

El modelo *Cure Violence*: reducción de la violencia en San Pedro Sula (Honduras)

The *Cure Violence* model: violence reduction in San Pedro Sula (Honduras)

**Charles Ransford, R. Brent Decker, Guadalupe M. Cruz,
Francisco Sánchez y Gary Slutkin***

Resumen: Desarrollado en Estados Unidos, el modelo *Cure Violence* («Curar la Violencia») es un programa de control epidémico que reduce la violencia a través de cambios de normas y de comportamiento. Este artículo revisa, en primer lugar, la situación de violencia en Honduras y, en particular, en San Pedro Sula que, durante años, fue la ciudad con mayores tasas de homicidios del mundo. Para hacer frente a esta situación, en 2013 comenzó a implementarse en algunas zonas de la ciudad una adaptación del programa. Así, tras detallar la adaptación del modelo al contexto de la ciudad hondureña, se analizan sus resultados en dos períodos de 2014 y 2015 (frente a 2013 y 2014, respectivamente), entre los que destacan una reducción significativa de los tiroteos y una reducción menor en las cifras de homicidios.

Palabras clave: San Pedro Sula, Honduras, tiroteos, homicidios, salud, *Cure Violence*

Abstract: Developed in the United States, the *Cure Violence* model is a programme of epidemic control that reduces violence through changes to norms and behaviour. This article primarily examines the issue of violence in Honduras and, in particular, in San Pedro Sula which was for years the city with the highest homicide rates in the world. To tackle this situation, in 2013 an adapted version of the programme began to be implemented in certain areas of the city. After describing the adaptation of the model to the context of the Honduran city, its results are analysed in two periods of 2014 and 2015 (compared to 2013 and 2014, respectively): a significant reduction in shootings and a minor fall in the homicide figures stand out.

Key words: San Pedro Sula, Honduras, shootings, homicides, health, *Cure Violence*

Cure Violence*, School of Public Health, University of Illinois at Chicago: **Charles Ransford, coordinador de evaluación, máster en Política Pública (ransford@uic.edu); **R. Brent Decker**, coordinador del Programa para la Prevención de la Violencia, máster en Trabajo Social y Salud Pública (brentd@uic.edu); **Guadalupe M. Cruz**, especialista en asuntos comunitarios sobre «Alto el Fuego» (cruzlupe@uic.edu); **Francisco Sánchez** (franzs@uic.edu); y **Gary Slutkin**, director ejecutivo, doctor en Medicina (gslutkin@uic.edu).

Introducción: la violencia en el Triángulo Norte de América Central

Si se excluyen las situaciones de guerra, América Latina y el Caribe es la región más violenta del mundo, con una tasa promedio de homicidios de 28,5 por cada 100.000 habitantes (100 m/h) y una estimación de 165.617 muertes en 2012 (WHO, 2014). En total, América –del Norte, Central y del Sur– representa alrededor del 36% de los homicidios a nivel mundial (UNODC, 2014). Dentro de esta violenta región, la violencia es más severa en el Triángulo Norte de América Central, un área que incluye El Salvador, Guatemala y Honduras. La tasa de homicidios en esta región es más de 10 veces superior al promedio global (Moser y Winton, 2002). En una clasificación de países a nivel mundial según la tasa de homicidios del año 2012, Honduras ocupaba el primer lugar con una tasa de 91 homicidios por cada 100 m/h; El Salvador el cuarto lugar, con una tasa de 41 por cada 100 m/h; y Guatemala, el sexto, con una tasa de 35 por cada 100 m/h (UNODC, 2013).

El nivel de violencia en esta región ha sido elevado durante muchas décadas. Inicialmente, ello se debió a conflictos políticos, incluidas guerras civiles a gran escala en El Salvador (1980-1992), Guatemala (1960-1996) y Nicaragua (1972-1991). Estos conflictos afectaron a toda la región, ya que los países vecinos fueron utilizados como lugares para el envío de armas, bases para las guerrillas, emplazamientos para lanzar acciones militares y destinos para los desplazados por el conflicto. La violencia política alcanzó su punto máximo en los años ochenta del siglo pasado y terminó oficialmente con la firma de los acuerdos de paz en los noventa; sin embargo, la reducción de la violencia no ha sido fácil de alcanzar (Moser y Winton, 2002). El fenómeno de la violencia que no cesa o que aumenta es común; los países involucrados en guerras muestran a menudo aumentos sustanciales de la violencia en la posguerra (Archer y Gartner, 1976), y ello se debe a que la violencia se puede transferir de un tipo a otro –por ejemplo, de la guerra a la comunidad o a la familia (MacManus *et al.*, 2013)– a medida que la violencia *en sí misma* se va normalizando (Slutkin, 2013a; IOM, 2013).

El caso de Honduras

Honduras –un país de renta media con una población de casi ocho millones de habitantes (WHO, 2014)– ha sido clasificado como el país más violento del mundo desde 2008 (UNODC, 2013). En Honduras, las causas de la violencia varían e incluyen la violencia relacionada con los cárteles de la droga, la violencia de la extorsión a altos niveles, los conflictos comunitarios, los asesinatos a sueldo y los conflictos

interpersonales. En los últimos 15 años, la violencia letal ha aumentado significativamente, una tendencia que algunos han atribuido a cambios en los patrones del tráfico de drogas (UNODC, 2014). La cantidad de drogas que llega a Honduras desde Venezuela ha aumentado sustancialmente desde 2007, año de los primeros datos disponibles. Se estima que el 88% de la cocaína traficada hacia Estados Unidos llega a través del corredor América Central-México, lo que supone un cambio respecto a los años setenta y ochenta del siglo pasado, cuando la vía utilizada para el tráfico era el Caribe (UNODC, 2007). Cerca del 70% de las drogas entra a Honduras por mar –transportada por buques pesqueros (costa del Pacífico) y lanchas rápidas (costa del Caribe)– y llega a Estados Unidos tras pasar por las fronteras de Guatemala y El Salvador y, en último término, por México. El flujo de drogas a lo largo de la costa ha llevado a conflictos entre las bandas hondureñas que intentan obtener su parte del beneficio de los negocios relacionados con el transporte y almacenaje de las drogas.

La actividad de las bandas también se considera un factor principal en los altos niveles de violencia de Honduras. La violencia entre las bandas locales es el resultado de su implicación en el negocio de la droga, la extorsión y otras actividades criminales, así como del conjunto de normas violentas que existen en muchas comunidades. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) estima que alrededor de un 30% de todos los homicidios en América Latina están vinculados a las bandas o al crimen organizado, aunque hay otras estimaciones que reducen ese porcentaje a tan solo el 7% (Abt y Winship, 2016). En cualquier caso, si bien este es un problema importante, la cuestión de la violencia en Honduras es mucho más compleja que la que se produce exclusivamente entre bandas, y las estrategias para detener dicha violencia deben ser capaces de abordarla teniendo en cuenta los múltiples factores que la motivan. Como han apuntado diversos autores, todas las formas de violencia en América Latina y a nivel mundial –crimen organizado, comunitaria, familiar y otras– están interconectadas (Abt y Winship, 2016; IOM, 2013; Slutkin, 2013a). Además, los enfoques preventivos de la violencia deben considerar las consecuencias no intencionales, ya que se ha observado que algunos esfuerzos para acabar con las bandas en América Latina han derivado en encarcelaciones masivas que han desembocado precisamente en un mayor desarrollo y fortalecimiento de las bandas (Insight Crime y Asociación para una Sociedad más Justa, 2015).

La violencia en San Pedro Sula

Las dos mayores áreas urbanas de Honduras son el Distrito Central y San Pedro Sula. El Distrito Central –que incluye la capital hondureña, Tegucigalpa– tiene algo más de un millón de residentes y recientemente ha sido clasificada entre las

10 ciudades más peligrosas del mundo (sexto lugar en 2015) por su alta tasa de homicidios (de 73,5 por cada 100 m/h en 2015) (Seguridad, Justicia y Paz, 2016). Por su parte, San Pedro Sula –la segunda ciudad más grande de Honduras, con casi 800.000 residentes– ha estado a menudo a la cabeza de la lista de ciudades más violentas del mundo, con una tasa de homicidios máxima en 2014 de 187 personas asesinadas por cada 100 m/h (Ortega, 2014). En 2015, esta tasa mejoró ligeramente, pasando al segundo lugar con una tasa de 111 homicidios por cada 100 m/h (Seguridad, Justicia y Paz, 2016). Las víctimas de homicidio en San Pedro Sula

San Pedro Sula –la segunda ciudad más grande de Honduras, con casi 800.000 residentes– ha estado a menudo a la cabeza de la lista de ciudades más violentas del mundo.

son principalmente hombres (93%) y en su mayoría por armas de fuego (84%). Además, en este país, si bien el número de víctimas entre los varones de 15 a 29 años es mayor que en otros grupos de edad, la tasa de homicidios es más elevada para los hombres de

entre 30 y 44 años (UNODC, 2014); ello sugiere que la violencia involucra a personas algo mayores de lo que se observa comúnmente en otros países.

