manera adaptada a las necesidades de los niños que evitara en la medida de lo posible que reviviesen la experiencia traumatizante.

18. Durante su visita a China, la Representante Especial adquirió un conocimiento más profundo de las medidas positivas que había adoptado el Gobierno para proteger a los niños que entraban en contacto con el sistema de justicia. La Representante Especial alienta a todos los organismos de las Naciones Unidas presentes en China a que participen activamente en la labor relacionada con la cuestión de la violencia contra los niños e incluyan dicha cuestión en la próxima evaluación común para el país y en el marco de cooperación para el desarrollo sostenible.

19. Durante su visita a Mozambique, la Representante Especial se reunió con dirigentes políticos de alto nivel, altos funcionarios del Gobierno, la Presidenta del Parlamento, niños, representantes de la sociedad civil, el equipo de las Naciones Unidas en el país y donantes, y visitó los servicios de protección de la infancia con miras a apoyar los esfuerzos nacionales destinados a poner fin a la violencia contra los niños, incluidas las prácticas

⁷ Véase Oficina del Representante Especial y otros, “Justice for children, justice for all: the challenge to achieve SDG16+” (junio de 2019).

nocivas. La Representante Especial acogió con satisfacción las medidas adoptadas por el Gobierno y alentó tanto a este último como al equipo de las Naciones Unidas en el país a que incluyeran la cuestión de la violencia contra los niños en la estrategia nacional para el período 2020-2024, en la próxima evaluación para el país y en el marco de cooperación para el desarrollo sostenible.

Dar más voz a los niños

20. La Representante Especial visitó el *jamboree* más multitudinario de la Organización Mundial del Movimiento Scout, donde tuvo la oportunidad de interactuar con 40.000 niños y jóvenes de 150 países. Elogió la contribución que esa organización había realizado al ámbito de la protección de los niños frente a la violencia al crear el programa de formación obligatorio “A Salvo del Peligro”, dirigido a los líderes scouts adultos.

21. Del 25 al 30 de noviembre se celebró en Bangkok la primera cumbre asiática de la infancia en torno al tema “Defender la justicia para los niños y no dejar a ningún niño atrás”. En ella se reunieron delegados menores de edad de 22 países de Asia, y la Representante Especial participó con un videomensaje.

22. Las opiniones de los niños también se tuvieron en cuenta en el informe de la Representante Especial, que se basa en entrevistas realizadas en ocho países de América Latina a varios cientos de niñas y niños privados de libertad que, además, tienen a uno de sus padres o tutores privados de libertad⁸. Atendiendo a las recomendaciones de los niños entrevistados, se elaboró un conjunto de herramientas para promover la integración de un enfoque basado en los derechos del niño en el sistema penitenciario⁹.

23. En marzo de 2019, la Representante Especial publicó, en colaboración con la organización Save the Children, dos observaciones generales conjuntas aprobadas por el Comité de los Derechos del Niño y el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares sobre la salvaguardia de los derechos de los niños en el contexto de la migración internacional¹⁰.

24. La Representante Especial acoge con satisfacción que cada vez se preste más atención a las opiniones de los jóvenes. No obstante, también es crucial que se considere a los niños como un grupo específico, tal como se define en la Convención sobre los Derechos del Niño. La perspectiva singular de los niños es irremplazable, y no se debe perder de vista todo el ciclo de vida de los niños y jóvenes.

III. Reforzar los procesos regionales de apoyo a la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

25. La Representante Especial se dirigió a los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos durante el XXII Congreso Panamericano del Niño, la Niña y Adolescentes, celebrado en Cartagena (Colombia) del 28 al 30 de octubre de 2019, en el que se aprobó un plan de acción sobre los derechos del niño para 2020-2023. La Representante Especial subrayó la importancia de acelerar la implementación de la Agenda 2030 reforzando los sistemas nacionales de protección de los niños.

26. La Representante Especial contribuyó a la elaboración por la Comunidad del Caribe de una estrategia de prevención de la violencia contra los niños para 2020-2029.

⁸ Oficina del Representante Especial, “Children speak about the impact of deprivation of liberty: the case of Latin America” (2016).

⁹ Puede consultarse en https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/children_declarations/child_participation/entre_hechos_y_derechos.pdf.

¹⁰ Pueden consultarse en https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/children_declarations/child_participation/finalmis_derechos_viajan_conmigo_final.pdf.

27. La Oficina del Representante Especial participó en el 15° período de sesiones del Comité sobre la Violencia contra los Niños de la Liga de los Estados Árabes, celebrado en Nuakchot del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2019. El Comité encargó a la secretaría de la Liga que, en colaboración con la Oficina del Representante Especial, preparase, a más tardar en 2021, el cuarto informe comparativo sobre la aplicación por el mundo árabe de las recomendaciones formuladas en el estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños (A/61/299).

28. La Representante Especial hizo aportaciones al informe del Centro Regional de las Naciones Unidas para la Paz, el Desarme y el Desarrollo en América Latina y el Caribe (UNLIREC) y participó en el seminario regional sobre las armas de fuego en las escuelas organizado en Lima los días 22 y 23 de octubre por UNLIREC, que reunió a expertos técnicos que trabajan en los ministerios encargados de cuestiones relacionadas con los derechos del niño y la seguridad y el desarme en América Latina y el Caribe.

29. En noviembre de 2019, el Consejo de Europa acogió una conferencia de alto nivel para conmemorar el 30° aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño y la evaluación de mitad de período de la Estrategia para los Derechos del Niño, en la que la Representante Especial participó como oradora principal. En la evaluación de mitad de período se concluyó que, en general, las prioridades y las medidas de esa estrategia seguían siendo adecuadas para los desafíos que planteaba la labor de hacer efectivos los derechos del niño en los Estados miembros. No obstante, se observó que se podían adoptar más medidas en ámbitos como la desinstitucionalización, la pobreza infantil, la protección del medio ambiente, la salud mental de los niños y los niños activistas y defensores de los derechos humanos.

30. La Representante Especial ayudó a elaborar un informe del African Child Policy Forum titulado *Sexual Exploitation of Children in Africa, a Silent Emergency*¹¹ y participó en su presentación en Maputo.

IV. Violencia contra los niños: análisis de los estudios sobre su impacto en la salud mental de los niños

A. La violencia perjudica la salud mental de los niños

31. La Convención sobre los Derechos del Niño garantiza los derechos de todos los niños a no ser objeto de violencia y a disfrutar del más alto nivel posible de salud mental. Asimismo, en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible los Estados Miembros se comprometieron a poner fin a todas las formas de violencia y a promover la salud y el bienestar mentales.

32. A pesar de estas obligaciones y compromisos, los niños están cada vez más expuestos a la violencia, lo que repercute enormemente en su bienestar mental. Esta exposición puede ser directa —sufrir violencia física, sexual o emocional en su comunidad, en el hogar o en la escuela— o indirecta —presenciar actos violentos o escuchar o ver contenido violento en línea—. Además, recientemente se ha aceptado que la violencia interpersonal se propaga de un entorno a otro, y eso da lugar a un fenómeno que se conoce comúnmente como “polivictimización”.

33. Los datos recabados en países de ingresos altos, medios y bajos ponen claramente de manifiesto que las experiencias violentas hacen que aumente el riesgo de sufrir consecuencias negativas para la salud mental como la depresión, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de ansiedad, del sueño y de la alimentación, el suicidio y los intentos de suicidio. Además, la exposición a la violencia durante la infancia puede desencadenar un amplio abanico de psicopatologías en

¹¹ Puede consultarse en <http://africanchildforum.org/en/index.php/en/special-pages/child-sexual-exploitation.html>.

los adultos, incluidos trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o de la conducta y trastornos asociados al consumo de drogas¹².

34. Diversos estudios han revelado sistemáticamente que las circunstancias adversas y la violencia durante la infancia son unos de los principales factores de riesgo de aparición y persistencia de los trastornos mentales. La exposición a experiencias adversas en la infancia, como la violencia, puede ser traumática y, por tanto, provocar respuestas al estrés tóxico que entrañen unos efectos fisiológicos y psicológicos adversos tanto inmediatos como a largo plazo¹³.

35. El impacto de la violencia en el desarrollo de la estructura cerebral de los niños resulta especialmente preocupante, ya que suele conllevar trastornos emocionales y de la conducta, problemas de salud y una situación social inadecuada¹⁴. Estos efectos son un motivo de especial preocupación si se tiene en cuenta la cruda realidad de que cada año más de 1.000 millones de niños —la mitad de los niños del mundo— están expuestos a la violencia.

36. Diversos estudios han llegado a la conclusión de que existe una correlación entre los castigos corporales y los efectos negativos sobre la salud mental de los niños, entre los que cabe señalar los trastornos de la conducta, los trastornos de ansiedad, la depresión y la desesperación. Los datos de que se dispone indican que también hay una correlación entre los castigos corporales y un mayor nivel de agresividad, un menor grado de empatía y una interiorización deficiente de las normas morales¹⁵.