El marco de la salud de la violencia

Hay muchos factores que influyen en los niveles de violencia en las regiones; algunos de ellos han sido mencionados más arriba. Sin embargo, aunque estos factores son tremendamente importantes, consideramos que la violencia puede entenderse mejor como una cuestión, ante todo, de salud. Ello no minimiza el resto de factores, que siguen teniendo un papel destacado en el nivel de violencia y en la forma de abordarla en el contexto local.

La consideración de la violencia como un problema esencialmente de salud es útil porque se basa en una interpretación científica de la violencia que utiliza conocimientos de fisiología, biología, neurociencia, psicología y sociología. Esta comprensión científica de la violencia muestra que, al igual que las enfermedades contagiosas, la violencia se concentra (Sherman *et al.*, 1989; Slutkin, 2013a; Buhaug y Gleditsch, 2008; Gould *et al.*, 1990) y se propaga geográficamente (Zeoli *et al.*, 2012; Cohen y Tita, 1999). También se ha demostrado que la violencia se transmite entre individuos, mediante muchas de sus formas –como el abuso a menores (Widom, 1989; Egeland *et al.*, 1988), la violencia comunitaria (Bingenheimer *et al.*, 2005; Kelly, 2010), la violencia de pareja (Ehrensaft *et al.*, 2003; Black *et al.*, 2010) y el suicidio (Gould *et al.*, 2003)–, así como se transmite *entre* síndromes. Por ejemplo, existe un mayor riesgo de perpetrar violencia

comunitaria entre los individuos expuestos a la violencia de la guerra (MacManus *et al.*, 2013), y aquellos expuestos a la violencia comunitaria tienen un mayor riesgo de perpetrar violencia doméstica (Mullins *et al.*, 2004).

Es más, en los últimos años, se ha avanzado mucho en la comprensión de *cómo* se transmite el comportamiento violento, tanto en términos de psicología social como del cerebro subyacente. A nivel individual, la violencia se transmite mediante el aprendizaje o el modelado social; se ha comprobado que muchos comportamientos se propagan de esta forma (Christakis y Fowler, 2009) porque buena parte de nuestro comportamiento se desarrolla a partir del modelado (Slutkin, 2013a; Bandura, 1977), incluida la violencia (Bandura y Huston, 1961). El comportamiento violento también se transmite a nivel de grupo mediante normas sociales. Por ejemplo, en las comunidades violentas, el comportamiento violento puede convertirse en la respuesta aceptada e incluso esperada ante pequeñas disputas, ofensas percibidas o insultos. Estas expectativas se cumplen por la percepción de que la ausencia de respuesta puede ser un signo de debilidad, con el riesgo asociado de una mayor victimización del individuo (Anderson, 2000; Wilkinson *et al.*, 2006).

Al considerar la violencia un problema de salud, podemos reconocer que las personas que se muestran violentas, así como las personas afectadas por daños o exposición a la violencia tienen en esencia un problema de salud: un problema de exposición, contagio y trauma o dolor. De esta manera, la metodología de la salud pública –relativamente estándar y muy eficaz para interrumpir la transmisión y modificar comportamientos y normas– se puede aplicar también al problema de la violencia. Hace tiempo que la implicación activa del sector sanitario en el tratamiento de la violencia es necesaria, específicamente a través de la aplicación más operativa y vigorosa de los medios de prevención y de control epidémico bien conocidos por el sector sanitario.

El modelo *Cure Violence* se centra en una perspectiva de salud pública de la violencia, la cual es considerada como un comportamiento aprendido y contagioso.

El modelo *Cure Violence* para interrumpir la epidemia de la violencia

El modelo *Cure Violence* («Curar la violencia») se empezó a desarrollar en 1995 en base a experiencias en epidemiología, como la lucha contra la tuberculosis en San Francisco (Coleman y Slutkin, 1984; Slutkin, 1986; Perez-Stable y Slutkin,

1985; Perez-Stable *et al.*, 1986) y el SIDA en Uganda (Slutkin *et al.*, 2006). Tras observar las formas en que la violencia armada se concentraba y propagaba en las comunidades de Chicago, se desarrolló la teoría de la violencia como un problema de salud contagioso y se creó un enfoque epidemiológico para prevenirla. El modelo *Cure Violence* se centra en una perspectiva de salud pública de la violencia, la cual es considerada como un comportamiento aprendido y contagioso. Su enfoque para la prevención de la violencia se centra directamente en las personas o grupos con mayor riesgo de iniciar la violencia o ser víctimas de ella, e interviene en conflictos que podrían desembocar en violencia. Una característica central de este modelo es el uso de *mensajeros* creíbles como trabajadores, es decir, de individuos de confianza de las comunidades afectadas que tienen acceso a la gente con mayor riesgo de perpetrar violencia. Este acceso, junto con la confianza que generan, permiten a estos trabajadores hablar sobre el comportamiento violento con credibilidad y persuadir a los individuos de alto riesgo para que cambien de actitud. Como en el caso de todos los trabajadores sanitarios que intentan acceder a poblaciones de difícil acceso de cualquier tipo, es esencial contratar a los trabajadores adecuados a fin de tener el acceso, la confianza y la credibilidad necesarias para el trabajo; además, se requiere una formación intensiva y muy específica (McDonnell, 2011).

El modelo *Cure Violence* tiene tres componentes principales (Slutkin *et al.*, 2014; Slutkin *et al.*, 2015):

1. *Detectar e interrumpir la transmisión de la violencia*, anticipándose allí donde puede darse violencia e interviniendo antes de que estalle. Este modelo despliega «interruptores de la violencia» que utilizan métodos específicos para localizar conflictos en curso potencialmente letales y responder con una variedad de técnicas de mediación de conflictos, con objeto tanto de prevenir la violencia inminente como de cambiar las normas acerca de la necesidad de usar la violencia. Los *interruptores* reciben formación específica en un método para detectar posibles tiroteos, mediar en conflictos y mantenerse a salvo en estas peligrosas situaciones.
2. *Cambiar el comportamiento de los transmisores de mayor potencial*, identificando a aquellos con mayor riesgo de caer en la violencia y trabajando para cambiar su comportamiento. *Cure Violence* emplea un componente de trabajo comunitario para modificar las normas y el comportamiento de los destinatarios de alto riesgo. Se trata de los trabajadores comunitarios, que actúan como mentores de cierto número de beneficiarios y les visitan varias veces por semana, a cada uno de ellos, para transmitirles el mensaje del rechazo al uso de la violencia y asistirles en la obtención de los servicios necesarios, como formación profesional y asesoramiento sobre el abuso de drogas. Los trabajadores comunitarios también

- están disponibles para sus usuarios en momentos críticos, es decir, cuando necesitan ayuda específica para no recaer en el comportamiento criminal o violento.
3. *Cambiar las normas de la comunidad*, influyendo en las normas sociales para disuadir del uso de la violencia. Para que el cambio sea duradero, deben modificarse las normas de la comunidad por las que se acepta y fomenta la violencia. Para ello, *Cure Violence* utiliza la movilización comunitaria, una campaña de educación pública, eventos comunitarios y respuestas comunitarias a cada tiroteo.

La eficacia del modelo *Cure Violence*

El enfoque *Cure Violence* se está aplicando en 50 comunidades de nueve países y ha sido evaluado de forma independiente en múltiples ocasiones. Cada evaluación muestra reducciones notables y estadísticamente significativas de la violencia armada. Los estudios de la Northwestern University y de la Johns Hopkins University mostraron una reducción de entre un 41% y un 73% de los tiroteos en vecindarios de Chicago (Skogan *et al.*, 2009) y de hasta un 56% de los asesinatos en Baltimore (Webster *et al.*, 2012). Una evaluación del Center for Court Innovation mostró que el área de la ciudad de Nueva York en la que operó el programa pasó un año sin un solo asesinato y tuvo un 20% menos de tiroteos en comparación con la tendencia en las comunidades vecinas (Picard-Fritsche y Cerniglia, 2013). Una evaluación del programa de 2012-2013 en Chicago detectó una reducción de los asesinatos de un 31% en los dos distritos de implementación de *Cure Violence* (Henry *et al.*, 2014). Por último, la evaluación de tres comunidades de Nueva York halló que, en las áreas del programa, hubo una reducción del 18% en comparación con el aumento del 69% en áreas similares tomadas como referencia (Butts *et al.*, 2015).