37. El acoso se asocia a un gran número de efectos negativos para el bienestar de los niños, como un peor rendimiento académico y problemas de salud mental, incluidos síntomas de ansiedad y depresión, pensamientos y acciones suicidas, autolesiones y comportamientos violentos, que, según se ha comprobado, persisten en la edad adulta. Además, el acoso no solo es preocupante para el bienestar de la víctima: diversos estudios han revelado que el hecho de ser el niño que acosa también suele tener consecuencias negativas para su propia situación tanto en la infancia como en etapas posteriores de la vida. Concretamente, se ha demostrado que los acosadores tienen mayor tendencia a presentar conductas asociales de riesgo y, posteriormente, a cometer algún delito. Es importante señalar que el hecho de ser a la vez acosador y víctima de acoso incrementa el riesgo de sufrir problemas psicológicos y de conducta¹⁶.

38. La exposición de los niños a la violencia y a contenido inapropiado en el ciberespacio (como ejemplos de maltrato infantil, pornografía, discurso de odio y contenido que promueve comportamientos malsanos o peligrosos, incluidos las autolesiones, el suicidio y la anorexia) se asocia sistemáticamente a comportamientos problemáticos, como un mayor grado de agresividad, ansiedad y síntomas de estrés postraumático. Además, esos niños podrían acabar teniendo menos empatía y compasión por los demás. Los adolescentes expuestos a altos niveles de violencia afirman que tienen un alto grado de ira y depresión. También afirman que tienen una mayor tendencia a querer hacerse daño o quitarse la vida que los adolescentes de grupos menos expuestos a la violencia¹⁷. Asimismo, la actividad en línea conlleva riesgos relacionados con el contacto y la conducta, como en los casos en que se induce o coacciona a los niños para que envíen imágenes sexuales de sí mismos que, a su vez, se utilizan para extorsionarlos o humillarlos públicamente.

¹² Véase Susan D. Hillis, James A. Mercy y Janet R. Saul, “The enduring impact of violence against children”, *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, núm. 4 (2017).

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Véase Andrew S. Garner y otros, “Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health”, *Pediatrics*, vol. 129, núm. 1 (enero de 2012).

¹⁵ Véase Iniciativa Global para Acabar con Todo Castigo Corporal hacia Niños y Niñas, “Corporal punishment of children: review of research on its impact and associations” (junio de 2016).

¹⁶ Véase Oficina del Representante Especial, *Ending the Torment: Tackling Bullying from Schoolyard to Cyberspace* (octubre de 2016).

¹⁷ Véase Daniel J. Flannery y Mark I. Singer, “Here’s how witnessing violence harms children’s mental health”; puede consultarse en <http://theconversation.com/heres-how-witnessing-violence-harms-childrens-mental-health-53321>.

39. En términos más generales, la experiencia de la violencia sexual puede acarrear una serie de repercusiones adversas, como la depresión, el trastorno por estrés postraumático, el riesgo de suicidio, el consumo de drogas, los embarazos en la adolescencia, los comportamientos sexuales de riesgo, un peor rendimiento académico y una percepción más negativa del propio estado de salud¹⁸. Las repercusiones psicológicas y emocionales de los abusos sexuales en la infancia pueden ser especialmente devastadoras porque el secretismo, la vergüenza y el estigma que rodean a los abusos hacen que, a menudo, los niños que los sufren tengan que enfrentarse solos a esa situación. En el contexto de una cultura caracterizada por el hecho de no creer a las víctimas o de echarles la culpa, en la que se las considera responsables, se les hace sentir vergüenza y se las rechaza, será muy difícil que un niño o joven cuente a alguien lo que le ha sucedido¹⁹.

40. Entre los efectos del internamiento y la privación de libertad se incluyen retrasos graves en el desarrollo, riesgos de sufrir una discapacidad, daños psicológicos irreversibles y unas tasas de suicidio y reincidencia más elevadas (A/61/299, párr. 54).

41. Las prácticas nocivas pueden tener consecuencias psicológicas negativas tanto inmediatas como a largo plazo. En el caso de la mutilación genital femenina, por ejemplo, diversos estudios han revelado que las niñas y mujeres que la han sufrido pueden presentar índices más elevados de trastornos de la salud mental, en particular depresión, trastornos de ansiedad, trastorno por estrés postraumático y dolencias somáticas (físicas) sin causa orgánica (por ejemplo, dolores y molestias)²⁰.

42. Las crisis generan toda una serie de problemas a nivel individual, familiar, comunitario y social, socavan los apoyos que normalmente tienen una función de protección, aumentan los riesgos de sufrir diversos problemas y tienden a agravar los problemas preexistentes de injusticia social y desigualdad²¹. Los padres y otras figuras de apego pueden perder la vida o quedar discapacitados o traumatizados; las escuelas pueden quedar dañadas o ser objeto de un ataque militar; y las oportunidades para jugar y entablar amistades suelen ir reduciéndose a medida que las familias se desplazan y desaparecen los espacios comunitarios seguros. Ese tipo de situaciones pueden provocar problemas de naturaleza psicológica, como el duelo, el malestar no patológico, la depresión y los trastornos de ansiedad, incluido el trastorno por estrés postraumático. El cúmulo de traumas experimentados antes y después de la migración también agrava el malestar general de los niños²².

43. Tal como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), una buena salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales: la salud mental es fundamental para la salud y el bienestar general²³.

44. Según la OMS, hasta un 50 % de los trastornos mentales en la edad adulta tienen su origen en la adolescencia y hasta un 20 % de los niños y adolescentes sufren trastornos mentales²⁴. Un problema importante es que cerca del 70 % de los niños y adolescentes que tienen trastornos mentales no reciben un tratamiento adecuado en el momento oportuno²⁵.

¹⁸ Sophie Khadr y otros, "Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study", *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 2, núm. 9 (septiembre de 2018).

¹⁹ Lorraine Radford, Debra Allnock y Patricia Hynes, *Promising Programmes to Prevent and Respond to Child Sexual Abuse and Exploitation* (Nueva York, UNICEF, 2015).

²⁰ OMS, *Care of Girls and Women Living with Female Genital Mutilation: a Clinical Handbook* (Ginebra, 2018).

²¹ Comité Permanente entre Organismos (IASC), *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* (Ginebra, 2007).

²² Teena M. McGuinness y Simone C. Durand, "Mental health of young refugees", *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 53, núm. 12 (diciembre de 2015).

²³ OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* (2013).

²⁴ Véanse los datos y cifras de la OMS sobre la salud mental de los adolescentes, que pueden consultarse en www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.

²⁵ Mental Health Foundation, "Children and young people"; puede consultarse en www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/c/children-and-young-people.

45. A pesar de esta grave situación, los problemas de salud mental de los niños y adolescentes a menudo se descuidan debido a la falta de sensibilización o al estigma existente en torno a los trastornos mentales, y no reciben tratamiento. Si no se tratan, los trastornos mentales pueden tener un profundo impacto negativo en el desarrollo, el nivel de estudios y la transición a la edad adulta de una persona joven²⁶. Los trastornos mentales a una edad temprana pueden derivar en casos de discriminación, estigma y exclusión y llegar incluso a limitar el acceso a los servicios sociales, educativos y de salud.

46. El hecho de que no se dé prioridad a la salud mental de los niños y adolescentes se refleja también en la escasa cobertura mundial de los datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en este grupo de población. En promedio, la cobertura mundial de los datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes de entre 5 y 17 años era del 6,7 %. De 187 países, 124 no disponían de datos sobre ningún trastorno. A falta de estrategias específicas para remediar la escasez de datos epidemiológicos, la cobertura deficiente tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos y medianos representará un gran desafío para la promoción de la salud mental de los niños y adolescentes y para la planificación y asignación de los escasos recursos disponibles para la salud mental de los niños y adolescentes²⁷.

47. La salud mental también es una preocupación importante para los propios niños. En su informe titulado *Voices of children and young people: child helpline data for 2017 & 2018*, Child Helpline International indicó que las dos preocupaciones más importantes de los niños que llamaban a las líneas telefónicas de ayuda de sus miembros estaban relacionadas, por una parte, con los malos tratos y la violencia y, por otra, con la salud mental. Los pensamientos suicidas, el miedo y la ansiedad eran las cuestiones de las que más hablaban los niños y jóvenes en relación con la salud mental. El maltrato físico y psicológico era el tema más mencionado en la categoría de los malos tratos y la violencia. Las conclusiones del informe se extrajeron de datos recibidos de las líneas telefónicas de ayuda a la infancia de 84 países y territorios de todo el mundo, lo que evidencia su alcance mundial.

B. Los principales efectos negativos de la violencia sobre la salud mental de los niños

48. A la hora de estudiar el impacto de la violencia sobre la salud mental de los niños, es importante recordar los distintos tipos de efectos negativos que puede tener, así como las diferencias en la experiencia de la violencia por parte de los niños a lo largo de su vida.

49. Diversos estudios han revelado que los problemas que se señalan con más frecuencia se clasifican en tres categorías: emocionales y de conducta, cognitivos y actitudinales y problemas a largo plazo²⁸.

50. En lo que respecta a los trastornos emocionales y de la conducta, diversos estudios han puesto de manifiesto que las personas que están expuestas a la violencia a lo largo de su vida, incluidas la violencia en el hogar, la violencia en la comunidad y la exposición a traumas provocados por la guerra, tienen más probabilidades de desarrollar problemas de salud mental, como trastornos por estrés postraumático, depresión, malestar psíquico, agresividad y efectos sumamente perjudiciales para el proceso de desarrollo²⁹.

²⁶ Véanse los datos y cifras de la OMS sobre la salud mental de los adolescentes.

²⁷ Véase H. E. Erskine y otros, "The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, núm. 4 (agosto de 2017).

²⁸ Véase Jane G. Stapleton y otros, "The mental health needs of children exposed to violence in their homes", New Hampshire Coalition against Domestic and Sexual Violence.

²⁹ Véanse, por ejemplo, Kevin Fiscella y Harriet Kitzman H. "Disparities in academic achievement and health: the intersection of child education and health policy", *Pediatrics*, vol. 123, núm. 3 (marzo de 2009); y Steven A. Haas y Nathan Edward Fosse, "Health and the educational attainment of adolescents: evidence from the NLSY97", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 49, núm. 2 (junio de 2008).

51. Los niños tienden a exteriorizar esos trastornos (mostrándose más agresivos, infringiendo las normas y portándose mal) o a interiorizarlos (padeciendo un mayor grado de ansiedad, depresión y mal humor). Por ejemplo, en varios estudios se ha indicado que los niños descuidados tienen más probabilidades de sufrir problemas de comportamiento, cognitivos y de interiorización, así como de salud física y mental³⁰.

52. En lo que respecta a la exteriorización de los trastornos, el hecho de haber sufrido traumas y violencia durante la infancia puede llevar, entre otras consecuencias, a adoptar comportamientos que planteen riesgos para la salud. El consumo de drogas y alcohol por parte de los niños ha aumentado en todo el mundo, y en el contexto de los niños se debe considerar como un medio para afrontar y gestionar las emociones negativas³¹. Los niños que son objeto de violencia y maltrato en un entorno corren asimismo el riesgo de ser víctimas de violencia en otros entornos³². Asimismo, los niños que exteriorizan los síntomas de un trastorno de la salud mental —mediante comportamientos agresivos o asociales, por ejemplo— tienen más probabilidades de sufrir una mayor victimización a manos de sus compañeros.

53. En lo que se refiere a la interiorización de los trastornos, en un estudio llevado a cabo en Noruega se observó que había una estrecha correlación entre todas las formas de violencia durante la infancia y la ansiedad o la depresión. Entre los participantes que habían estado expuestos a una única forma de violencia durante la infancia, los que habían estado expuestos a la negligencia y/o a la violencia psicológica presentaban un mayor grado de ansiedad o depresión que los que habían estado expuestos, o bien a abusos sexuales, o bien a violencia intrafamiliar únicamente. Entre aquellos que habían estado expuestos a dos formas de violencia infantil, los que habían estado expuestos a la negligencia o la violencia psicológica sumada a abusos sexuales y/o a violencia intrafamiliar presentaban un mayor grado de ansiedad o depresión que los individuos que indicaron que habían estado expuestos tanto a abusos sexuales como a violencia física intrafamiliar. Los individuos que habían sufrido tres formas de violencia durante la infancia presentaban los grados más elevados de ansiedad o depresión³³.

54. Actualmente existen datos probatorios convincentes de la relación causal entre el acoso entre compañeros y la depresión, la ansiedad y las autolesiones³⁴. Las víctimas de acoso entre compañeros corren un mayor riesgo de sufrir trastornos de interiorización, mientras que los acosadores corren un mayor riesgo de padecer trastornos de exteriorización, y las víctimas de acoso son las que sufren las peores consecuencias en la edad adulta, incluidos trastornos de interiorización y exteriorización³⁵.

55. La victimización por parte de los compañeros se ha asociado específicamente con un riesgo elevado de sufrir trastornos de ansiedad o depresión, autolesionarse, tener ideas de suicidio e intentar suicidarse, incluso después de haber tenido en cuenta otros factores de riesgo importantes durante la infancia, los traumas y la responsabilidad genética³⁶. Una

³⁰ Véanse Dexter R. Voisin, Torsten B. Neilands y Shannon Hunnicutt, “Mechanisms linking violence exposure and school engagement among African American adolescents: examining the roles of psychological problem behaviors and gender”, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 81, núm. 1 (enero de 2011); y Vangie Ann Foshee y otros, “A longitudinal examination of psychological, behavioral, academic, and relationship consequences of dating abuse victimization among a primarily rural sample of adolescents”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 53, núm. 6 (diciembre de 2013).

³¹ Véase Kevin D. Murphy y otros, “‘You don’t feel’: the experience of youth benzodiazepine misuse in Ireland”, *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 50, núm. 2 (2018).

³² Véase David Finkelhor, Richard K. Ormrod y Heather A. Turner, “Poly-victimization: a neglected component in child victimization”, *Child Abuse & Neglect*, vol. 31 (2007).

³³ Véase Siri Thoresen y otros, “Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population”, *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 6, núm. 1 (enero de 2015).

³⁴ Véase William E. Copeland y otros, “Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence”, *JAMA Psychiatry*, vol. 70, núm. 4 (abril de 2013).

³⁵ Véase Slava Dantchev y otros, “The independent and cumulative effects of sibling and peer bullying in childhood on depression, anxiety, suicidal ideation, and self-harm in adulthood”, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10 (2019).

³⁶ *Ibid.*

investigación realizada con una muestra de más de 6.900 niños del estudio longitudinal de padres e hijos de Avon en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte reveló que el acoso entre hermanos duplicaba el riesgo de sufrir depresión, ansiedad y tendencia a autolesionarse, y los resultados se mantenían en niveles similares en lo que a la depresión y las autolesiones se refiere incluso después de haber tomado en consideración una serie de factores de confusión propios de la infancia³⁷.

56. Asimismo, se demostró que el acoso entre compañeros y el acoso entre hermanos tienen un efecto acumulativo para la depresión, las ideas de suicidio y las autolesiones con intención suicida. El acoso entre compañeros y el acoso entre hermanos dejan un trauma que debe considerarse equiparable a los traumas derivados del maltrato físico o de los abusos sexuales³⁸.

57. Las personas que presencian actos de violencia o son víctimas de ellos pueden presentar síntomas de trastorno por estrés postraumático similares a los de los soldados que regresan de la guerra, y los síntomas de malestar aumentan en función del número de actos violentos presenciados o sufridos. Entre esos síntomas cabe señalar el déficit de atención, los temores compulsivos y no deseados y los pensamientos y sentimientos de no pertenencia³⁹.

58. En lo que respecta a las deficiencias en el funcionamiento cognitivo, está demostrado que los castigos corporales tienen un impacto negativo en el aprendizaje intelectual. La violencia escolar puede mermar considerablemente la capacidad de aprendizaje del niño e incidir negativamente en su desarrollo⁴⁰. En unos estudios que se llevaron a cabo en África Oriental se indicó que los castigos severos tenían repercusiones negativas como la interiorización y exteriorización de los problemas, un funcionamiento cognitivo deficiente y un bajo rendimiento escolar⁴¹. Asimismo, los investigadores están llegando a la conclusión de que los castigos corporales conllevan una ralentización del desarrollo cognitivo y afectan negativamente al éxito académico. Además, los castigos corporales pueden causar alteraciones en las regiones dopaminérgicas asociadas a la vulnerabilidad al consumo excesivo de drogas y alcohol.

59. Los niños y adolescentes expuestos a traumas crónicos durante la infancia presentan un riesgo elevado a sufrir más trastornos de la salud mental y, por ende, a tener un peor rendimiento académico⁴². Cuando se le suman los trastornos de la salud mental, la exposición a la violencia comunitaria afecta de manera inversamente proporcional a la participación y el rendimiento escolares⁴³. Los síntomas y trastornos de la salud mental que permiten prever un bajo rendimiento académico son el trastorno por estrés postraumático, la ansiedad, el comportamiento agresivo y la depresión. Diversos estudios revelan que en el seno de las instituciones hay unos niveles elevados de violencia y que el internamiento en ellas tiene unos efectos cognitivos negativos, especialmente para los niños más pequeños y los que pasan largos períodos en las instituciones⁴⁴.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Véase Silje Kolltveit y otros, "Risk factors for PTSD, anxiety, and depression among adolescents in Gaza", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, núm. 2 (abril de 2012).