Las adaptaciones internacionales de este modelo también han mostrado reducciones considerables de la violencia, aunque se necesitan evaluaciones formales para determinar la causalidad. En la comunidad de Hanover Park, en Ciudad del Cabo (Sudáfrica), donde opera el programa, ha habido una reducción de más del 50% en los homicidios e intentos de homicidio relacionados con las bandas (Zille y De Lille, 2013)¹. En Loíza (Puerto Rico), hubo una reducción del 50% en los asesinatos asociada al primer año de implementación del programa². En Ciudad Juárez

-
1. Estos hallazgos también son apoyados por los datos del Hanover Park Healthcare Center (véase Newman, 2015).
 2. Los datos sobre Loíza (Puerto Rico) se basan en cifras oficiales de la Policía recogidas por técnicos del programa. Para más información, véase: <http://www.elnuevodia.com/noticias/seguridad/nota/atribuyenbajadeasesinatosenloizaalprogramaacuerdodepaz-1598695/>

(México), después de la aplicación del programa, la tasa de homicidios cayó un 24,3%³. Pronto habrá evaluaciones independientes de los programas implementados en México, Trinidad y Canadá.

Más allá de las reducciones de la violencia, los investigadores han encontrado muchos otros efectos positivos del modelo *Cure Violence*. La evaluación de Skogan *et al.* (2009) detalló la amplia asistencia ofrecida a los usuarios del programa en Chicago: entre un 89% y un 99% de ellos afirmó haber recibido la ayuda que necesitaban en relación con el empleo, la educación, el abuso de drogas, la crianza u otros asuntos. El estudio Skogan también detectó que los trabajadores de *Cure Violence* a menudo tenían un papel importante como mentores adultos para sus usuarios. A este respecto, el estudio afirma: «Un hallazgo llamativo de las entrevistas fue la importancia [de *Cure Violence*] en sus vidas. Después de los padres, el trabajador comunitario era normalmente considerado el adulto más importante de sus vidas (...). Muchos de estos usuarios enfatizaron la importancia de poder seguir en contacto con su trabajador comunitario en momentos críticos de su vida: momentos en los que estaban tentados de recaer en las drogas o de involucrarse en formas de empleo ilegal, o cuando sentían que la violencia era inminente, tanto por su parte como por parte de otros» (ibídem).

El John Jay College's Research and Evaluations Center encontró importantes efectos del programa en la ciudad de Nueva York, incluida una mejora significativa en las normas relacionados con el uso de la violencia y de las actitudes hacia la policía. Investigadores del John Jay detectaron que «los hombres jóvenes que viven en vecindarios con programas *Cure Violence* mostraban una predisposición a usar la violencia sustancialmente reducida, en comparación con hombres de áreas similares sin dichos programas» (Delgado *et al.*, 2017). Estos hallazgos relativos a la mejora en las normas relacionadas con la violencia son consistentes con los encontrados en Baltimore (Webster *et al.*, 2012). Los investigadores del John Jay también publicaron cinco informes sobre cinco comunidades distintas de la ciudad de Nueva York, en los que se observa cómo, después de implantar el programa *Cure Violence*, los hombres jóvenes de cada una de estas comunidades «manifestaban tener más confianza en la aplicación de la ley para remediar la violencia en el barrio» y todos excepto uno estaban «más dispuestos a contactar con la policía en caso de violencia» (Delgado *et al.*, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d y 2015e).

3. La información sobre los resultados en Ciudad Juárez se basa en datos oficiales recopilados por la Mesa de Seguridad que muestran una caída acelerada del 24,3% de la tasa general de homicidios de la ciudad entre 2014 y 2015. Más información en: <http://www.mesadeseguridad.org>

El modelo *Cure Violence* en San Pedro Sula

La adaptación

En verano y otoño de 2012 un equipo de *Cure Violence* viajó a Honduras varias veces para determinar la viabilidad de adaptar el modelo al contexto cultural de San Pedro Sula. El objetivo era comprender mejor la dinámica de la violencia en Honduras y determinar si había capacidades locales para implantar el modelo. El equipo de *Cure Violence* organizó un taller de un día sobre el modelo con actores clave de la zona, y durante varios días se reunió con una serie de individuos, grupos comunitarios, líderes religiosos, ministerios gubernamentales, asociaciones juveniles, coaliciones de prevención de la violencia y la Policía. Como resultado de las visitas de valoración, el equipo de *Cure Violence* determinó que existía la capacidad local requerida para implantar el modelo, con el objetivo de abordar la violencia relacionada con la extorsión o el llamado «impuesto de guerra»; los conflictos entre bandas y pandillas por el territorio (para controlar el impuesto de guerra y el negocio de la droga); los asesinatos a sueldo; los conflictos entre las llamadas «barras bravas» en el fútbol y la violencia derivada de conflictos entre personas. La violencia de algunos de los grupos paramilitares de más alto nivel y de los cárteles quedaría fuera del alcance de la adaptación del programa. La violencia de los paramilitares se refiere específicamente a la violencia perpetrada por el Gobierno o por actores cuasi gubernamentales, la cual el equipo de *Cure Violence* consideró que no podría abordarse mediante un programa de ámbito comunitario; y llegó a la misma conclusión en lo relativo a la violencia de los cárteles, que hace referencia a la violencia asociada con organizaciones internacionales implicadas en el tráfico de drogas transnacional. Por el contrario, los tipos de violencia tratados por el programa tienen su base en la comunidad y son perpetrados por individuos locales.

Para adaptar el modelo *Cure Violence* a San Pedro Sula, el marco básico del modelo –sus principales componentes, descripciones de puestos de trabajo y metodologías– sería parecido al utilizado en otras partes del mundo. No obstante, como el programa era desconocido en la comunidad e implicaba un nuevo abordaje de la violencia, el personal de *Cure Violence* eligió implementar el programa por fases. El enfoque por fases se consideró esencial para asegurar la seguridad y la credibilidad de los trabajadores. Los socios locales del programa debían establecer relaciones sólidas y acuerdos con los grupos de «más alto riesgo» con objeto de preparar el terreno para mediar en conflictos y cambiar las normas acerca de la violencia. La implementación por fases también facilitó la selección de personal a medida avanzaba el proyecto, lo que permitió superar los problemas iniciales para establecer contacto con mensajeros creíbles. Este

enfoque por fases también fue crucial para hacer frente al miedo a las represalias por parte de individuos y grupos involucrados en la violencia. Durante la fase de valoración, se dieron a conocer muchas historias de personas asesinadas por pronunciarse en contra de la violencia. La estrategia para tratar esta cuestión fue la de dejar claro que el marco era antiviolencia –no antibandas o antidrogas, ni siquiera antiextorsión– para no provocar o excluir del programa al grupo «de mayor riesgo». Los líderes del programa *Cure Violence* optaron también por no cubrir el puesto de trabajador comunitario y focalizarse en cambio en la contratación de interruptores de la violencia creíbles. Se considera que el papel del trabajador comunitario es una pieza importante del modelo *Cure Violence*, pero la falta de recursos y de servicios disponibles en la comunidad objetivo no permitía utilizar los elementos de gestión de casos por parte de los trabajadores comunitarios de acuerdo con este modelo. Para incorporar esta adaptación al modelo, los interruptores de la violencia recibieron formación en métodos para cambiar comportamientos y normas y fueron alentados a tener un papel más activo en esas áreas.

La implementación

Los líderes del programa *Cure Violence* utilizaron una estrategia en tres fases para implementar el modelo en San Pedro Sula (véase la tabla 1). Las fases se basaron en la trayectoria histórica del modelo en Chicago y debían alcanzarse metas específicas antes de avanzar hasta la siguiente fase de implementación. Durante las visitas de valoración, Choloma y Chamelecón fueron las dos áreas mencionadas con mayor frecuencia como candidatas para la implementación piloto del modelo. El equipo pudo visitar ambas zonas y se reunió con individuos y grupos que trabajaban en la prevención de la violencia. Finalmente, se eligió Chamelecón como la primera área de implementación.

Después de muchas reuniones y debates con los actores clave, el equipo de *Cure Violence* identificó a un grupo religioso como la organización comunitaria local con mayor capacidad para implementar el programa. Esta organización tiene una misión que concuerda con *Cure Violence*, fuertes vínculos con la comunidad en la que se iba a implementar el modelo, experiencia previa con la población objetivo y la capacidad para contratar y trabajar con personas con antecedentes criminales. Además, el estatus religioso de la organización contribuiría a aumentar la credibilidad del programa, pues las instituciones religiosas son ampliamente respetadas en la comunidad.

Entre los individuos de «alto riesgo» con los que el programa debía interactuar había personas directamente involucradas en los grupos de maras y pandillas,

aquellas que utilizan las bandas u otras personas de la comunidad. El equipo de *Cure Violence* consideró que, por la dinámica del contexto local, las personas que habían estado involucradas en bandas no podían servir como trabajadores para el programa. El perfil de un interruptor de la violencia en Chamelecón incluía tener familia o relaciones personales cercanas con personas involucradas en la violencia, así como tener acceso a las personas envueltas en la violencia y credibilidad ante ellas. Los individuos que ya trabajaban para la organización ejecutora habían trabajado antes con los sujetos de «mayor riesgo», crecieron con ellos y mantenían buenas relaciones con ellos, pero no estaban directamente involucrados en la violencia, por lo que eran candidatos ideales para la labor.

Tabla 1. Fases de *Cure Violence* en San Pedro Sula

Fase uno: preimplementación	Fase dos: introducción	Fase tres: implementación completa
<ul style="list-style-type: none"> - Elección del socio comunitario. - Formación orientativa sobre el modelo <i>Cure Violence</i>. - Visita de formación a Chicago. - Selección de los primeros trabajadores. - Comités de contratación. - Formación de 80 horas para los nuevos trabajadores. - Establecimiento de relaciones con el grupo de «mayor riesgo». - Selección de nuevos trabajadores. - Identificación de áreas de focalización del trabajo. - Mapeo de puntos conflictivos (<i>hot spots</i>), así como de grupos, líderes y otros individuos clave. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación de los nuevos trabajadores. - Relaciones sólidas / incursiones con grupos de alto riesgo. - Inicio de la mediación de conflictos. - Inicio de la elaboración de sus expedientes y del trabajo para cambiar el pensamiento de los miembros del grupo de «mayor riesgo». - Implicación de los individuos de «mayor riesgo» mediante debates con grupos de líderes para discutir la mejor manera de avanzar con el programa. - Movilización comunitaria limitada, centrada en eventos a nivel de toda la comunidad para presentar el programa. - Desarrollo de materiales para la educación pública y de las estrategias de los mensajes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mediación de conflictos. - Reducción del riesgo con los destinatarios. - Movilización comunitaria. - Mensajes educativos con fines de sensibilización pública. - Documentación de las actividades.

Fuente: Elaboración propia.

En febrero de 2013 fueron contratados los primeros «interruptores de la violencia» en Chamelecón y varios miembros del personal local visitaron Chicago para aprender sobre el programa y observar su implementación en una comunidad de esta ciudad. La primera formación de los trabajadores, de 80 horas, tuvo lugar en marzo de 2013 e incluyó cursos sobre: introducción a *Cure Violence*, cambio de comportamientos y normas, detección de sucesos violentos, conexión con los individuos de «alto riesgo», mediación de conflictos, reducción de riesgos, planificación del área objetivo, gestión y planificación de la implementación. Durante la formación del personal, se puso mucho énfasis en el proceso de mediación puesto que este sería el foco del programa. Por el contexto de violencia en San Pedro Sula se decidió que las mediaciones personalizadas serían más seguras y productivas que las reuniones o mediaciones de grupo.

Como parte del proceso de planificación, se destinó un tiempo considerable a debatir sobre el grupo de «mayor riesgo», definir los temas de conversación a utilizar para cambiar los comportamientos violentos y desarrollar técnicas de mediación. Se elaboraron mapas para identificar bandas/mafias/pandillas, puntos conflictivos, grupos conflictivos, líderes y otros individuos clave en el área. Estos mapas se utilizaron para definir la estrategia en el área objetivo. Se desarrollaron e incorporaron los criterios iniciales para ser considerado de alto riesgo de involucración en la violencia: ser hombre, tener entre 14 y 44 años, pertenecer a una banda, pertenecer a una *barra*, participar en la economía informal (venta de narcóticos, extorsión, secuestros), tener antecedentes de violencia, llevar armas, tener un nivel educativo bajo, haber sido excarcelado recientemente y haber sido deportado de Estados Unidos recientemente.

Además de la formación inicial, en 2014 el equipo de *Cure Violence* ofreció otras tres sesiones de refuerzo de formación presenciales de 24 horas; cuatro sesiones de formación a distancia (vía Skype) y dos talleres de planificación de un día. Asimismo, mantuvo llamadas semanales de seguimiento con los líderes de la organización ejecutora. En febrero de 2015, los miembros senior del equipo de *Cure Violence* viajaron de nuevo a San Pedro Sula para realizar, para el conjunto de la plantilla del programa, la formación necesaria para la tercera fase, que incluía los aspectos de participación y movilización comunitaria, para que los eventos fueran más estratégicos y estuvieran mejor conectados con la labor de cambiar las normas comunitarias.

Después de la formación inicial, el personal se focalizó en construir relaciones de confianza y en concebir maneras de tratar con los individuos y grupos de «alto riesgo» en el área. La primera tarea fue presentar el programa. Durante esta fase, se presentó el concepto de resolver disputas por otros medios y se iniciaron las mediaciones y la interrupción de la violencia. Con el tiempo, los interruptores de la violencia empezaron a mediar en conflictos más profundos, a crear su lista de casos y a trabajar para cambiar la forma de pensar de los individuos o grupos de «alto riesgo». Como

se muestra en la tabla 2, los interruptores de la violencia en Chamelecón fueron capaces de mediar en un promedio de 14 conflictos por mes y zona, y en dos de estas zonas (la 2 y la 3) hubo una media de más de 20 mediaciones por mes. Se observó que, de los conflictos en los que se medió, un 16% tenía una alta probabilidad de desembocar en tiroteos o asesinatos, mientras que en un 59% de los casos los conflictos presentaban una alta probabilidad o eran potencialmente susceptibles de acabar en tiroteos o asesinatos⁴. Las mediaciones en Chamelecón fueron similares a las realizadas en otros lugares del mundo donde se ha implementado el modelo *Cure Violence*. Los interruptores de la violencia detectan conflictos en curso a través de su red en la comunidad y preguntando regularmente a la gente de la comunidad sobre sucesos ocurridos en ella (como actos violentos anteriores o graves desacuerdos) que son susceptibles de conducir a la violencia. También reciben solicitudes de asistencia de personas directamente involucradas en el conflicto, de familiares o amigos de estas personas implicadas, y de miembros de la comunidad que se muestran preocupados. Los interruptores de la violencia utilizan sus redes para contactar con los implicados en el conflicto y mediar utilizando distintos métodos: ganar tiempo para calmar las emociones, validar y comprender los agravios, distraer con nuevos pensamientos, replantear la situación de forma que no requiera violencia y ofrecer una nueva perspectiva sobre los costes de comportarse de forma violenta.

Tabla 2. Mediaciones y actividades en las zonas 1, 2, 3, 4 y 5 de Chamelecón

Zonas	Mediaciones			Actividades
	Promedio mensual	% muy probable	% muy probable o potencialmente	Promedio mensual
Zona 1	13	18%	51%	10
Zona 2	26	6%	72%	2
Zona 3	22	20%	58%	9
Zona 4	9	18%	42%	6
Zona 5	13	25%	67%	12
Zona 6	10	20%	50%	7
Zona 7	7	17%	35%	7
Total	14	16%	59%	7

Fuente: Elaboración propia.

4. Estas informaciones se basan en datos reportados desde el terreno. Sin embargo, hay lagunas significativas en los datos del programa. Estos promedios están basados en los datos disponibles, que abarcan de octubre de 2013 a septiembre de 2014 y de julio a diciembre del 2015.

Durante esta fase introductoria, *Cure Violence* trabajó con la agencia ejecutora para desarrollar estrategias para la difusión de mensajes de sensibilización enfocados a públicos objetivos concretos, con el fin de promover cambios de comportamiento individuales y transformar las normas sociales que sustentan dichos comportamientos. A partir de la utilización de estrategias de marketing social –que utilizan estrategias de marketing del sector privado para iniciativas de cambio de comportamientos en salud pública–, *Cure Violence* emprendió una amplia campaña de «mensajes masivos», llenando los vecindarios de comunicaciones simples y directas con el fin de frenar la violencia y fortalecer el comportamiento comunitario positivo y el cambio de normas facilitado por diversos canales.

La fase de implementación completa (fase 3) empezó una vez que los interruptores establecieron relaciones sólidas y de confianza con los individuos y grupos de «alto riesgo» de las áreas objetivo. El modelo *Cure Violence* empezó su implementación en San Pedro Sula en abril de 2013, en tres zonas, con seis interruptores y dos gestores. El programa se amplió a dos nuevas zonas en enero de 2014 y añadió dos zonas más en agosto de 2014, llegando así a un total de siete zonas.

El efecto del enfoque

Los datos sobre violencia y crimen en Honduras son realmente difíciles de obtener (Insight Crime y Asociación para una Sociedad más Justa, 2015). Los datos utilizados en este informe fueron recopilados por el personal del programa *Cure Violence* sobre el terreno y abarcan el período que va desde la implementación en 2013 hasta mayo del 2015. Para registrar los datos, se estableció un protocolo por el cual los interruptores de la violencia informaban a diario sobre los tiroteos y asesinatos en la comunidad de los que tenían conocimiento. Antes de introducir un suceso en el registro de violencia comunitaria, el supervisor de la zona procuraba confirmar cada suceso con la comunidad, a través de las noticias publicadas en los medios o mediante otros métodos. A los efectos del trabajo en el terreno del programa y del reporte de datos, se define un asesinato como la muerte ilegal de un individuo causada por la acción intencionada de otra persona o grupo, ya sea como resultado de conflictos interpersonales, conflictos por la tierra o los recursos, violencia entre bandas o violencia de grupos armados. Esto excluye los asesinatos derivados de conflictos armados o cometidos por actores gubernamentales (violencia de Estado). Un tiroteo se define como un daño causado por la descarga de un arma de fuego u otra arma de proyectiles y también en este caso se excluye la violencia del Estado a efectos de este estudio.