⁴⁰ Véase Soraya Lester, Cayleigh Lawrence y Catherine L. Ward, "What do we know about preventing school violence? A systematic review of systematic reviews", *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suplemento núm. 1 (2017).

⁴¹ Véase Tobias Hecker y others, "Child neglect and its relation to emotional and behavioral problems: a cross-sectional study of primary school-aged children in Tanzania", *Development and Psychopathology*, vol. 31, publicación especial núm. 1 (febrero de 2019).

⁴² Véase Melissa K. Holt, David Finkelhor y Glenda Kaufman Kantor, "Multiple victimization experiences of urban elementary school students: associations with psychosocial functioning and academic performance", *Child Abuse and Neglect*, vol. 31, núm. 5 (mayo de 2007).

⁴³ Véase Danielle R. Busby, Sharon F. Lambert y Nicholas S. Ialongo, "Psychological symptoms linking exposure to community violence and academic functioning in African American adolescents", *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 42, núm. 2 (febrero de 2013).

⁴⁴ Lorraine Sherr, Kathryn J. Roberts y Natasha Gandhi, "Child violence experiences in institutionalised/orphanage care", *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suplemento núm. 1 (2017).

60. En cuanto a los efectos a largo plazo, la exposición al trauma se ha asociado a la depresión, una autoestima baja y un consumo excesivo de drogas a finales de la adolescencia y principios de la edad adulta. Las experiencias adversas vividas durante la infancia también pueden comprometer el desarrollo de estrategias de afrontamiento sanas, lo que a su vez puede afectar a los hábitos en materia de salud, la salud física y mental y las oportunidades que se presentan en la vida, así como causar una muerte prematura⁴⁵. Las experiencias adversas vividas durante la infancia se han relacionado con un mayor riesgo de sufrir trastornos por consumo de alcohol y drogas, tendencias suicidas, trastornos de la salud mental, enfermedades cardíacas y otras enfermedades crónicas y de adoptar conductas de riesgo para la salud a lo largo de la vida.

61. Las experiencias adversas vividas durante la infancia también se han asociado a un nivel inferior de estudios, de empleo y de ingresos, lo cual afecta directa e indirectamente a la salud y el bienestar. Al menos cinco de las diez principales causas de muerte se han vinculado a la exposición a experiencias adversas durante la infancia, incluidos varios factores que contribuyen a reducir la esperanza de vida⁴⁶. La depresión, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo, un nivel inferior de estudios, la falta de seguro médico y el desempleo están estrechamente relacionados con dichas experiencias⁴⁷.

62. La exposición acumulada a la violencia en más de dos contextos (por ejemplo, presenciar la violencia en el hogar, sufrir abusos sexuales y estar sometido al estrés de los padres) hace que los niños desarrollen unos problemas emocionales y de comportamiento más graves, así como trastorno por estrés postraumático⁴⁸.

63. Un estudio reveló que tanto en los hombres como en las mujeres había una relación clara y significativa entre la violencia durante la infancia y la violencia durante la edad adulta que no se limitaba a una categoría de violencia similar. Se concluyó que la exposición durante la infancia incrementaba entre 2,2 y 5 veces la incidencia de la violencia en la edad adulta⁴⁹.

C. Las diferencias en la experiencia de la violencia por los niños a lo largo del ciclo de vida

64. La naturaleza del impacto de la violencia sobre la salud mental de los niños depende de las formas en que la sufran en el transcurso de su vida.

65. Los niños pueden empezar a sufrir la violencia incluso desde la época del embarazo, lo que conlleva un riesgo elevado de que posteriormente padezcan problemas en el sistema nervioso y el cerebro. La violencia doméstica infligida contra las mujeres embarazadas por parte de sus parejas, cónyuges u otros miembros de la familia es el riesgo más importante antes del nacimiento.

66. El desarrollo normal y saludable de los bebés hasta la edad preescolar depende de si tienen una relación segura con las personas que cuidan de ellos. La alteración de este proceso (por ejemplo, mediante la exposición a la violencia) puede interferir en todos los aspectos del desarrollo de los niños. Más concretamente, cabe la posibilidad de que los niños no adquieran un nivel saludable de confianza y autonomía⁵⁰. Durante la primera infancia se puede desestabilizar ese vínculo afectivo seguro, se pueden introducir trastornos del sueño y de la alimentación e incluso se puede alterar el desarrollo del cerebro.

⁴⁵ Melissa T. Merrick y otros, “Vital signs: estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention – 25 states 2015–2017”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 68, núm. 44 (noviembre de 2019).

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Véase Jane G. Stapleton y otros, “The mental health needs of children exposed to violence in their homes”.

⁴⁹ Véase Siri Thoresen y otros, “Violence against children, later victimisation, and mental health”.

⁵⁰ Véase Joy D. Osofsky, “The impact of violence on children”, *The Future of Children*, vol. 9, núm. 3 (invierno de 1999).

67. Los niños en edad preescolar no han adquirido aún la capacidad de controlar sus propias emociones. En la literatura especializada se describen algunos de los efectos que tiene sobre la conducta el hecho de estar expuesto a la violencia a esa edad, como la ambivalencia hacia los padres, el mal comportamiento, el lloriqueo y el apego excesivo o el llanto, que pueden derivarse de la ansiedad y el estrés postraumático⁵¹.

68. Los niños menores de 3 años que presencian actos de violencia en sus hogares o en su comunidad presentan una irritabilidad extrema, un comportamiento inmaduro, alteraciones del sueño, malestar psíquico, miedo a estar solos y regresión en el uso del inodoro y en el lenguaje. La exposición a traumas —especialmente a la violencia intrafamiliar— interfiere en el desarrollo normal de la confianza del niño y en su posterior comportamiento exploratorio, que conduce al desarrollo de la autonomía⁵².

69. En informes recientes se ha observado que los síntomas constatados en niños pequeños son muy similares a los relacionados con el trastorno por estrés postraumático en adultos, a saber: la rememoración de la experiencia traumática, la evitación, el embotamiento de la reactividad y una mayor activación cerebral⁵³.

70. Entre los 6 y los 12 años, los niños empiezan a reconocer los criterios normativos y adquieren un sentido de sí mismos comparándose con quienes les rodean. Diversos estudios indican que los efectos de la violencia doméstica en los niños durante el período de latencia pueden incluir sentimientos de culpa y vergüenza, así como ansiedad y síntomas del trastorno por estrés postraumático⁵⁴. El rendimiento escolar de estos niños puede empezar a decaer, y las relaciones con sus compañeros pueden verse afectadas. Es posible que se sientan desmotivados o tengan dificultades para concentrarse al presentar pensamientos compulsivos. A esa edad se produce la socialización del género y los niños empiezan a emitir valoraciones sobre la justicia y los medios adecuados para que sus necesidades estén cubiertas⁵⁵.

71. Al igual que los niños en edad preescolar, los niños en edad escolar expuestos a la violencia tienen más probabilidades de sufrir más alteraciones del sueño y es menos probable que exploren y jueguen libremente y se muestren motivados para aprender a controlar su entorno⁵⁶. A menudo les cuesta prestar atención y concentrarse porque se distraen con pensamientos compulsivos. Además, es posible que los niños en edad escolar tengan una comprensión más profunda de la intencionalidad de la violencia y se preocupen por lo que podrían haber hecho para prevenirla o detenerla.

72. Varios estudios apoyan la teoría de que existe un vínculo entre la exposición a la violencia comunitaria y los síntomas de ansiedad, depresión y comportamiento agresivo en niños en edad escolar que viven en barrios urbanos donde la violencia es un fenómeno frecuente⁵⁷. En casos extremos de exposición a una violencia comunitaria crónica, los niños en edad escolar pueden presentar también síntomas similares a los del trastorno por estrés postraumático. Algunos estudios han destacado la relación entre el hecho de presenciar

⁵¹ Véase Ruby Charak y otros, “Patterns of childhood maltreatment and intimate partner violence, emotion dysregulation, and mental health symptoms among lesbian, gay, and bisexual emerging adults: a three-step latent class approach”, *Child Abuse & Neglect*, vol. 89 (marzo de 2019).

⁵² *Ibid.*

⁵³ Véase Tracie O. Afifi y otros, “Examining the relationships between parent experiences and youth self-reports of slapping/spanking: a population-based cross-sectional study”, *BMC Public Health*, vol. 19 (octubre de 2019).

⁵⁴ Véase Joy D. Osofsky, “The impact of violence on children”.

⁵⁵ Véase Linda L. Baker y Allison J. Cunningham, “Learning to listen, learning to help: understanding woman abuse and its effects on children”, Centre for Children & Families in the Justice System (2005).