No se estableció ninguna línea de base para ninguna de las comunidades en las que se desplegó el programa *Cure Violence*, porque la recopilación de datos empezó al mismo tiempo que el programa mismo. Como el modelo *Cure Violence* se asocia

a reducciones rápidas y sostenidas, el análisis de los resultados habría sido imposible. Sin embargo, debido a la implementación por fases de la adaptación del modelo a Honduras, la implementación completa del programa se retrasó y los primeros meses de la intervención sanitaria pueden servir como una línea de base imperfecta. Aun así, los datos de implementación tienen lagunas que no permiten cuantificar esta diferencia en niveles de implementación, ya que solo cubren de octubre de 2013 a septiembre de 2014 y de julio a diciembre de 2015. Estos datos disponibles sí permiten, en cambio, tener una idea de los niveles iniciales en las zonas 4, 5, 6, y 7. Tres de estas cuatro zonas tuvieron un número de mediaciones menor en el primer trimestre de implementación respecto al número promedio de mediaciones por trimestre; en una de ellas, el número de mediaciones fue en más de un 40% menor que el promedio. No obstante, una de las zonas tuvo un mayor número de mediaciones en el primer trimestre que el promedio, por lo que es imposible generalizar para el resto de las zonas. En las cuatro zonas hubo un 14% menos de mediaciones en el primer trimestre en comparación con el número promedio de mediaciones por trimestre.

Tabla 3. Diferencia en la implementación entre la primera fase y las últimas

Zonas	Mediaciones en el primer trimestre de implementación	Trimestre de implementación	Promedio de mediaciones por trimestre	Diferencia: primer trimestre respecto al promedio	% diferencia: primer trimestre respecto al promedio
Zona 4	24	(T1 2014)	27	-3	-10%
Zona 5	43	(T2 2014)	38	5	13%
Zona 6	17	(T3 2014)	29	-12	-42%
Zona 7	16	(T4 2014)	22	-6	-27%
	100		116	-16	-14%

Fuente: Elaboración propia.

Para la comparación entre niveles de violencia durante el período de implementación temprana y el último período se hacen algunos supuestos. Primero, asumimos que el nivel de implementación y de saturación de contactos era menor durante el primer período del programa, como sugieren los datos. Además, estamos suponiendo que este menor nivel de implementación en las zonas 4, 6, y 7 también afectó a las zonas 1, 2, y 3. Al ser las zonas 1, 2, y 3 las primeras donde el programa debía implementarse y dado que el programa estaba empezando, un menor nivel de implementación era probable, si bien no hay datos que lo confirmen. Dado que

el programa empezó en las zonas 1, 2 y 3 en abril de 2013, es posible comparar los niveles de tiroteos y asesinatos reportados desde abril hasta diciembre de 2013 con el mismo período del año 2014 para determinar si la implementación completa del programa generó algún cambio. En las zonas 4 y 5, por su parte, la implementación del programa empezó en enero de 2014; de forma que los datos sobre los niveles de tiroteos y asesinatos recogidos desde enero hasta mayo de 2014 pueden compararse con los del mismo período en 2015. Las zonas 6 y 7 no fueron incluidas en este análisis puesto que el programa fue implementado en esas áreas en agosto de 2014, lo que deja solo ocho meses de datos disponibles en el momento de realización de este análisis, un período de tiempo insuficiente para ser analizado.

Análisis 1: de abril a diciembre de 2014 en comparación con 2013 (zonas 1, 2, 3)

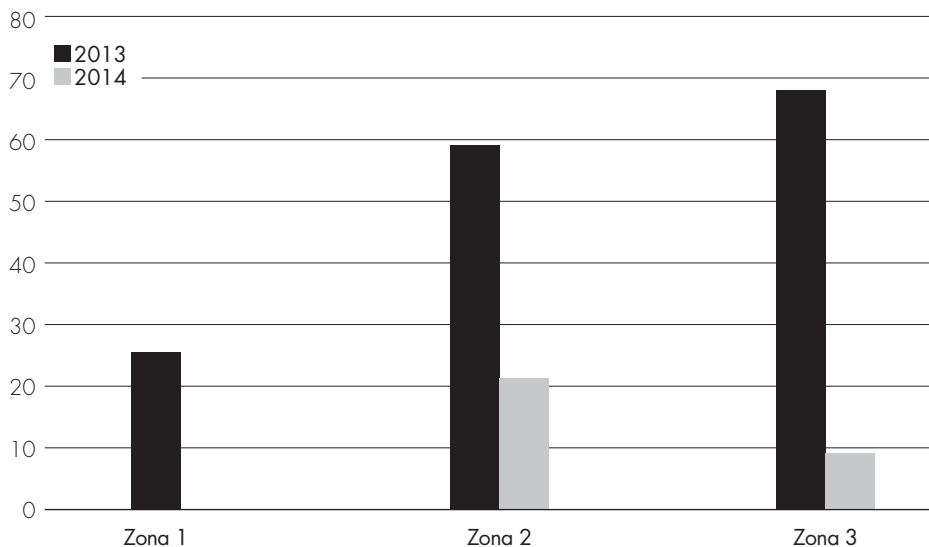
La implementación empezó en tres áreas de ejecución de *Cure Violence* en abril de 2013. Como muestran la tabla 4 y la figura 1, en los tres sitios el número de tiroteos disminuyó en un 80%, de 150 incidentes entre abril y diciembre de 2013, a solo 30 incidentes durante el mismo período de 2014. La mayor reducción (en términos absolutos) tuvo lugar en la zona 3, donde hubo 58 tiroteos menos, con una caída del 87%. La mayor reducción en porcentaje tuvo lugar en la zona 1, con una caída del 100%, desde 25 a cero. En la zona 2 hubo 27 tiroteos menos, una reducción del 64%. La reducción de los asesinatos fue mucho menor y solo se dio en una zona del programa: en la zona 3, donde hubo 2 homicidios menos, una reducción del 14%. En las otras dos zonas no hubo cambios, aunque en ambas las tasas de homicidios en 2013 eran significativamente más bajas que en la zona 3. De abril a diciembre, en la zona 1 hubo 3 asesinatos tanto en 2013 como en 2014 y, en la zona 2, cero asesinatos durante ese período en 2013 y 2014.

Tabla 4. Reducción de tiroteos y asesinatos en las zonas 1, 2 y 3 de *Cure Violence* (abril-diciembre de 2014, en comparación con 2013)

Abril-diciembre	Tiroteos			Asesinatos			Tiroteos y asesinatos		
	2013	2014	% cambio	2013	2014	% cambio	2013	2014	% cambio
Zona 1	25	0	-100%	3	3	0%	28	3	-89'3%
Zona 2	58	21	-64%	0	0	n/a	58	21	-63'8%
Zona 3	67	9	-87%	14	12	-14%	81	21	-74'1%
Total	150	30	-80%	17	15	-12%	167	45	-73'1%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Reducción de tiroteos y asesinatos en las zonas 1, 2 y 3 de *Cure Violence* (abril-diciembre de 2014, en comparación con 2013)



Fuente: Elaboración propia.

Análisis 2: de enero a mayo de 2015 en comparación con 2014 (zonas 1, 2, 3, 4, 5)

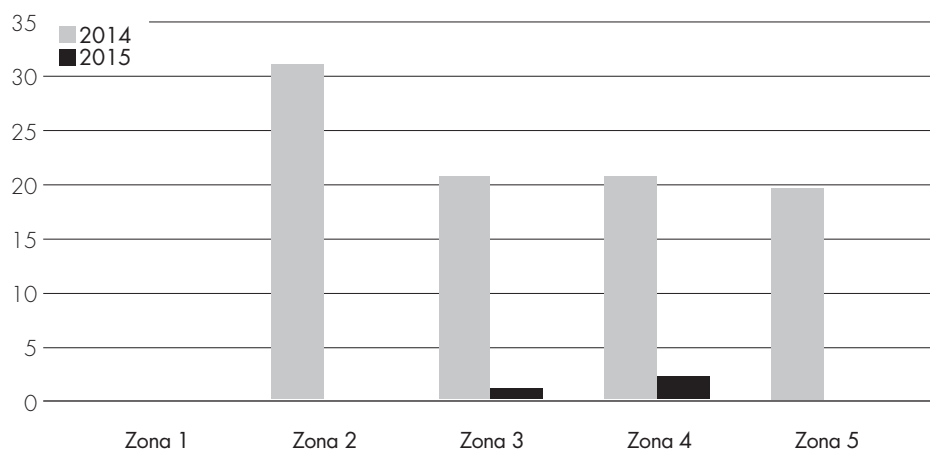
La implementación empezó en las zonas 4 y 5 en enero de 2014. Los resultados de enero a mayo de 2015 comparados con los de 2014 fueron similares a la comparación de los resultados en el análisis 1. Como se muestra en la tabla 5, en las cinco áreas los tiroteos cayeron un 94%, pasando de 89 incidentes entre enero y mayo del 2014, a solo 5 incidentes en el mismo período del año 2015. La mayor reducción en términos absolutos y porcentaje se dio en la zona 2, en la que hubo 30 tiroteos menos, una caída del 100%. Todas las zonas tuvieron una reducción de al menos un 89% excepto la zona 1, en la que hubo cero tiroteos durante el período mencionado tanto en 2014 como en 2015. De nuevo, la reducción de asesinatos fue mucho menor y solo se dio en una de las zonas del programa: en la zona 3 hubo 7 homicidios menos, una reducción del 88%. En las otras cuatro zonas hubo un incremento del número de homicidios. Sin embargo, cabe señalar que en 2014 había habido un solo asesinato para el conjunto de estas cuatro zonas, por lo que la tasa de partida era muy baja; en 2015, el número aumentó a 6 asesinatos en total para las cuatro zonas.

Tabla 5. Reducción de tiroteos y asesinatos en las zonas 1, 2, 3, 4 y 5 de *Cure Violence* (enero-mayo de 2015, en comparación con 2014)

Enero-mayo	Tiroteos			Asesinatos			Tiroteos y asesinatos		
	2014	2015	% cambio	2014	2015	% cambio	2014	2015	% cambio
Zona 1	0	0	n/a	1	2	100%	1	2	100%
Zona 2	30	0	-100%	0	1	n/a	30	1	-97%
Zona 3	20	1	-95%	8	1	-88%	28	2	-93%
Zona 4	20	2	-90%	0	2	n/a	20	4	-80%
Zona 5	19	2	-89%	0	1	n/a	19	3	-84%
Total	89	5	-94%	9	7	-22%	98	12	-88%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Reducción de tiroteos y asesinatos en las zonas 1, 2, 3, 4 y 5 de *Cure Violence* (enero-mayo de 2015, en comparación con 2014)



Fuente: Elaboración propia.

Limitaciones

En primer lugar, no existían datos estadísticos de violencia en Honduras, mucho menos en San Pedro Sula, como se ha indicado; los datos utilizados sobre el número de tiroteos y asesinatos en las áreas del programa se basan en informes del personal sobre el terreno del programa. El equipo *Cure Violence* intentó establecer alianzas con organizaciones independientes de San Pedro Sula

para recopilar y analizar los datos relacionados con los niveles de violencia, pero estas alianzas no se materializaron. Además, no existen fuentes de datos independientes, de forma que la recopilación de datos deben realizarla aquellos que trabajan para el programa. El equipo de asistencia técnica de *Cure Violence* proporcionó una amplia formación y apoyo activo para la recopilación de datos y se estableció un protocolo para facilitar la comprobación de los datos recopilados. Este protocolo incluía una sesión informativa diaria en la que los interruptores de la violencia informaban sobre los datos al supervisor de la zona. El supervisor comprobaba entonces las informaciones en la comunidad y con las publicaciones de los medios, para confirmar que el suceso efectivamente había tenido lugar y garantizar la precisión de las informaciones antes introducir los datos en el registro. Además, el supervisor revisaba periódicamente fuentes comunitarias y mediáticas por si había informaciones sobre sucesos violentos no recogidos por el personal del programa. El objetivo de esta comprobación de datos era detectar posibles informaciones falsas o sesgadas e incrementar la fiabilidad de los datos.

En segundo lugar, este estudio no incluyó una línea de base suficiente y no tiene datos de otras áreas de San Pedro Sula o de otras ciudades de Honduras donde no se haya implementado el programa *Cure Violence* y que podrían servir como comunidades de referencia para controlar otros factores que podrían haber causado la reducción de la violencia. Sin estos métodos de comparación, la relevancia de otros factores no puede ser descartada y, por lo tanto, estos resultados solo pueden ser considerados como indicios preliminares de los efectos del programa. Además, no tenemos datos de ninguna otra intervención que pueda haber tenido lugar en las mismas áreas que el programa *Cure Violence*. Es más, sin datos de las comunidades vecinas no podemos determinar si hubo un efecto de desplazamiento, por el cual las reducciones en las áreas de ejecución de *Cure Violence* serían el resultado del traslado de la violencia a áreas vecinas. Este tipo de desplazamiento no ha sido detectado en otras evaluaciones del modelo (Skogan *et al.*, 2009, Webster *et al.*, 2012; Picard-Fritsche y Cerniglia, 2013), pero el contexto en Honduras es distinto y, por lo tanto, el desplazamiento no puede ser descartado sin datos que lo corroboren.

En definitiva, este no es un método ideal de recogida de datos y los resultados deberían valorarse teniendo en cuenta estas limitaciones. Debido a ello, no se realizaron pruebas de significación estadística, para evitar sugerir que los datos son suficientemente fiables. Sin embargo, obtener datos fiables sobre violencia y crimen en Honduras es difícil (por ejemplo, Gagne, 2015), y para este estudio no pudimos obtener mejores datos. En ausencia de alternativas y por la verdadera necesidad de investigaciones sobre las intervenciones en América Latina, estos resultados pueden contribuir a avanzar la comprensión y sugerir enfoques para futuras investigaciones y demostraciones.

Conclusión

San Pedro Sula, en Honduras, ha experimentado niveles extremos de violencia durante muchos años. Reducir la violencia en Honduras, y en todas partes, es de suma importancia. Las personas expuestas a la violencia sufren graves consecuencias, incluido un mayor riesgo de convertirse ellas mismas en violentas (Fowler *et al.*, 2009; Guerra *et al.*, 2003; Schwab-Stone *et al.*, 1995).

El éxito de la implementación del modelo *Cure Violence* demuestra que los *mensajeros* creíbles (interruptores) pueden ser identificados, formados y desplegados satisfactoriamente en Honduras. Trabajando con socios locales elegidos cuidadosamente, el equipo de *Cure Violence* pudo identificar a los trabajadores que podrían lograr acceder a los individuos y grupos de mayor riesgo y mediar en los conflictos con eficacia. Se hicieron varias adaptaciones

Los resultados de la adaptación del enfoque de control epidémico de *Cure Violence* al contexto de San Pedro Sula sugieren que este método podría reducir drásticamente la violencia en el Triángulo Norte de América Central.

del modelo basadas en el contexto local: el programa se limitó a ciertos tipos de violencia, la implementación se hizo por fases y no se empleó el trabajador comunitario. Cada una de estas adaptaciones era necesaria, dado el contexto local, y es difícil especular sobre su impac-

to. No obstante, la magnitud del impacto sugiere que el programa podría ser efectivo incluso sin estos elementos. En líneas generales, los resultados en San Pedro fueron contundentes. Considerables reducciones de violencia tuvieron lugar en todas las zonas del programa, con un promedio de reducciones en los tiroteos del 88% en 2014 y del 94% en 2015. Esta amplia reducción representó un gran cambio para estas comunidades y evitó una mayor exposición a la violencia para el conjunto de la comunidad. Una zona tuvo incluso una racha de 17 meses sin un solo tiroteo.

Se han realizado muchos esfuerzos para prevenir la violencia en Honduras, pero el problema persiste. El modelo *Cure Violence* ofrece un nuevo enfoque para abordar la violencia en América Latina y añade varios elementos importantes para revertir su propagación, en particular el uso de métodos de control de epidemias. Estos resultados, de la adaptación del enfoque de control epidémico de *Cure Violence* al contexto de San Pedro Sula, sugieren que este método podría reducir drásticamente la violencia en el Triángulo Norte de América Central.

Referencias bibliográficas

- Abt, Thomas y Winship, Christopher. *What Works in Reducing Community Violence: A Meta-Review and Field Study for the Northern Triangle*. Bethesda: USAID, 2016, (en línea) [Fecha de consulta: 12.14.2016] <https://www.usaid.gov/sites/default/files/USAID-2016-What-Works-in-Reducing-Community-Violence-Final-Report.pdf>
- Anderson, Elijah. *Code of the street: Decency, violence, and the moral life of the inner city*. Nueva York: W. W. Norton & Company, 2000.
- Archer, Dane y Gartner, Rosemary. «Violent acts and violent times: A comparative approach to postwar homicidio rates». *American Sociological Review*, vol. 41, n.º 6 (1976), p. 937-963.
- Bandura, Albert. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.
- Bandura, Albert y Huston, Aletha C. «Identification as a process of incidental learning». *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol. 63, n.º 2 (1961), p. 311-318.
- Bingenheimer, Jeffrey B.; Brennan, Robert T. y Earls, Felton J. «Firearm violence exposure and serious violent behavior». *Science*, vol. 308, n.º 5.726 (2005), p. 1.323-1.326.
- Black, David S.; Sussman, Steve y Unger, Jennifer B. «A further look at the intergenerational transmission of violence: Witnessing interparental violence in emerging adulthood». *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 25, n.º 6 (2010), p. 1.022-1.042.
- Buhaug, Halvard y Gleditsch, Kristian Skrede. «Contagion or confusion? Why conflicts cluster in space». *International Studies Quarterly*, vol. 52, n.º 2 (2008), p. 215-233.
- Butts, Jeffrey A.; Wolff, Kevin T.; Misshula, Evan Delgado, Sheyla. *Effectiveness of the Cure Violence Model in New York City* [Research Brief 2015-01]. Nueva York: John Jay College of Criminal Justice, Research & Evaluation Center, 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Violence Against Children Survey (VACS)*. Centers for Disease Control and Prevention, 2015 (en línea) <https://www.cdc.gov/violenceprevention/vacs/>
- Christakis, Nicholas A. y Fowler, James H. *Connected: The surprising power of our social networks and how they shape our lives*. Boston: Little, Brown, 2009.
- Cohen, Jacqueline y Tita, George. «Diffusion in homicide: Exploring a general method for detecting spatial diffusion processes». *Journal of Quantitative Criminology*, vol. 15, n.º 4 (1999), p. 451-493.
- Coleman, Diana Lewis y Slutkin, Gary. «Chemoprophylaxis against tuberculosis». *Western Journal of Medicine*, vol. 140, n.º 1 (1984), p. 106-110.