⁵⁶ Véase Joy D. Osofsky, “The effects of exposure to violence on young children”, *American Psychologist*, vol. 50, núm. 9 (septiembre de 1995).

⁵⁷ Véase Deborah Gorman-Smith y Patrick Tolan, “The role of exposure to community violence and developmental problems among inner-city youth”, *Development and Psychopathology*, vol. 10, núm. 1 (marzo de 1998).

actos de violencia y síntomas como las pesadillas, el miedo a salir de casa, la ansiedad y el embotamiento afectivo⁵⁸.

73. Otros estudios han señalado que, en el caso de los niños en edad escolar, las consecuencias de la exposición a la violencia familiar son similares a las de la exposición a la violencia comunitaria. Estos niños suelen presentar una mayor tendencia a interiorizar y exteriorizar los problemas de conducta que los niños de familias no violentas. El funcionamiento general, las actitudes, la competencia social y el rendimiento escolar suelen verse afectados negativamente. Además, diversos estudios ponen de manifiesto que, a medida que los niños se hacen mayores, aquellos que han sufrido malos tratos y han sido descuidados tienen más probabilidades de presentar un rendimiento escolar pésimo, cometer delitos, sufrir trastornos emocionales y problemas sexuales y consumir alcohol o drogas en exceso⁵⁹.

74. Los estudios en materia de psicología cognitiva y neurociencia han transformado nuestra forma de entender las causas potenciales de la aparición de los trastornos mentales en la adolescencia. Una de las transiciones singulares que tiene lugar durante la adolescencia es que la opinión de los compañeros comienza a ser más importante que la de los miembros de la familia y los padres. Esa susceptibilidad a la influencia de los compañeros lleva a los adolescentes a ser sensibles a los estímulos sociales y a tender en mayor medida a adoptar comportamientos de riesgo. El retraso en la maduración de la corteza prefrontal, que interviene en el control de los impulsos y el sistema de recompensa, podría provocar comportamientos asociados a la impulsividad y la toma de riesgos⁶⁰.

75. A medida que los niños empiezan a ser más independientes y a interactuar con grupos de niños de edades similares a la suya, se vuelven más susceptibles a la violencia interpersonal. Por lo general, los niños de entre 10 y 18 años son vulnerables a todas las formas de violencia, pero la más frecuente es la violencia física sufrida tanto por niños como por niñas a manos de un miembro de su grupo. Además de las agresiones físicas, en ese grupo de edad se observa un aumento de los conflictos entre los niños, en los que se utilizan medios violentos como armas de fuego⁶¹.

76. Entre los efectos de la exposición a la violencia sobre los adolescentes cabe mencionar la depresión y las ideas de suicidio, la violencia en el noviazgo, el consumo excesivo de drogas y el uso de la violencia como táctica de control.

77. Durante la adolescencia tiene lugar un activo proceso de búsqueda de identidad, y la falta de orientación en esa etapa podría llevar a tomar malas decisiones⁶². Las consecuencias de la exposición a la violencia y la perpetuación de las normas de conducta violentas pueden influir negativamente en la madurez sexual y en las primeras experiencias sexuales. Es posible que a los adolescentes les resulte difícil obtener el tipo o nivel de ayuda que necesitan porque los efectos de la exposición a la violencia pueden estar enmascarados por su propio comportamiento violento o infractor.

78. Se han realizado numerosos estudios sobre la violencia entre los adolescentes. En ellos se indica que los adolescentes expuestos a la violencia, en particular los que están expuestos a una violencia comunitaria crónica a lo largo de su vida, tienden a presentar altos niveles de agresividad y de mal comportamiento, acompañados de ansiedad, problemas de conducta, problemas en la escuela, absentismo escolar y ansias de venganza.

⁵⁸ Véase Michele R. Cooley-Quille, Samuel M. Turner y Deborah B. Beidel, “Emotional impact of children’s exposure to community violence: a preliminary study”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, núm. 10 (octubre de 1995).

⁵⁹ Véase Dante Cicchetti y Sheree L. Toth, *Developmental Perspectives on Trauma: Theory, Research, and Intervention* (Rochester, Nueva York, University of Rochester Press, 1998).

⁶⁰ Véase Vikram Patel y otros, “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”, *The Lancet*, vol. 392 (octubre de 2018).

⁶¹ Véase UNICEF, *Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños* (Nueva York, UNICEF, 2014).

⁶² Véase Esther J. Jenkins y Carl C. Bell, “Exposure and response to community violence among children and adolescents”, en *Children in a Violent Society*, Joy D. Osofsky (ed.) (Nueva York, Guilford Press, 1998).

79. El hecho de que la exposición a la violencia tenga unos efectos más graves en los adolescentes que en los niños más pequeños podría deberse a que los primeros han estado expuestos a mucha más violencia que los segundos. A menudo, los jóvenes sometidos a un trauma crónico parecen indiferentes a los sentimientos y al dolor y presentan un desarrollo emocional limitado a lo largo del tiempo. También es posible que estos jóvenes establezcan un vínculo con grupos de compañeros y pandillas que suplan a su familia e integren la violencia como un método para afrontar los conflictos o la frustración⁶³.

80. Unos estudios realizados recientemente en países de ingresos bajos y medianos han demostrado que, cuando las madres sufren malos tratos y están expuestas a la violencia, es de prever presenten unas actitudes y tendencias más violentas hacia los niños⁶⁴. La depresión materna también se ha asociado a perturbaciones en el desarrollo emocional, conductual y cognitivo durante la infancia, incluidos problemas de salud mental comunicados por las propias personas, un mayor riesgo de violencia y de consumo de drogas y peores resultados en los estudios⁶⁵.

81. Los niños también pueden sufrir daños cuando las personas que cuidan de ellos son víctimas de violencia infligida por la pareja o cuando los niños presencian ese tipo de violencia. Los estudios han demostrado que los niños que son testigos de violencia doméstica o que viven con madres víctimas de violencia infligida por la pareja corren un riesgo más elevado de sufrir malos tratos en el hogar. También hay datos que parecen indicar que los niños expuestos a la violencia doméstica tienen más probabilidades de mostrarse agresivos hacia sus compañeros o hermanos y de perpetuar la violencia una vez alcanzada la edad adulta, bien como víctimas, o bien como perpetradores. El hecho de presenciar actos de violencia entre los padres o las personas que cuidan de los niños también puede influir en las actitudes que tienen estos últimos hacia la admisibilidad de la violencia en el seno de la familia y las relaciones íntimas, lo que a su vez puede transmitirse a los hijos, perpetuando así el ciclo de violencia.

D. Los principales factores de riesgo y de protección

82. La determinación de los factores de riesgo y de protección de la violencia contra los niños sirve de base para una prevención eficaz, ya que un enfoque integrado tanto de aumento de la protección como de reducción del riesgo constituye el fundamento para una buena prevención en años posteriores.

83. Algunos factores de riesgo están relacionados con una forma concreta de violencia, pero, en general, los diversos tipos de violencia tienen varios factores de riesgo en común. La prevalencia de la polivictimización, en la que intervienen diferentes formas de violencia, refleja esta realidad⁶⁶. Los factores de riesgo pueden agruparse en cuatro categorías: individuales, relacionales, comunitarios y sociales⁶⁷.

84. Los factores individuales incluyen características biológicas y demográficas que aumentan el riesgo de que una persona sea víctima de la violencia, tales como el género, la edad, un bajo nivel de estudios, unos niveles de ingresos bajos, la discapacidad o los problemas de salud mental, el hecho de ser lesbiana, gay, bisexual o transgénero, el consumo nocivo de alcohol y drogas y unos antecedentes de exposición a la violencia.

⁶³ Véase Joy D. Osofsky, "Children who witness domestic violence: the invisible victims", *Social Policy Report*, vol. 9, núm. 3 (diciembre de 1995).

⁶⁴ Michael L. Goodman y otros, "Childhood exposure to emotional abuse and later life stress among Kenyan women: a mediation analysis of cross-sectional data", *Anxiety, Stress and Coping*, vol. 30, núm. 4 (2017).

⁶⁵ Véase Rebecca M. Pearson y otros, "Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years", *JAMA Psychiatry*, vol. 70, núm. 12 (diciembre de 2013).

⁶⁶ Véase David Finkelhor, Richard K. Ormrod y Heather A. Turner, "Poly-victimization: a neglected component in child victimization".

⁶⁷ OMS y otros, *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas* (OMS, Ginebra, 2016).

85. Los factores relacionales se derivan de las relaciones con los compañeros, las parejas íntimas y los miembros de la familia, y entre ellos cabe mencionar la falta de apego emocional entre los niños y los padres o las personas que cuidan de ellos; un mal desempeño de las funciones parentales; la disfunción familiar y las separaciones; la participación en actividades ilegales junto con otros compañeros; el hecho de presenciar actos de violencia entre los padres o cuidadores; y los matrimonios precoces y forzados.

86. Entre los factores de riesgo a nivel comunitario se incluye la manera en que las características de entornos como las escuelas, los lugares de trabajo y los vecindarios aumentan el riesgo de violencia. Entre ellas cabe señalar la pobreza, la alta densidad de población, la población de paso, la escasa cohesión social, los entornos físicos inseguros, los altos índices de delincuencia y la existencia de un comercio local de drogas.

87. Entre los factores de riesgo relacionados con la sociedad se incluyen las normas jurídicas y sociales que crean un clima en el que se fomenta o normaliza la violencia. También se incluyen las normas culturales según las cuales el uso de la violencia es aceptable para resolver los conflictos; las normas que reafirman el rol dominante de los hombres sobre las mujeres y los niños; el criterio de que los derechos de los padres priman sobre el bienestar de los niños; las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que perpetúan las desigualdades económicas, sociales o de género; la falta de protección social o su inadecuación; la fragilidad social debida a situaciones de conflicto o posteriores a un conflicto o a desastres naturales; una mala gobernanza; y una escasa aplicación de la ley.

88. La interacción entre los factores de los distintos niveles es tan importante como la influencia de los factores en un mismo nivel. Otros factores de riesgo comunes, como la disfunción familiar, el mal desempeño de las funciones parentales y la escasa cohesión social dentro de la comunidad, hacen que algunos niños corran un riesgo mucho mayor que otros. Además, la proliferación de crisis humanitarias —incluidas las relacionadas con las guerras, los desplazamientos masivos de refugiados, la migración económica, los desastres climáticos y los brotes de enfermedades— hace que aumente cada vez más el número de niños vulnerables a la violencia en todas sus formas⁶⁸.

89. Los factores de protección se pueden agrupar en dos categorías principales: los relacionados con el niño y los relacionados con la familia.

90. Los factores relacionados con el niño incluyen la capacidad de adaptación, el optimismo y el estilo de afrontamiento. Otros elementos pueden ser la imputación y evaluación de los incidentes por parte del niño, su personalidad y su lugar de control. La cualidad personal más importante del niño en este contexto es un desarrollo intelectual medio o superior a la media y una capacidad de atención y unas habilidades interpersonales buenas. En los estudios se mencionan otros factores de protección, como la autoestima y la confianza en las propias capacidades, el hecho de resultar atractivo a los demás tanto por la personalidad como por la apariencia, los talentos individuales, la confesión religiosa, las ventajas socioeconómicas, las oportunidades de estudiar en una buena escuela y tener un buen empleo y el contacto con personas y entornos favorables al desarrollo⁶⁹.

91. Los estudios sobre el modelo procesal del estrés ambiental han explorado las relaciones entre la exposición de los niños a la violencia familiar y comunitaria y la salud mental infantil, así como el afrontamiento con regulación emocional como factor de protección entre los hijos latinos, europeo-americanos y afroamericanos en edad escolar de familias monoparentales que, o bien no tienen hogar y viven en alojamientos de emergencia, o bien tienen hogar pero viven en la pobreza⁷⁰. Los resultados resaltan el papel fundamental de las estrategias de afrontamiento de los niños basadas en la adaptación —concretamente las que emplean la regulación emocional— como recurso de protección ante los síntomas de trastornos de la salud mental cuando están expuestos a múltiples formas de violencia. Los niños que consideran que su forma de afrontar las emociones es

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Véase Esror Tamim Mohammad y otros, “Impacts of family and community violence exposure on child coping and mental health”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 43 (2015).

más eficaz indican que presentan menos síntomas de trastornos de la salud mental. Las estrategias de afrontamiento de los niños, ya sea con carácter preventivo o resolutivo, pueden amortiguar los efectos perjudiciales de una parte de la exposición a la violencia⁷¹.

92. Entre los factores de protección relacionados con la familia se incluyen el grado de solidez y la naturaleza de la relación con el padre que no tiene actitudes violentas o la presencia de hermanos y/o miembros de la familia extensa y la relación con ellos. El recurso de protección más importante para que un niño pueda afrontar la violencia a la que está expuesto es una relación estrecha con un adulto competente, cariñoso y positivo, que, en la mayoría de los casos, es uno de los padres. Con ayuda de una buena crianza por parte de uno de los padres u otro adulto importante en su vida, el niño puede tener un buen desarrollo cognitivo y social incluso en circunstancias adversas.

93. Una esfera importante está relacionada con la cuestión de la resiliencia, y es la capacidad de determinar qué niños experimentarán menos efectos negativos en respuesta a la exposición a la violencia⁷². Las conclusiones de varios estudios realizados con bebés, niños pequeños y jóvenes expuestos a la violencia en la comunidad aluden sistemáticamente a un reducido número de factores de protección que son cruciales para su desarrollo, entre ellos un adulto que se preocupe por ellos, un lugar seguro en la comunidad y los propios recursos internos del niño.

E. La eficacia de las intervenciones para prevenir los casos de violencia contra los niños o su exposición a ella o para prestarles asistencia en tales casos

94. Nunca antes ha habido más datos, estudios y otro tipo de hallazgos relacionados con las intervenciones encaminadas a prevenir y dar respuesta a la violencia contra los niños. No obstante, todavía hay importantes lagunas en los datos que se deben subsanar, en particular la escasez de evaluaciones sobre las intervenciones en los países de ingresos bajos y medios⁷³.

95. El informe de la OMS y otras organizaciones titulado *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas* es un recurso en el que se destaca un conjunto específico de estrategias basadas en los mejores datos disponibles para ayudar a los países y las comunidades a centrar su atención en los programas y servicios de prevención con mayor potencial para reducir la violencia contra los niños. En lo que respecta a los servicios de respuesta y apoyo que contribuyen a mejorar la salud mental de los niños víctimas, el informe pone de relieve importantes datos que demuestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en individuos y grupos para mitigar los síntomas del trauma y los efectos psicológicos y emocionales negativos a largo plazo en los niños y adolescentes que han sufrido violencia (con la que se ha alcanzado una mitigación de hasta un 37 % en el caso de las terapias individuales y de hasta un 56 % en el de las terapias de grupo).

96. Por ejemplo, en Lusaka se seleccionó a 257 niños y niñas de entre 5 y 18 años procedentes de cinco comunidades distintas que habían experimentado al menos un incidente traumático (por ejemplo, malos tratos y explotación) y habían indicado que padecían síntomas importantes a consecuencia de ese trauma (como el trastorno por estrés postraumático). Los niños fueron asignados al azar, o bien a un grupo experimental en el que recibieron entre 10 y 16 sesiones de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, o bien a un grupo de comparación en el que recibieron el tratamiento habitual que se deba a los niños huérfanos y vulnerables. El tratamiento habitual incluía asesoramiento psicosocial, formación entre pares, grupos de apoyo y pruebas de detección y tratamiento del VIH/sida. Es importante destacar que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma no estuvo dirigida por especialistas en salud mental, sino por orientadores no especializados pero con la capacitación correspondiente y bajo supervisión. El estudio

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Véase Joy D. Osofsky, "The impact of violence on children".

⁷³ Oficina del Representante Especial, *Keeping the Promise: Ending Violence against Children by 2030*.

reveló que los síntomas relacionados con el trauma se redujeron en un 82 % en el grupo experimental en comparación con una reducción del 21 % en el grupo que había recibido el tratamiento habitual. El deterioro funcional se redujo en un 89 % con la terapia en comparación con una reducción del 68 % con el tratamiento habitual. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma resultó ser considerablemente más efectiva que el tratamiento habitual. Estos hallazgos son sumamente importantes, dado que es poco probable que en la mayoría de los entornos de ingresos bajos haya recursos suficientes para contratar a especialistas en salud mental o capacitar al personal no especializado en más de un enfoque sobre cómo hacer frente a los efectos del trauma⁷⁴.

97. El informe titulado *Promising Programmes to Prevent and Respond to Child Sexual Abuse and Exploitation*, encargado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), también hace referencia a la creciente atención que prestan los profesionales de la salud mental a las prácticas basadas en datos probatorios para el tratamiento del maltrato y el trauma infantiles. En los países de ingresos altos, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, las terapias creativas, la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y la terapia psicológica se consideran modelos posibles de intervención en el caso de niños y jóvenes que han sufrido abusos sexuales. Las terapias creativas como el juego, la danza o la música ofrecen a los niños una alternativa para la superación del trauma y el restablecimiento, y hay ejemplos de este enfoque que se emplean en países de ingresos bajos y medios. Un metanálisis de la terapia lúdica con niños en países de ingresos altos reveló que tenía un efecto positivo en todas las modalidades, contextos, edades y géneros, y que los enfoques humanísticos y no directivos de ese tipo de terapia eran los más efectivos.