- Delgado, Sheyla; Butts, Jeffrey A. y Alsabahi, Laila. *Perceptions of Violence in Bedford-Stuyvesant (Brooklyn)* [Research Brief 2015-06]. Nueva York: John Jay College of Criminal Justice, Research & Evaluation Center, 2015a.
- Delgado, Sheyla; Butts, Jeffrey A. y Alsabahi, Laila. *Perceptions of Violence in South Bronx* [Research Brief 2015-06]. Nueva York: John Jay College of Criminal Justice, Research & Evaluation Center, 2015b.
- Delgado, Sheyla; Butts, Jeffrey A. y Alsabahi, Laila. *Perceptions of Violence in Harlem* [Research Brief 2015-06]. Nueva York: John Jay College of Criminal Justice, Research & Evaluation Center, 2015c.
- Delgado, Sheyla; Butts, Jeffrey A. y Alsabahi, Laila. *Perceptions of Violence in East New York (Brooklyn)* [Research Brief 2015-06]. Nueva York: John Jay College of Criminal Justice, Research & Evaluation Center, 2015d.
- Delgado, Sheyla; Butts, Jeffrey A. y Alsabahi, Laila. *Perceptions of Violence in Morrisania (The Bronx)* [Research Brief 2015-06]. Nueva York: John Jay College of Criminal Justice, Research & Evaluation Center, 2015e.
- Delgado, Sheyla; Butts, Jeffrey A. y Alsabahi, Laila. *Young Men in Neighborhoods with Cure Violence Programs Adopt Attitudes Less Supportive of Violence* [Research Brief 2017-01]. Nueva York: John Jay College of Criminal Justice, Research & Evaluation Center, 2017.
- Egeland, Byron; Jacobvitz, Deborah y Sroufe, L. Alan. «Breaking the cycle of abuse». *Child development*, vol. 59, n.º 4 (1988), p. 1.080-1.088.
- Ehrensaft, Miriam K.; Cohen, Patricia; Brown, Jocelyn; Smailes, Elizabeth; Chen, Henian; Johnson, Jeffrey G.. «Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study». *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 71, n.º 4 (2003), p. 741-753.
- Fowler, Patrick J.; Tompsett, Carolyn J.; Braciszewski, Jordan M. ; Jacques-Tiura, Angela J. y Baltés, Boris B. «Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents». *Development and Psychopathology*, vol. 21, n.º 1 (2009), p. 227-259.
- Gagne, David. «Is Honduras Faking its Falling Homicide Rates?». *InSight Crime* (13 de agosto de 2014) (en línea) <http://www.insightcrime.org/news-briefs/honduras-faking-falling-homicide-rates>
- Gagne, David. «Murders Down but Massacres On the Rise in Honduras». *InSight Crime* (2 de diciembre de 2015) (en línea) <http://www.insightcrime.org/news-briefs/murders-down-but-massacres-on-the-rise-in-honduras>
- Gould, Madelyn S.; Wallenstein, Sylvan y Kleinman, Marjorie. «Time-space clustering of teenage suicide». *American Journal of Epidemiology*, vol. 131, n.º 1 (1990), p. 71-78.
- Gould, Madelyn S.; Greenberg, Ted; Velting, Drew M. y Shaffer, David. «Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10

- Years». *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 42 (2003), p. 386-405.
- Guerra, Nancy G.; Huesmann, L. Rowell y Spindler, Anja. «Community violence exposure, social cognition, and aggression among urban elementary-school children». *Child Development*, vol. 74, n.º 5 (2003), p. 1.507-1.522.
- Henry, David; Knoblauch, Shannon y Sigurvinsdottir, Rannveig. *The Effect of Intensive Cure Violence Intervention on Crime in Four Chicago Police Beats: Quantitative Assessment*. Chicago: Robert R. McCormick Foundation, 2014.
- Heymann, David. *Control of communicable diseases manual*. Washington: American Public Health Association, 2008.
- InSight Crime y Asociación para una Sociedad más Justa. *Gangs in Honduras*. USAID, 2015 (en línea) [Fecha de consulta: 12.14.2016] <http://www.insight-crime.org/images/PDFs/2015/HondurasGangs.pdf>
- IOM-Institute of Medicine. *Contagion of Violence: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.
- Kelly, Sarah. «The psychological consequences to adolescents of exposure to gang violence in the community: an integrated review of the literature». *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 23, n.º 2 (2010), p. 61-73.
- Krug, Ethienne G.; Dahlberg, Linda L.; Mercy, James A.; Zwi, Anthony B. y Lozano, Rafael (eds.). *World report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization, 2002.
- MacManus, Deirdre; Dean, Kimberlie; Jones, Margaret; Rona, Roberto; Greenberg, Neil; Hull, Lisa; Fahy, Tom; Wessely, Simon y Fear, Nicola. «Violent offending by UK military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: a data linkage cohort study». *The Lancet*, vol. 381, n.º 9870 (2013), p. 907-917.
- McDonnell, Jerome. «Cure Violence employs public health methodology to fight urban violence» [Audio Podcast]. *WBEZ 91.5 Chicago*, (24 de agosto de 2011) [Fecha de consulta: 12.14.2016] <http://www.wbez.org/episode-segments/2011-08-24/Cure-Violence-employs-public-health-methodology-fight-urban-violence-90962>
- Moser, Caroline y Winton, Ailsa. «Violence in the Central American region: towards an integrated framework for violence reduction». *Working paper*, n.º 171. Londres: Overseas Development Institute, 2002.
- Mullins, Christopher W.; Wright, Richard y Jacobs, Bruce A. «Gender, streetlife and criminal retaliation». *Criminology*, vol. 42, n.º 4 (2004), p. 911-940.
- Newman, M. Sophia. «Can a Chicago Cure for Violence Make a Man Stop Beating His Wife?». *Pulitzer Center*, 8 de junio de 2015 (en línea) <http://pulitzercenter.org/reporting/can-chicago-cure-violence-make-man-stop-beating-his-wife>

- Ortega, José A. «Por tercer año consecutivo, San Pedro Sula es la ciudad más violenta del mundo». *Seguridad, Justicia y Paz. Consejo ciudadano para la seguridad pública y justicia penal A.C.* (15 de enero de 2014) (en línea) [Fecha de consulta: 12.14.2016] <http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/sala-de-prensa/941-por-tercer-ano-consecutivo-san-pedro-sula-es-la-ciudad-mas-violenta-del-mundo>
- Perez-Stable, Eliseo J. y Slutkin, Gary. «A demonstration of lack of variability among six tuberculin skin test readers». *American Journal of Public Health*, vol. 75, n.º 11 (1985), p. 1.341-1.343.
- Perez-Stable, Eliseo J.; Slutkin, Gary; Paz, Antonio y Hopewell, Philip C. «Tuberculin reactivity in United States and foreign-born Latinos: results of a community-based screening program». *American Journal of Public Health*, vol. 76, n.º 6 (1986), p. 643-646.
- Picard-Fritsche, Sarah y Cerniglia, Lenore. *Testing a Public Health Approach to Gun Violence*. Nueva York: Center for Court Innovation, 2013.
- Ransford, Charles L.; Kane, Candice y Slutkin, Gary. «*Cure Violence: A Disease Control Approach to Reduce Violence and Change Behavior*», en: Waltermaurer, Eve y Akers, Timothy (eds.). *Epidemiological Criminology: Theory to Practice*. Abingdon y Nueva York: Routledge, 2013, p. 232-242
- Schwab-Stone, Mary; Ayers, Tim; Kaspro, Wesley; Voyce, Charlene; Barone, Charles; Shriver, Timothy y Weissberg, Roger. «No Safe Haven: A study of violence exposure in an urban community». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, n.º 10 (1995), p. 1.343-1.352.
- Seguridad, Justicia y Paz. «Caracas, Venezuela, la ciudad más violenta del mundo del 2015». *Seguridad, Justicia y Paz. Consejo ciudadano para la seguridad pública y justicia penal A.C.* (25 de enero de 2016) (en línea) [Fecha de consulta: 12.14.2016] <http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/sala-de-prensa/1356-caracas-venezuela-la-ciudad-mas-violenta-del-mundo-del-2015>
- Sherman, Lawrence W.; Gartin, Patrick R. y Buerger, Michael E. «Hot spots of predatory crime: Routine activities and the criminology of place». *Criminology*, vol. 27, n.º 1 (1989), p. 27-56.
- Skogan, Wesley; Harnett, Susan. M.; Bump, Natalie y DuBois, Jill. *Evaluation of CeaseFire-Chicago*. Chicago: Northwestern University Institute for Policy Research, 2009.
- Slutkin, Gary. «Management of tuberculosis in urban homeless indigents». *Public Health Reports*, vol. 101, n.º 5 (1986), p. 481-485.
- Slutkin, Gary. «Violence Is a Contagious Disease», en: Institute of Medicine and National Research Council. *Contagion of Violence: Workshop Summary*. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2013a, p. 94-111.