98. La iniciativa mundial de aprendizaje Know Violence in Childhood también ha puesto de relieve importantes datos que pueden servir de base para adoptar medidas de prevención de la violencia, entre ellos:

- a) El potencial de los programas relativos a la crianza de los hijos para prevenir y reducir el riesgo de maltrato infantil y servir como punto de partida para hacer frente a las vulnerabilidades y los riesgos en el entorno doméstico;
- b) Las oportunidades para establecer más sinergias entre los programas de lucha contra la violencia infligida por la pareja y los relacionados con el maltrato infantil;
- c) La importancia de adoptar medidas de respuesta coordinadas y multisectoriales para reducir la probabilidad de que se separe a los niños de sus familias;
- d) El valor de invertir en un cambio de las normas sociales y de vincular las iniciativas destinadas a poner fin a la violencia contra los niños con las encaminadas a eliminar la violencia contra las mujeres;
- e) La “caja de herramientas de las buenas escuelas”, una iniciativa implementada en Uganda que ha tenido muy buenos resultados para afrontar la dinámica de la violencia en múltiples niveles, entre múltiples grupos de interesados y con posibilidad de reproducción a distintas escalas;
- f) Cambios efectivos en las instituciones que puedan aliviar la violencia, ya sea mediante intervenciones estructurales y en el código de conducta o mediante cambios de política que eviten el internamiento o aceleren la transición hacia entornos de tipo familiar;
- g) Estrategias para construir comunidades resilientes que reduzcan con éxito la violencia en las ciudades y comunidades urbanas con una incidencia elevada de homicidios y violencia de las bandas, en particular en América Latina, América Central y el Caribe;
- h) Iniciativas comunitarias para fomentar el interés de los jóvenes en situación de riesgo por el desarrollo de habilidades, la formación profesional, la música y el arte⁷⁵.

⁷⁴ Véase OMS y otros, *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas* (2016).

⁷⁵ Véase Know Violence in Childhood, *Ending Violence in Childhood. Global Report 2017*.

99. La OMS ha observado que cada vez hay más datos que demuestran la eficacia y la relación costo-eficacia de las intervenciones encaminadas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, en particular entre los niños y los adolescentes⁷⁶. La propia OMS ha puesto en marcha varias iniciativas destinadas a incrementar la información y los datos basados en la salud mental, con miras a reforzar los sistemas de atención de la salud mental⁷⁷.

100. La comisión de The Lancet sobre la salud mental a nivel mundial y el desarrollo sostenible señaló una serie de intervenciones que consideraba necesarias para prevenir los trastornos mentales y asociados al consumo de drogas y proporcionar tratamiento y asistencia para fomentar la recuperación⁷⁸. Destacó diversas intervenciones innovadoras con posibilidades de aplicación a mayor escala, que podrían llevarse a cabo a través del sistema habitual de atención sanitaria o de otras plataformas.

101. Las intervenciones preventivas que se centran en la salud mental materna, la interacción entre la madre y el bebé y el juego y la estimulación tienen beneficios positivos a largo plazo tanto para los bebés como para las madres. Las intervenciones que promueven un inicio inmediato de la lactancia materna y el contacto físico cercano con la madre y que mejoran la capacidad de respuesta de la madre contribuyen a la creación de un vínculo afectivo seguro. Este tipo de programas, que se basan fundamentalmente en la interacción temprana entre los recién nacidos y las personas que cuidan de ellos —y, en particular, en el refuerzo de la capacidad de reacción sin brusquedad—, también pueden reducir el riesgo de maltrato infantil. Además, la educación impartida a los padres y las intervenciones con múltiples componentes (que, por lo general, combinan el apoyo familiar, la educación preescolar, las habilidades para la crianza de los hijos y los servicios de guarda de niños) también podrían, según parece, ser eficaces para prevenir el maltrato infantil y reducir los problemas de salud mental en los niños expuestos a circunstancias adversas y en los niños afectados por conflictos armados⁷⁹.

102. Un metanálisis de 193 estudios reveló que la depresión materna estaba estrechamente asociada a una mayor interiorización y exteriorización de los trastornos mentales entre los niños. Existen pruebas fehacientes de la eficacia de las intervenciones en el caso de los trastornos mentales maternos para reducir los problemas de interiorización y exteriorización y prevenir la aparición de trastornos mentales durante la infancia. Los programas de visitas a domicilio a las madres y sus recién nacidos forman parte del sistema de detección y tratamiento de la depresión materna, y en ellos se incluye la realización de intervenciones psicosociales en el marco de los servicios habituales de atención pre- y posnatal⁸⁰.

103. Las intervenciones en las esferas de la crianza y el bienestar infantil son inversiones clave para romper los ciclos tóxicos de la transmisión de la violencia, la pobreza y las enfermedades mentales de una generación a otra. Por ejemplo, una intervención de estimulación psicosocial y de apoyo para la crianza de niños menores de 3 años con un retraso del crecimiento mejoró sustancialmente su capacidad de desenvolverse en la vida y su situación laboral en la edad adulta. En las escuelas, la preparación para la vida centrada en el desarrollo de habilidades sociales, emocionales, de resolución de problemas y de afrontamiento está considerada una de las mejores prácticas para que los niños de todas las edades adquieran competencias emocionales y sociales⁸¹.

104. En lo que respecta al tratamiento, la atención y la rehabilitación en entornos con pocos recursos, un conjunto básico de intervenciones para los niños podría incluir programas de capacitación en materia de aptitudes para la crianza de los hijos, que son eficaces en el caso de niños con problemas emocionales, de desarrollo y de comportamiento. El modelo de rehabilitación de base comunitaria es un enfoque basado en

⁷⁶ Véase OMS, *Plan de acción sobre salud mental*.

⁷⁷ Véase www.who.int/mental_health/evidence/en/.

⁷⁸ Véase Vikram Patel y otros, “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”.

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ *Ibid.*

los derechos que aprovecha los puntos fuertes inherentes de la comunidad y en el que participan personas con discapacidad, familiares y voluntarios. Ese enfoque debería contar con el apoyo de los profesionales de la salud a nivel local para facilitar su inclusión en los servicios generales, cuando sea posible, y adaptarse a las necesidades y recursos locales específicos. La mayoría de los datos relativos a los programas de rehabilitación de base comunitaria confirman que tienen una buena aceptación y unos efectos beneficiosos⁸².

105. Los últimos años de la infancia y la época de la adolescencia ofrecen más oportunidades para mitigar los efectos de una situación desfavorecida en los primeros años de vida, aumentar la resiliencia y reducir las consecuencias perjudiciales de los trastornos que aparecen en este período. La familia, los padres, los compañeros, la escuela y la comunidad pueden conformar el círculo íntimo de protección, que tiene una importancia crucial. Las intervenciones universales de aprendizaje socioemocional en las comunidades y escuelas promueven el desenvolvimiento social y emocional de los niños, mejoran su rendimiento académico y reducen los comportamientos de riesgo, como el tabaquismo y los embarazos en la adolescencia. Esas intervenciones pueden correr a cargo de compañeros, maestros y orientadores mediante su integración en los programas para jóvenes o en los planes de estudio (como es el caso del programa HealthWise en Sudáfrica). Las intervenciones más efectivas son aquellas que se llevan a cabo en toda la escuela y en las que el aprendizaje socioemocional se ve reforzado por la cultura escolar y un ambiente físico y social que es favorable para la salud y cuenta con la participación del personal, el alumnado, los padres y la comunidad local. Estas intervenciones tienen un efecto directo al promover la confianza en las propias capacidades y en los demás y al reducir los factores de riesgo como el acoso. Los análisis económicos indican que las intervenciones de aprendizaje socioemocional en las escuelas son eficaces en función del costo, puesto que suponen un ahorro al mejorar el estado de salud de las personas y reducir los gastos asociados al sistema de justicia penal⁸³.

106. Las tendencias suicidas entre los adolescentes son una de las principales preocupaciones en materia de salud pública. Los programas multimodales, que incluyen formación práctica dirigida al alumnado tanto a nivel de la comunidad como en las escuelas, la detección de jóvenes en situación de riesgo, la formación de médicos de atención primaria, la educación sobre los medios de comunicación y la restricción del acceso a medios letales, ofrecen las estrategias de prevención más prometedoras (por ejemplo, el programa “Going Off, Growing Strong” del Canadá). Las intervenciones preventivas específicas o recomendadas se centran en los jóvenes que han tenido experiencias que aumentan su vulnerabilidad a padecer trastornos mentales o que presentan síntomas por debajo del umbral. Las intervenciones que promueven la capacidad de afrontamiento y la resiliencia, como la formación para desarrollar habilidades cognitivas, ayudan a prevenir la aparición de la ansiedad, la depresión y las tendencias suicidas⁸⁴.