- Slutkin, Gary. «Treatment of Violence as an Epidemic Disease», en: John Snow's Legacy, *Epidemiology Without Borders* [review]. *The Lancet*, vol. 381, n.º 9874 (2013b), p. 1.302-1.311.
- Slutkin, Gary. «Reducing Violence: The Next Great Public Health Achievement». *Nature Human Behavior*, vol. 1, n.º 1 (2017) (en línea) <https://www.nature.com/articles/s41562-016-0025>
- Slutkin, Gary; Okware, Sam; Naamara, Warren; Sutherland, Don; Flanagan, Donna; Carael, Michel; Blas, Erik; Delay, Paul y Tarantola, Daniel. «How Uganda reversed its HIV epidemic». *AIDS and Behavior*, vol. 10, n.º 4 (2006), p. 351-360.
- Slutkin, Gary; Ransford, Charles L.; Decker, Brent y Volker, Karen. «Cure Violence – An Evidence Based Method to Reduce Shootings and Killings». *World Bank Paper*. Washington, DC: World Bank Group, 2014.
- Slutkin, Gary; Ransford, Charles L. y Decker, Brent. «Cure Violence–Treating Violent Behavior as a Contagious Disease», en: Maltz, Michael D. y Rice, Stephen K. (eds.). *Envisioning Criminology: Researchers on Research as a Process of Discovery*. Suiza: Springer, 2015, p. 43.56.
- UNODC-United Nations Office on Drugs and Crime. *Crime And Development In Central America*. UNODC - Proyecto Illicit Market Studies (GLO/H93), 2007 (en línea) [Fecha de consulta: 12.14.2016] https://www.unodc.org/pdf/research/Central_America_Study_2007.pdf
- UNODC-United Nations Office on Drugs and Crime. «Intentional homicides (per 100,000 people)». *International Homicide Statistics database*, Naciones Unidas (2013) (en línea) [Fecha de consulta: 12.14.2016] http://data.worldbank.org/indicator/VC.IHR.PSRC.P5?order=wbapi_data_value_2013+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=desc
- UNODC-United Nations Office on Drugs and Crime. *Global study on homicide 2013: trends, contexts, data*. Viena: United Nations Publications, 2014 (en línea) https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/GSH2013/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf
- Vice News. «San Pedro Sula Nights». *Vice News*, 8 de enero de 2015 (en línea) [Fecha de consulta: 12.14.2016] <https://news.vice.com/video/san-pedro-sula-nights>
- Webster, Daniel W.; Whitehill, Jennifer M.; Vernick, Jon S. y Parker, Elizabeth. M. *Evaluation of Baltimore's Safe Streets Program: Effects on Attitudes, Participants' Experiences, and Gun Violence*. Baltimore: Johns Hopkins Center for the Prevention of Youth Violence, 2012.
- WHO-World Health Organization. *Global status report on violence prevention 2014*. Luxemburgo: WHO, 2014.
- Widom, Cathy Spatz. «The cycle of violence». *Science*, vol. 244 (1989), p. 160-166.

- Wilkinson, Deanna; Kurtz, Ellen y Weldon, Arielle. «A Close Examination of the Social Worlds of Intentionally Injured Philadelphia Youth: Survey Results from a Hospital-Based Sample». William Penn Foundation, 2006.
- Yagoub, Mimi. «What's Behind Honduras' 30% Drop in Murder Rates?». *InSight Crime* (19 de febrero de 2016) (en línea) <http://www.insightcrime.org/news-briefs/what-behind-honduras-30-percent-drop-murder-rates>
- Zeoli, April M.; Pizarro, Jesenia M.; Grady, Sue C. y Melde, Christopher. «Homicide as Infectious Disease: Using Public Health Methods to Investigate the Diffusion of Homicide». *Justice Quarterly*, vol. 31 (2012), p. 609-632. DOI: 10.1080/07418825.2012.732100
- Zille, Helen y De Lille, Patricia. «Gang Violence: Western Cape Government and City of Cape Town Intervene». Western Cape Government, 19 de agosto de 2013 (en línea) [Fecha de consulta: 12.20.2016] <https://www.westerncape.gov.za/news/gang-violence-western-cape-government-and-city-cape-town-intervene>

Traducción del original en inglés: Ester Jiménez de Cisneros Puig

La cultura pasa por aquí



arce

ASOCIACIÓN
DE **REVISTAS
CULTURALES**
DE ESPAÑA

C/ Orfila, 3 - 2º Izquierda. 28010 Madrid | Tel.: 91 308 60 66 | Fax: 91 310 55 07 | E-mail: info@arce.es | www.arce.es

www.revistasculturales.com | www.quioscocultural.com



App «ARCE» disponible para iPhone/iPad y dispositivos Android

DOSSIER

Migraciones internacionales en América Latina: miradas críticas a la producción de un campo de conocimientos

Presentación del dossier

Gioconda Herrera y Ninna Nyberg Sørense

De la migración interna a la migración internacional en México.

Apuntes sobre la formación de un campo de estudio

Liliana Rivera Sánchez

Los estudios de la migración en Ecuador: del desarrollo nacional a las movilidades

María Mercedes Eguiguren

Estudios migratorios e investigación académica sobre las políticas de migraciones internacionales en Argentina

Eduardo Domenech y Andrés Pereira

La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico

Carolina Stefoni y Fernanda Stang

Las masacres de migrantes en San Fernando y Cadereyta: dos ejemplos de gubernamentalidad necropolítica

Amarela Varela Huerta

Movimientos migratorios contemporáneos: entre el control fronterizo y la producción de su ilegalidad. Un diálogo con

Nicholas De Genova

Soledad Álvarez Velasco

Cuerpos confinados, almas resilientes

Ulla D. Berg y Jennifer Castro

Crimen corporativo y el discurso de la responsabilidad socioambiental: el bueno, el feo y el perfumado

Lionardo D. de Souza, Valdir M. Valadão Júnior, Cintia R. de O. Medeiros y Esther S. Gallego

TEMAS

¿Existen las generaciones políticas? Reflexiones en torno a una controversia conceptual

Francisco Longa

Contexto contiguo y operaciones de mantenimiento de la paz en Argentina, Chile y Venezuela: ¿alianzas estratégicas?

María Elena Lorenzini

Cuerpos deseantes y el armario político hetero-homosexual

de Margarita Camacho Zambrano

Marco Navas Alvear

Movimientos sociales y subjetivaciones políticas de Anders Fjeld, Laura Quintana y Étienne Tassin, compiladores

Rosa María Mantilla Suárez

Migraciones internacionales, crisis y vulnerabilidades. Perspectivas comparadas

de María Eugenia Anguiano Téllez y Rodolfo Cruz Piñero, coordinadores

Rafael Alonso Hernández López

RESEÑAS

DIÁLOGO

ENSAYO VISUAL

TEMAS



FLACSO
ECUADOR

Revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Sede Ecuador

Número anterior:

ICONOS 57: Pensamiento social latinoamericano y caribeño

Número siguiente:

ICONOS 59: Etnografías experimentales: repensar el trabajo de campo

Íconos. Revista de ciencias sociales está incluida en los siguientes índices científicos: Academic Search Premier; Directory of Publishing Opportunities (CABELL'S), Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC), Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales (CLASE), DIALNET, Directory of Open Access Journal (DOAJ), Emerging Source Citation Index (ESCI) Web of Science Thomson Reuters, FLACSO Andes, Fuente Académica Plus, Hispanic American Periodical Index (HAPI), International Bibliography of the Social Science (IBSS), Informe Académico Thompson Gale, International Institute of Organized Research (I2OR), LatAm-Studies, LATINDEX-catálogo, MIAR, Political Science Complete, REDALYC, REDIB, Sociological Abstracts, Social Science Journals. Sociology Collection, Ulrich's Periodical Directory, Worldwide Political Science Abstracts (WPSA).