107. Existe un conjunto sustancial de datos relativos a intervenciones clínicas que tienen buenos resultados en personas con trastornos mentales en el contexto de las emergencias humanitarias. Las directrices del Comité Permanente entre Organismos sobre salud mental y apoyo psicosocial en contextos de emergencia indican, entre otras cosas, que se debe reforzar la resiliencia que ya tenga la comunidad, evitar la medicalización del malestar, detectar casos de forma proactiva y derivarlos a las intervenciones correspondientes, integrar las directrices en las respuestas de atención médica y social en situaciones de emergencia y promover activamente el uso de los servicios. Gracias a una serie de intervenciones psicosociales, el apoyo en materia psicosocial y de salud mental está más integrado que antes en el contexto humanitario y en otras iniciativas mundiales relacionadas con la salud mental. La participación activa de los miembros de las comunidades y autoridades locales en todas las etapas de la organización de la atención de la salud mental en esos contextos es esencial para conseguir una actuación satisfactoria y coordinada y para reforzar las capacidades locales y la sostenibilidad. Una respuesta coordinada debería

⁸² *Ibid.*

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ *Ibid.*

procurar servir de base para el establecimiento de un sistema sostenible de atención de la salud mental⁸⁵.

F. El camino hacia unas estrategias propicias y efectivas para proteger la salud mental y el bienestar de los niños

108. Las medidas adoptadas para hacer frente a los problemas de salud mental entre los niños y la violencia contra ellos deben guiarse por las normas internacionales de derechos humanos y el marco para el desarrollo sostenible, pero también deben reflejar un enfoque moderno en materia de salud pública. Uno de los principios clave de este enfoque es que una buena salud mental es mucho más que la ausencia de un trastorno: es un estado de bienestar en el que la persona desarrolla sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.

109. Para hacer efectivo el derecho de los niños víctimas y testigos de la violencia al más alto nivel posible de salud mental se requiere una acción integral y coordinada. A tal efecto, es preciso adoptar un enfoque intersectorial y multipartito que incluya tanto políticas como medidas destinadas a crear un entorno que haga disminuir los riesgos y las vulnerabilidades, así como desarrollar y reforzar los servicios para prestar asistencia en materia de salud mental en el momento oportuno y de forma integral a las personas que la necesitan⁸⁶. Ya existen importantes marcos para orientar las medidas de los Estados Miembros en este ámbito, como el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS y la comisión de The Lancet sobre la salud mental a nivel mundial y el desarrollo sostenible.

110. El punto de partida es la necesidad de proteger y promover la salud mental y el bienestar de todos. Es esencial crear unas condiciones que permitan a los niños desarrollarse, crecer y alcanzar su potencial. Para ello es necesario actuar sobre los determinantes sociales y ambientales que tienen una influencia crucial en la salud mental durante los períodos delicados del desarrollo, en particular en la infancia y la adolescencia. Muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible aluden explícitamente a estos determinantes, y los progresos que se realicen con miras a la consecución de los Objetivos podrían promover la salud mental y reducir la carga mundial de trastornos mentales.

111. La prevención requiere una combinación de intervenciones universales y específicas que eliminen las barreras y amenazas a la salud mental, especialmente las que aparecen durante la primera infancia. Entre ellas se incluyen medidas destinadas a reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos que menoscaban la salud mental de los niños. La prevención requiere también una acción orientada específicamente a atender las necesidades de los grupos vulnerables a lo largo de la vida de manera integrada en estrategias más generales de mejora de la salud. Además, las actividades de prevención deben responder a las amenazas cada vez mayores que plantean para la salud mental los desafíos mundiales como el cambio climático y la creciente desigualdad.

112. Los servicios de salud mental deben ampliarse y convertirse en un componente esencial de la cobertura sanitaria universal, así como integrarse plenamente en otras estrategias de los ámbitos de la salud y la prevención de la violencia. Se deben desarrollar servicios integrales de salud y atención social a nivel de la comunidad que garanticen la continuidad de la atención prestada por los diversos profesionales sanitarios, una colaboración efectiva entre los proveedores de servicios de salud con o sin licencia y la promoción de la autogestión de la salud. Los niños y adolescentes con trastornos mentales deben recibir intervenciones psicosociales y otras intervenciones no farmacológicas basadas en datos sin dejar de formar parte de la comunidad, evitando el internamiento y la medicalización. La intervención temprana es esencial.

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ *Ibid.*

113. El empoderamiento de los niños para que puedan participar activamente en la toma de las decisiones relativas a la atención que reciben es un componente fundamental del enfoque de la salud mental basado en los derechos. Las opiniones y experiencias de niños que hayan tenido algún trastorno mental o una discapacidad psicosocial deben ser determinantes a la hora de concebir, prestar y evaluar los servicios.

114. Es esencial contar con un número adecuado y una distribución equitativa de profesionales de la salud competentes, sensibles y debidamente capacitados y desarrollar los conocimientos y las aptitudes del personal sanitario, tanto especializado como no especializado, para que presten unos servicios basados en datos, culturalmente apropiados y orientados hacia los derechos humanos. Se deben aprovechar las oportunidades que surjan en este ámbito, incluidas las que presenta el uso innovador de personal no especializado pero con formación y las tecnologías digitales para realizar toda una serie de intervenciones de salud mental.

115. Se requieren unas inversiones adicionales considerables para promover y proteger la salud mental. Aunque se necesitan recursos adicionales, en un futuro inmediato se puede hacer un uso eficiente y eficaz de los ya existentes. A tal efecto se podría, por ejemplo, transferir los fondos para salud mental de los grandes hospitales a los hospitales de distrito y a los servicios locales de base comunitaria, establecer un sistema de intervención temprana para trastornos mentales de reciente aparición y reasignar los fondos destinados a otras prioridades en materia de salud para promover la integración de la atención de la salud mental en las plataformas de prestación de servicios establecidas.

116. También deberían seguir aumentando las inversiones en investigación e innovación. Es necesario corregir el desequilibrio que supone el hecho de que la mayoría de los estudios se realicen en países de ingresos altos y estén dirigidas por ellos, con miras a que los países de ingresos bajos y medianos dispongan de estrategias culturalmente apropiadas y eficaces en función del costo para responder a las necesidades y prioridades en materia de salud mental. Entre la información esencial que se necesita para tomar medidas eficaces se incluyen datos sobre la prevalencia y la naturaleza de los problemas de salud mental, el alcance de las políticas y la legislación, las intervenciones y los servicios, los desenlaces clínicos y la situación social y económica al término del proceso. Esos datos deben desglosarse por sexo y edad y reflejar las diversas necesidades de las subpoblaciones, incluidas personas de comunidades diversas desde un punto de vista geográfico y poblaciones vulnerables.

117. Por último, ahora que la comunidad internacional tiene la vista puesta en el Decenio de Acción para los Objetivos de Desarrollo Sostenible —centrado en los resultados en favor del desarrollo sostenible— se deben establecer marcos de vigilancia y rendición de cuentas para que se adopten medidas eficaces destinadas a promover la salud mental de todos, prevenir los trastornos mentales entre los niños que son objeto de violencia y otros niños en situaciones de alto riesgo y proporcionar tratamiento y atención a quienes lo necesiten.

V. Perspectivas futuras

118. Desde que asumió sus funciones en julio de 2019, la Representante Especial ha elaborado su estrategia para el actual mandato mediante un proceso consultivo y participativo. La nueva estrategia incluye tres esferas prioritarias: a) llevar a cabo una labor de promoción y de movilización de todos los principales interesados en los planos mundial, regional y nacional para agilizar el cumplimiento de la meta 16.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de otros Objetivos conexos; b) velar por que se tengan en cuenta todas las formas de violencia en la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, asegurándose de que ningún niño se quede atrás; y c) dar más voz a los niños, prestando especial atención a los más vulnerables.

119. La cooperación efectiva entre los numerosos actores presentes en este ámbito es fundamental. La vida de los niños no tiene divisiones temáticas que coincidan con los mandatos de las organizaciones que trabajan por ellos: a menudo están expuestos a más de una forma de violencia y en más de un entorno. La movilización de asociaciones a todos los

niveles y la participación de todos los interesados son esenciales para generar los recursos necesarios y estimular la adopción de medidas. La Representante Especial utilizará un enfoque participativo y consultivo para fomentar la cooperación y el diálogo constructivo con todos los interesados pertinentes en los planos nacional, regional e internacional a fin de responder eficazmente a la violencia continua a la que se enfrentan los niños víctimas.

120. Los aliados más importantes para poner fin a la violencia son los propios niños. Su participación activa y real en la labor de determinar a qué desafíos se enfrenta el desarrollo sostenible y la manera de superarlos hace efectivo su derecho a la participación y, al mismo tiempo, constituye una forma eficaz de acelerar los progresos. La Representante Especial procurará colaborar estrechamente con las organizaciones dirigidas por niños y centradas en ellos para que el mandato dé más voz a los niños y tenga plenamente en cuenta sus opiniones. Se hará especial hincapié en incluir a los niños más invisibles y vulnerables para que ninguno se quede atrás.
